

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

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA DE LA
SALUD**



**RELACION ENTRE DEPRESION, ESTRES Y ESTRESORES EN ADOLESCENTES
GESTANTES BAJO DISTINTAS CONDICIONES DE ESTADO CIVIL**

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

PRESENTA:

LIC. LUCIA DEL CARMEN QUEZADA BERUMEN

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MONICA TERESA GONZALEZ RAMIREZ

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

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

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

La presente tesis titulada “Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil” presentada por Lucía del Carmen Quezada Berumen ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
Director de tesis

Dr. Benito Daniel Estrada Aranda
Revisor de tesis

Dr. Manuel Ribeiro Ferreira
Revisor de tesis

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

DEDICATORIA

A mis padres Juan Manuel Quezada Muñetón y Ma. Refugio Berumen González por su constante e incondicional apoyo en mi formación tanto personal como profesional pese a los sacrificios que ambos hemos hecho a lo largo de este tiempo.

A todas aquellas adolescentes embarazadas que viven o han vivido bajo condiciones de tristeza, presión y desesperanza.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su apoyo económico como reflejo de su inversión a mi conocimiento, sin el cual tal vez mis estudios de posgrado no hubieran sido posibles.

Ofrezco un especial agradecimiento a las personas que facilitaron los recursos para llevar a cabo este proyecto de investigación, especialmente al Lic. Efrain Soto Bañuelos, coordinador del Centro de Psicopedagogía y Orientación Vocacional (CENPOV) por su valiosa colaboración, así como a los directivos encargados de las diversas instituciones educativas que aceptaron participar en el estudio. De manera cordial, agradezco a mis revisores por todas las sugerencias y puntuales observaciones realizadas al presente trabajo, siempre con la finalidad de enriquecerlo.

A mis padres, hermanos y sobrinos por vivir junto a mí una experiencia completamente diferente a lo que antes se había vivido en esta familia, mostrándome siempre su cariño y ánimo.

Por último y no por ello menos importante, agradezco infinitamente a la Dra. Mónica Teresa González Ramírez por haber confiado en mi capacidad como investigadora, ya que sin su apoyo y guía, seguramente no hubiera sido posible. Agradezco mucho esos dolores de cabeza, los consejos, enseñanzas y esas asesorías amenas; gracias por esa empatía y carisma tan peculiar tuya.

Muchas gracias Dra. González por tu confianza y apoyo.

RESUMEN

Este estudio tuvo como propósito identificar la relación entre los niveles de depresión y estrés así como el número de estresores enfrentados por adolescentes embarazadas bajo distintas condiciones de estado civil. Correspondió a un estudio no experimental, transversal y exploratorio; la muestra estuvo compuesta por 82 adolescentes primigestas con edades entre los 15 y 19 años, quienes respondieron a los instrumentos de evaluación: Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Estrés Percibido y el Cuestionario de Sucesos Vitales. Los resultados indicaron que las adolescentes bajo las condiciones de estado civil: solteras y casadas/cohabitando que viven con la propia familia, son quienes poseen las medias más altas de estrés, depresión y estresores en relación a los otros grupos. Por otro lado, se encontró que la condición del estado civil, el tipo de embarazo, y los estresores relacionados a finanzas, hijos y situaciones sociales, son factores que explican el 64% de la varianza de estrés, así como el 71% de la depresión en las adolescentes primigestas.

Palabras clave: Depresión, estrés, embarazo adolescente, condición de estado civil.

ABSTRACT

This study aimed to identify the relationship among depression and stress levels and the number of stressors faced by pregnant teenagers under different conditions of marital status. This was a non-experimental, cross-sectional and exploratory study. The sample consisted of 82 first-time pregnant teenagers, who responded to the assessment instruments: Beck Depression Inventory, Perceived Stress Scale and Life Events Questionnaire. The results showed that adolescents under the conditions of marital status: single and married/cohabiting who live with their own family, are those with the highest average of stress, depression and stressors in relation to the other groups. On the other hand, we found that the condition of marital status, pregnancy type, and stressors related to finances, children and social situations are factors that explain 64% of the variance in stress and 71% for depression in first-time pregnant teenagers.

Keywords: Depression, stress, teen pregnancy, marital status.

INDICE

CAPITULO I	11
INTRODUCCIÓN	11
Justificación de la Investigación	17
Objetivo General	19
Objetivos específicos:	20
CAPITULO II	21
MARCO TEORICO	21
Depresión	21
Concepto y prevalencia	21
Enfoque teórico	22
Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck	22
Depresión Adolescente	30
Depresión en el embarazo	32
Estrés	34
Definición de concepto	34
Enfoque teórico	35
Teoría transaccional del estrés	35
Modelo explicativo del estrés y síntomas psicósomáticos	37
Estrés en la Adolescencia	45
Estrés en el Embarazo	47
Embarazo adolescente	48
Adolescencia	48
Desarrollo de la Adolescente	49
Desarrollo físico	49
Desarrollo Cognoscitivo	52
Desarrollo psicosocial	53
Embarazo	56
Embarazo en la Adolescencia	59
Prevalencia	59
Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente	60
Complicaciones y riesgos	61
Actitud ante el embarazo	62

CAPITULO III	65
METODO	65
Tipo de estudio	65
Participantes	65
Criterios de inclusión y exclusión.....	65
Criterios de eliminación	66
Tipo de muestreo	66
Procedimiento.....	66
Recolección de datos	66
Aspectos éticos	67
Instrumentos de recolección de datos	68
Análisis de datos	70
CAPITULO IV	74
RESULTADOS	74
Confiabilidad de los instrumentos	77
Análisis de comparación de grupos ANOVA	82
Resultados de comparación de grupos ANOVA	82
Correlaciones entre variables	85
Modelo de ecuaciones estructurales.....	85
CAPITULO V	95
DISCUSION Y CONCLUSIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	104
ANEXOS	124
ANEXO I. Criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV.....	124
ANEXO II. Instrumentos de evaluación utilizados.....	130

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1.	Correspondencia entre objetivos y análisis estadísticos	71
Tabla 2.	Estadísticos descriptivos de la muestra	74
Tabla 3.	Descriptivos de edad, años viviendo en pareja, escolaridad, meses de embarazo por condición de estado civil.	75
Tabla 4.	Comparación de la relación con la pareja antes y durante el embarazo	76
Tabla 5.	Tipo de embarazo	77
Tabla 6.	Consistencia interna de los instrumentos	77
Tabla 7.	Análisis descriptivo general	78
Tabla 8.	Descriptivos de depresión, estrés y número de estresores por condición de estado civil.	79
Tabla 9.	Número de estresores negativos percibidos en las diferentes sub escalas del CSV por condición de estado civil	81
Tabla 10.	Test de Homogeneidad de Varianzas	82
Tabla 11.	Análisis de la Varianza (ANOVA)	83
Tabla 12.	Análisis post-hoc con prueba de Bonferroni para estrés	84
Tabla 13.	Correlación entre variables	85
Tabla 14.	Índices de bondad de ajuste para cada modelo estimado	94

Figuras

Figura 1.	Modelo hipotético	87
Figura 2.	Modelo séptimo	89
Figura 3.	Modelo noveno	90
Figura 4.	Modelo catorce	91
Figura 5.	Modelo final	93

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia puede llevar a situaciones de riesgo para la joven y para su hijo, ya que estar embarazada en la adolescencia es considerado como un gran factor de riesgo para el producto en gestación (Ramos, Barriga y Pérez, 2009). La hipertensión en la joven, debido al embarazo y a la pobre asimilación nutricional, que acarrea desnutrición en el recién nacido, dificultad para ganar peso en la madre como en el producto en gestación y bajo peso al nacer, así como el trabajo de parto espontáneo debido a rotura prematura de las membranas ovulares, restricción del crecimiento intrauterino y amenazas de aborto, hemorragias, son algunos de los riesgos más frecuentes en el embarazo adolescente (Díaz-Franco, 2007; Oviedo, Lira, Ito y Grosso, 2007).

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto, lo que implica un mayor peligro de parto traumático para el producto e incluso muerte neonatal (Conde-Agudelo y Belizan, 2000; Peláez, 1997). Datos de América Latina, incluyendo México, revelan que los riesgos en el embarazo experimentados por adolescentes como el nacimiento prematuro, crecimiento fetal por debajo de los límites normales y la muerte neonatal, son mayores en esta población que en la de Estados Unidos de Norteamérica (Conde-Agudelo, Belizan y Lammers, 2005).

La depresión es considerada como una emoción estrechamente unida a la tristeza y resultado de una sensación de indefensión sobre la restauración de

una vida que valga la pena después de una pérdida importante (Lazarus, 2000). Es así que la depresión es una de las situaciones de riesgo, que unida a otras condiciones puede afectar el embarazo y al recién nacido con serias consecuencias como las descritas por Sepúlveda, Bustreo, Tapia, Rivera, Lozano, Oláiz, Partida, García-García y Valdespino (2006), donde el impacto negativo en los niños cuya madre padecía depresión en el embarazo, incluía el bajo peso al nacer, crecimiento incompleto, episodios de diarrea y una inmunización incompleta y desnutrición. Esta última se encuentra asociada con la disminución del apetito en la gestación por parte de la madre (Dayan, Creveuil, Marks, Conroy, Herlicoviez, Dreyfus y Tordjman, 2006). Para algunos autores (Oliván, 2002; Ramos y otros, 2009), éstos impactos negativos son considerados como maltrato prenatal o fetal, que se refieren a cualquier acto que de manera intencional o negligente puede lesionar al embrión o al feto.

En la depresión en el embarazo, el daño puede ser consentido o pasar desapercibido para la madre, ya que de acuerdo con Cohen en el 2006 (en The Child Health Alert, 2006), si la mujer embarazada con depresión decide llevar un tratamiento con antidepresivos, deberá decidir entre los posibles riesgos (parto prematuro y pobre adaptación neonatal) (Adis International, 2006; Lattimore, Donn, Kaciroti, Kemper, Neal y Vazquez, 2005), y los beneficios del tratamiento médico (disminución de los síntomas depresivos). No obstante, durante la lactancia, todos los antidepresivos son secretados en la leche materna, causando alteraciones de diversa índole en el bebé, como sedación, problemas gastrointestinales, agitación, pobre ganancia de peso, entre otras (Menon, 2008).

Mientras los medicamentos pueden poseer riesgos para el bebé, el no tomarlos produce de igual manera situaciones de riesgo. La depresión en mujeres embarazadas y aún más en adolescentes, pudiera considerarse como un predisponente para adoptar conductas de riesgo para el producto y para la adolescente misma (Ramos y otros, 2009), como mayor tendencia a fumar, a

ingerir bebidas alcohólicas, menor control prenatal, aborto espontáneo, parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso y talla al nacer del producto, hipertensión arterial en la madre y un riesgo aumentado de padecer depresión postparto (Da Costa, Dritsa, Larouche y Brender 2000; Rahman, Iqbal y Harrington, 2003), lo que disminuye la capacidad de atender los deberes maternos y una incapacidad de generar un vínculo adecuado madre-hijo (Adis International, 2006; Menón, 2008; Salazar y Rincón, 2006).

Un estudio en la ciudad de Guadalajara proporciona más evidencia acerca de los impactos negativos y el maltrato prenatal que se da en el embarazo adolescente; en dicho estudio se evaluaron 209 adolescentes embarazadas de entre 14 y 18 años, encontrando que el 61.2% realizaban algún tipo de maltrato fetal, principalmente el control perinatal inadecuado, seguido del consumo de drogas legales e ilegales; el motivo que encabezó la lista para el control perinatal inadecuado fue la desidia (considerada una consecuencia de la depresión), seguida de la falta de dinero. Las consecuencias del maltrato fetal pueden ser: retraso mental, retardo en el crecimiento intrauterino, prematuridad, malformaciones congénitas, muerte fetal, síndromes de abstinencia de drogas y de muerte súbita (Ramos y otros, 2009).

Apuntando en la misma dirección, es sabido que la depresión comúnmente coexiste con otros desórdenes, particularmente en niños y adolescentes (Joshi, 1998).

De acuerdo a Bartolomucci, y Leopardi (2009), el vínculo entre estrés y depresión no es nuevo. Lazarus (2000), considera que el estrés es interdependiente de las emociones (entre ellas, la depresión), Así mismo, Sánchez, Garrido y Álvaro (2003), afirman que el estrés se incluye en prácticamente todos los modelos teóricos existentes sobre el deterioro psicológico.

Ha habido un crecimiento considerable en la investigación del estrés en el embarazo y cómo las mujeres responden física, emocional y socialmente (Glynn, Dunke Schetter, Hobel y Sandman, 2008; Stanton, Lobel, Sears y Del Luca, 2002, en Alderdice y Lynn, 2009). Estos estudios asocian el estrés experimentado en el embarazo con el bajo peso del recién nacido y en edad la gestacional así como el nacimiento prematuro (Berkowitz y Kasl, 1983; Latendresse, 2009; Stanton, Lobel, Sears y Del Luca, 2002, en Alderdice y Lynn, 2009).

El estrés es derivado de eventos estresantes, particularmente estresores crónicos asociados con bajo status socio-económico, este último es considerado por Sandín (1999), como una variable moduladora del estrés, así como la baja satisfacción con el apoyo social y los problemas con la pareja que a su vez son ligados a su vez como predictores de depresión durante el curso del embarazo (Pajulo, Savonlahti, Souraner, Helenius y Piha, 2001, O'Hara, 1994, en Grote y Bledsoe, 2007; Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron y Hulsizer, 2000, en Zerkowitz, Schinazi, Katofsky, Saucier, Valenzuela, Westreich y Dayan, 2004; Zuckerman, Amaro, Bauchner y Cabral, 1990).

De esta manera, el embarazo es un periodo en la vida de cambios significativos para la mujer y sus acompañantes. Como principales fuentes de estrés, se incluyen el cambio de roles, cambio de vida y dificultades en las relaciones (Ramsey, Abell y Baker, 1986). La angustia y el apoyo social han sido asociados con el estrés pero ha mostrado particularmente mayor fuerza el conflicto de pareja, como lo concluyen Wiist y McFarlane (1999). Grote y Bledsoe (2007), indican que la funcionalidad social y familiar durante el embarazo, en particular el apoyo por parte del padre del bebé, está asociado con menos depresión en el periodo prenatal.

Los adolescentes pueden carecer de la preparación para cumplir no sólo los aspectos financieros, sino también los desafíos interpersonales de ser padres,

incluyendo el agotamiento físico, el aislamiento y la falta de apoyo (Birkeland, Thompson y Phares, 2005)

Hoy en día se cuentan con numerosos estudios acerca del embarazo adolescente asociado a la depresión y sus consecuencias (Da Costa y otros, 2000; Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa y Magarinho, 2006; Ramos y otros, 2009; Sepúlveda y otros, 2006), en los que se incluyen algunas variables sociodemográficas asociadas, como el estado civil. Tal es el caso de un estudio realizado en el Hospital Perinatal “Josefa Ortiz de Domínguez” en el Estado de México, en el que se encontró que el 98.2% de una muestra de 337 adolescentes embarazadas de 17 años en promedio, cumplía con el diagnóstico de depresión entre leve y moderada, mientras que un 1.2% se encontró con depresión grave; el resto de ellas (1.5%), no padecía depresión según los resultados obtenidos en la Escala de Depresión de Zung, modificada por Conde, diseñada para identificar la presencia de depresión. Dentro del estudio, se recabó información sobre su estado civil, de las cuales 56% (191) vivían en unión libre con sus parejas, el 23.1% eran casadas mientras que el 16% eran solteras (Trejo, Torres, Medina, Briones y Meneses, 2009). Sin embargo, no se incluyen datos que informen directamente la relación entre el nivel de depresión con el estado civil.

De la misma manera en Portugal, se concluyó a partir de un estudio comparativo en una muestra de 130 mujeres embarazadas, 66 adolescentes de entre 14 y 19 años y 64 mujeres adultas de 20 a 40 años que el 59% de las adolescentes padecían depresión tres veces más que las mujeres adultas. Se mostró que las adolescentes casadas o cohabitando (aproximadamente 48.5%) mostraban menos niveles de depresión (Figueiredo y otros, 2006).

Por otro lado en “The National Maternal and Infant Health Survey” en Estados Unidos, se llegó a la conclusión de que el matrimonio es un factor protector del riesgo de la depresión a las madres adolescentes, resultado que se basa en un

estudio de un grupo de madres de 18 y 19 años; un 41% de las madres solteras reconocieron un alto nivel de síntomas de depresión, comparado con el 28% de madres casadas de la misma edad (Deal y Holt, 1988).

Consecuencias de la depresión durante el embarazo, como lo es la depresión postparto, pudiera tener una estrecha relación con factores sociales y familiares como los reportados por Castanedo (1997, en Trejo y otros, 2009) como el estado civil, grado de su escolaridad, apoyo familiar y de la pareja y si fue un embarazo deseado o no deseado.

Según el Dr. Vicente Díaz, director general de Mexfam en el 2003, los adolescentes, no son un grupo homogéneo, sus expectativas y necesidades varían de manera importante por razones de edad, sexo, estado civil y clase social. El embarazo en esta edad supone un fuerte obstáculo para el cumplimiento de metas y expectativas en la vida futura.

Como anteriormente se revisó, el sólo hecho de tener un embarazo en la adolescencia acarrea una serie de riesgos que pone en juego el desarrollo integral, tanto de la madre, como del producto. Según María Kovacs (2006), la depresión es un padecimiento que es común entre los adolescentes y más aún en las adolescentes embarazadas según Whitman, Borkowski, Keogh y Weed (2001, en Lanzi, Bert, y Jacobs, 2009), que vinculado a variables como el estado civil, ésta se manifiesta en diferentes niveles, lo cual conlleva serias repercusiones.

A pesar de que se cuentan con estudios que relacionan el embarazo en adolescentes con la depresión, el estrés y el estado civil, no se ha logrado encontrar información que profundice más acerca de este último; los estudios encontrados presentan dichas variables pero lo hacen de manera aislada o limitada. No basta pues con clasificar como solteras o casadas, dicho de otra manera, es de gran importancia ahondar en factores que aporten información

sobre lo que pudiera contribuir o facilitar la depresión y el estrés en las adolescentes gestantes de acuerdo a su estado civil, como lo es la familia de residencia: si son (1) solteras viviendo en su seno familiar, (2) si son casadas/unidas y viven con la familia de la pareja, (3) si son casadas/unidas viviendo en la familia de la joven o por otro lado, (4) si la pareja adolescente vive de manera independiente de los dos senos familiares. Cabe aclarar que para el presente trabajo de investigación, las cuatro circunstancias antes mencionadas se denominarán con fines sintéticos: “condiciones de estado civil”.

Es por ello, que nace la inquietud de conocer los niveles de depresión, estrés y número de estresores en adolescentes primigestas dependiendo de las distintas modalidades civiles anteriormente mencionadas, lo que lleva concretamente a preguntar ¿Cuál es la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas bajo distintas condiciones de estado civil?

Justificación de la Investigación

Los estudios e investigaciones que abordan la depresión, han tomado gran importancia dado el alto grado de pertinencia con la que cuentan, ya que como es bien sabido, la depresión representa uno de los más comunes y serios problemas de salud mental que las personas enfrentan hoy en día y su implicación en el embarazo y especialmente en el adolescente puede generar consecuencias lamentables.

Realmente la mayor parte de los estudios realizados sobre depresión en embarazo en adolescentes y su condición civil, han sido realizados en países extranjeros (Deal y Holt en EUA, 1988; Castanedo en República Dominicana, 1997; Figueiredo y otros en Portugal, 2006). Sin embargo, México no se ha quedado atrás; recientes estudios pertenecientes al tema han sido desarrollados (Ramos y otros, 2009; Trejo y otros, 2009); no obstante, la

mayoría han sido llevados a cabo por médicos y psiquiatras y tan sólo algunos de ellos por psicólogos. El retomar aspectos tan significativos en el embarazo, como la depresión, el estado civil y sus condiciones en una de las poblaciones más vulnerables, despierta además de gran inquietud, un compromiso con esta población.

El interés y la inquietud por llevar a cabo este trabajo de investigación nació de la reflexión y la toma de consciencia en relación a las campañas de prevención del embarazo en adolescentes. Normalmente, cuando una adolescente se embaraza, es una estadística más, un fracaso de las medidas preventivas y un costo para el estado, lo cual en muchas partes del mundo y de manera específica y contextualizada países en vías de desarrollo, se les desvaloriza, llevándolas a situaciones como el matrimonio forzado, la discriminación, la dependencia y hasta la expulsión del propio seno familiar (Sánchez y Mendieta, 1994), así como el abandono por parte de la pareja o compañero sexual (Arias y Aramburu, 1997). Dado lo anterior, suele ser olvidado por padres de familia, tutores y por el personal y los profesionales de salud, el hecho de que no es sólo una vida la que se encuentra en juego, sino dos, las cuales necesitan satisfacer una serie necesidades sociales, biológicas y afectivas para poder disminuir los riesgos que les impidan lograr su bienestar.

En cuanto a las diferencias por ubicación geográfica, la Red por los Derechos de la Infancia en México (RDIM) en el 2006, expone que Zacatecas incrementó su proporción en el embarazo adolescente en las jóvenes de 15 a 17 años. En el año 2000, se registró un porcentaje de 3.8% mientras que en el 2005 fue de 4.6% equivalente a 0.9 puntos porcentuales lo que muestra un incremento del 23%; en otros estados de la república como Chiapas, se muestra el descenso más alto a nivel nacional con un decremento del -24.3% equivalente a 2.2 puntos porcentuales en el mismo lapso de tiempo y en la misma población; Zacatecas muestra un claro aumento. Los datos expuestos son evidencia suficiente para corroborar la importancia que tiene el estudio del embarazo

adolescente y sus variables asociadas en este estado de la república.

Como profesionales e investigadores de la salud es de gran importancia y pertinencia enfocarse en salvaguardar el bienestar integral de la población en condiciones vulnerables, además de enfrentar el compromiso de desarrollar y realizar aportaciones que puedan ser utilizados como medidas preventivas.

Con base en lo expuesto, el presente estudio pretende informar acerca de los niveles de depresión en adolescentes gestantes según su estado civil y la condición en la que se lleva a cabo el anterior, teniendo como prioridad la salud de las madres y la de los futuros neonatos.

El trabajo de investigación aportará información que sirva a profesionales y personal encargado de instituciones de salud y desarrollo social y familiar tanto públicas como privadas, para brindar apoyo e información que contribuya con el bienestar biopsicosocial, desarrollando planes de acción y prevención que permitan reducir las condiciones de riesgo para las adolescentes embarazadas y su descendencia. Además, se pretende primordialmente que la información resultante de este trabajo, llegue al núcleo más esencial: la familia, ofreciendo a los padres de familia y tutores, información que contribuya a orientarles para la correcta toma de decisiones que determine el futuro de las adolescentes y su futura descendencia, de manera primordial en las adolescentes menores de edad. De igual manera, enriquecerá futuras investigaciones en el tema de los campos de la salud y las ciencias sociales contribuyendo con la información de los resultados, ampliando cada vez más el panorama del embarazo adolescente.

Objetivo General

Es importante que se ahonde cada vez más sobre los factores que puedan contribuir o facilitar la depresión y el estrés en las adolescentes embarazadas, y

poder así, ampliar el panorama de dicho fenómeno; lo anterior, lleva al cumplimiento de los siguientes objetivos.

Objetivo general:

Identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas: solteras viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja y de la pareja viviendo sola (casadas/unidas que viven independientemente de los senos familiares).

Objetivos específicos:

1. Conocer los niveles de depresión en las adolescentes embarazadas pertenecientes a cada condición de estado civil mencionado.
2. Conocer los niveles de estrés en las adolescentes embarazadas de acuerdo a su condición de estado civil.
3. Conocer el número de estresores reportados por adolescentes embarazadas en relación a cada condición de estado civil.
4. Evaluar las diferencias de niveles de depresión, estrés y número de estresores entre los grupos de cada condición del estado civil.
5. Identificar si la condición del estado civil, el estrés percibido y el número de estresores enfrentados son factores relacionados con el nivel de depresión en adolescentes embarazadas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Depresión

Concepto y prevalencia

La depresión es considerada como una emoción estrechamente unida a la tristeza y resultado de una sensación de indefensión sobre la restauración de una vida que valga la pena después de una pérdida importante (Lazarus, 2000). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la depresión es un desorden mental muy común caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer en actividades, sentimientos de culpa, baja autoestima, pensamientos de muerte y suicidio, problemas de sueño y apetito, pérdida de energía y una baja concentración. Para ampliar la información, se ofrecen los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (DSM-IV) en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Véase el Anexo I.

Retomando los datos presentados por la OMS (2001), 450 millones de personas sufren de algún desorden mental o del comportamiento a nivel mundial. Está estimado que 121 millones de personas alrededor del mundo padece depresión. De esta población, se estima que el 5.8% de los hombres experimenta un episodio depresivo al año en contraste con el 9.5% de las mujeres. La prevalencia varía de acuerdo a las diferentes poblaciones.

Conforme datos que se obtuvieron de estudios comunitarios en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004 se puede decir que la depresión mayor tuvo una

prevalencia de 4.9% de entre los trastornos mentales de la población, donde la frecuencia es el doble para las mujeres que para los hombres, con una media en las tasas de 11.1 en las mujeres y 6.0 en los hombres, así como una mediana de 11.5 y 5.9 (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Adguaga, Saxena y Saraceno, 2006).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED), 2002-2003, Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005), estimaron que la prevalencia de depresión en México del año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5%, 4.6% y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1%. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y el Estado de México, con 8.1%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%. Zacatecas se encuentra en el quinto lugar en prevalencia en mujeres con 7.8% y en onceavo lugar en hombres con una prevalencia de 3.7%.

Enfoque teórico

Una de las teorías más difundidas sobre la depresión le es atribuída a Beck, Rush, Shaw, y Emery, quienes con la obra "Terapia cognitiva de la depresión" en 1979, alcanza su máxima difusión y reconocimiento clínico y es por ello que será utilizada como el sustento teórico para el presente trabajo.

Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

De acuerdo con Beck y otros (1979), el modelo cognitivo de depresión evolucionó de observaciones clínicas sistemáticas y pruebas experimentales de

años anteriores (Beck, 1963,1964, 1967).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato de la depresión: 1) la triada cognitiva, 2) esquemas y 3) errores cognitivos (procesamiento erróneo de la información) (Beck y otros, 1979).

Triada cognitiva

La triada cognitiva consiste en tres grandes patrones cognitivos que inducen a la persona a contemplarse a sí misma, su futuro, y sus experiencias de una manera idiosincrática, donde el primer componente de la triada gira alrededor de la percepción negativa de la misma persona; se ve a sí misma como defectuosa, inadecuada, enferma o necesitada y tiende a atribuir sus experiencias desagradables a defectos psicológicos, morales, o físicos de sí misma (Beasley y Beardslee, 1998). Desde su perspectiva, la persona cree que debido a sus supuestos defectos, es indeseable y carente de valor; tiende a subestimarse o criticarse. Finalmente, la persona cree que carece de atributos que considera esenciales para alcanzar la felicidad y la satisfacción (Woolfolk y Allen, 2010).

El segundo componente de la triada cognitiva consiste en la tendencia que las personas depresivas poseen para interpretar sus experiencias actuales de una manera negativa (Jeffrey, Sava y Winters, 2005, en Hamrin y Magorno, 2010). La persona percibe al mundo como creador de demandas exorbitantes y obstáculos insuperables para alcanzar las metas de su vida. Las personas malinterpretan sus interacciones con el ambiente animado o inanimado como una representación de rechazo o privación. Estas malinterpretaciones negativas son evidentes cuando se observa cómo las personas infieren negativamente ciertas situaciones, aún cuando hay interpretaciones alternativas más convincentes; la persona deprimida puede darse cuenta que sus interpretaciones negativas iniciales son parciales si se le persuade de reflexionar con explicaciones menos negativas. De esta manera, logra

percatarse de que ella misma ha modificado los hechos para que se ajusten a su conclusiones negativas iniciales (Beck, 2005).

El tercer componente de la triada consiste, en una visión negativa del futuro. A medida que la persona deprimida hace proyecciones a largo plazo, anticipa que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente y espera constantemente penuria, frustración y privación, lo que genera la expectativa de fallar (Beck, 1993; Jeffrey, Sava y Winters, 2005, en Hamrin y Magorno, 2010).

El modelo cognitivo ve las otras señales y síntomas del síndrome depresivo como consecuencias de la activación de patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si la persona erróneamente piensa que está siendo rechazada, reaccionará del mismo modo; si equívocamente cree que está siendo víctima de marginación social, entonces se sentirá sola (Beck y otros, 1979).

Los síntomas motivacionales (por ejemplo: parálisis de la voluntad, deseos de escape, etc.), pueden ser explicados como consecuencias de cogniciones negativas. La parálisis de la voluntad resulta del pesimismo y falta de esperanza por parte de la persona como lo argumentan Terzi-Unsal y Kapci (2005) y Marris (1992, en Bonanno y Hymel, 2010) en estudios sobre ideación suicida. Si la persona espera un resultado negativo, no se comprometerá consigo misma a cumplir alguna meta o tarea. Los deseos suicidas pueden ser entendidos como una expresión extrema del deseo de escapar de lo que parecen ser problemas sin solución o situaciones insoportables. La persona deprimida puede verse a sí misma como una carga sin valor y consecuentemente pensar que todos estarían mejor si estuviera muerto (Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985; Woolfolk y Allen, 2010).

El incremento de dependencia también es entendible en términos cognitivos, ya que si el individuo se ve a sí mismo como inepto e inservible y sobrestima irrealmente la dificultad de tareas normales en las que él cree que fracasará,

tenderá a buscar ayuda y consuelo de quienes considera más competentes y capaces (Barnett y Gotlib, 1988, en Lee, 2010).

Finalmente, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y la baja energía en la persona deprimida, pueden ser el resultado de la creencia de que está condenada a fallar en todos sus esfuerzos; una visión negativa del futuro puede llevar incluso a una retardación psicomotora, inactividad física y otros trastornos biológicos, como la falta de sueño y apetito (Lenze, Rogers, Martire, Mulsant, Rollman, Dew, Schulz y Reynolds, 2001, en Suttajit, Punpuing, Jirapramukpitak, Tangchonlatip, Darawuttimaprakorn, Stewart, Dewey, Prince y Abas, 2010; Penninx, Deeg, van Eijk, Beekman y Guralnik, 2000).

Organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas)

El segundo mayor componente del modelo cognitivo consiste en los esquemas de concepto. Este concepto es utilizado para explicar por qué una persona deprimida mantiene induciéndose dolor y actitudes de derrota a pesar de evidencia objetiva de factores positivos en su vida, resistiéndose al cambio (Padesky, 1994).

Cualquier situación está compuesta de un exceso de estímulos. Un individuo responde a estímulos específicos, los combina en un patrón y conceptualiza la situación. A pesar de que diferentes personas pueden conceptualizar una situación de distintas maneras, una persona particular tiende a ser consistente en sus respuestas a similares tipos de eventos; patrones cognitivos relativamente estables, forman la base de dicha consistencia de interpretaciones y respuestas de un conjunto particular de situaciones (Padesky, 1994; Beck y otros, 1979). El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. (Beck y otros, 1979).

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia en particular, un esquema relacionado a esta es activado (Lakdawalla, Hankin y Mermelstein, 2007); la persona categoriza y evalúa sus experiencias a través de una matriz de esquemas, así el tipo de esquemas usados, determina cómo un individuo estructurará diferentes experiencias (Padesky, 1994). Un esquema puede estar inactivo por largos periodos de tiempo, pero puede ser disparado por situaciones específicas del ambiente, como por ejemplo, situaciones estresantes (Elliott, HaHerrick y Witty, 1992; Hwang, Myers y Takeuchi, 2000). Los esquemas activados en una situación específica, determinan directamente cómo la persona responde a ella; en estados psicopatológicos como la depresión, las conceptualizaciones de situaciones específicas de los pacientes, están distorsionadas para ajustarse a los esquemas disfuncionales (Padesky, 1994). El orden de un esquema apropiado para un estímulo particular, es perturbado por la intrusión de éstos esquemas idiosincráticos demasiado activos y a medida que estos se vuelven más activos, son evocados por un amplio rango de estímulos, los cuales son menos lógicos en relación a ellos; la persona pierde mucho del control de su voluntad a través de sus procesos de pensamiento y su incapacidad para evocar otros esquemas más apropiados (Beck y otros 1979).

A medida que la depresión empeora, el pensamiento de la persona se ve dominado por ideas negativas a pesar de que no haya conexión lógica entre las situaciones actuales y sus interpretaciones negativas; la persona se encuentra menos dispuesta a considerar la noción de que sus interpretaciones negativas son erróneas y en casos más severos de depresión, el pensamiento de la persona puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas negativos; simultáneamente, el individuo encuentra constantemente preocupado con pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes (De Raedt y Koster, 2010), por lo que puede encontrar enorme dificultad para concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o involucrarse en actividades mentales voluntarias, como el cálculo, resolución de problemas y

tareas que impliquen el uso de la memoria entre otras (Ellis y Ashbrook, 1988, en De Raedt y Koster, 2010; Hertel y Rude, 1991). La organización cognitiva depresiva de una persona puede volverse tan independiente a estímulos externos, que pudiera no responder a cambios en su ambiente inmediato.

Procesamiento erróneo de la información

Estos errores sistemáticos en el pensamiento de una persona deprimida mantienen la creencia de la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la presencia de evidencia contradictoria, los errores de procesamiento los describe Beck de la siguiente forma (1967, en Beck y otros, 1979):

1. *Inferencia arbitraria* (conjunto de respuesta): Se refiere al proceso de concebir una conclusión específica en la ausencia de evidencia para respaldar la conclusión o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. *Abstracción selectiva* (conjunto de estímulos): consiste en enfocarse en un detalle tomado fuera de contexto, ignorando otros rasgos más sobresalientes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en la base de este fragmento.
3. *Sobregeneralización* (conjunto de respuestas): Se refiere al patrón de concebir una regla o conclusión general en la base de uno o más incidentes aislados y aplicar el concepto a todos los niveles para desligar situaciones.
4. *Magnificación y minimización* (un conjunto de respuestas): son reflejados en errores al evaluar la significancia en magnitud de un evento burdo que constituye una distorsión.
5. *Personalización* (un conjunto de respuestas): Se refiere a la propensión de la persona para relacionar eventos externos a sí mismo cuando no hay bases para hacer tal conexión.
6. *Absolutismo y pensamiento dicotómico* (un conjunto de respuestas): es manifestado en la tendencia de colocar todas las experiencias en una de dos categorías opuestas; por ejemplo, perfecto o defectuoso, imaculado

u obsceno, santo o pecador. Al describirse a sí mismo, la persona selecciona la categorización negativa extrema.

Una manera de entender el desorden de pensamiento en la depresión, es conceptualizarlo en términos de “primitivo” vs. “maduro” para organizar la realidad. Aparentemente, las personas deprimidas están propensas a estructurar sus experiencias en formas relativamente primitivas. Las personas tienden a hacer juicios globales respecto a eventos que afectan sus vidas y los significados que inundan su conciencia, tienden a ser extremos, negativos, categóricos, absolutos y prejuiciosos; es por ello que la respuesta emocional tiende a ser negativa y extrema (Brewin, Reynolds y Tata, 1999, en Lee, 2010). En contraste con este tipo de pensamiento primitivo, el pensamiento maduro integra automáticamente situaciones de la vida en muchas dimensiones o cualidades (en vez de una sola categoría). En el pensamiento primitivo la complejidad, variabilidad, y diversidad de las experiencias y conductas humanas son reducidas en sólo unas pocas categorías (Beck y otros, 1979).

Predisposición y precipitación de la depresión

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición a la depresión. Brevemente, la teoría propone, que experiencias tempranas proveen la base para la formación de conceptos negativos acerca de uno mismo, el futuro y el mundo externo (Beck, 2005). Esos conceptos negativos (esquemas), pueden estar latentes y ser activados por circunstancias específicas (estresores), las cuales son análogas a experiencias inicialmente responsables de integrar la actitud negativa (Beck, Robbins, Taylor y Baker, 2001, en Lee, 2010; Elliott y otros, 1992; Hwang y otros, 2000). Alternativamente, la depresión puede ser provocada por una anormalidad física, discapacidad o una enfermedad que activa la creencia latente de la persona de que está destinada a una vida de sufrimiento (Penninx y otros, 2000; Suttajit y otros, 2010).

Eventos desagradables en la vida de una persona no necesariamente producen depresión a menos que ésta sea particularmente sensible a algún tipo

específico de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva. En respuesta a situaciones traumáticas, la persona promedio aún mantendrá interés y relativamente valorará otros aspectos no traumáticos de su vida; el pensamiento de la persona propensa a la depresión, se vuelve marcadamente difícil y en él se desarrollan ideas negativas sobre cada aspecto de su vida (Brewin y otros, 1999, en Lee, 2010).

Modelo recíproco de la interacción

La discusión de la teoría cognitiva de la depresión puede parecer parcial hasta este punto y mostrar que la persona puede desarrollar depresión independientemente de sus experiencias interpersonales. Parte de este aparente sobreénfasis en los aspectos intrapsíquicos de la depresión, es el resultado del enfoque deliberado en el individuo y su construcción de la realidad; la unidad de observación se expande a aspectos importantes de su ambiente como pudiera ser: su familia, amigos, compañeros, empleados, etc. (Beck, 2005; Beck y otros, 1979).

Como lo menciona Bandura (1977), el comportamiento de una persona influye a otras personas, cuyas acciones repercuten a la persona misma; una persona en estado depresivo, puede alejarse de personas importantes y a su vez, estas personas importantes, pueden responder con rechazos o criticismos, que activarán o agravarán el autorechazo y el autocriticismo de la propia persona. Por otro lado, la excesiva necesidad de comodidad y aprobación por parte de la persona deprimida, puede ser percibida por los otros como algo aversivo que puede desembocar de igual manera en rechazo (Gotlib, 1992). Las conceptualizaciones negativas resultantes, llevan a las personas (quienes pueden ahora estar deprimidos clínicamente) a mayor aislamiento (Beck, 2005). Es así que el ciclo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que pueda ser insensible para acercarse a otros para ayudarlos, mostrar afecto y amor. Es por ello que un fuerte sistema de apoyo social provee evidencia sólida de aceptación, respeto y afecto que neutraliza la tendencia del

paciente a degradarse a sí mismo (Patterson y Garwick, 1994, en Lee, 2010). No obstante, frecuentemente el estado depresivo de una persona, es facilitado en gran medida mediante la utilización de un miembro de la familia o un amigo cercano, el cual sirve como un representante de la realidad social que ayuda a la persona a probar la validez de su pensamiento negativo; cuando se presentan interacciones contraproducentes con otras personas significativas que contribuyen al mantenimiento de la depresión, una forma de terapia de pareja, orientación matrimonial o terapia de familia pueden ser lo indicado (Beck y otros, 1979).

Depresión Adolescente

Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que es en esta etapa de la adolescencia, cuando se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social de acuerdo con Blum (2000, en Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como un padecimiento peligroso que puede generar conductas autodestructivas. Según Dallal y Castillo (2002, en Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004) la depresión ha sido asociada a la adolescencia, ya que en esta etapa de desarrollo suelen darse con frecuencia molestias relacionadas al estado de ánimo. Adicionalmente, durante esta etapa vital, suceden al mismo tiempo varios cambios de la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno.

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia. Se entiende como riesgo, la probabilidad de que ocurra un suceso durante un periodo de tiempo. El síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y

covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en la salud adolescente: 1) Abuso de sustancias, 2) Embarazo o iniciación sexual temprana. 3) Deserción escolar o problemas de rendimiento académico y 4) Delincuencia (Maddaleno, 1987, en Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004). Dentro de esta visión teórica la depresión ha sido vista como un factor asociado a los problemas de comportamiento típicos de la adolescencia.

Según Gómez y Rodríguez (1997), la naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los adolescentes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones difíciles, como la elección de carrera, el ingreso a la universidad, elección de pareja, distanciamiento parental, enfermedades propias o de algún familiar, matrimonio, divorcio, rupturas de sus lazos afectivos, separaciones, muerte de familiares o amigo, maltrato físico, sexual, psicológico entre otras. Esta visión fue posteriormente apoyada por Bernal y Escobar (2000).

La familia es el centro primario de socialización infanto-juvenil. El vínculo padre-hijo ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos vitales negativos y a la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia. Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka, 2003).

Otro aspecto importante a considerar es el apoyo social, el cual es definido por Cornwell (2003) como el ser alguien importante a los ojos de otros, ser cuidado, amado, valorado como una persona, así como ser entendido, escuchado y ayudado cuando sea necesario; así las interacciones sociales positivas, el crecimiento o mantenimiento del apoyo social, favorecen el bienestar del joven, lo que en el caso contrario, puede llegar a constituir una experiencia frustrante y desencadenar el desarrollo de depresión.

La depresión está presente en los adolescentes en un 5% a partir de los 14 años. Uno de los principales factores de riesgo para la presencia de depresión es el hecho de ser mujer; para la mujer, la probabilidad de desarrollar depresión es casi el doble que en el hombre desde la edad de 15 años (National Institute of Mental Health [NIMH], 2009; OMS, 2001). Así, el riesgo de padecer depresión en la mujer se incrementa con el embarazo, ya que se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico ya que pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer así como su identidad (Gómez y Aldana, 2007).

Depresión en el embarazo

Cada año, entre 7% y 13% de las mujeres experimenta depresión mayor, especialmente en los años reproductivos (Berardi, Leggieri, Ceroni, Rucci, Pezzoli, Paltrinieri, Grazian y Ferrari, 2002); la prevalencia en embarazadas puede ser de 4% a 30% de acuerdo con Johanson, Chapman, Murray, Johnson y Cox (2000), dependiendo del sistema de tamizaje utilizado (McKee, Cunningham, Jankowksi y Zayas, 2001). En mujeres gestantes de bajos recursos económicos se han informado frecuencias de hasta 50% (Chokka, 2002, en Luna, Salinas y Luna, 2009).

Los índices de depresión durante el embarazo que han sido reportados son superiores al 20%; durante el primer trimestre, puede ser particularmente difícil el diagnóstico depresivo debido a que pueden coincidir los síntomas de depresión con algunos propios del embarazo (Ryan, Millis y Misri, 2005).

Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, (2004), reportaron un índice de depresión del 7.4% durante el primer trimestre de embarazo; durante el segundo trimestre tendió a incrementarse a un 12.8% y disminuía a 12% durante el tercer trimestre. Por otro lado Josefsson, Berg, Nordin y Sydsjo (2001) reportaron índices del 17% de depresión durante el tercer trimestre del

embarazo.

Los síntomas depresivos no están comúnmente reconocidos en la práctica ginecológica clínica; en su mayoría, los desórdenes psiquiátricos en mujeres se encuentran disfrazados de manera frecuente por ciertas quejas somáticas, como el dolor de cabeza, fatiga crónica, dolores específicos e irregularidades en el sangrado menstrual. De igual manera, se ha llegado a suponer que las náuseas y el vómito podrían representar un síntoma de disconformidad (Sundstrom, Bixo, Bjorn y Astrom, 2001).

Muchas mujeres con un diagnóstico de depresión y ansiedad sufren de náusea y vómito (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström y Bixo, 2004). De igual manera, el vómito, las náuseas y la fatiga, son padecimientos que de acuerdo con Chou, Lin, Cooney, Walker y Riggs (2003), se encuentran asociados con la depresión en los primeros meses de embarazo.

La depresión misma representa un riesgo para cualquier persona, sin embargo en las mujeres embarazadas puede afectar la gestación y al recién nacido con algunas consecuencias, tales como bajo peso del producto al nacer, su crecimiento incompleto, episodios de diarrea, una inmunización incompleta además de desnutrición (Sepúlveda y otros, 2006). De acuerdo con Dayan y otros (2006), la disminución del apetito de la madre va estrechamente ligada con la desnutrición del producto en gestación; de igual manera, la mujer embarazada con depresión es propensa a mostrar conductas riesgosas, como fumar, el ingerir bebidas alcohólicas, desatención de su control y cuidados prenatales, las cuales pueden acarrear situaciones como el aborto espontáneo, parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso y talla al nacer del producto, hipertensión arterial en la madre y un riesgo aumentado de padecer depresión postparto, lo que disminuye la capacidad de atender los deberes maternos y una incapacidad de generar un vínculo adecuado madre-hijo de acuerdo con Adis International (2006), Menón (2008) y Salazar y Rincón

(2006).

La depresión postparto ha sido con frecuencia más estudiada que la depresión durante el embarazo a pesar de que ésta última es el principal predictor de la depresión posparto (Bennett y otros, 2004; Zuckerman y otros, 1990). De acuerdo a lo anterior, se muestran mayores niveles de depresión durante el período antenatal que durante el período postnatal (Evans, Heron, Francomb, Oke y Golbing, 2001).

Finalmente, cabe mencionar que algunas investigaciones han indicado que la falta de apoyo social y estrés son factores de riesgo para que se presente depresión durante el embarazo (Pajulo y otros, 2001; Zayas, Cunningham, McKee y Jankowski, 2002).

Estrés

Definición de concepto

El estrés, puede considerarse como: 1) una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etcétera); en este caso el estrés actúa como variable dependiente; 2) un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones, etcétera); en este caso el estrés se considera variable independiente; y 3) una interacción (transacción) entre el individuo y el medio (como proceso) (Sandín, 1999).

Lazarus (2000) indica que es inapropiado definir el estrés psicológico como estímulo o suceso provocador (estresor) o como respuesta o reacción (reacción orgánica generada por el estresor); en estos casos resulta más apropiado hablar de estrés psicosocial o fisiológico. El estrés psicosocial se refiere a los sucesos vitales (estresores) y el estrés fisiológico se refiere a una perturbación

de la homeostásis (Sandín, 1999).

El estrés psicológico es definido por Lazarus y Folkman (1984) como una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por el mismo sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Enfoque teórico

Teoría transaccional del estrés

La anterior definición de estrés se conoce como la teoría transaccional (relacional) del estrés de Lazarus y Folkman (1984). De acuerdo a ella, para que se produzca una respuesta de estrés debe haber condiciones tanto internas como externas y es la relación entre ellas, lo que genera su aparición y características individuales. Esto explica por qué cada individuo puede responder de manera diferente ante un mismo estímulo y según su historia, características y experiencias personales tender a diferentes interpretaciones y estilos de afrontamiento ante cada situación (Taboada, 1998).

Uno de los elementos centrales en la teoría transaccional de Lazarus y Folkman, es el concepto de evaluación cognitiva (*appraisal*). La evaluación es definida como el mediador cognitivo de la relación de estrés; es un proceso universal mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal (Sandín, 1995).

Las formas de evaluar una situación dan lugar a la clasificación de tres tipos de estrés psicológico: *daño/pérdida, amenaza y desafío*.

El modelo de Lazarus define el estrés como un sistema de procesos interdependiente, que incluye la evaluación y el afrontamiento, que median la frecuencia, intensidad, duración y tipos de respuestas psicológicas y somáticas; este modelo enfatiza el papel activo del individuo hacia los procesos de estrés. En este sentido el sujeto no sólo decide qué es estresante, mediante ciertos procesos perceptivos; sino que además, una vez asumida la fuente de estrés personal puede transformarla mediante estrategias de afrontamiento.

Lazarus afirma que una persona presenta estrés, sólo si lo que sucede impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o viola expectativas altamente valoradas. El grado de estrés está vinculado con el grado de intensidad de este compromiso y parcialmente con las creencias y expectativas que crean que pueden ser realizadas o violadas. La definición transaccional de estrés contempla las características ambientales y personales y su importancia relativa; el significado transaccional (relacional) aporta la otra parte necesaria del proceso de estrés, basado en las valoraciones subjetivas de la importancia personal de lo que está sucediendo.

Sandín (1999) plantea que debido a que el concepto de estrés es empleado de forma diferente por los autores, la alternativa más adecuada se basa en la consideración de estrés como un proceso, el cual incluye diversos componentes relevantes tales como la evaluación cognitiva (amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, los factores moduladores personales y sociales.

El modelo de Sandín, aunque es apropiado para explicar el estrés y que retoma los aspectos esenciales a considerar, en el presente tema de investigación se considera que el modelo propuesto por González y Landero (2006b) es más apropiado para explicar el estrés y su relación con la depresión.

Modelo explicativo del estrés y síntomas psicosomáticos

En el modelo explicativo del estrés y síntomas psicosomáticos elaborado por González y Landero (2006b), se representa que ante los estresores (diarios, recientes, crónicos o la combinación de éstos), la persona puede o no percibir estrés dependiendo de la valoración que hace de sus recursos (ejemplo: autoestima, autoeficacia), del apoyo con que cuenta (ejemplo: apoyo social) y de la situación (amenazante, desafiante o daño/pérdida); además, se considera que las variables sociodemográficas (ejemplo: sexo femenino, edad), pudieran estar asociadas a la percepción del estrés y los síntomas psicosomáticos. Una vez que el sujeto percibe algún nivel de estrés se pueden presentar respuestas a nivel emocional (ejemplo: depresión, ansiedad), conductual (afrontamiento) y fisiológico (síntomas psicosomáticos). Por último, se plantean relaciones directas entre algunas variables que han sido comprobadas por estudios empíricos (autoestima y estrés; apoyo social y estrés; depresión y síntomas; ansiedad y síntomas; además de estrés y síntomas).

Es importante mencionar que Lazarus, enfatizaba la dificultad de presentar modelos que fueran generalizables entre individuos, debido a que se considera el estrés como proceso idiosincrático; asimismo, consideremos que la experiencia del síntoma puede variar de una persona a otra e incluso en la misma persona de un momento a otro (Rodríguez, 2001).

A continuación se definen cada uno de los elementos del modelo explicativo del estrés de González y Landero. No obstante, cabe aclarar que existen otras variables relacionadas tanto al estrés como a los síntomas psicosomáticos que pudieran incluirse en recursos personales, variables sociodemográficas o en otras partes del modelo, tales como neuroticismo, afecto negativo (Costa y McCrae, 1987) o alexitimia, por mencionar algunas; sin embargo, sólo se presentan ejemplos de las variables que pudieran analizarse en cada parte del modelo.

Estresores

El inicio del proceso de estrés se plantea cuando el individuo se enfrenta a un estresor. Pudiendo ser éste un suceso vital, un suceso menor, estrés crónico o la combinación de ellos. Los eventos o sucesos vitales, se definen como circunstancias que requieren un ajuste por parte de los individuos debido fundamentalmente a cambios en su entorno (Peñacoba y Moreno, 1999). Los sucesos vitales, son considerados habitualmente como acontecimientos no planificados o imprevistos, perjudiciales física o psicológicamente. Generalmente se trata de sucesos inevitables y las personas que los sufren no suelen disponer de tiempo adecuado para su prevención o para prepararse a enfrentarlos (Sandín, Chorot, Santet y Valiente, 2002). Los sucesos vitales son estresores cuando son percibidos como un aspecto saliente y molesto en la calidad de vida de la persona. Esta concepción del estresor enfatiza la experiencia individual subjetiva (Peñacoba y Moreno, 1999).

Al considerar la relación de los sucesos vitales con la salud, estos pueden ser entendidos como factores predisponentes o precipitantes. Los factores predisponentes están generalmente constituidos por sucesos ocurridos en la infancia (maltrato infantil, pérdida de algún padre, entre otros); mientras que los factores precipitantes son más bien cambios vitales recientes, normalmente ocurridos durante los dos últimos años (ejemplo: separación matrimonial, pérdida del empleo, por mencionar algunos) (Sandín, 2003).

Un tipo de estrés social que ha sido investigado más recientemente, es el denominado estrés diario o sucesos menores que se encuentra en un camino intermedio entre el estrés reciente (estrés por sucesos vitales) y el estrés crónico (que se describe posteriormente) (Sandín, 1999). El estrés diario se caracteriza por su mayor frecuencia y ha sido sugerido como más estrechamente relacionado a la salud mental y física que los sucesos mayores (Sandín y otros, 2002).

El estrés psicológico es definido por Lazarus y Folkman (1984), como una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Los sucesos vitales suelen diferenciarse de otros estresores sociales más recurrentes y duraderos, los cuales actualmente se definen como estrés crónico (Sandín, 2003). Los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor parte de la gente encuentra en sus vidas diarias; muchos de estos estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales, por ejemplo dificultades en el trabajo, problemas de pareja o complicaciones en las relaciones entre padres e hijos).

Tanto los sucesos vitales como los sucesos menores y el estrés crónico, se consideran estresores dentro el modelo elaborado por González y Landero. Los estresores han sido relacionados con la sintomatología somática, por ejemplo, Sandín y otros (2002) encontraron una correlación positiva entre el estrés diario y los síntomas, así como entre los sucesos vitales y los síntomas; además, ambos predicen la sintomatología somática.

Valoración de la situación daño/pérdida, amenaza, desafío.

El estrés psicológico se relaciona a la importancia o significado que la persona da a lo que está sucediendo y lucha activamente para manejar el estrés (Lazarus, 2000). Así, Lazarus considera que la valoración de la situación, puede ser de beneficio, lo que no desencadena el proceso de estrés; o de *daño/pérdida, amenaza, desafío*, que darían lugar a estrés psicológico. *Daño/pérdida* se refiere a una pérdida que ya se ha producido, *amenaza* se relaciona con un posible daño o pérdida y *desafío* se refiere a una dificultad que puede ser superada con entusiasmo y confianza en uno mismo (Lazarus, 2000)

Valoración de los recursos propios

Respecto a los recursos propios, Sandín (1999) considera que las variables personales y sociales son moduladoras del estrés; menciona entre estas variables la alexitimia, la afectividad, el apoyo social y el estatus socioeconómico. Lazarus (2000) afirma que cuando la carga ambiental excede substancialmente a los recursos de la persona, se produce una relación estresante; así mismo indica que en el estrés psicológico, la comparación se produce entre el poder de las demandas ambientales para dañar o amenazar y los recursos de la persona para manejarlas; si los recursos de la persona son equivalentes o exceden las demandas, la persona se enfrenta a una situación carente de estrés, pudiendo presentarse aburrimiento o tedio. En el modelo explicativo del estrés y síntomas psicósomáticos de González y Landero, se toman como variables personales la autoestima y la autoeficacia que han sido asociadas al estrés.

Se define autoestima como la evaluación que hace la persona de sí misma (Branden, 2001; Paz, 1987 en Buela, Fernández y Carrasco, 1997). Se ha encontrado que la alta auto estima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia (Lundgren, 1978 en Lara, Verduzco, Acevedo y Cortéz, 1993). Landero y González (2002, 2004) encontraron una relación negativa entre autoestima y estrés.

Por otro lado Lazarus (2000) considera que la autoeficacia es una de las características que ayudan a resistirse a los efectos perjudiciales del estrés. Dentro de la teoría cognitivo social, Bandura (1977) concibe la autoeficacia como la creencia en la propia capacidad para realizar un comportamiento determinado. Bandura (1986) menciona que los juicios que un individuo realiza

sobre su propia capacidad son muy similares a los resultados específicos que se pueden observar y que esos juicios son una buena herramienta para predecir y explicar los resultados conductuales, ya que son normalmente el tipo de juicios que el individuo realiza cuando se enfrenta a las tareas a realizar.

La valoración de los recursos propios también repercute en la respuesta emocional del individuo. Lazarus (2000) indica que el estrés es particularmente poderoso cuando el individuo debe enfrentarse a demandas que no pueden ser satisfechas fácilmente. Por otro lado Greenberg y otros (1992, en Lazarus 2000) que la autoestima reduce la ansiedad ante un estresor.

Para el modelo de González y Landero (2006b), sólo se retoman la autoestima y la autoeficacia, como recursos personales; sin embargo, se acepta que existen otras variables a considerar dentro de los recursos personales que pudieran estar involucradas en el proceso.

Valoración del apoyo ambiental

Como apoyo ambiental se considera el apoyo social; en el modelo se habla de valoración del apoyo social, por lo que se trata de apoyo social percibido y no apoyo social material. Existe una diversidad de definiciones y perspectivas en el estudio del apoyo social; en algunas de ellas se resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales, ofreciendo definiciones del mismo basadas en la existencia, cantidad y propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas. Frente a estas, se subrayan los aspectos funcionales del apoyo social, centrándose en este caso el tipo de recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que cumplen, destacando diversas dimensiones o aspectos del mismo, como apoyo emocional, de estima y material (Barrón 1990a, en Barrón, 1996).

Desde la perspectiva funcional, en la definición de apoyo social se acentúan las funciones que cumplen con las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales del mismo. Es importante

distinguir, entre los recursos que se intercambian en esas transacciones y las funciones que cumple el apoyo. Respecto a las funciones que cumplen dichos intercambios, se destacan tres funciones: la provisión de apoyo emocional, material e informacional (Barrón, 1996).

El apoyo social es un factor sociocultural relacionado con el estrés y que además se ha identificado como una variable amortiguadora del mismo (Cohen, 1988). El punto de partida de los teóricos que definen este efecto amortiguador, se basa en la capacidad que podría tener el apoyo social para disminuir la evaluación de una situación como estresante mediante la provisión de soluciones al problema, reduciendo la importancia con que se percibe la situación, disminuyendo la respuesta del sistema neuroendócrino y facilitando de esta manera que la gente sea menos reactiva ante el estrés percibido (House, 1981). La relación directa del apoyo social con el estrés, ha sido demostrada en estudios empíricos; Landero y González (2004), encontraron una relación negativa entre ambas variables.

Estrés Percibido

El concepto de estrés percibido es retomado de Cohen, Kamarak y Merlmeistein (1983), quienes indican que los planteamientos hechos por Lazarus hasta ese momento, no habían sido acompañados de medidas validadas de estrés percibido; así crean la Escala de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale: PSS*) como una medida del grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. Por lo tanto, esta escala, refleja la definición de estrés psicológico planteada por Lazarus y Folkman (1984).

En el modelo de González y Landero (2006b), el estrés percibido sería el resultado de enfrentarse a uno o varios estresores y valorar esa situación como estresante y desbordante de los recursos del individuo en cuestión; la valoración de los recursos incluye la valoración de los recursos propios

(autoestima y autoeficacia) y la valoración del apoyo ambiental (apoyo social).

Variables sociodemográficas

Las condiciones sociales (organización social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género, etc.) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes (Sandín, 2003).

Respecto al sexo, Cronkite y Moos (1984), indican que las mujeres pueden ser psicológicamente más susceptibles a los efectos estresantes cotidianos que los hombres. En estudiantes, Hudson y O'Regan (1994), citan estudios donde se han encontrado niveles más altos de estrés en las mujeres. Lo mismo fue detectado por González y Landero (2006a). En lo referente al nivel socioeconómico, Sandín (1999), considera que es una de las variables moduladoras del estrés.

Respuestas emocionales

Lazarus (2000) considera que el estrés es interdependiente de las emociones; es decir, si hay estrés hay emociones y en algunos casos esta relación es a la inversa también, es decir, cuando las emociones están presentes a menudo también se produce el estrés. Así mismo, indica que como mínimo hay 15 variedades diferentes de emociones. Las emociones que plantea Lazarus son: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión. Cada una dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona (Lazarus, 2000). Por otro lado Sandín (1999) considera la depresión y la ansiedad como respuestas emocionales ante el estrés. Estas dos emociones se retoman en el modelo; ambas han sido relacionadas al estrés y los síntomas psicósomáticos.

La depresión es considerada por Lazarus (2000) como una emoción

estrechamente unida a la tristeza y resultado de una sensación de indefensión sobre la restauración de una vida que valga la pena después de una pérdida importante.

Tal vez la teoría más difundida sobre la depresión es la de Beck y otros (1979), quien considera que es un desorden del pensamiento y que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Beck (en Tyson y Range, 2003) establece que una razón por la que el individuo desarrolla patrones cognitivos negativos es la experiencia de una gran pérdida, en el momento en que ésta resulta abrumadora para la persona. Así, si la proporción de demandas es muy superior a la de los recursos, la persona se siente indefensa para manejar las demandas a que está expuesta y esto puede provocar depresión, o bien, sentimientos de pánico y desesperanza (Lazarus, 2000).

Respecto a la ansiedad, Lazarus (2000) indica que es un estado de incomodidad, vago, difuso, continuo y anticipador, menciona que es una emoción propia del estrés y es más propensa a aparecer y a ser intensificada cuando la persona no confía o confía poco en su propia identidad para manejar el mundo con efectividad (autoeficacia).

Respuestas conductuales: afrontamiento

El afrontamiento es una de las variables que indiscutiblemente va ligada al estrés. Lazarus y Folkman (1984), definen el afrontamiento como las estrategias creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes. En otras palabras el afrontamiento es un proceso psicológico, que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativas, tales como ansiedad, miedo, ira, hostilidad, desagrado, tristeza, desprecio, desesperación entre otras (Fernández-Abascal, 1997).

En términos generales el concepto de afrontamiento hace referencia tanto a los esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (Sandín, 1995). Así, el individuo utiliza diversas formas de afrontamiento para tratar con el estrés, algunas pueden ser adaptativas mientras que otras no lo son (Sandín y Chorot, 2003).

Respuestas fisiológicas: síntomas psicosomáticos

Como variable central a considerar en el modelo elaborado por González y Landero (2006b), se encuentran los síntomas psicosomáticos que, como ya se mencionó, se refiere a dolencias físicas en las que los procesos emocionales y factores psicológicos, como el estrés pueden jugar algún papel.

Estrés en la Adolescencia

La adolescencia representa un periodo para el desarrollo de habilidades interpersonales tanto como personales, sin embargo también se destaca como un periodo de vulnerabilidad para algunos individuos ante los nuevos cambios, lo que pone en juego la capacidad para adaptarse rápida y efectivamente en esta etapa (Crean, 2004; Igram y Luxton, 2005, en Sontag, Graber, Brooks-Gunn y Warren, 2008).

Dada la magnitud de tales cambios y la poca experiencia vital de los adolescentes, muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. Sin embargo la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no solo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales (Crean, 2004; Kim, Conger, Elder y Lorenz, 2003).

El aumento de problemas relacionados con la regulación emocional, las relaciones interpersonales y la participación en actividades de alto riesgo están bien documentados (Jessor, Turbin, Costa, Dong, Zhang y Wang, 2003;

Marcotte, Fortin, Potvin y Papillion, 2002). En el esclarecimiento de la etiología de muchas de estas dificultades, los investigadores han citado eventos negativos de la vida o acontecimientos estresantes como precursores importantes tanto para la internalización y externalización de las dificultades en el desarrollo (Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1992; Williamson, Birmaher, Anderson, Al-Shabbout y Ryan, 1995, en Sontag y otros, 2008).

Debido a los efectos que tiene el estrés en el funcionamiento fisiológico e inmunológico (Galán y Sánchez, 2004), la acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y salud del adolescente, ya sea directamente o a través de su influencia en las conductas de salud, estado emocional y en la percepción de apoyo social, el cual influye de modo benéfico tanto en la valoración como en el afrontamiento de las situaciones estresantes (Barra, 2004). No solo se implican los eventos más estresantes y significativos, sino que también todos aquellos estresores menores o problemas cotidianos que pueden llegar a acumularse y aumentar la vulnerabilidad de presentar problemas de salud física y/o mental (Aysan, Thompson y Hamarat, 2001; O'Neill, Cohen, Tolpiny Gunthert, 2004).

El estrés no es un fenómeno estático o unidireccional. Está claro que lo que se considera estresante varía considerablemente entre los individuos y que esas diferencias son reflejadas en la variedad de los recursos internos y externos que utilizan los individuos para hacerles frente. Los factores estresantes son comúnmente ponderados según su duración e intensidad (es decir, aguda frente a crónica), y de acuerdo a la magnitud del impacto que produce en el individuo (Rosen, Compas y Tacy, 1993; Kanner, Coyne, Schafer y Lazarus, 1981, en Sontag y otros, 2008).

La adolescencia además de ser un periodo de desarrollo, es un periodo de intensificación de las diferencias sexuales, por lo que diversos estudios han informado que en comparación con los hombres, las mujeres adolescentes

reportan más quejas somáticas (Baldwin, Harris y Chambliss, 1997; Geckova, A., Van Dijk, Stewart, Groothoff, y Post, 2003; Haugland, Wold, Stevenson, Aaroe y Woynarowska, 2001), mayor cantidad de eventos estresantes, mayor malestar asociado a dichos eventos y mayor estrés percibido (Barra, Cerna Kramm y Véliz, 2006; Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003, en Barra, Cerna Kramm y Véliz, 2006), así como un mayor número de síntomas depresivos (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004; Marcotte, Fortin, Potvin y Papillon, 2002).

Estrés en el Embarazo

Della (2006), concluye en uno de sus estudios, que el estado de gestación en las adolescentes, se muestra como evidencia de ser un evento generador de estrés. Para él, las conductas pasivas de culpa y el sentimiento de responsabilidad que acarrea el esperar un hijo, inhiben estrategias activas de afrontamiento ante el evento estresante.

Existe una gran cantidad de información sobre cómo el estrés tiene consecuencias físicas, emocionales, sociales y conductuales en mujeres embarazadas, entre las que se pueden resaltar el nacimiento prematuro, y el bajo peso del recién nacido; respuestas como el miedo y el sentimiento de amenaza, así como mayor probabilidad de ingerir bebidas alcohólicas, fumar y el abuso de sustancias (Glynn y otros, 2008, en Alderdice y Lynn, 2009; Stanton y otros, 2002). Además, el estrés afecta la habilidad de la mujer de controlar su vida, realizar tareas ordenadas y racionales de planeación, cuidado personal, nutrición, responsabilidad y asistencia médica de manera óptima para su embarazo (Royal College of Midwives, 2006, citado en Alderdice y Lynn, 2009).

El estrés en el embarazo juega un rol clave en los resultados del mismo (Dunkel-Schetter, 1998; Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, y Sandman, 1999). La pobreza y el racismo, asociados al estrés, se sugieren dentro de los factores que destacan en los altos niveles de mortalidad y morbilidad de la madre y el

hijo (Hummer, 1993). Estos resultados, han sido atribuidos a una gran variedad de factores contextuales derivados de los anteriores (pobreza y racismo), como la inaccesibilidad a los servicios de salud y bienes materiales así como a la exposición prolongada a una lista de estresores (particularmente en mujeres inmigrantes), donde muchos de los cuales son crónicos (Rini y otros, 1999; Wilson y Schiffm, 1980; Zambrana, Dunkel-Schetter, Collins y Scrimshaw, 1999).

Embarazo adolescente

Adolescencia

La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

Por otro lado Coll (2001), distingue tres etapas de la adolescencia: primera etapa (10-13 años), etapa media (14-16 años) y etapa tardía (17-19), las cuales serán retomadas en el apartado 3.3.4 de este capítulo.

Según datos del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) por sus siglas en inglés (UNICEF, 2009), en el 2008 existe una población mundial de 2.2 billones de habitantes de los 5 hasta los 18 años de edad; para América Latina y Caribe se estima una población de 195 millones.

Para México, las cifras de población de entre 10 y 19 años es de 21,061,144 según datos del censo poblacional 2005 por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Para el estado de Zacatecas, la cifra es de 301,626. Más específicamente, para los municipios de Zacatecas y Guadalupe, el total de población de entre 10 y 19 años es de 52,123, de los cuales 26,207 son hombres y 25,916 son mujeres. Para este estudio, el rango de edad que se

considera es de 15 a 19 años pertenecientes a la población femenina, lo que concretamente en los municipios de Zacatecas y Guadalupe, se obtiene un total de 13,160 mujeres dentro de esas edades (INEGI, 2005).

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la vida adulta donde inicia la pubertad, se observa un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que llevan a la madurez sexual. La pubertad comienza entre los doce o trece años debido a cambios hormonales; la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo puesto que está relacionada no solamente con la maduración de la mente y el cuerpo, sino que depende también de factores psicológicos y sociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar (Coll, 2001; Papalia, 2002).

Desarrollo de la Adolescente

Desarrollo físico

El periodo del inicio de la adolescencia que se caracteriza por un crecimiento físico rápido y por los cambios sexuales que posibilitan la reproducción se denomina pubertad (Papalia y Wendkos, 2000).

La edad de inicio de la pubertad es variable: los niños normales empiezan a observar cambios en su cuerpo en cualquier momento entre las edades de 8 a 14 años. Una de las razones que explican esta gran variabilidad se basa en el sexo: los cambios corporales específicos aparecen uno o dos años antes en las mujeres que los cambios paralelos de los hombres. (Tanner, 1981; 1990). La herencia genética, la nutrición y otros factores también desempeñan un papel en esta variabilidad (Stassen y Thompson, 1997).

Una vez que empieza la pubertad en la mujer, los cambios aparecen en una secuencia aproximada entre los 9 y 16 años de edad (Stassen y Thompson,

1997):

1. Los ovarios aumentan la producción de estrógenos y progesterona
2. Los órganos sexuales internos empiezan a aumentar de tamaño
3. Brote de los pechos
4. Comienza el brote de vello púbico
5. Se inicia el incremento de peso
6. Punto álgido del estirón de estatura
7. Crecimiento máximo de músculos y órganos (también se ensanchan de forma evidente las caderas)
8. Menarquía (primer periodo menstrual)
9. Primera ovulación
10. Distribución definitiva del vello púbico
11. Desarrollo completo de los senos

Si no se dan circunstancias extraordinarias como una malnutrición extrema, estos cambios continúan con normalidad (Tanner, 1981).

En la pubertad el proceso de maduración sexual da como resultado muchas diferencias corporales significativas; entre éstas se cuentan los cambios tanto en las características sexuales primarias y secundarias.

Características sexuales primarias

Los cambios en las características sexuales primarias aparecen en los órganos sexuales que participan directamente en las funciones de la reproducción. Durante la pubertad, todos los órganos sexuales primarios se hacen mucho mayores. En las mujeres, el útero comienza a crecer y el revestimiento de la vagina se hace más grueso, incluso antes de que se hagan visibles los signos de crecimiento de los pechos o del vello púbico (Millán y Sileo, 2002).

A finales de la pubertad los órganos sexuales de las personas jóvenes se han hecho suficientemente maduros para posibilitar la reproducción. En las mujeres, el acontecimiento concreto que se tiene para indicar su fertilidad es el primer periodo menstrual al que se denomina menarquia. En realidad los primeros ciclos menstruales de la adolescente son normalmente anovulatorios, es decir, tienen lugar sin ovulación, inclusive un año después de la menarquia la mayoría de las mujeres jóvenes son todavía relativamente estériles, la ovulación es irregular, y si tiene lugar la fertilización, la probabilidad de un aborto espontáneo es mucho mayor de lo que será más tarde dado que el útero es relativamente pequeño Golub (1992, en Stassen y Thompson, 1997).

Características sexuales secundarias

Aunque el principal desarrollo sexual de la pubertad sea el proceso de maduración de los órganos reproductores, también se dan lugar otros cambios en distintas partes del cuerpo. Lo más evidente es el cambio corporal que tiene lugar entre los hombres y mujeres, el cual era casi idéntico entre ambos en la infancia (Malina, 1990).

En las mujeres, las caderas se ensanchan, una adaptación para tener hijos que aparece en la pubertad y aumenta a lo largo de los años de adolescencia, así como el desarrollo de los pechos, que comienza por una pequeña acumulación de grasa que provoca una ligera elevación de los tejidos de los pezones; a partir de entonces los pechos van aumentando su volumen poco a poco durante 4 años aproximadamente alcanzando su tamaño definitivo hasta que se hayan tenido lugar todos los cambios de la pubertad (Malina, 1990). A la par con estos cambios, se encuentra la aparición del vello puberal, manifestando su crecimiento en la zona genital, axilar así como el incremento su grosor en diferentes zonas de cuerpo, como las piernas (Millán y Sileo, 2002).

Desarrollo Cognoscitivo

Según Piaget (1972) la última etapa del desarrollo cognitivo (pensamiento formal), tiene lugar en la adolescencia, producto de la maduración y la experiencia, el cual es cualitativamente distinto de pensamiento infantil (pensamiento concreto).

Dentro de este nuevo desarrollo cognitivo, se encuentra el pensamiento hipotético, el cual se caracteriza por la implicación de proposiciones y posibilidades que pueden reflejar o no reflejar la realidad; el razonamiento deductivo que tiene por características la realización de inferencias y conclusiones lógicas a partir de premisas generales; y el egocentrismo, el cual es una característica del pensamiento adolescente que lleva a los jóvenes a centrarse en sí mismos, excluyendo a los demás, creyendo que sus pensamientos, sentimientos o experiencias son únicos.

Existen características fruto del egocentrismo adolescente; una de ellas es la creencia de invencibilidad, sintiéndose erróneamente seguros de que nunca enfermarán o morirán o nada es lo suficientemente riesgoso. Una segunda característica es la percepción de su vida como única y excepcional, diferente de los demás por sus experiencias, perspectivas y valores. Una última característica es la importancia que dan a la opinión que los otros tienen de él o ella y el cómo reaccionarán a su apariencia y conducta.

Las capacidades lógicas que tienen los adolescentes y adultos les permiten razonamientos más complejos y abstractos, pero el cambio conceptual no se garantiza automáticamente por acceso a un pensamiento más abstracto; se necesita la combinación de más habilidades de razonamiento e información sobre los hechos referentes al tema en relación (Piaget, 1972).

Desarrollo psicosocial

El desarrollo psicosocial es el que ayuda al adolescente a conseguir la categoría y la madurez de un adulto. Considerados en conjunto los aspectos del desarrollo psicosocial pueden entenderse mejor como la búsqueda del adolescente hacia una comprensión de sí mismo y de su identidad (Stassen y Thompson, 1997)

El yo y la identidad

Los cambios trascendentales que tienen lugar en los años adolescentes, desafían al joven para que defina quien es realmente (Larson y Ham, 1993).

Durante el proceso de intentar encontrar su autentico yo, muchos adolescentes experimentan la emergencia de posibles yo, es decir, diversas percepciones de quiénes son en realidad, quiénes son en diferentes grupos o entornos, quienes les gustaría llegar a ser y quienes se temen llegar a ser (Markus y Nurius, 1986, en Stassen y Thompson, 1997).

Para el adolescente, es posible comparar el propio yo con una imagen idealizada. El “yo ideal” es una amalgama irreal formada por las fantasías deseadas, la conducta de los compañeros atractivos a él, así como la influencia de los medios de comunicación, que lo retratan como una persona competente y segura de sí mismo. La conducta adolescente inevitablemente queda alejada de ese ideal, lo que contribuye a una reducción de la autoestima (Stassen y Thompson, 1997).

Autoestima

La consciencia sobre los conflictos y las contradicciones entre las identidades múltiples es uno de los varios factores que contribuyen a una reducción gradual de la autoestima durante la adolescencia; otros factores como la transición de la educación básica a la educación secundaria también tienen un papel (Eccles y

Harold 1993; Rosenberg, 1979).

La autoestima también se ve afectada por el impacto distorsionante que puede tener el inicio de la pubertad en la imagen corporal, en el atractivo percibido y en la confianza y en la confianza en sí mismo a nivel físico (Bergstrom y Neighbors, 2006; Stassen y Thompson, 1997).

La evaluación que hace el adolescente de su apariencia física, es el determinante de mayor importancia para su autoestima, ya que la propia madurez física, el timbre de voz, la talla corporal y la complejión facial son de dominio público (Patrick, Neighbors, y Knee, 2004; Smolak, Murnen y Thompson, 2005; Stassen y Thompson, 1997).

La identidad

En el momento en que los adolescentes se comparan con sus iguales e intentan dilucidar su identidad entre múltiples yos también son conscientes de que van avanzando hacia la aceptación de roles y responsabilidades así como de tomar decisiones que pueden tener implicaciones a largo plazo en sus vidas, como la elección de carrera, búsqueda y elección de pareja, amigos y hasta un embarazo (Stassen y Thompson, 1997).

En el proceso de encontrarse a sí mismos, los adolescentes intentan desarrollar identidades sexuales, morales, políticas y religiosas que sean relativamente estables coherentes y maduras (Stassen y Thompson, 1997). Esta identidad abre el paso a la vida adulta al salvar la distancia existente entre las experiencias de la infancia y los objetivos, valores y decisiones personales que permiten a cada uno de los jóvenes asumir su puesto en la sociedad (Erikson, 1975, en Stassen y Thompson, 1997).

Niveles de identidad de acuerdo a Marcia (1980).

- a) *Consecución de la identidad:* el adolescente de forma ideal establece sus propios objetivos y valores, abandonando algunos de los que habían establecido los padres y la sociedad, aceptando otros.
- b) *Identidad prematura:* el adolescente acepta los roles anteriores y los valores de los padres en bloque, en lugar de explorar alternativas y forjar verdaderamente una identidad personal única.
- c) *Identidad negativa:* los adolescentes encuentran los roles que sus padres y la sociedad esperan que cumplan como inalcanzables o no ejercen atractivo alguno, y sin embargo pueden ser incapaces de encontrar roles alternativos que sean verdaderamente propios.
- d) *Identidad moratoria:* es una especie de retroceso en el que experimentan con identidades alternativas, sin intentar decidirse por alguna.

Padres y amigos

Las influencias paternas y las prácticas de crianza ayudan a desarrollar comportamientos prosociales o antisociales al satisfacer o no las necesidades emocionales básicas de los niños (Krevans y Gibs, 1996).

En la actualidad, muchos adolescentes viven en familias muy diferentes de las de hace unas pocas décadas. La participación de los padres se encuentra asociada con los estilos de crianza; así por ejemplo, padres con un estilo de crianza democrático animan a los adolescentes a mirar dos puntos de vista, estimulando la participación del joven en las decisiones familiares; se logra un equilibrio entre exigencias y responsabilidad. De la misma manera, los padres autoritarios enseñan a los adolescentes a no discutir ni cuestionar a los adultos, además de no permitirles participar en las decisiones que atañen a la familia. Cuando los adolescentes bajo un estilo de crianza autoritario perciben un desajuste en sus propias necesidades, pueden rechazar dicha influencia paterna y buscar el apoyo de los pares a toda costa. En un estilo permisivo los padres están convencidos de que los adolescentes deben ser responsables de

sus propias vidas (Steinberg y Lamborn, 1994).

Aunque los adolescentes son más independientes que los niños, el entorno familiar todavía ejerce una fuerte influencia (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001). Mientras que las amistades son radicalmente diferentes de las relaciones familiares, siendo más igualitarias que las relaciones con los padres, en esta etapa los vínculos parentales cambian. Esto resultaría difícil si el adolescente no pudiera encontrar apoyo en alguna otra parte; los amigos y compañeros desempeñan un papel importante y los adolescentes tienden a agruparse (Delval, 1994). Los adolescentes, al igual que los niños, tienden a escoger amigos como ellos y a la vez los amigos influyen en sí para ser aún más parecidos. Para Berndt y Perry (1990) la importancia e intensidad de las amistades, así como el tiempo dedicado a los amigos es probablemente mayor en la adolescencia que en cualquier otra etapa de la vida. Las amistades son más recíprocas. Los adolescentes comienzan a confiar más en los amigos que en los padres en cuanto a intimidad y apoyo, consideran la lealtad como un aspecto importante y son más confidentes que los amigos más jóvenes. La intimidad, la lealtad y el compartir son características de la edad adulta; su aparición en la adolescencia marca la transición hacia ese tipo de relaciones (Berndt y Perry 1990).

Durante la adolescencia, suelen empezar a producirse las primeras relaciones amorosas; los cambios en las relaciones amorosas con el otro sexo son muy notables. El interés se desarrolla rápidamente ligado a los cambios hormonales y a la influencia social. El hecho de que se produzcan o no relaciones sexuales depende fundamentalmente de factores sociales; sin embargo el deseo se encuentra presente (Delval, 1994).

Embarazo

El embarazo es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo

individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario) según el Hospital General de México en su Guía Diagnóstica de Consulta Externa referente al embarazo.

La relación entre la madre y su bebé se caracteriza por ser de profunda intimidad, tal vez la de mayor intimidad en la vida, dado que se origina en la experiencia de compartir un cuerpo (Hib, 1993).

El embarazo comienza con la fertilización del óvulo por el espermatozoide en el momento de la ovulación o poco después (Barrios y Enríquez, 2000). Se puede dividir aproximadamente en tres fases o trimestres, con duración cercana a 12 semanas cada uno. Al terminar el primer trimestre, el feto tiene figura humana reconocible, aunque sólo mide 7.5 cm. El segundo trimestre es un periodo de crecimiento rápido y durante el tercero, el bebé aumenta de tamaño y comienza a acumular grasa (Stoppard, 1999).

De acuerdo con Von Bra üne (2008) cuando se está embarazada surgen una serie de cambios físicos producto de la gestación misma, entre los cuales se pueden destacar las transformaciones de los senos, los cuales se preparan para cumplir con la función de lactancia para el producto en gestación. Los cambios inician por dolores y sensibilidad, el pezón tiende a oscurecerse acompañado de la aparición de pequeñas prominencias sobre la aureola; las venas del pecho comienzan a hacerse más notorias y hacia los últimos meses comenzará a salir la primera leche (calostros), la cual posee los anticuerpos necesarios que ayudarán al futuro bebé

Durante los primeros meses, aunque no se observan cambios físicos significativos, una serie de malestares pueden llegar a producirse, como pueden ser: la náusea, el vómito, los mareos, desvanecimientos (desmayos), acidez

estomacal, salivación excesiva, nerviosismo y fatiga. Entre otros cambios se encuentra el incremento de apetito, que normalmente va acompañado del aumento de peso, el útero aumenta considerablemente de tamaño durante el segundo trimestre, pudiendo ocasionar molestias abdominales e intestinales, debido a la presión que se ocasiona en la zona del vientre. Pueden aparecer várices, producto de la presión del útero que impide la correcta circulación sanguínea a las piernas. La piel del abdomen y las mamas se estiran, por lo que pueden agrietarse produciendo estrías. La hinchazón de pies y tobillos es también característica de los cambios físicos ocurridos a partir del segundo trimestre del embarazo (Von Bra üne, 2008).

Hacia el tercer trimestre, el útero ha aumentado significativamente de tamaño, ejerciendo presión en los demás órganos del cuerpo, como los pulmones, que sentirán mayor necesidad de aire. Los problemas de estreñimiento y hemorroides pueden agravarse; la necesidad de orinar se hace de manera impetuosa con más frecuencia. La retención de líquidos puede ocasionar la inflamación de pies, tobillos, manos y cara, el abdomen puede endurecerse o presentar dolores. Ya que el estómago se encuentra más comprimido que el trimestre pasado, la acidez puede ser más intensa debido a la presión ejercida por el tamaño del producto, lo que ocasiona que los líquidos del estómago refluyan con facilidad; la sensación de saciedad llegará a ser incómoda debido a la presión ejercida en el estómago (Rodríguez, 2000; Von Bra üne, 2008).

A continuación se hace una descripción breve de la evolución del bebé en el transcurso del embarazo de acuerdo con Hib (1993).

El desarrollo del bebé dentro del útero materno se puede dividir en tres etapas:

- La primera se extiende desde el momento de la fecundación hasta que se forma la llamada gástrula, la cual es un disco embrionario constituido por tres capas de tejido (ectodermo, endodermo y mesodermo). Comprende la primera, la segunda y la tercera semana del desarrollo.

- A la segunda etapa se la llama embrionaria y comprende el período desde la cuarta semana hasta la octava semana del desarrollo. El embrión adquiere su forma casi definitiva y desarrolla los esbozos de la mayor parte de sus órganos. Por este motivo el embrión es más sensible a las drogas u otros agentes que pueden causarle malformaciones congénitas.
- La tercera etapa, llamada fetal, es la más larga y se extiende desde el tercer mes hasta el nacimiento. Al embrión se lo llama feto. Los esbozos de los órganos comienzan a desarrollarse para poder, a medida que crece el feto dentro del útero materno, realizar las funciones que le permitirá al recién nacido vivir en forma independiente.

Embarazo en la Adolescencia

La adolescencia es una etapa de desarrollo del ser humano que conlleva cambios importantes en los que intervienen factores de carácter biológico, psicológico y cultural. Muchas de las transformaciones en esta fase se inscriben en el ámbito de la salud reproductiva, y ocurren de tal modo que sitúan a los adolescentes en una posición particularmente vulnerable (Rivera y Arango, 1999).

Prevalencia

Según muestran los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la tasa de fecundidad en adolescentes de entre 15 y 19 años ha venido descendiendo desde 1970 con 0.13145 al 2000 con 0.0604 (CONAPO, 2000).

Aunque no se logró contar con cifras exactas que muestren el número de adolescentes en gestación, se cuenta con el registro de nacimientos por edad

de la madre. Tal es así que en México un total de 11,530 nacimientos registrados pertenecen a madres menores de 15 años y 446,399 a madres de 15 a 19 años edad.

De acuerdo a la RDIM (2006), en el lapso de tiempo quinquenal 2000-2005, Zacatecas muestra un incremento significativo de madres adolescentes de entre 15 y 17 años de edad del 23%. Recientemente, información más detallada según datos del INEGI, de acuerdo a la edad, al estado civil, y escolaridad hay un registro total de 87 nacimientos provenientes de madres menores de 15 años, de las cuales: 17 eran de madres solteras, 11 de casadas, 50 bajo unión libre, 1 viuda y 8 no especificaron; la escolaridad predominante entre estas madres es la educación primaria básica concluida con un número de 50. Así mismo en Zacatecas, 4,731 nacimientos fueron de madres de entre 15 y 19 años, registrándose: 622 provenientes de madres solteras, 1,692 de madres casadas, 1,926 de unión libre, 27 separadas, 1 viuda, 1 divorciada y 462 no especificaron, la escolaridad predominante entre estas madres fue la educación secundaria básica o su equivalente con un total de 2,593 (INEGI, 2008).

Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno altamente complejo que está condicionado por una serie de factores que impiden su explicación y comprensión en base a causas simples y unitarias, por ello Hammel (1993) argumenta que los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social.

En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, la menarquía en edades cada vez más precoces (Peláez, 1997) (en Zacatecas la edad media es de 12.2 años según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2006), percepción de invulnerabilidad, mala relación con los padres, carencia de

compromiso religioso uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos (Craig, 1997; Winkler, Pérez y López, 2005).

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo los estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, hermana(s) y madre con embarazo en la adolescencia, que según a este último, Lete, De Pablo, Martínez y Parrilla (2001), las adolescentes provenientes de estas madres tienen el doble de posibilidades de tener un embarazo durante la adolescencia. De acuerdo a resultados obtenidos por Póo, Baeza, Capel, Llano, Tuma y Zúñiga (2007) el padre ausente y las carencias afectivas son considerados a su vez como factores de riesgo para el embarazo adolescente (Winkler y otros, 2005).

En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización en los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad de acuerdo con Reeder, Martin y Koniak (1995, en Baeza y otros, 2007) así como los escasos recursos socioeconómicos y el pobre acceso a la educación (Díaz-Franco, 2007).

Complicaciones y riesgos

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas. Entre los mayores riesgos encontrados en esta población a comparación de la población adulta se encuentran:

- Dos veces mayor riesgo de tener niños con bajo peso al nacer (< 2,500 g).
- Tasa de mortalidad neonatal tres veces mayor (defunciones infantiles que se presentan hasta los 28 días después del nacimiento).
- Dos veces mayor riesgo de morir de la madre.

- Pobre capacidad para ganar peso por parte de la madre.
- Mayor proporción de partos prematuros (antes de la semana 37).
- Hipertensión debida a embarazo.
- Anemia.

Además, las adolescentes presentan tasas más altas de abuso de sustancias y pobre asimilación nutricional, lo cual contribuye a un mayor número de partos prematuros. Incluso se llega a administrar ácido fólico para prevenir la aparición de espina bífida y así disminuir la diferencia que existe entre adolescentes y adultas según Fraser, Brockert y Ward (1995, en Díaz-Franco, 2007), datos posteriormente encontrados y apoyados por Vázquez, Guerra, Herrera, De la Cruz y Almirall (2001).

Por último, cabe mencionar que es muy común que las adolescentes se privan de asistencia médica durante su embarazo por ignorancia o vergüenza, lo que resulta un riesgo por las complicaciones que puedan generarse (Torres, 2002).

Actitud ante el embarazo

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber a los adultos (habitualmente los padres), toman partido de inmediato en la situación; en su mayoría con actitudes de acogimiento y comprensión, si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo (Torres, 2002).

La actitud que las adolescentes adopten frente al embarazo va a depender en gran parte de varios factores (Coll, 2001), entre los cuales se encuentran los siguientes.

La edad de la adolescente en vías de convertirse en madre es de gran importancia ya que las más jóvenes de entre 10 y 13 años suelen tener grandes

temores frente al dolor y a los procedimientos obstétricos; las de entre 14 y 16 pueden llegar a tomar conductas omnipotentes y con frecuencia se concentran más en los cambios físicos que ocurren en su cuerpo. Así las jóvenes de mayor edad de entre 17 y 19 años, suelen mostrar conductas y conocimientos similares a los de las mujeres adultas (Coll, 2001).

El embarazo en la adolescencia, las actitudes y los problemas que se vinculan con él, tienen características distintas según el sector social donde se manifieste, tal es el caso de los sectores rurales, donde se ha argumentado una correlación positiva entre el embarazo temprano y los niveles de pobreza (Alatorre y Atkin, 1998; Castillo, 2002, en Villaroel, 2006); el embarazo precoz en este sector, comúnmente conlleva a uniones tempranas (Stern, 1997), además de añadir el hecho de que la adolescencia es una etapa casi inexistente en estas zonas (Coll, 2001). En los sectores urbanos marginales el significado que se puede atribuir al embarazo adolescente es como el de un evento inesperado que puede coartar las aspiraciones de ascenso social de la familia, sin embargo, las implicaciones del embarazo en las jóvenes pueden ser serios conflictos emocionales, tales como baja autoestima, depresión y otros problemas de ajuste como la delincuencia, anorexia, entre otros (Coll, 2001; Schutt-Aine y Maddaleno, 2003, en Rodríguez, 2008); en algunos casos pueden terminar en abortos inducidos, realizados por las jóvenes sin apoyo familiar y en condiciones insalubres, además de ser frecuentes las uniones tempranas insatisfactorias para ambos miembros de la pareja, la deserción escolar y el nacimiento de hijos ilegítimos (Guttmacher Institute, 2006; Prada, Susheela y Deirdre, 1988, en González, 2000) al igual que en los sectores sociales medio y alto, donde a pesar de que la mayoría posee acceso a la educación y a la prevención del embarazo, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente (Coll, 2001).

Para la adolescente, el peso de tener un hijo que le brinde la posibilidad de salir de un medio familiar violento, le de cierta valoración social, llegue a avergonzar

a la familia, condicione sus estudios e incluso llegue a unirla precipitadamente, varía en gran medida (Coll, 2001; Román-Pérez, Carrasco, Cubillas y Valdés, 1995). En el ámbito individual de las adolescentes, desde esta perspectiva, el hijo puede significar para la madre varias cosas, desde algo natural que tiene que pasar, algo que comprueba su fertilidad (Winkler y otros, 2005), el hijo como algo propio, algo con lo que se identifica y da sentido a su vida (Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos, 2007; Fuentes y Lobos, 1995, en Muñoz, Berger y Aracena, 2001), hasta algo que ha roto con todo un plan de vida (Aracena, Benavente y Cameratti, 2002, en Salvatierra, Aracena, Ramírez, Reyes, Yovane, Orozco, Lesmes y Krause, 2005).

El embarazo adolescente puede ser producto de varios factores, entre ellos: la voluntad de la pareja, el mal manejo de algún método anticonceptivo, una relación sexual ocasional, efectos del consumo de una droga o el alcohol y hasta del abuso sexual (Lete y otros, 2001). Entre el grupo de las adolescentes, existen diferencias en la percepción de crianza de un hijo que se buscó, al que llegó de manera inesperada rompiendo con un proyecto de vida (Aracena, Benavente y Cameratti, 2002, en Salvatierra y otros, 2005); este último, es más propio de niveles socio-económicos medios y altos. En niveles socio-económicos bajos, es frecuente que la maternidad se presente como parte del proyecto de vida (CIMAC, 2004), en el cual el hijo es visto como algo consumado y se concibe sin un fin específico; es algo que comúnmente sucede sin ser buscado ni planeado y lo aceptan en razón del papel que juegan como mujer (CIMAC, 2004; Rosengard, Pollock, Weitzen, Meers y Phipps, 2006; Rubarth, 1994; Stern, 1997).

CAPITULO III

METODO

El objetivo de este trabajo de investigación consiste en la Identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas bajo distintas condiciones de estado civil.

Tipo de estudio

Para el cumplimiento de los objetivos particulares planteados anteriormente, el estudio que se realizó corresponde a un diseño no experimental, transversal y exploratorio.

Participantes

Las participantes fueron 82 adolescentes embarazadas primerizas de 15 a 19 años de edad pertenecientes a diversas instituciones educativas, de salud y de la población en general que se encontraron en los municipios de Zacatecas y Guadalupe en el Estado de Zacatecas.

Crterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio aquellas adolescentes que estuvieran embarazadas por primera vez, con edad igual o mayor a los 15 años pero no mayores a los 19 años de edad que se encontraran asistiendo a alguna institución educativa o de salud dentro de los municipios de Zacatecas y Guadalupe en el Estado de Zacatecas. Así también, se requirió que las participantes supieran leer y escribir para el llenado de los instrumentos.

Del mismo modo se excluyeron del estudio aquellas adolescentes que no cumplieron los criterios de inclusión y que además hubieran tenido aborto(s) previos, al igual que un contaran con un diagnóstico previo de algún trastorno mental, ya que al ser una muestra menor a 100 sujetos incluir este tipo de casos podría afectar los resultados y los síntomas de estrés y depresión. Se excluyeron también aquellas participantes que estuvieran bajo algún tratamiento farmacológico por enfermedad crónica o de larga duración así como por trastorno mental. Por último, se excluyeron aquellas participantes que tuvieran la presencia de alguna discapacidad significativa que impidiera el llenado de los instrumentos.

Criterios de eliminación

El llenado de los instrumentos se realizó de manera auto aplicada, por lo que se eliminaron aquellas participantes que no respondieron a 2 o más preguntas por instrumento de evaluación.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se realizó fue no probabilístico

Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo para dicho trabajo de investigación se realizó de la siguiente manera:

Recolección de datos

Como primera etapa, se solicitaron los permisos correspondientes a las diferentes instituciones de salud para el estudio en la ciudad de Zacatecas y

Guadalupe, así como a otras instituciones de educación media, media superior y superior mediante los oficios correspondientes.

Una vez obtenidas las autorizaciones, se localizó al personal pertinente encargado para la identificación de las participantes. Una vez identificadas, se solicitó el consentimiento a todas aquellas adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión para poder participar en la investigación. Se comenzó la aplicación de los instrumentos de manera individual o grupal, según las condiciones que cada institución proporcionó para dicho trabajo. La participación fue voluntaria sin remuneración económica alguna.

Para la parte de la muestra que se identificó dentro de la población en general de Zacatecas y Guadalupe, de igual forma se solicitó el consentimiento para participar en el estudio siempre y cuando cumpliera con los criterios de inclusión.

Aspectos éticos

De acuerdo con la normatividad impuesta por la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) en su código ético, la investigación se realizará de manera competente y con el debido respeto a la dignidad y bienestar de los participantes (art. 49).

Antes de comenzar con la investigación se obtendrá de las instituciones anfitrionas la aprobación apropiada para conducir la investigación así como proporcionar la información precisa acerca de la propuesta de trabajo (art 139).

Se obtendrá el consentimiento informado de los sujetos de investigación utilizando un lenguaje entendible y claro, informando la naturaleza de la investigación principalmente en personas menores de edad, haciéndoles saber de la confidencialidad y en este caso sobre el anonimato de los datos así como

el respetar la libertad de participar, declinar o retirarse de la investigación (art.118, 122, 124 y 132).

De la misma manera, se mantendrá la confidencialidad debida al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar registros y expedientes que puedan estar bajo control propio ya sean escritos o automatizados. Así como de tomar las medidas pertinentes para proteger dichos registros de cualquier forma de incursión por parte de extraños (art. 61).

La información recabada durante el trabajo de investigación será discutida con profesionales del área de la psicología y profesionales que de alguna manera se relacionen de forma clara y adecuada en dicho trabajo (art. 134).

Instrumentos de recolección de datos

Depresión: Se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) en un formato de autoaplicación simplificado por Moral (2011). Consta de 21 elementos con 4 opciones puntuadas de 0 (ausencia de síntoma) a 3 (síntoma severo), la versión de Moral consiste en un formato de respuesta tipo Likert. Así, el rango de puntuaciones varía de 0 a 63. Los síntomas se refieren al humor, pesimismo, ideas suicidas, cambios en la imagen corporal y preocupaciones somáticas; se suele tomar la puntuación de 9 como punto de corte para indicar sintomatología depresiva leve y una puntuación superior a 18 como un indicador de sintomatología más severa, por ejemplo, compatible con trastorno depresivo mayor. En el estudio de Moral (2011), la escala presentó una consistencia interna alta ($\alpha = .91$). Su distribución es asimétrica positiva ($M = 11.36$ y $DE = 9.95$). Con base en el criterio de Cattell se definieron dos factores que explicaban el 39.47% de la varianza total. Al primer factor de 11 reactivos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 19) se le denomina síntomas cognitivo-emocionales de depresión ($\alpha = .87$); al segundo de 10 reactivos, factor de depresión somatizada (8, 11, 12, 14, 15, 16,

17, 18, 20 y 21) ($\alpha = .85$). La correlación entre ambos factores es alta ($r = .703$). Hay diferencia significativa por sexos en la mediana del BDI ($\chi^2_{(1)} = 3.934$, $p = .047$), siendo mayor la mediana de las mujeres ($Mdn = 11$) que la de los hombres ($Mdn = 8$).

Evaluación de situaciones amenazantes: se utilizará el Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) de Sandín y Chorot (1987), el cual consta de una lista de 65 eventos referidos a las siguientes 11 áreas (subescalas): trabajo, salud, amor, matrimonio/pareja, familia, hijos, social, legal, finanzas, residencia y académico; en este estudio se omitieron eventos (ítems) del cuestionario ya que no se consideraron adecuados para las características de la muestra, utilizando solo 57 eventos. Sandín (1999) indica que los coeficientes alfa obtenidos para las diferentes sub-escalas oscilan entre .68 y .83; agrega que en otros estudios han utilizado el CSV como criterio para predecir sintomatología somática, enfermedad física y trastornos de ansiedad, confirmando así su validez predictiva. El CSV puede evaluar el número de sucesos experimentados durante un periodo de tiempo determinado, el nivel de estrés experimentado, la valencia de los sucesos (positivo vs. negativo) y la predictibilidad (si el suceso era esperado o inesperado); asimismo, el CSV es un instrumento ajustado al modelo de Lazarus y Folkman (1984) mediante el cual el individuo valora su experiencia personal con cada evento (Sandín, 1999). Para este estudio se tomaron los sucesos valorados como negativos como equivalentes a sucesos valorados como amenazantes y la suma de éstos será la utilizada en los análisis.

Estrés percibido: se utilizará la Escala de Estrés Percibido de Cohen -PSS- (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983) en su versión para México de González y Landero (2007). El PSS consta de 14 reactivos con puntuación de nunca –0– a muy a menudo –4–. Invirtiéndose la puntuación en los 7 ítems negativos (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13). Mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. De la versión original del PSS en inglés, existe un estudio realizado por Cohen y

Williamson (1988) en una muestra de 960 hombres y 1,427 mujeres de Estados Unidos, con una edad promedio de 42.8 años (D.T. 17.2), utilizaron el Análisis Factorial Exploratorio, con análisis de componentes principales y rotación varimax, encontrando 2 factores que explicaban en conjunto el 41.6% de la varianza. El alfa obtenido en dicho estudio fue de .75. En la versión para México de González y Landero se confirmó la estructura factorial reportada por Cohen y Williamson, con estadísticos de bondad de ajuste adecuados y una consistencia interna evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach de .83 (González y Landero, 2007).

Preguntas sobre características de la muestra:

Para establecer una comparación entre la relación de pareja antes y durante el embarazo se preguntó a las participantes: “Si tienes pareja ¿Cómo describirías tu relación con él durante el embarazo, comparándola con la relación antes del embarazo?” contando con cuatro opciones de respuesta: peor, con problemas ocasionales, igual que antes y mejor.

Así mismo, para conocer el tipo de embarazo de las participantes, se hizo la pregunta: “En general, ¿tu embarazo ha sido?”, teniendo como opciones de respuesta: embarazo complicado, con algunos problemas, casi sin problemas y normal.

Análisis de datos

Al término de la recolección de datos, se procedió a realizar la captura de la información en el paquete estadístico SPSS para los correspondientes análisis estadísticos, seguido del uso del programa AMOS para el modelo de ecuaciones estructurales.

Como primer paso se analizó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos de evaluación con el alfa de Cronbach. Posteriormente, la correspondencia entre objetivos específicos y análisis se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Correspondencia entre objetivos y análisis estadísticos.

Objetivos Específicos	Análisis estadístico
Conocer los niveles de depresión en las adolescentes embarazadas pertenecientes a cada condición de estado civil.	Análisis descriptivo
Conocer los niveles de estrés en las adolescentes embarazadas de acuerdo a la condición de estado civil.	Análisis descriptivo
Conocer el número de estresores reportados por adolescentes embarazadas pertenecientes a cada condición de estado civil.	Análisis descriptivo
Evaluar las diferencias de niveles de depresión, estrés y número de estresores entre los grupos de cada condición del estado civil.	ANOVA
Identificar si la condición del estado civil, el estrés percibido y el número de estresores enfrentados son factores relacionados con el nivel de depresión en adolescentes embarazadas	Modelos de ecuaciones estructurales

ANOVA

En primera instancia se contrastará el supuesto de igualdad de varianzas entre las variables de depresión, estrés y estresores con el estadístico de Levene para posteriormente realizar el análisis post hoc con el ajuste de Bonferroni en

aquellas variables que presenten homogeneidad de varianza, así como la C de Dunnett para las que no presenten homogeneidad.

Modelo de Ecuaciones Estructurales

Para realizar el modelo de ecuaciones estructurales, se comenzará por fijar a cero uno a uno los estresores con menor aporte hacia la variable estrés. Una vez fijados a cero dichos estresores, se procederá a eliminar los demás parámetros del modelo bajo el mismo principio. Dicho procedimiento se llevará a cabo de esa manera ya que se considera al estrés como la variable mediadora entre depresión y eventos externos.

Los estadísticos de bondad de ajuste que se consideraron para el modelo de ecuaciones estructurales fueron los siguientes:

- ≈ *Chi cuadrado*: Con este estadístico se puede contrastar la hipótesis nula de que todos los residuos son nulos (Ruiz, 2000). Esta prueba tiene la limitante de que el valor del estadístico de prueba depende del tamaño de muestra. Por lo que para muestras grandes, el estadístico tiende a incrementarse. De acuerdo a Moral (2006), un buen ajuste para este índice es $p > .05$ y un valor adecuado sería de $p > .01$.
- ≈ *Razón de chi-cuadrado*: Entre los grados de libertad (χ^2/gl): se utiliza para comparar la magnitud de χ^2 respecto a los grados de libertad; para un buen ajuste ésta razón deber ser tan pequeña como sea posible, valores menores a 3 indican ajuste bueno o aceptable (Moral, 2006; Schermelleh-Engel, Moosbrugger y Müller, 2003).
- ≈ *Índices de ajuste absoluto*: Evalúan qué tan bien está reproduciendo los datos el modelo propuesto. Existen diferentes índices de ajuste absoluto:
 - ≈ GFI (goodness of fit index), este índice fue desarrollado por Jöreskog y Sörbom (1984), sus valores son menores o iguales a

1, un valor de 1 indica un ajuste perfecto. Moral (2006), propone como valor adecuado $p > .85$.

≈ AGFI (adjusted goodness of fit index), desarrollado por los mismos autores, corrige el estadístico GFI por los grados de libertad y el número de variables, tanto GFI como AGFI alcanzan el valor de 1 cuando todos los residuos son nulos (Ruiz, 2000). De acuerdo a Moral (2006), $p > .80$ se considera como valor adecuado.

≈ RMSEA (root mean square error of approximation), valores de .05 o menos indican un buen ajuste del modelo, considerando sus grados de libertad; valores entre .05 y .08 o menos podrían indicar un error razonable de aproximación y valores mayores a .1 indican que el modelo no es adecuado (Browne y Cudeck, 1993). Moral (2006), propone $p < .08$ como valor adecuado.

≈ *Índices de ajuste de incremento*: miden el mejoramiento en el ajuste por medio de comparar al modelo propuesto con un modelo en el cual se asume que no hay asociación entre variables observadas y al cual se le suele llamar modelo de independencia. Los siguientes son índices de ajuste de incremento:

≈ NFI (normed fit index) valores de menos de .9 indican que el modelo puede ser sustancialmente mejorado (Bentler y Bonett, 1980). El valor adecuado para este índice es señalado por Moral (2006), como $p > .80$.

≈ TLI (The Tucker-Lewis coefficient), también conocido como NNFI (non-normed fit index), sus valores se encuentran entre 0 y 1, valores cercanos a 1 indican muy buen ajuste (op cit.).

≈ CFI (comparative fit index), valores cercanos a 1 en este estadístico indican muy buen ajuste (Bentler, 1990).

≈ IFI (incremental fit index) valores cercanos a 1 en este estadístico indican muy buen ajuste (Bollen, 1989). Moral (2006), propone que un buen ajuste para este índice es $p > .95$, sin embargo el valor adecuado sería $p > .85$.

CAPITULO IV

RESULTADOS

El objetivo general de este estudio consistió en identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas según su condición de estado civil. Como primer paso de este apartado se presenta la descripción de la muestra.

La muestra total con que se contó para este estudio fue de 82 participantes. Los estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas son los que se muestran en la Tabla 2, donde sólo se toman en cuenta para la variable “años viviendo en pareja” aquellas participantes que se encontraban casadas o en unión libre.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la muestra.

	N	Media	Desviación estándar
Edad	82	17.63	1.13
Años viviendo en pareja	51	0.26	0.22
Escolaridad	82	10.96	1.76
Meses de embarazo	82	4.51	1.57

Las anteriores variables se encuentran distribuidas de acuerdo a la condición de estado civil en la Tabla 3, donde la adolescentes solteras viviendo con la propia familia y las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja reportaron tener menor edad en relación a los otros grupos, con una edad promedio de 17.23 (D.E.= 1.02) para el primer grupo y 17.35 (D.E.= 1.152) para el segundo.

Para evaluar la diferencia entre la edad de los grupos, se realizó una comparación de medias (ANOVA), encontrando que las edades no son equivalentes entre las condiciones de estado civil ($p < .05$). Así, el análisis post hoc (con la C de Dunett), reveló que el grupo de las casadas/unidas que viven con la propia familia, no presentó diferencia significativa en su media de edad en relación a los demás grupos. Así, las solteras que viven con la propia familia es el grupo más joven, seguido de las casadas/unidas que viven con la familia de la pareja, las casadas/unidas que viven con la propia familia y por último el grupo de mayor edad, la pareja sola.

La escolaridad de las adolescentes viviendo solo con la pareja fue mayor que el resto de los grupos teniendo un promedio 12.55 años (D.E.= 0.82); este mismo grupo mostró un promedio de más alto de los años viviendo en pareja (Media = 0.35; D.E.= .25), así mismo presentó un promedio más alto en los meses de embarazo (5.09; D.E.= 1.51), similar a las casadas viviendo con la propia familia (Media = 5.00; D.E.= 1.82).

Tabla 3. Descriptivos de edad, años viviendo en pareja, escolaridad, meses de embarazo por condición de estado civil.

Condición de estado civil		Edad	Años viviendo en pareja	Escolaridad	Meses de embarazo
Soltera viviendo con la propia familia	n = 31				
	Media	17.23	0	10.55	4.05
	Mediana	17.00	0	11.00	4.00
	D.E	1.02	0	1.43	1.36
Casada/unida viviendo con la propia familia	n= 17				
	Media	18.00	0.23	11.12	5.00
	Mediana	18.00	0.16	12.00	5.00
	D.E	1.06	0.24	1.53	1.82
Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	n=23				
	Media	17.35	0.23	10.65	4.51
	Mediana	17.00	0.16	11.00	4.00
	D.E	1.15	0.18	2.22	1.58
Pareja sola	n= 11				
	Media	18.82	0.35	12.55	5.09
	Mediana	19.00	0.33	13.00	5.00
	D.E	0.40	0.25	0.82	1.50

Otra de las variables utilizadas correspondió a la comparación de la relación de pareja antes y durante el embarazo, en el grupo de las 21 solteras con pareja viviendo con la propia familia, 14 reportaron tener una peor relación o problemas ocasionales. En el grupo de la pareja sola, mostró la mejor relación de pareja (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de la relación con la pareja antes y durante el embarazo.

Condición de estado civil	No tiene pareja	Peor	Con problemas ocasionales	igual que antes	Mejor	Total
Soltera viviendo con la propia familia	10	7	7	6	1	31
Casada/unida viviendo con la propia familia	0	1	6	7	3	17
Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	0	2	6	9	6	23
Pareja sola	0	1	1	7	2	11
Total	10	11	20	29	12	82

De la misma manera, el tipo de embarazo fue otra de las variables que se consideró. Así, el grupo de las solteras viviendo con la propia familia son quienes mostraron tener mayores problemas en su embarazo seguidas del grupo de casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja. El grupo de la pareja sola mostró el mejor tipo de embarazo (Tabla 5).

Tabla 5. Tipo de embarazo.

Condición de estado civil	Complicado	Con algunos problemas	Casi sin problemas	Normal	Total
Soltera viviendo con la propia familia	6	10	9	6	31
Casada/unida viviendo con la propia familia	2	1	8	6	17
Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	1	8	5	9	23
Pareja viviendo sola	1	0	2	8	11
Total	10	19	24	29	82

Confiabilidad de los instrumentos

La consistencia interna de los instrumentos de evaluación con los que se contó para el estudio mostró ser adecuada.

Tabla 6. Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumento	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach Basado en Ítems estandarizados	N de Ítems
BDI	.89	.89	21
PSS	.89	.89	14
CSV	.73	.73	56

A continuación, en la Tabla 7 se presenta el análisis descriptivo general de las puntuaciones correspondientes a las variables medidas por cada uno de los instrumentos empleados en la población total.

Tabla 7. Análisis descriptivo general.

	Depresión (BDI)	Estrés (PSS)	Estresores (CSV)
N	82	82	82
Media	36.48	26.37	15.02
Mediana	34	27.5	14.00
Desviación estándar	9.18	8.95	9.00

Moral (2011) indica que para definir un caso de depresión, se podría adoptar como punto de corte aquellas puntuaciones mayores o iguales a 20 como lo proponen Vázquez y Sanz (1997) en España, sin embargo, los resultados obtenidos por Moral (2011), mostraron una media de 11.36 con una mediana de 9. Los puntajes obtenidos en esta muestra son muy superiores.

Moral, González y Landero (2011) proponen para la escala de estrés percibido un punto de corte de 30 o más para considerar casos de alto nivel de estrés ya que éste queda justo por encima del promedio de las madres de pacientes oncológicos pediátricos (Moral y Martínez, 2009), coincide con el promedio de mujeres con fibromialgia (González, García-Campayo y Landero, 2011) y se ubica una desviación estándar de la media de población no clínica (Cohen y Williamson, 1988; González y Landero, 2007a). En el estudio de Moral, González y Landero (2011), como en el de Moral y Martínez (2009), las distribuciones de la escala y sus factores se ajustaron a una curva normal, lo que refuerza más el considerar una desviación estándar de la media.

El PSS (escala de estrés percibido), ha sido un instrumento utilizado en numerosos estudios, los cuales han servido de referencia para establecer una comparación con la muestra de adolescentes primigestas de este trabajo, dato que se considera importante, ya que la media de estrés para la muestra total fue de 26.37 (D.E. = 8.9), puntaje cercano a los reportados por Pedrero y Olivar (2010) en sujetos adictos a sustancias (Media = 27.9, D.E. = 10.6) y en

pacientes con cardiopatía isquémica (Media = 27.9; D.E. = 8.9; Canales, 2009). Sin embargo, es mayor a la de personas con VIH (Media = 22.6; D.E. = 8.67; Remor y Carrobles, 2001), epidermollisis bullosa –enfermedad dermatológica– (Media = 21.7; D.E. = 6.54; Reyna, 2009) y en estudiantes universitarios (Media = 21.0; D.E. = 4.1; González y Landero, 2008).

En lo que corresponde a los tres primeros objetivos específicos de este trabajo, se buscó conocer los niveles de depresión, estrés y número de estresores reportados por las adolescentes en relación a su condición de estado civil. Los resultados se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8. Descriptivos de depresión, estrés y número de estresores por condición de estado civil.

Condición de estado civil		Depresión	Estrés	Estresores
Soltera viviendo con la propia familia	n= 31			
	Media	38.96	31.00	15.35
	Mediana	37.00	30.00	16.00
	D.E	8.10	7.06	6.09
Casada/unida viviendo con la propia familia	n= 17			
	Media	36.64	26.94	13.41
	Mediana	35.00	30.00	10.00
	D.E	7.65	7.18	9.37
Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	n= 23			
	Media	35.91	23.43	17.65
	Mediana	31.00	22.00	16.00
	D.E	10.51	9.30	11.45
Pareja sola	n= 11			
	Media	30.45	18.63	11.09
	Mediana	28.00	16.00	8.00
	D.E	9.48	8.59	9.22

Para las variables depresión y estrés las solteras viviendo con la propia familia presentaron los promedios más altos en relación a los demás grupos. Sólo para la variable estresores, las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja presentaron tener en promedio mayores puntajes que los demás grupos, seguido del grupo de las solteras viviendo con la propia familia; al considerar la mediana, las casadas/unidas viviendo con la propia familia presentan el mismo puntaje de estresores que las solteras.

En el caso de la variable estresores y sus 11 sub-escalas (Tabla 9), si se consideran únicamente el número de estresores percibidos como negativos, en relación al número de participantes por grupo y número de ítems de la escala, el número de estos fue mayor en las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja, seguido de las solteras viviendo con la propia familia, casadas/unidas viviendo con la propia familia y la pareja sola, en ese orden. Por otro lado, se encontró que los estresores relacionados a situaciones sociales, obtuvieron el mayor puntaje negativo por los cuatro grupos.

Cabe destacar que para este estudio la sub-escala de hijos está compuesta por un solo ítem, puesto que se consideró como el único ítem apropiado para la muestra. El ítem refiere al hecho de haber quedado embarazada, por lo que es importante señalar que las solteras viviendo con la propia familia son quienes mayormente reportaron este hecho como negativo, seguido de las casadas/unidas viviendo con la propia familia, pareja sola y casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Número de estresores negativos percibidos en las sub escalas del CSV por condición de estado civil.

Sub-escalas y número de ítems.	Solteras viviendo con la propia familia n=31	Casadas/unidas viviendo la propia familia n=17	Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja n=23	Pareja viviendo sola n=11	Total
(7)Trabajo	24	8	20	4	56
(5)Salud	7	5	10	1	23
(5)Amor	20	11	9	3	43
(7)Pareja	16	15	21	12	64
(6)Familia	26	16	37	11	90
(1)Hijos	20	4	4	2	30
(8)Social	58	24	39	11	132
(6)Legal	11	7	12	5	35
(4)Finanzas	12	5	20	6	43
(4)Residencia	21	7	20	5	53
(4)Académico	23	12	11	1	47
(57)Total	238	114	203	61	616

Análisis de comparación de grupos ANOVA

De acuerdo al cuarto objetivo específico del estudio, se buscó evaluar las diferencias de depresión, estrés y número de estresores entre los grupos de cada condición del estado civil mediante el análisis ANOVA de un factor, con el ajuste de Bonferroni en el análisis post hoc en las variables que presentaron homogeneidad de varianza. Para las variables no homogéneas se utilizaría la C de Dunnett.

Como primer paso se contrastó el supuesto de igualdad de varianzas de las variables con el estadístico de Levene siendo significativo en la variable estresores y no significativo en las variables de depresión y estrés.

Tabla 10. Test de Homogeneidad de Varianzas.

Variable	Estadístico de			Sig.
	Levene	df1	df2	
Depresión	1.340	3	78	.268
Estrés	.908	3	78	.441
Estresores	2.729	3	78	.050

Resultados de comparación de grupos ANOVA

Los estadísticos de la prueba ANOVA de un factor, permiten observar diferencias significativas entre los grupos de la variable estrés ($F=7.985$; $p=.001$), por lo que se procedió a realizar el análisis post-hoc con la prueba de Bonferroni para dicha variable. A pesar de que la variable depresión presentó homogeneidad de varianza ($p=.268$), no mostró tener diferencias significativas entre sus grupos ($F=2.49$; $p=.066$), motivo por el cual no se procedió a realizar el análisis post hoc con la prueba de Bonferroni. De la misma manera, la variable estresores al no poseer homogeneidad de varianza ($p=.050$), ni diferencia entre las medias de sus grupos ($F=1.565$; $p=.205$) no se realizó el análisis post hoc con la C de Dunnett.

Tabla 11. Análisis de la Varianza (ANOVA).

Variable	Condición de estado civil	N	Media	Desviación Estándar	ANOVA	
					F	Sig.
Depresión	Soltera con la propia familia	31	38.96	8.10	2.497	0.66
	Casada/unida viviendo con la propia familia	17	36.64	7.65		
	Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	23	35.91	10.51		
	Pareja viviendo sola	11	30.45	9.48		
	Total	82	36.48	9.18		
Estrés	Soltera viviendo con la propia familia	31	31	7.06	7.985	.000
	Casada/unida viviendo con la propia familia	17	26.94	7.18		
	Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	23	23.43	9.30		
	Pareja viviendo sola	11	18.63	8.59		
	Total	82	26.37	8.95		
Estresores	Soltera con la propia familia	31	15.35	6.09	1.565	.205
	Casada/unida viviendo con la propia familia	17	13.41	9.37		
	Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	23	17.65	11.45		
	Pareja viviendo sola	11	11.09	9.22		
	Total	82	15.02	9.04		

El análisis post hoc con la prueba de Bonferroni, permite observar diferencias significativas entre las medias de estrés de la condición de estado civil: soltera viviendo con la propia familia con la condición casada/unida viviendo con la familia de la pareja ($p = .006$) y pareja viviendo sola ($p = .000$).

Tabla 12. Análisis post-hoc con prueba de Bonferroni para estrés.

Condición de estado civil		Diferencia de medias	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de confianza	
					Límite inferior	Límite superior
Soltera viviendo con la propia familia	Casada/unida viviendo con la propia familia	4.05	2.40	.576	-2.46	10.58
	Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	7.56*	2.19	.006	1.61	13.51
	Pareja viviendo sola	12.36*	2.80	.000	4.78	19.94
Casada/unida con la propia familia	Soltera viviendo con la propia familia	-4.05	2.40	.576	-10.58	2.46
	Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	3.50	2.55	1.000	-3.40	10.41
	Pareja viviendo sola	8.30	3.08	.053	-.05	16.66
Casada/unida con la familia de la pareja	Soltera viviendo con la propia familia	-7.56*	2.19	.006	-13.51	-1.61
	Casada/unida viviendo con la propia familia	-3.50	2.55	1.000	-10.41	3.40
	Pareja viviendo sola	4.79	2.92	.630	-3.12	12.71
Pareja viviendo sola	Soltera viviendo con la propia familia	-12.36*	2.80	.000	-19.94	-4.78
	Casada/unida viviendo con la propia familia	-8.30	3.08	.053	-16.66	.056
	Casada/unida viviendo con la familia de la pareja	-4.79	2.92	.630	-12.71	3.12

*. La diferencia de medias es significativa al nivel de 0.05.

Correlaciones entre variables

Las variables componentes del modelo que identificará si la condición del estado civil, el estrés percibido y el número de estresores enfrentados son factores relacionados con la depresión en adolescentes embarazadas incluyen: depresión, estrés percibido y estresores. Para probar el valor estadístico del modelo propuesto se hace necesario conocer la correlación entre cada una de sus variables, por lo que se realizaron pruebas de correlación de Pearson donde se obtuvieron los datos que se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13. Correlación entre variables.

		Depresión	Estrés	Estresores
Depresión	r	1		
	p			
Estrés	r	.821	1	
	p	.001		
Estresores	r	.592	.559	1
	p	.001	.001	

Es importante mencionar que todas las correlaciones entre las variables resultaron significativas ($p < .01$). Las correlaciones más fuertes corresponden a las variables de estrés y depresión, lo que quiere decir que a mayor puntaje de estrés, mayor puntuación en depresión ($r = .821$; $p = .001$).

Modelo de ecuaciones estructurales

Para ajustar el modelo que identificará si la condición del estado civil, el estrés percibido y el número de estresores enfrentados son factores relacionados con la depresión en adolescentes embarazadas se trabajó con modelos de ecuaciones estructurales (SEM) utilizando el programa AMOS. Lo anterior en correspondencia con el último objetivo específico de este estudio.

Con el primer modelo estimado se buscó confirmar el modelo hipotético de la Figura 1. A partir de dicho modelo, se identificaron los coeficientes significativos del modelo y así mismo se valoró la bondad de ajuste.

En la primera columna se encuentran los eventos externos, en la segunda, la percepción de estrés y la depresión, ésta, como consecuencia del estrés. En el modelo se incluye la variable complicación en el estado civil, se trata de una variable ordinal que incluye las cuatro condiciones de estado civil; el grupo más estresado y con más depresión, obtiene el número 4 y así sucesivamente, quedando de la siguiente manera:

- (4) Condición de estado civil con mayor complicación: Soltera viviendo con la propia familia;
- (3) Casada/unida viviendo con la propia familia;
- (2) Casada/unida viviendo con la familia de la pareja;
- (1) Condición de estado civil con menor complicación: Pareja viviendo sola.

En la primera columna, también se incluyen las variables: complicación en el estado civil, edad, años viviendo en pareja, meses de embarazo, relación con la pareja y tipo de embarazo con la finalidad de complementar las características de la muestra. Cabe destacar que las anteriores variables correlacionaron significativamente para así incluirse en el modelo.

A partir de dicho modelo se fueron fijando a cero, uno a uno los parámetros no significativos, con el propósito de llegar al modelo más parsimonioso y de mejor ajuste, buscando identificar el papel de las complicaciones en el estado civil sobre el estrés percibido y la depresión.

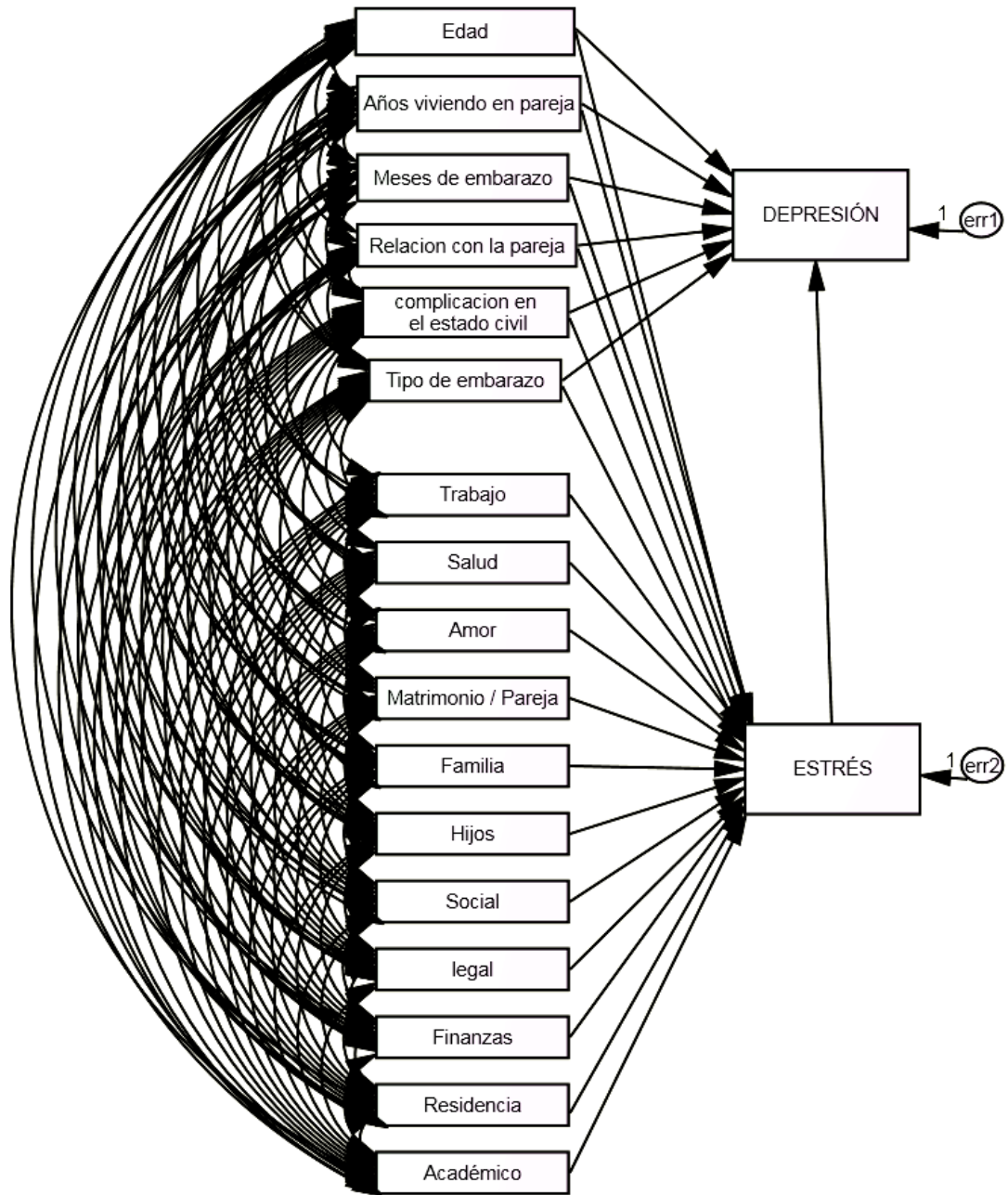


Figura 1. Modelo hipotético

Dado el número de modelos estimados, solamente se presenta una tabla (Tabla 14) que contiene los índices de bondad de ajuste para cada uno de los modelos descritos a continuación.

En cada uno de los modelos, más de un parámetro resultó no significativo, se consideró el de menos aporte (beta más baja) para ser fijado a cero y dicho parámetro es el que se menciona en la descripción de cada modelo.

En el primer modelo estimado (Figura 1), el efecto de los estresores de salud sobre el estrés no fue significativo ($\beta=.031$; $p=.655$). Los índices de bondad de ajuste (Tabla 14), indicaron que el modelo 1 debía mejorarse, por lo que el parámetro estresores de trabajo, se fijó a cero y se estimó nuevamente el modelo.

En el segundo modelo estimado, los estresores legales no obtuvieron efectos significativos sobre el estrés ($\beta=.024$; $p=.752$); de manera similar que en el modelo anterior, el tercer modelo mostró que los efectos de los estresores académicos sobre el estrés no fueron significativos ($\beta=.033$; $p=.628$).

En el cuarto modelo estimado, los estresores de trabajo, tampoco tuvieron un efecto significativo sobre estrés ($\beta= -.050$; $p=.427$), al que en el quinto modelo, donde los estresores de matrimonio/pareja no presentaron efectos significativos sobre el estrés ($\beta= .062$; $p=.429$).

En el sexto modelo estimado los efectos de los estresores de familia sobre el estrés no presentaron significancia ($\beta= -.119$; $p=.093$).

En el séptimo modelo (al igual que en modelos anteriores) mostrado en la Figura 2, los índices de bondad de ajuste se muestran casi perfectos (Tabla 14), sin embargo, el efecto de los estresores de residencia sobre el estrés ($\beta=.158$; $p=.058$) no resultó significativo, lo que dio paso a una nueva estimación del modelo con la finalidad de llegar al modelo más parsimonioso y de mejor ajuste.

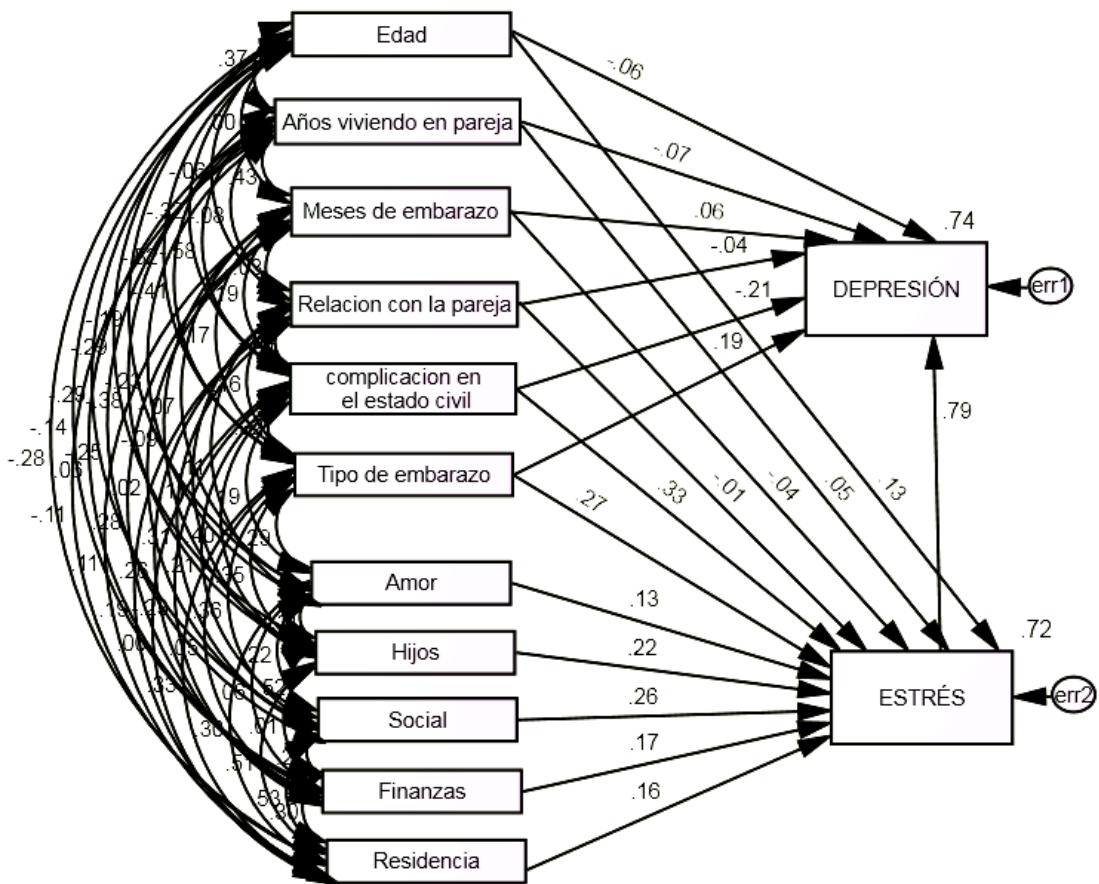


Figura 2. Modelo séptimo

En el octavo modelo, los estresores restantes, siendo amor ($\beta=.160$; $p=.012$), hijos ($\beta=.290$; $p=.000$), social ($\beta=.299$; $p=.000$) y finanzas ($\beta=.186$; $p=.008$) muestran efectos significativos sobre el estrés.

Por otra parte, la relación con la pareja mostró carecer de efectos significativos sobre estrés ($\beta= -.008$; $p=.901$) y depresión ($\beta= -.037$; $p=.533$), por lo que se realizó una nueva estimación, eliminando dicha variable del modelo.

En el noveno modelo (Figura 3), de manera muy similar al séptimo modelo, los índices de bondad de ajuste son muy buenos (Tabla 14), no obstante, el efecto de los meses de embarazo no presentó significancia en relación al estrés ($\beta= -.030$; $p=.673$) ni a la depresión ($\beta=.060$; $p=.356$), por lo que se elimina del

modelo dicha variable y se realizó una reestimación.

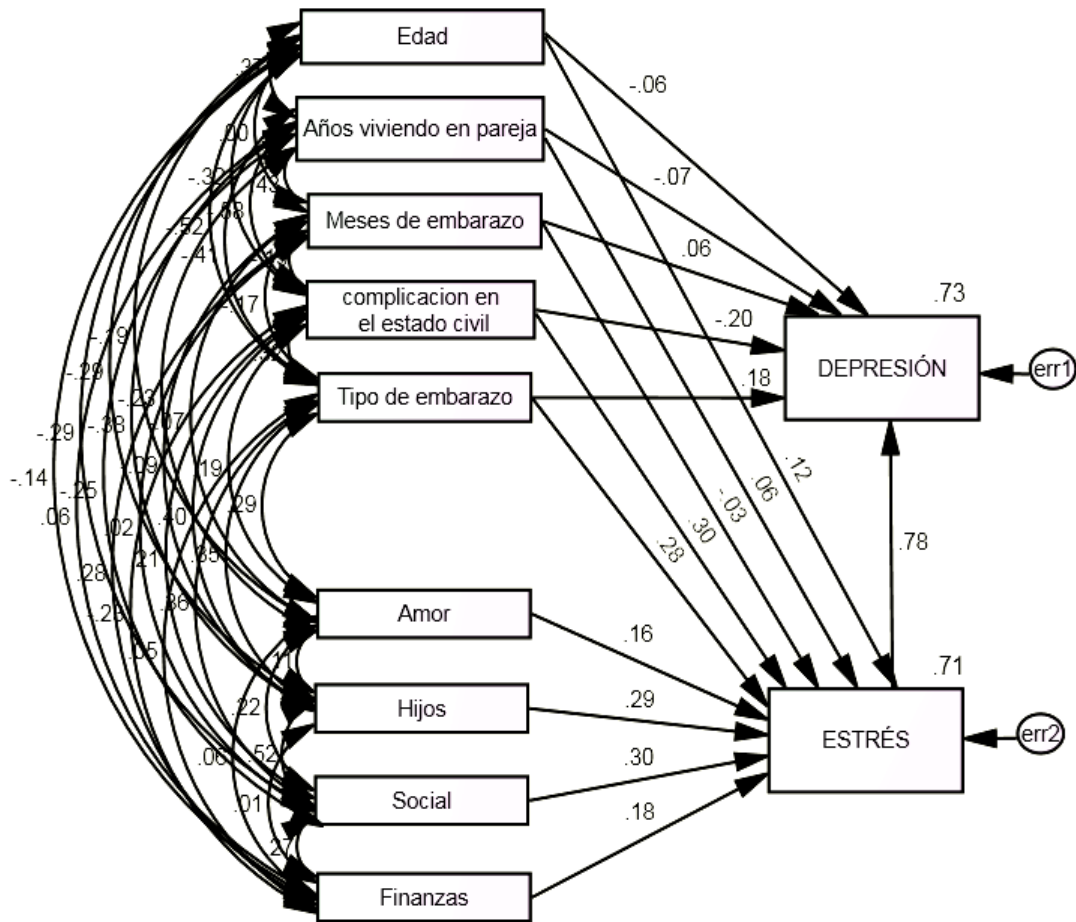


Figura 3. Modelo noveno

En el décimo modelo, los efectos de los años viviendo en pareja no son significativos ni para estrés ($\beta=.044$; $p=.577$) ni depresión ($\beta= -.036$; $p=.626$).

Para el onceavo modelo, la edad mostró no tener efectos significativos tanto en estrés ($\beta=.126$; $p=.086$) como para depresión ($\beta= -.075$; $p=.274$), llevando a una nueva estimación del modelo.

En el doceavo modelo, los pesos de regresión son significativos para todas las variables restantes, sin embargo, las covarianzas entre hijos y finanzas

($p=.923$), finanzas y tipo de embarazo ($p=.641$), amor y finanzas ($p=.562$), amor e hijos ($p=.315$), amor y complicación en el estado civil ($p=.094$), social y complicación en el estado civil ($p=.066$) y amor y social ($p=.057$) resultaron ser no significativas, dando paso a una nueva valoración eliminando dichas covarianzas. Al igual que en el caso anterior, en el treceavo la covarianza obtenida entre amor y tipo de embarazo no fue significativa ($p=.058$).

El modelo catorce estimado en la Figura 4, pudiera considerarse como modelo final, sin embargo, los índices de bondad de ajuste indican que el modelo puede mejorarse (Tabla 14). Después de analizar los indicadores de los estresores relacionados con el amor dentro del Cuestionario de Sucesos Vitales y al no presentar covarianza con ningún otro parámetro dentro del modelo, se tomó la decisión de fijar a cero dicho parámetro y reestimar el modelo con la finalidad de llegar el modelo más parsimonioso y de mejor ajuste.

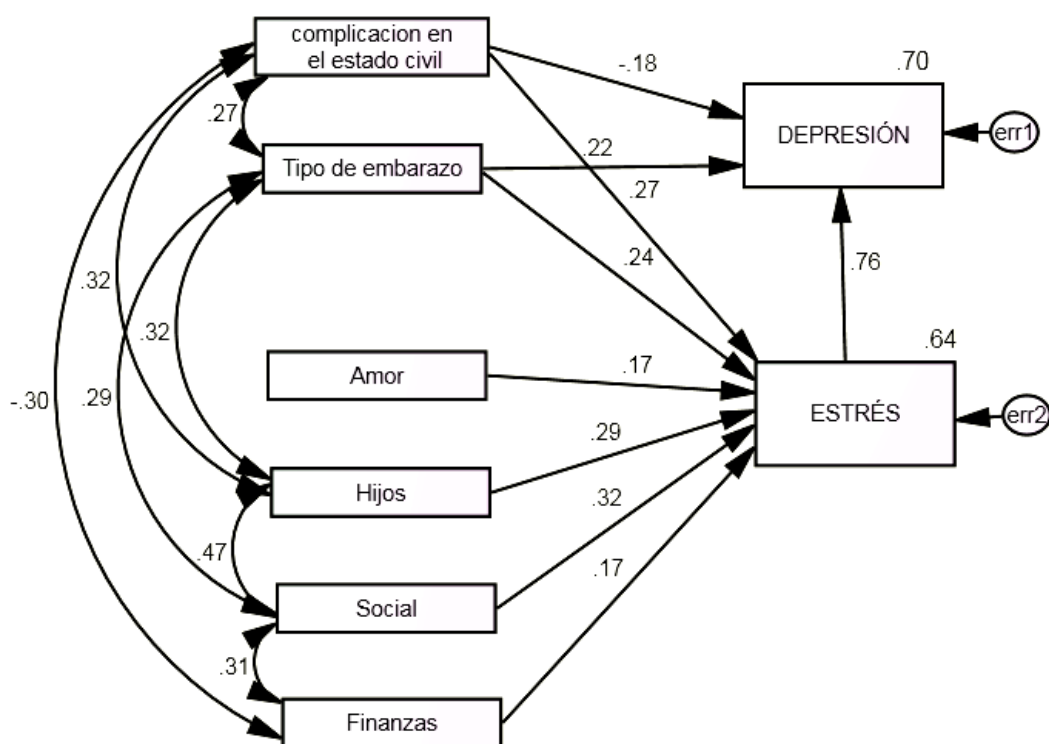


Figura 4. Modelo catorce

En la figura 5 se presenta el modelo definitivo (Modelo 15 estimado), donde los estresores de amor ya no son incluidos, la varianza explicada de la depresión incrementó .01%, siendo así que la variable con un efecto mayor sobre ésta fue estrés: $\beta = .764$; $p = .001$.

Por otro lado, la variable con un mayor efecto sobre estrés, fue la complicación en el estado civil: $\beta = .283$; $p = .001$, mientras que el efecto del tipo de embarazo fue: $\beta = .267$; $p = .001$. Del mismo modo, el efecto del tipo de embarazo sobre depresión fue: $\beta = .218$; $p = .002$, mientras que el efecto de la complicación en el estado civil sobre ésta fue de: $\beta = -.177$; $p = .006$.

Esto implica que cuando el estrés aumenta una desviación estándar, depresión incrementará .764 desviaciones estándar. Igualmente, cuando las complicaciones en el estado civil incrementan una desviación estándar, el estrés incrementará .283 desviaciones estándar y cuando el tipo de embarazo incremente una desviación estándar, el estrés aumentará .267 desviaciones estándar.

En cuanto a la depresión, cuando el tipo de embarazo aumente una desviación estándar, ésta aumentará .218 desviaciones estándar. El efecto total de complicaciones en el estado civil sobre depresión es pequeño ($\beta = .039$); esto se debe a que el efecto directo de esta variable sobre depresión es negativo ($\beta = -.18$; $p = .006$), por lo que el efecto relevante es el indirecto tomando estrés como moderadora, así, el efecto es mayor y positivo, como era de esperarse ($\beta = .218$).

Los estresores relacionados a hijos, situaciones sociales y finanzas, aunado al tipo de embarazo y las complicaciones en el estado civil, explican el 64% de la varianza de estrés percibido, mientras que el efecto indirecto de los estresores y el efecto directo del estrés, las complicaciones en el estado civil y el tipo de embarazo explican el 71% de la varianza de depresión.

Finalmente, el modelo de la figura 5 (Modelo final), que cumple con los criterios estadísticos (Tabla 14), se presenta como el modelo más parsimonioso y de mejor ajuste para identificar el papel de las complicaciones en el estado civil sobre el estrés percibido y la depresión.

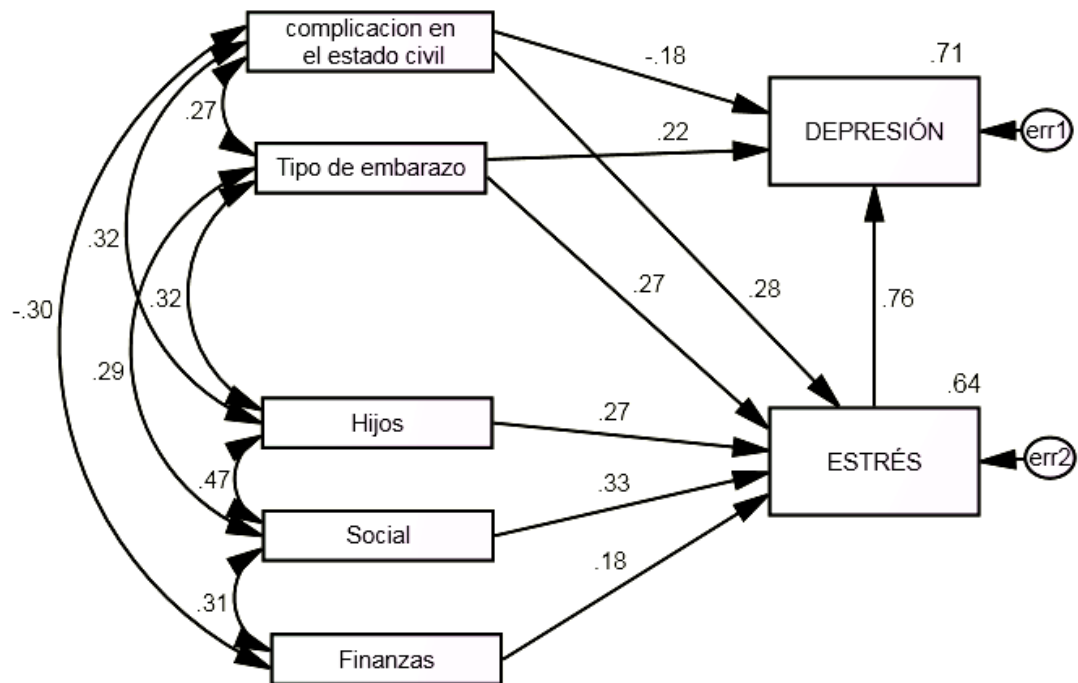


Figura 5. Modelo final

Tabla 14. Índices de bondad de ajuste para cada modelo estimado.

Modelo	Índices de ajuste absoluto						Índices de ajuste de incremento			
	χ^2	g.l.	$\chi^2/g.l.$	GFI	AGFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	IFI
1	14.430	11	1.312	.983	.708	.062	.979	.898	.993	.995
2	8.958	10	.896	.989	.803	.000	.986	1.032	1.000	1.002
3	7.912	9	.879	.989	.816	.000	.987	1.035	1.000	1.002
4	7.690	8	.961	.989	.810	.000	.987	1.010	1.000	1.001
5	6.205	7	.886	.990	.833	.000	.989	1.026	1.000	1.001
6	5.980	6	.997	.990	.824	.000	.988	1.001	1.000	1.000
7	4.795	5	.959	.991	.840	.000	.990	1.008	1.000	1.000
8	4.793	4	1.198	.991	.815	.049	.988	9.62	.998	.998
9	3.811	4	.953	.992	.863	.000	.990	1.008	1.000	1.000
10	4.231	4	1.058	.990	.861	.027	.989	.992	.999	.999
11	4.374	4	1.094	.988	.870	.034	.986	.988	.999	.999
12	5.213	4	1.303	.985	.862	.061	.982	.967	.995	.996
13	15.193	11	1.381	.953	.846	.069	.947	.959	.984	.985
14	18.788	12	1.566	.944	.832	.084	.935	.939	.974	.975
15	8.635	6	1.439	.972	.867	.074	.968	.963	.990	.990

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los estudios e investigaciones que abordan la depresión, han tomado gran importancia dado el alto grado de pertinencia con la que cuentan ya que como es bien sabido, la depresión representa uno de los más comunes y más serios problemas de salud mental que las personas enfrentan hoy en día y su implicación en el embarazo y especialmente en el adolescente puede generar consecuencias lamentables (Sepúlveda, Bustreo, Tapia, Rivera, Lozano, Oláiz, Partida, García-García y Valdespino, 2006).

Este estudio tuvo como objeto el identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas según su condición de estado civil. Los resultados de este estudio, sugieren la presencia de casos de depresión, para las cuatro condiciones de estado civil.

Whitman, Borkowski, Keogh y Weed (2001) argumentan que la depresión en adolescentes embarazadas se manifiesta en distintos grados de acuerdo al estado civil, hallazgo que es compartido en este estudio y en otros trabajos de investigación con resultados similares (Deal y Holt, 1988; Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa y Magarinho, 2006). Las adolescentes que se encuentran casadas o en unión libre, mostraron puntajes menores de depresión que el grupo de las solteras; no obstante, en este estudio los estadísticos de comparación de medias (ANOVA), mostraron que no existía una diferencia significativa entre los grupos de cada condición de estado civil. Las medias de depresión son muy cercanas unas a otras y cabe destacar que las adolescentes solteras que viven con la propia familia (grupo con la media más elevada) y las casadas/unidas que viven con la propia familia son quienes presentan los

valores más altos; a seguir, las casadas/unidas viviendo con la familia hasta llegar a la condición de estado civil con menor grado de depresión, siendo la pareja sola (casadas/unidas que viven de manera independiente de ambos senos familiares), sin llegar estas diferencias a un nivel estadísticamente significativo.

En cuanto a los niveles de estrés, las cuatro condiciones de estado civil mostraron poseer niveles entre altos y moderados, mostrando diferencias significativas entre sus medias. El grupo más estresado correspondió a las solteras que viven con la propia familia, y el menos estresado al de la pareja sola. Las condiciones de estado civil con diferencia significativa entre sus medias de acuerdo a los estadísticos de comparación de medias (ANOVA), correspondieron a las solteras viviendo con la propia familia en relación a las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja ($p = .006$) y pareja sola ($p = .001$). Lo anterior indica que las casadas/unidas viviendo con la propia familia no presentaron diferencia significativa entre sus medias de estrés hacia los otros grupos.

Haciendo referencia a los estresores, no se encontraron diferencias significativas en las medias de la variable en cuestión, esto se debe principalmente a que la mayoría de los sucesos vitales contenidos en el instrumento CSV, no les han ocurrido a las adolescentes de la muestra, sin embargo, se puede destacar que en congruencia con Ramsey, Abell y Baker (1986) las situaciones sociales fueron las que mayormente se reportaron como estresores en las cuatro condiciones de estado civil, siendo las solteras que viven con la propia familia las que encabezan esta lista, seguidas por las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja, casadas/unidas viviendo con la propia familia y la pareja sola.

Retomando lo anterior, Della (2006) argumenta de que el embarazo en las adolescentes resulta ser un evento generador de estrés (estresor), hecho que

es sustentado por este estudio ya que siendo el único ítem para la sub-escala de hijos en el CSV, la mayoría (64%) de las adolescentes solteras viviendo con la propia familia consideraron el quedar embarazada como un hecho negativo y en un menor porcentaje, las casadas/unidas viviendo con la propia familia con el 23%; las condiciones de estado civil de pareja sola con 18% y casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja con 17% mostraron poseer los porcentajes más bajos.

En el estudio se incluyeron algunas variables sociodemográficas como la edad, relación de pareja durante el embarazo y tipo de embarazo con la finalidad de complementar las características de la muestra y lograr una descripción más completa.

En lo que corresponde a la edad, los grupos muestran diferencias significativas entre las medias de los grupos de la pareja viviendo sola, las solteras viviendo con la propia familia ($p = .001$) y casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja ($p = .001$), siendo las más jóvenes las solteras que viven que la propia familia, casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja, casadas/unidas viviendo con la propia familia y la pareja sola, respectivamente de menor a mayor edad; la edad pudiera considerarse como una posible explicación de las diferencias en depresión, estrés y estresores en las correspondientes condiciones de estado civil.

En base a lo expuesto y en sustento a lo argumentado por Grote y Bledsoe (2007) y Wiist y McFarlane (1999), en este estudio los problemas en la relación de pareja muestran estar asociados con el nivel de estrés y depresión, siendo que el mayor porcentaje de problemas en la relación con la pareja durante el embarazo fue encontrado en las solteras que viven con la propia familia (grupo más estresado y deprimido), representado por el 67% de las 21 adolescentes que cuenta con pareja; le sigue el 41% representado por las casadas/unidas viviendo con la propia familia, el 35% de las casadas/unidas viviendo con la

familia de la pareja y el 18% del grupo de la pareja viviendo sola (grupo menos estresado y deprimido).

Ramos, Barriga y Pérez (2009), plantearon que el hecho de estar embarazada en la adolescencia se considera un gran factor de riesgo para el producto en gestación. De acuerdo a la información recopilada sobre el tipo de embarazo se encontró que poco más de la mitad (52%) de las solteras que viven con la propia familia, son quienes reportaron más embarazos complicados o con problemas; el segundo grupo con mayores complicaciones en el embarazo correspondió a las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja con un 39%. En tercer y cuarto puesto se encuentran las casadas/unidas viviendo con la propia familia (18%) y la pareja sola (0.9%).

Como uno de los objetivos específicos de este estudio, se presenta un modelo que identifica a la condición de estado civil, el estrés y el número de estresores, como factores relacionados con el nivel de depresión en adolescentes embarazadas; dicho modelo se basa en el modelo explicativo del estrés y los síntomas psicósomáticos de González y Landero (2006b).

Para el modelo se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas meses de embarazo, años viviendo en pareja, edad, relación con la pareja y el tipo de embarazo, con la finalidad de ofrecer un panorama más amplio del fenómeno. Sin embargo, de las anteriores variables, únicamente el tipo de embarazo presentó efectos significativos a la explicación del estrés y la depresión. Posteriormente, cuando se habla de la complicación en el estado civil, es para referirnos a la condición de estado civil más estresada y deprimida, quedando en orden de mayor a menor complicación:

- Solteras viviendo con la propia familia
- Casadas/unidas viviendo con la propia familia
- Casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja

- Pareja sola (casadas/unidas que viven de manera independiente de ambos senos familiares).

En congruencia con el modelo teórico de González y Landero (2006b), en el modelo presentado en este estudio, la complicación en el estado civil, el tipo de embarazo (estresores crónicos) y los estresores relacionados a hijos, situaciones sociales y finanzas (sucesos vitales) son considerados como los estresores. De esta manera, el estrés sería el resultado de la interacción de estos estresores y finalmente la depresión como la respuesta emocional derivada del anterior (Sandín, 1999).

En el modelo final de este estudio se encontró que la complicación en la condición de estado civil, muestra una relación con el tipo de embarazo, lo que quiere decir, que las adolescentes primigestas más deprimidas y estresadas (solteras que viven con la propia familia), poseen mayores complicaciones en el embarazo, así como mayores estresores relacionados a hijos (percepción negativa de haber quedado embarazada). De la misma manera, cuando el tipo de embarazo es más complicado, existen a su vez más estresores relacionados a hijos, así como mayores estresores relacionados a situaciones sociales.

De la misma forma, mientras mayor número de estresores sociales tengan las adolescentes, más serán los estresores relacionados a hijos y mayores los estresores financieros, sin embargo, a mayores estresores financieros, los niveles de depresión y estrés en la condición de estado civil son menores. Lo anterior indica que el grupo de la pareja viviendo sola (adolescentes casadas/unidas que viven de manera independiente de ambos senos familiares), son quienes presentan mayores estresores financieros y viceversa para las solteras viviendo con la propia familia.

Todas las variables anteriormente descritas, explican de manera directa el 64% de la varianza de estrés. Por otro lado los estresores financieros, sociales y de

hijos (de manera indirecta), el estrés, la complicación en el estado civil y el tipo de embarazo explican el 71% de la varianza de depresión, teniendo en cuenta al estrés como variable moderadora.

El hecho de que el efecto directo de la complicación en el estado civil sobre la depresión resultara negativo ($\beta = -.18$; $p = .006$) y positivo sobre el estrés ($\beta = .28$; $p = .001$), se debe a que tanto teóricamente como en el modelo de González y Landero (2006b), la depresión es considerada como una emoción resultado del estrés (Sandín, 1999). Por lo anterior, las adolescentes más estresadas, siendo las solteras que viven con la propia familia, son las menos estables emocionalmente. Asimismo, como se mencionó previamente, el efecto relevante de las complicaciones en el estado civil sobre la depresión es el indirecto, tomando estrés como moderadora.

En el modelo, el estrés es la variable que más influye sobre la depresión y asimismo, la variable que más aporta al estrés de las adolescentes primigestas es la complicación en el estado civil, así como los estresores sociales.

Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

En relación a los datos obtenidos en este estudio, puede concluirse que las adolescentes primigestas solteras que viven con la propia familia son quienes poseen los niveles más altos de depresión, estrés y son quienes a su vez presentan mayores complicaciones en su embarazo, más problemas en la relación con su pareja y reportan más estresores relacionados a situaciones sociales y al embarazo (hijos), además de ser las más jóvenes.

No obstante, las adolescentes casadas/unidas viviendo con la propia familia son quienes secundan a las solteras en las variables de depresión, estrés, relación con la pareja y en la percepción negativa de su propio embarazo.

Las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja son quienes se sitúan en un tercer lugar en cuanto a niveles de depresión, estrés y se colocan inmediatamente por debajo de las solteras en lo referente a la complicación en su embarazo y en el número de estresores enfrentados, así como en los estresores relacionados a situaciones sociales y familiares.

Por otro lado, la pareja viviendo sola (casadas/unidas que viven de manera independiente), muestran los niveles más bajos en todas las variables, esto puede deberse a la edad, tiempo viviendo en pareja y años de escolaridad ya que son mayores en relación a los demás grupos, contrastando directamente al grupo de las solteras quienes presentan los niveles más bajos de escolaridad y además son las más jóvenes, sin embargo, este grupo de adolescentes son quienes presentan mayores estresores financieros.

Por lo anterior, puede decirse que el hecho de que las adolescentes primigestas vivan con su propia familia, podría ser un factor que se relacione con los altos niveles de depresión, estrés y la mala relación con la pareja durante el embarazo, ya que pudieran estar influyendo diferentes factores a los tomados en cuenta para este estudio.

Es por ello, que se hace la recomendación a futuros estudios de mayor investigación sobre diversos factores como el tipo de familia y su interacción, así como el tipo de apoyo brindado a estas adolescentes dentro de sus senos familiares y por parte de sus parejas.

De acuerdo a lo expuesto por Ramos y otros (2009), las mujeres embarazadas deprimidas y aún más las adolescentes, pudieran adoptar conductas de riesgo como lo es el fumar, ingerir bebidas alcohólicas, menor control prenatal, aborto espontáneo, parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso y talla al nacer del producto, hipertensión arterial en la madre además de un riesgo aumentado de padecer depresión postparto (Da Costa, 2000; Rahman,

Iqbal y Harrington, 2003). Dicho lo anterior, las adolescentes primigestas solteras que viven con la propia familia, pueden estar predispuestas en mayor medida a presentar estos problemas en relación a las demás condiciones de estado civil y tienen una posibilidad más alta de padecer depresión en el postparto, por lo que se hace la invitación de considerar de una manera más atenta y prioritaria a este grupo de adolescentes en los servicios psicológicos y médicos a los que acudan.

Como una de las limitaciones más fuertes en este estudio fue la búsqueda y selección de la muestra, ya que los grupos de adolescentes embarazadas son muy dispersos entre la sociedad Zacatecana, lo que dificulta su localización y por lo tanto un mayor tamaño muestral. Cabe señalar que dentro del levantamiento de los datos, constantemente se encontraba que potenciales nuevas participantes ya habían colaborado con antelación en el estudio, lo que lleva a concluir que se agotó la muestra disponible y que el reducido tamaño de la muestra se relaciona directamente con las embarazadas que cumplían con los criterios de inclusión al momento del levantamiento de datos.

Aunque las varianzas en cada uno de los grupos (condiciones de estado civil) son equivalentes, el tamaño muestral de estos no lo es, por lo que se recomienda para futuras investigaciones utilizar un muestreo por cuotas para trabajar con grupos que sean equivalentes en tamaño, y de ser posible, ampliar la muestra a otras ciudades.

Por otro lado, Sandín (1999) considera que el nivel socioeconómico es una de las variables moduladoras del estrés. Para este estudio, se accedieron a instituciones públicas de salud y educación, en donde existe cierta diversidad por parte de las asistentes, especialmente en las instituciones educativas, por lo que se hace difícil determinar un nivel socioeconómico certero en las participantes. El motivo por el cual no se incluyó una variable sobre dicho nivel socioeconómico en el estudio, se debió principalmente a que experiencias

profesionales tanto como personales, las personas evaden o responden erróneamente a su nivel socioeconómico muchas veces con fines de seguridad personal o por propio desconocimiento y un alto porcentaje reporta nivel medio, lo que no da la posibilidad de realizar comparaciones.

Se recomienda para futuros estudios sobre el tema, la posibilidad de abordar de manera precisa el nivel socioeconómico de las participantes como una variable dentro del estudio. Para la presente investigación se contempló la posibilidad de incluir preguntas sobre las condiciones de la vivienda u otros indicadores sobre el nivel socioeconómico, sin embargo, se desistió por el tiempo otorgado para entrevistar a las participantes, quedando el instrumento de evaluación con la menor complicación posible.

Finalmente, se hace la invitación a futuros y actuales investigadores a realizar estudios iguales o similares en otros Estados de la República Mexicana con la finalidad de enriquecer y ampliar el panorama del embarazo adolescente así como de establecer comparación entre otros Estados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adis International, L. (2006). Use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breastfeeding has both benefits and risks. *Drugs & Therapy Perspectives*, 22 (3), 22-26.
- Alatorre, J. y Atkin, C. L. (1998) El embarazo adolescente y la pobreza. En P. Bonfil y V. Salles (Eds.), *Mujeres pobres: salud y trabajo* (pp.13-30). México: Gimtrap.
- Alderdice, F. y Lynn, F. (2009). *Stress in pregnancy: identifying and supporting women. British Journal of Midwifery*, 17(9), 552-559.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M. y Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104(3), 467-476.
- APA (1994). *Manual Estadístico y Diagnóstico de Desordenes Mentales (DSM-IV)*. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Arias, R. y Aramburu, C.E. (1997). "Uno empieza a alucinar..." Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cusco, Iquitos. *Redess Jóvenes*. Consultado el 20 de septiembre del 2010 en <http://romareso.blogspot.com/2010/05/estudios-sobre-la-prevencion-y-atencion.html>
- Aysan, F., Thompson, D. y Hamarat, E. (2001). Test Anxiety, Coping Strategies, and Perceived Health in a Group of High School Students: A Turkish Sample. *Journal of Genetic Psychology*, 162(4), 402-411.
- Baeza, B., Póo, A.M., Vásquez, O., Muñoz, S. y Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2), 76-81.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive*

- theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Baldwin, D., Harris, S. y Chambliss, L. (1997). Stress and illness in adolescence: Issues of race and gender. *Adolescence*, 32(128), 839-853.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14, 237-243.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 55-61.
- Barrios, L. y Enriquez, G. (2000). Fecundación y nidación. En Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, A.C *Ginecología y Obstetricia*. México: Méndez Editores.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social, Aspectos teóricos y aplicaciones*. España: Siglo XIX.
- Bartolomucci, A., y Leopardi, R. (2009). Stress and Depression: Preclinical Research and Clinical Implications. *PLoS ONE*, 4(1), 1-5.
- Beasley, P. y Beardslee, W. (1998). Depression in adolescent patients. *Adolescent Medicine*, 9(2), 351-62.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive approaches to stress. En P. M. Lehrer y R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed., pp. 333–372). New York: Guilford.
- Beck, J.S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems. What to do when the basis don't work*. New York.: Guildford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York.: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559–563.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 53-61.
- Bennett, H.A., Einarson A., Taddio, A., Koren, G., y Einarson, T.R. (2004).

- Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238–246.
- Bentler, P.M. y Bonett, D.G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4-11.
- Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G.B., Rucci, P., Pezzoli, A., Paltrinieri, E., Grazian, N. y Ferrari, G. (2002). Depression in primary care: a nationwide epidemiological survey. *Family Practice*, 19, 397–400.
- Bergstrom, R. L., y Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 995-1020.
- Berkowitz, G.S. y Kasl S.V. (1983). The role of psychosocial factors in spontaneous preterm delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 283-290.
- Bernal, H. y Escobar, L. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(3), 251-259.
- Berndt, T.J. y Perry, T.B. (1990). *Distinctive features and effects on early adolescents friendships*. En R. Montemayer, G.R. Adams y T.P. Gullota (Eds), *Childhood to adolescence: a transitional period?*. Newbury Park, CA: Sage.
- Billingham, K. (2011). Preparing for parenthood: The role of antenatal education: The journal of the health visitors' association. *Community Practitioner*, 84(5), 36-38.
- Birkeland, R., Thompson, J. K. y Phares, V. (2005). Adolescent motherhood and postpartum depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 292–300.

- Bollen, K.A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods and Research*, 17, 303–316.
- Bonanno, R. y Hymel, S. (2010). Beyond Hurt Feelings: Investigating Why Some Victims of Bullying Are at Greater Risk for Suicidal Ideation. *Merrill - Palmer Quarterly*, 56(3), 420-440.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. México: Paidós.
- Browne, M.W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. y Long, J.S. [Eds.] *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage, 136–162.
- Buela, G., Fernández, R. y Carrasco, T. (1997). *Psicología preventiva*. Madrid: Pirámide.
- Canales, L. (2009). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UANL.
- Child Health Alert (2006). Depression In Pregnancy: Risks To Mother. *Child Health Alert*, 243.
- Chou, F.H., Lin, L.L, Cooney, A.T., Walker, L.O. y Riggs, M.W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 119–125.
- CIMAC (2004). Adolescentes argentinas se embarazan como única opción de vida. Comunicación e Información de la Mujer. Consultado el 3 de octubre del 2010. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04ago/04081004.html>
- Cohen, S. (1988). Psychological models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Cohen, S., y Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 31-67). Beverly Hills, CA: Sage.
- Cohen, S., Kamarak, T. y Merlmeistein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia: ¿Cuál es el problema? En S.

- Donas (Ed.), *Adolescencia y Juventud en América Latina* (pp. 425-445).
Costa Rica: LUR
- CONAPO (2000). Tasa de Fecundidad por edad en años seleccionados, 1970-2000. Consejo Nacional de Población. Consultado el 25 de abril del 2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=238
- Conde-Agudelo, A. y Belizan, J.M. (2000). Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 321(7271), 1255-1259.
- Conde-Agudelo, A, Belizan, J.M. y Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192, 342-349.
- Cornwell, B. (2003). The dynamic properties of social support: decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*, 81(3), 953-978.
- Costa, P. y McCrae, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Crean, H. (2004). Social Support, conflicto, mayor life stressors and adaptive coping strategies in Latino middle schools students: An integrative model. *Journal of Adolescent Research*, 19, 657-676.
- Cronkite, R. y Moos, R. (1984). The role of predisposing and moderate factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 372-393.
- Da Costa, D., Dritsa M, Larouche J. y Brender W. (2000). Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: a prospective multivariate study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21, 137-148.

- Dayan, J., Creveuil C., Marks, M.N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M. y Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 938.
- De Raedt, R. y Koster, E.H. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 10,(1), 50-70.
- Deal, L. y Holt V. (1988). Young Maternal Age and Depressive Symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey, *American Journal of Public Health*, 88(2), 266.
- Delval, J. (1994). El desarrollo humano. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Della, M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38(3), 1-14.
- Del Barrio, M., Mestre, M., Tur, A. y Samper, P. (2004). La depresión infanto juvenil: el efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57, 5-20.
- Díaz, V. (2003). Embarazo en la adolescencia. *Gaceta Médica de México*, 139(1), 1-10.
- Díaz-Franco, E. (2007). Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(2), 100 – 110.
- Dunkel-Schetter, C. (1998). Maternal stress and preterm delivery. *Prenatal and Neonatal Medicine*, 3, 39-42.
- Eccles, J.S. y Harold, R.D. (1993). Parent school involvement during the early adolescent years. *Teachers College Records*, 94, 568-587.
- Elliott, T.R., Herrick, S.M. y Witty, T.E (1992). Problem-solving appraisal and the effects of social support among college students and persons with physical disabilities. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 219-226.

- ENSANUT (2006). *Resultados por entidad federativa: Zacatecas*. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Consultado el 6 de octubre del 2010. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/centroocci/Zacatecas.pdf>
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. y Golbing, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323 257- 260.
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E., Fernández-Abascal, C. Palmer, M. Chóliz y F. Martínez, (Eds.), *Cuadernos y prácticas de motivación y emoción*. España: Pirámide.
- Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R. y Magarinho, R. (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment & Human Development*, 8(2), 123-138.
- Galán, S. y Sánchez, M. (2004). El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud*, 14, 279-285.
- Geckova, A., Van Dijk, J., Stewart, R., Groothoff, J. y Post, D. (2003). Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *European Journal of Public Health*, 13(1), 44-50.
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. y Buka, S. (2003). Family disruption on childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 939–946.
- Gómez, C. y Rodríguez, M. (1997). Factores de riesgo asociado al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 23-35.
- Gómez, M.E. y Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.
- González, H. (2000). Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Frontera Norte*, 12(23), 65-85.
- González, M.T. y Landero, R. (2006a). Síntomas psicósomáticos autoinformados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología Social*, 21(2), 141-152.

- Gonzalez, M.T. y Landero, R. (2006b). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
- Gonzalez, M.T. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- González, M. T., y Landero, R. (2007a). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología*, 23(2), 253-257.
- González, M.T. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (1), 7-18.
- Gotlib, I. (1992). Interpersonal and Cognitive Aspects of Depression. *Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 1(5), 149-154.
- Grote, N.K. y Bledsoe, S.E. (2007). Predicting Postpartum Depressive Symptoms in New Mothers: The Role of Optimism and Stress Frequency during Pregnancy. *Health & Social Work*, 32(2), 107-118.
- Guttmacher Institute. (2006). Maternidad temprana en Honduras: Un desafío constante. 4, 1-12. Consultado el 3 de Octubre 2010. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/search/index.jsp?query=Prada&field=&sortBy=&fromMonth=&fromYear=&toMonth=&toYear=&startAt=20>
- Hamel, P. (1993) Crónica de un embarazo anunciado: Criterios de riesgo en adolescentes urbanas pobres. *Revista De Familias y Terapias*, 1(1).
- Hamrin, V. y Magorno, M. (2010). Assessment of adolescents for depression in the pediatric primary care setting. *Pediatric Nursing*, 36(2), 103-111.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L., y Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence: a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11(1), 4-10.
- Hertel, P. T. y Rude, S. S. (1991). Depressive deficits in memory: Focusing attention improves subsequent recall. *Journal of Experimental Psychology: General*, 120, 301-309.

- Hib, J. (1993). *Embriología médica*. México: Interamericana Hill-Hill.
- Hospital General de México. (s.f.). Guías diagnósticas de consulta externa: Embarazo. Consultado el 23 de abril del 2010. Disponible en: http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. USA: Publishing M.A. Addison-Wesley.
- Hudson, S. y O'Regan, J. (1994). Stress and the graduate psychology student. *Journal of clinical psychology*, 50(6), 973-977.
- Hummer, R. A. (1993). Racial differences in infant mortality in the US: An examination of social and health determinants. *Social Forces*, 72, 529-554.
- Hwang, W.C., Myers, H.F., Takeuchi, D.T. (2000). Psychosocial predictors on first-onset depression in Chinese Americans. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiologic*, 35, 133-145.
- INEGI (2005). Censo de población y vivienda 2005. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Consultado el 18 de abril del 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/cubos/default.asp?c=1413>
- INEGI (2008). Estadísticas de natalidad 2008. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Consultado el 18 de abril del 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/BD/Natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=11109>
- Jessor, R., Turbin, M., Costa, F., Dong, Q., Zhang, H., y Wang, C. (2003). Adolescent Problem Behavior in China and the United States: A Cross-National Study of Psychosocial Protective Factors. *Journal of Research on Adolescence (Blackwell Publishing Limited)*, 13(3), 329-360.
- Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I. y Cox J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-

- associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 93–97.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C. y Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI user's guide* (3rd ed.). Mooresville, IN: Scientific Software.
- Joshi, T.P. (1998) Affective disorders in children and adolescents. En H.S. Guhman y R.M. Sarles (Eds.) *Handbook of child and adolescent outpatient, day treatment and community psychiatry*. Castleton, N.Y.: Hamilton Printing.
- Kim, J., Conger, R., Elder, G. y Lorenz, F. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescents internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74, 127-143.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Aduaga, J.J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2006). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Salud.com*, 2(5). Consultado el 17 de abril del 2010. Disponible en:
<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/76/347>
- Kovacs, M. (2006). Next steps for research on child and adolescent depression prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 184-185.
- Krevans, J. y Gibbs, J. (1996). Parents' Use of Inductive Discipline: Relations to Children's Empathy and Prosocial Behavior. *Child Development*, 67(6), 3263-3277
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. y Mermelstein, R. (2007). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A Conceptual and Quantitative Review. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 10(1), 1-24.
- Landero, R. y González, M. (2002). Determinantes Psicosociales del estrés en amas de casa. *Psicología y Salud*, 12(2), 279-288.

- Landero, R. y González, M. (2004). Variables psicosociales como predictoras de la salud en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 19(3), 255-264.
- Lanzi, R., Bert, S. y Jacobs, B. (2009). Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 194-202.
- Lara, M., Verguzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 25(2), 247-255.
- Larson, R.W. y Ham, M. (1993). Stress and “storm and stress” in early adolescence: the relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29, 130-140.
- Latendresse, G. (2009). The interaction between chronic stress and pregnancy: Preterm birth from a biobehavioral perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), 8-17.
- Lattimore, K., Donn, S., Kaciroti, N., Kemper, A., Neal, C. y Vazquez, D. (2005). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) Use during Pregnancy and Effects on the Fetus and Newborn: A Meta-Analysis. *Journal of Perinatology*, 25(9), 595-604.
- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. *Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Lee, G. (2010). Contributing Factors of Depression for Individuals with Chronic Musculoskeletal Pain In Workers' Compensation Settings - A Ecological Conceptualization in Rehabilitation Counseling Intervention. *Journal of Rehabilitation*, 76(1), 3-12.
- Lete, I., De Pablo, J.L., Martínez, C. y Parrilla, J.J. (2001). Embarazo en la adolescencia. En C. Buil, I. Lete, R. Ros, J.L. De Pablo. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 817-835). España.: Sociedad Española de Contracepción.
- Luna, M.L., Salinas, J. y Luna, A. (2009). Depresión mayor en embarazadas

- atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana Salud Publica*, 26(4), 310–314.
- Malina, M.R. (1990). Physical growth and performance during the transitional years (9-16). En R. Montemayer, G.R. Adams & T.P. Gullota (Eds), *Childhood to adolescence: a transitional period?*. Newbury Park, CA: Sage.
- Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. En J. Adelson (Ed.), *Hand book of adolescent psychology*. New York: Willey.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. y Papillon, M. (2002). Gender Differences in Depressive Symptoms During Adolescence: Role of Gender-Typed Characteristics, Self-Esteem, Body Image, Stressful Life Events, and Pubertal Status. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 10(1), 29-42.
- McKee, M., Cunningham, M., Jankowski, K. y Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology*, 97, 988–993.
- Menon, S. (2008). Psychotropic medication during pregnancy and lactation. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 277(1), 1-13.
- Millán, M.C y Sileo, E. (2002). Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 65(3), 38-45.
- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero y M. T. González (Ed.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). México: Trillas.
- Moral, J. (2011). Propiedades psicométricas de un formato simplificado de aplicación para el BDI. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social de la Salud*, 1, 4 - 18.
- Moral, J., y Martínez, J. y (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Moral, J., González, M.T. y Landero, R. (2011). Tratamiento de la fibromialgia en mujeres y evaluación del burnout en amas de casa. Monterrey, N.L.

México: UANL.

- Muñoz, B., Berger, C. y Aracena, M. (2001). Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. *Revista de Psicología*, 10(1), 21-34.
- NIMH (2009). Depression. *National Institute of Mental Health*. Consultado el 20 de abril del 2010. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/complete-index.shtml>
- Oliván, G. (2002). Indicadores de Maltrato infantil. *Guías clínicas*, 2, 1-13. Consultado el 27 de marzo del 2010. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Maltrato.pdf>
- OMS (s.f.). *Adolescent health*. World Health Organization. Consultado el 17 de abril del 2010. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html
- OMS (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor.
- OMS (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization. Consultado el 10 de abril del 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>
- O'Neill, S., Cohen, L., Tolpin, L. y Gunthert, K. (2004). Affective reactivity to daily interpersonal stressors as a prospective predictor of depressive symptoms. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(2), 172-194.
- Oviedo, H., Lira, J., Ito, A. y Grosso, J.M. (2007). Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75, 17-23.
- Padesky, C. (1994). Schema Change Processes in Cognitive Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267-278.
- Pedrero, E. y Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y

- resultados de su aplicación. *Anales de psicología*, 26 (2), 302-309. Consultado el 5 de febrero del 2010. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/14-26_2.pdf
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Souraner, A., Helenius, H., y Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65, 9–17.
- Papalia, D.E. y Wendkos, S. (2000). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolecencia*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Papalia, D.E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). *Desarrollo humano*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-18.
- Patrick, H., Neighbors, C. y Knee, C. R. (2004). Appearance-related social comparisons: the role of contingent self-esteem and selfperceptions of attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 501–514.
- Peláez, J. (1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 23(1). Consultado el 23 de abril del 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X1997000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Penninx, B.W., Deeg, D.J., van Eijk, J.T., Beekman, A.T. y Guralnik, J.M. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults : a longitudinal perspective. *Journal Affective Disorders*, 61, 1–12.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y Estrés*, 5(1), 61-78.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Póo, A., Baeza, B., Capel, P., Llano, M., Tuma, D. y Zúñiga, D. (2007). Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Revista*

SOGIA, 21 (1), 17-24.

- Rahman, A., Iqbal Z. y Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine*, 33, 1161–1167.
- Ramos, R. Y., Barriga, J.A. y Pérez, J. (2009). Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecología y Obstetricia de México*, 77(7) 311-316.
- Ramsey C.N., Abell, T.D. y Baker L.C. (1986). The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *Journal of Family Practice*, 22, 521–527.
- RDIM (2006). *La infancia cuenta en México*. Red Nacional de los Derechos de la Infancia. Consultado el 6 de octubre del 2010. Disponible en: http://participacionsocial.sre.gob.mx/docs/incidencia_social_ambito_regional_multilateral/agenda_internacional/agenda_y_temas_internacionales/derechos_humanos/la_infancia_cuenta_2006.pdf
- Remor, E. y Carrobles, J. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
- Reyna, A. (2009). Psicodermatología: aspectos psicológicos en personas con epidermolisis bullosa. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UANL.
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., y Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18, 333-345.
- Ritter, C., Hobfoll, S.E., Lavin, J., Cameron, R.P. y Hulsizer, M.R. (2000). Stress, Psychosocial Resources, and Depressive Symptomatology During Pregnancy in Low-Income, Inner-City Women. *Health Psychology*, 19(6), 576-585.
- Rivera, G. y Arango, M.C. (1999). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes: elementos de apoyo para la prestación de servicios*. México, Documentos de Pathfinder, Cuadernos de Trabajo, N° 4.

- Rodríguez, J. (2001). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, J.E. (2000). Fisiología materna durante el embarazo. En Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, A.C *Ginecología y Obstetricia*. México: Méndez Editores.
- Rodríguez, M. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB*, 27, 47-58.
- Román-Pérez, R., Carrasco, E., Cubillas, M.J. y Valdés, E.A. (1995). Adolescencia, sexualidad y embarazo en contextos de colonias populares de Hermosillo, Son. En T. Lartigue y H. Avila (Ed.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, Vol.2 (pp. 167-182). México, D.F. Universidad Iberoamericana.: Plaza y Valdés.
- Rosen, J., Compas, B., y Tacy, B. (1993). The Relation Among Stress, Psychological Symptoms, and Eating Disorder Symptoms: A Prospective Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 153-162.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic books.
- Rosengard, C., Pollock, L., Weitzen, S., Meers, A. y Phipps, M. (2006). Concepts of the Advantages and Disadvantages of Teenage Childbearing Among Pregnant Adolescents: a Qualitative Analysis. *Pediatrics*, 118(2), 503-10.
- Ryan, D., Millis, L. y Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51, 1087-1093.
- Rubarth, G. (1994). *La adolescente embarazada*. Buenos Aires: GEL
- Ruiz, M. (2000). *Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: Ediciones UNED.
- Salazar, L.F. y Rincón, D.A. (2006). Uso de los antidepresivos en el embarazo y la lactancia. *Universitas Médica*, 47(2), 177-188.
- Salvatierra, L., Aracena, M., Ramírez, P., Reyes, L., Yovane, C., Orozco, A., Lesmes, C. y Krause, M. (2005). Autoconcepto y proyecto de vida: percepción de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de Psicología*, 14(1), 141-152.

- Sánchez, P. y Mendieta, N. (1994). Embarazo en la adolescencia: experiencia de la A.S.C.P. Revista. *Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 45(3), 208-212.
- Sánchez, E., Garrido, A. y Álvaro, J.L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Psicología Social*, 18(1), 17-33.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds). *Manual de Psicopatología*, Vol. 2 (pp. 2-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1987). *Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. y Valiente, R. (2002). Estrés y salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y Estrés*, 8(1), 73-87.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Sepúlveda, J., Bustreo, F., Tapia, R., Rivera, J., Lozano, R., Oláiz, G., Partida, V., García-García, L. y Valdespino, J.L (2006). Improvement of child survival in Mexico: the diagnostical approach. *Lancet*, 368, 2017-2027. Consultado el 27 de marzo del 2010. Disponible en: <http://www.thelancet.com/search/results?searchTerm=Sepulveda&fieldName=Authors&journalFromWhichSearchStarted=>
- Smolak, L., Murnen, S. K. y Thompson, J. K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 227-239.
- SMP (2002). *Código Ético del Psicólogo*. México: Editorial Trillas.
- Sontag, L.M., Graber, J.A., Brooks-Gunn, J.M. y Warren, P. (2008). Coping with social stress implications for psychopathology in young adolescent girls.

- Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1159-1174.
- Stassen, K. y Thompson, R. (1997). Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Steinberg, L. y Lamborn, S. (1994). Over-Time Changes in Adjustment and Competence among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Development*, 65(3), 754-770.
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud pública de México*, 39(2), 137-43.
- Stoppard, M. (1999). *The new pregnancy and birth book*. Londres: Dorling Kindersley.
- Sundstrom, I.M., Bixo, M., Bjorn, I. y Astrom, M. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in gynecologic outpatients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, 8 –13.
- Suttajit, S., Punpuing, S., Jirapramukpitak, T., Tangchonlatip, K., Darawuttimapraon, N., Stewart, R., Dewey, M., Prince, M. y Abas, M. (2010). Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. *Psychological Medicine*, 40(10), 1711-1721.
- Taboada, M.L. (1998). Eventos y traumáticos y reacciones de estrés: identificación y manejo en una situación de desastre natural. *Psiquiatría.com Revista electrónica*, 2(4). Consultado el 19 de abril del 2010. Disponible en:http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4art_7.htm
- Tanner, J.M. (1981). Growth and maturation during adolescence. *Nutrition Review*, 39, 43-55.
- Tanner, J.M. (1990). *Foetus into a man: Physical growth from conception to maturity*. Cambridge, MA: Harvard University press.
- Terzi-Unsal, S. y Kapci, E. G. (2005). Risk factors for suicidal behavior: Psychosocial risk models with Turkish adolescents. *Social Behavior and Personality*, 33, 593–607.
- Torres, C. (2002). Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico de dos hospitales de Lima, Perú (1999). *La Ventana*, 16,

96-129.

- Trejo H., Torres J., Medina M.A., Briones J.C. y Meneses J. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(1), 9-12.
- Tyson, G. y Range, L. (2003). La depresión: Comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. *The Gestalt Journal*, 4(1). Consultado el 20 de abril del 2010. Disponible en: http://www.artefinal.com/itg/doc/depresion_a.rtf
- UNICEF. (2009). Demographic indicators. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. Consultado el 18 de abril del 2010. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/statistics/SOWC_Spec_Ed_CRC_TABLE%206.%20DEMOGRAPHIC%20INDICATORS_EN_111309.pdf
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8(3), 403-422.
- Vázquez, A., Guerra, C., Herrera, V., De la Cruz, F. y Almirall, A.M. (2001). Embarazo y adolescencia: factores biológicos, materno y perinatal más frecuentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(2), 158-164.
- Villaroel, G. (2006). Embarazo adolescente y pobreza rural. *Revista Digital eRural, Educación, cultura y desarrollo rural*, 4(7). Consultado el 2 de octubre del 2010. Disponible en: <http://www.revistaerural.cl/EmbarazoGVillarroel.htm>
- Von Braun, D. (2008). *Embarazo y parto feliz*. México: Libra.
- Wiist, W.H. y McFarlane, J. (1999) The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics. *American Journal of Public Health*, 89, 1217-1221.
- Wilson, R. W. y Schiffin, B. S. (1980). Is any pregnancy low risk? *Obstetrics and Gynecology*, 55, 653-656.
- Winkler, M.I., Pérez, C.P. y López, L. (2005). ¿Embarazo deseado o no deseado?: Representaciones sociales del embarazo adolescente, en

- adolescentes hombres y mujeres, habitantes de la comuna de Talagante, región metropolitana. *Terapia Psicológica*, 23(2), 19-31.
- Woolfolk, R. y Allen, L. (2010). Affective-Cognitive Behavioral Therapy for Somatization Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(2), 116-131.
- Zayas, L. H., Cunningham, J., McKee, M. D., y Jankowski, K. R. B. (2002). Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Women's Health Issues*, 12, 16–22.
- Zambrana, R. E., Dunkel-Schetter, C., Collins, N. L. y Scrimshaw, S. C. (1999). Mediators of ethnic-associated differences in infant birth weight. *Journal of Urban Health*, 76, 102-116.
- Zelkowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J.F., Valenzuela, M., Westreich, R. y Dayan, J. (2004). Factors Associated with Depression in Pregnant Immigrant Women. *Transcultural Psychiatry*, 41(4), 445-464.
- Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S. y Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics*, 11, 190-194.

ANEXOS

ANEXO I. Criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV.

6. Trastornos del estado del ánimo:

Criterios para el episodio depresivo mayor

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

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En

niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), Ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

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

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

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

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípleos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno

psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

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

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

ANEXO II. Instrumentos de evaluación utilizados

(Para uso exclusivo del encuestador) v1. N° Encuesta _____

Se te solicitó participar en una investigación. Los datos serán analizados de manera computarizada, por lo que puedes contestar sinceramente, los datos serán tratados de manera absolutamente confidencial y tu participación será anónima. NO OLVIDES RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.

Escriba la respuesta en la línea:

v2. Edad: _____

v4. Actualmente te encuentras: a) Soltera b) Casada c) En unión libre
d) Otro: _____

Con quién vives actualmente:

a) Con mi propia familia b) Con la familia de mi pareja c) Mi pareja y yo d)
Otra _____

v5. Años de matrimonio o viviendo en pareja _____ o meses _____

v6. Tu Escolaridad _____ que equivale a _____ años (en años, contando desde primero de primaria: Por ejemplo secundaria terminada equivale a 9 años)

v7. En el siguiente cuadro indica con quien vives (familia, amigos, etc.), su parentesco, edad y Estado civil.

<u>Integrantes</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado civil</u>

Marque la respuesta que se adecúe a tu situación:

- a1. ¿Tu condición es? 1. Sólo ama de casa ____ 2. Con trabajo (en el que te paguen) ____ 3. Estudiante: ____
4. Desempleada por el embarazo ____ 5. Otra.

¿Cuál? _____

- a2. ¿Tu embarazo fue planeado? 1. Sí ____ 2. No ____

a3. ¿Cuántos meses de embarazo tienes? _____

- a4. ¿Es tu primer embarazo? 1. Sí ____ 2. No ____

- a5. ¿Has tenido abortos previos? 1. Sí ____ 2. No ____

- a6. Si tienes pareja ¿Cómo describirías Tu relación de con él durante el embarazo comparándola con la relación antes del embarazo?

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

- a7. En general, Tu embarazo ha sido?

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

- a8. Antes del embarazo ¿tenías una relación de pareja con el padre del bebé?

1. Sí ____ 2. No ____

- a9. ¿Padeces alguna enfermedad crónica (de larga duración)? 1. Sí ____

2. No ____ ¿Cuál? _____

- a10. ¿Tomas algún medicamento (que no sea recetado por el embarazo)? 1. Sí ____

2. No ____

- a11. ¿Actualmente acudes a terapia o tratamiento con algún psicólogo? 1. Sí ____

2. No ____

- a12. ¿Actualmente acudes a terapia o tratamiento con algún psiquiatra? 1. Sí ____

2. No ____

Por favor, lee con atención y marca el grado en que cada una de las siguientes afirmaciones describe tu estado de ánimo durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY . Contesta lo más sinceramente posible.	No	Si, algo	Bastante	Mucho
BDI1. Me siento triste.....	1	2	3	4
BDI2. Me siento desanimado de cara al futuro.....	1	2	3	4
BDI3. He fracasado más que la mayoría de las personas.....	1	2	3	4
BDI4. No disfruto de las cosas tanto como antes.....	1	2	3	4
BDI5. Me siento culpable en bastantes ocasiones.....	1	2	3	4
BDI6. Siento que quizá esté siendo castigado.....	1	2	3	4
BDI7. Estoy descontento conmigo mismo.....	1	2	3	4
BDI8. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.....	1	2	3	4
BDI9. Pienso en suicidarme.....	1	2	3	4
BDI10. Ahora lloro más que antes.....	1	2	3	4
BDI11. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.....	1	2	3	4
BDI12. Estoy menos interesado en los demás que antes.....	1	2	3	4
BDI13. Evito tomar decisiones más que antes.	1	2	3	4
BDI14. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	1	2	3	4
BDI15. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.....	1	2	3	4
BDI16. No duermo tan bien como antes.....	1	2	3	4
BDI17. Me canso más que antes.....	1	2	3	4
BDI18. No tengo tan buen apetito como antes.....	1	2	3	4
BDI19. He perdido peso por falta de ganas de comer.....	1	2	3	4
BDI20. Estoy preocupado por mi salud.	1	2	3	4
BDI21. La relación sexual me atrae menos que antes.....	1	2	3	4

Marca la opción que mejor se acomode a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
DURANTE EL ÚLTIMO MES: ¿Con qué frecuencia.....					
E1. ...has estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ...te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4

E3. ...te has sentido nerviosa o estresada (llena de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ...has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ...has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ...has estado segura sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ...has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ...has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ...has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ...has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ...has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ...has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ...has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14. ...has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

En esta lista de situaciones encontrarás algunas que **NO** te han ocurrido desde que inició tu embarazo, en esas, señala solamente la última columna.

Y de las que SI te han ocurrido desde que inició tu embarazo, contesta, qué fue para ti ese evento, algo bueno (*positivo*) o algo malo (*negativo*):

	Evaluación		NO ME HA PASADO
	POSITIVO	NEGATIVO	
csv1. Quedarse sin trabajo	P	N	0
csv2. Enfermedad que ha durado mucho y que requiere de tratamiento médico	P	N	0
csv3. Problemas con amigos o compañeros del trabajo o escuela	P	N	0
csv4. Retiro laboral	P	N	0
csv5. Matrimonio o unión libre	P	N	0
csv6. Divorcio o separación	P	N	0
csv7. Problema legal grave que puede terminar en prisión	P	N	0
csv8. Exámenes importantes	P	N	0
csv9. Reducción sustancial de los ingresos	P	N	0

En esta lista de situaciones encontrarás algunas que **NO** te han ocurrido desde que inició tu embarazo, en esas, señala solamente la última columna.

Y de las que SI te han ocurrido desde que inició tu embarazo, contesta, qué fue para ti ese evento, algo bueno (*positivo*) o algo malo (*negativo*):

	Evaluación		NO ME HA PASADO
	POSITIVO	NEGATIVO	
csv10. Reformas en la casa	P	N	0
csv11. Muerte del cónyuge	P	N	0
csv12. Problemas relacionados con el alcohol o drogas	P	N	0
csv13. Ascenso en el trabajo	P	N	0
csv14. Dificultades sexuales	P	N	0
csv15. Un miembro de tu familia deja la casa	P	N	0
csv16. Comprarte una casa	P	N	0
csv17. Cambiaste de lugar de trabajo	P	N	0
csv18. Ruptura de noviazgo o relación similar	P	N	0
csv19. Muerte de un amigo íntimo	P	N	0
csv20. Relaciones sexuales fuera del matrimonio o unión libre	P	N	0
csv21. Una complicación legal en una pelea	P	N	0
csv22. Un Problema legal menor (como una multa, etc)	P	N	0
csv23. Cambio de casa	P	N	0
csv24. Problemas con vecinos o con familiares que no viven en la casa familiar	P	N	0
csv25. Nuevo trabajo	P	N	0
csv26. Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, etc)	P	N	0
csv27. Período de fiestas	P	N	0
csv28. Préstamo o hipoteca de más de un millón de pesos	P	N	0
csv29. Sufrir robo	P	N	0
csv30. Cambio en las costumbres personales (salir, forma de vestir, etc)	P	N	0
csv31. Enfermedad o accidente que requiere estar en cama	P	N	0
csv32. Finalización de estudios (primaria, secundaria o preparatoria)	P	N	0
csv33. Accidente de tráfico	P	N	0
csv34. Repentino y serio deterioro del oído y de la vista	P	N	0
csv35. Lesión física importante	P	N	0
csv36. Problemas en la escuela	P	N	0
csv37. Quedar embarazada	P	N	0
csv38. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	P	N	0

En esta lista de situaciones encontrarás algunas que **NO** te han ocurrido desde que inició tu embarazo, en esas, señala solamente la última columna.

Y de las que SI te han ocurrido desde que inició tu embarazo, contesta, qué fue para ti ese evento, algo bueno (*positivo*) o algo malo (*negativo*):

	Evaluación		NO ME HA PASADO
	POSITIVO	NEGATIVO	
csv39. Realizar el servicio militar	P	N	0
csv40. Enfermedad de un miembro de la familia	P	N	0
csv41. Terminar con una relación amorosa fuera del matrimonio o unión libre	P	N	0
csv42. El esposo o pareja deja de trabajar fuera de casa	P	N	0
csv43. Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual	P	N	0
csv44. Un período de alejamiento del hogar	P	N	0
csv45. Reconciliación matrimonial o de pareja	P	N	0
csv46. Separación de los padres	P	N	0
csv47. Fracaso en algún negocio importante	P	N	0
csv48. Hospitalización de algún miembro de la familia	P	N	0
csv49. Sufrir asalto o situación de violencia física	P	N	0
csv50. Pérdidas económicas importantes no relacionadas con el trabajo	P	N	0
csv51. Cambio de escuela	P	N	0
csv52. Problemas con los jefes en el trabajo	P	N	0
csv53. Éxito personal importante	P	N	0
csv54. El esposo o pareja comienza a trabajar fuera de casa	P	N	0
csv55. Discusión especialmente grave con el esposo o pareja	P	N	0
csv56. Realización de algún largo viaje	P	N	0
csv57. Alquilar una casa o departamento	P	N	0

**Antes de entregar el cuestionario por favor revisa que esté completamente contestado
GRACIAS**