

EL PAPEL DE LOS ESTRESORES Y LAS CONDICIONES
DE ESTADO CIVIL PARA EXPLICAR LA DEPRESIÓN Y
EL ESTRÉS EN ADOLESCENTES GESTANTES

The role of stressors and conditions of
marital status to explain the stress and
depression in pregnant teenagers

Lucía del Carmen Quezada Berumen*
Mónica Teresa González Ramírez**

Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

* Maestra en Ciencias con opción en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León (México). *luciaqb86@msn.com*

** Doctora en Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. *monygz77@yahoo.com*

Correspondencia: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Psicología. Dr. Carlos Canseco. 110 Col. Mitrás Centro C.P. 64460, Monterrey, Nuevo León (México). Teléfono: (52 - 81) 83338233.

Resumen

Este estudio identificó la relación entre depresión, estrés y número de estresores enfrentados por adolescentes primigestas bajo distintas condiciones de estado civil. Correspondió a un estudio no experimental, transversal y exploratorio; la muestra estuvo compuesta por 82 adolescentes primigestas entre 15 y 19 años, a quienes se les aplicaron el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Estrés Percibido y el Cuestionario de Sucesos Vitales. Los resultados del análisis de ecuaciones estructurales indicaron que la condición de 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 between depression, stress 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. Using structural equation models 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.

Fecha de recepción: 1 de mayo de 2011

Fecha de aceptación: 1 de agosto de 2011

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se debe principalmente a la ausencia y al mal uso de métodos anticonceptivos (Winkler, Pérez & López, 2005). El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2009), de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009), argumenta que la tasa de fecundidad va en decremento entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad desde los años noventa (81.4) al 2005 (64.8); sin embargo, las cifras para 2006-2008 tienen un aumento, siendo la tasa de 69.5. En México las tasas varían de un estado a otro, según reporta la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM, 2006); Zacatecas aumentó su proporción en el embarazo adolescente en las jóvenes de 15 a 17 años un 23% en el lapso quinquenal 2000-2005, mientras que Chiapas en el mismo lapso disminuyó un 24.3%. Dado que no se contaron con cifras contundentes sobre el número de adolescentes embarazadas en México, la ENADID (2009) registró un total de 457,929 nacimientos provenientes de madres menores de 19 años de edad.

Recientemente, información más detallada según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI, 2009), Zacatecas cuenta con un total de 6,100 nacimientos registrados provenientes de madres de entre 15 y 19 años de edad, de las cuales 675 corresponden a madres solteras, 1,974 a adolescentes casadas, 2,613 en unión libre, 32 separadas, 2 divorciadas, 5 viudas y 799 con estado civil no especificado. Cifras provenientes del 2008 reportan que hubo un incremento del 6.62%, que corresponde a 404 embarazos en tan solo un año transcurrido.

El embarazo en la adolescencia puede conllevar situaciones de riesgo para la joven y para su hijo, ya que estar embarazada a tan temprana edad es considerado como un gran factor de riesgo para el producto en gestación (Ramos, Barriga & Pérez, 2009).

Entre los mayores riesgos encontrados en las adolescentes al compararlas con la población adulta se encuentran: dos veces mayor riesgo de tener niños con bajo peso al nacer (< 2,500 g), una tasa de mortalidad neonatal tres veces mayor (defunciones infantiles que se presentan hasta

los 28 días después del nacimiento), dos veces mayor riesgo de que la madre muera durante el parto, pobre capacidad para ganar peso por parte de la madre, mayor proporción de partos prematuros (antes de la semana 37), hipertensión debida a embarazo y 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 (Díaz-Franco, 2007).

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, por lo que se considera una de las situaciones de riesgo, que unida a otras situaciones, puede afectar el embarazo y al recién nacido con serias consecuencias: como bajo peso al nacer, crecimiento incompleto, episodios de diarrea y una inmunización incompleta y desnutrición (Sepúlveda et al., 2006). Para Kovacs (2006), la depresión es un padecimiento común entre los adolescentes y aún más en las adolescentes embarazadas de acuerdo con Whitman, Borkowski, Keogh y Weed (2001, en Lanzi, Bert, & Jacobs, 2009), que vinculado a variables como el estado civil, se manifiesta en diferentes niveles.

Según Bartolomucci y Leopardi (2009), el vínculo entre depresión y estrés 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 que existen sobre el deterioro psicológico.

El embarazo es un periodo en la vida de cambios significativos para la mujer y sus acompañantes y se incluyen como principales fuentes de estrés el cambio de roles, cambio de vida y dificultades en las relaciones (Ramsey, Abell & Baker, 1986). La angustia y el apoyo social han sido asociados con el estrés pero ha mostrado particularmente mayor fuerza el conflicto de pareja (Wiist & McFarlane, 1999). 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 (Grote & Bledsoe, 2007).

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. La anterior definición es mejor conocida como la teoría transaccional (relacional) del estrés.

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, que 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, pues retoma los aspectos esenciales que se deben considerar, en esta investigación se estimó que el modelo propuesto por González y Landero (2006) es el más apropiado para explicar el estrés y su relación con la depresión.

En el modelo explicativo del estrés y síntomas psicósomáticos (figura 1), elaborado por González y Landero (2006), se representa que ante los estresores (diarios, recientes, crónicos o la combinación de estos), 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 psicósomáticos. 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 psicósomáticos).

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).

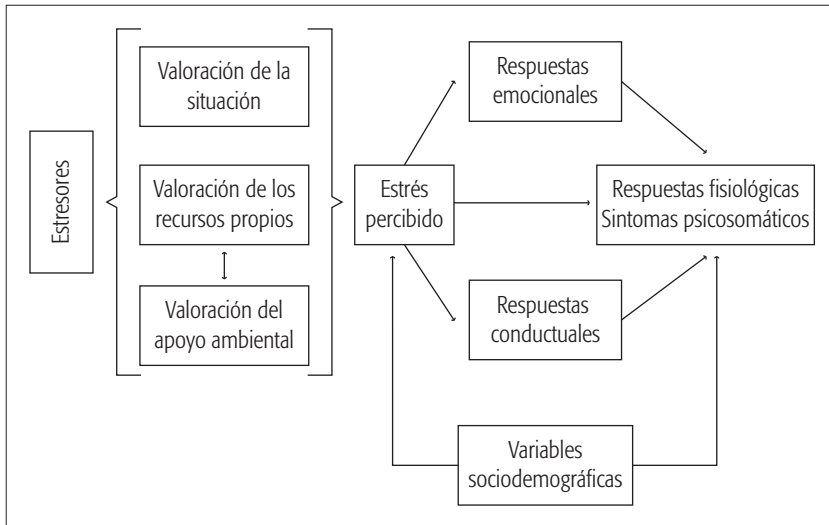


Figura 1.

Modelo explicativo del estrés y síntomas psicossomáticos

MODELO EXPLICATIVO DEL ESTRÉS Y SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

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 psicossomáticos que pudieran incluirse en recursos personales, variables sociodemográficas o en otras partes del modelo, tales como neuroticismo, afecto negativo (Costa & 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 este 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; 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 & Moreno, 1999).

Valoración de la situación daño/pérdida, amenaza, desafío. El estrés psicológico se relaciona con 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.

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

Valoración del apoyo ambiental. Como apoyo ambiental se considera el apoyo social; en el modelo se habla de la valoración del mismo, por lo que se trata de apoyo social percibido y no material. Desde la perspectiva funcional, en su definición se acentúan las funciones que cumplen con

las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales del mismo (Barrón, 1996).

Estrés percibido

En el modelo de González y Landero (2006), 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).

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. 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). Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) consideran que la depresión es un desorden del pensamiento y que los signos y síntomas de esta son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.

Beck (en Tyson & 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 esta 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). Sandín (1999) considera la depresión y la ansiedad como respuestas emocionales ante el estrés.

Estas dos emociones se retoman en el modelo ya que ambas han sido relacionadas al estrés y a los síntomas psicossomáticos.

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).

Respuestas fisiológicas: síntomas psicossomáticos. Como variable central a considerar en el modelo elaborado por González y Landero (2006) se encuentran los síntomas psicossomáticos 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.

Con base en lo anterior se planteó el objetivo del presente estudio, el cual fue estimar un modelo estructural que permitiera identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas divididas en cuatro grupos denominados *condiciones de estado civil*: solteras viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la propia familia; casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja y la pareja viviendo sola (casadas/unidas que viven independientemente de los senos familiares).

MATERIALES Y MÉTODO

Participantes

El diseño del estudio es de corte transversal y muestreo no aleatorio. Se contó con 82 adolescentes primigestas con edades de 15 a 19 años, pertenecientes a diferentes instituciones educativas de nivel medio, medio superior y superior, así como a instituciones públicas de salud de los municipios de Guadalupe y Zacatecas en el estado de Zacatecas. Cabe

destacar, que una parte de las participantes fueron seleccionadas de la población general de dichos municipios, sin acudir a ninguna institución educativa o de salud.

La muestra total se distribuyó en subgrupos de acuerdo con las cuatro condiciones de estado civil: 31 solteras viviendo con la propia familia, 17 casadas/unidas viviendo con la propia familia, 23 casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja y 11 adolescentes viviendo de manera independiente de ambos senos familiares (pareja sola).

Procedimiento

Se solicitaron los permisos a 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 primigestas para 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 establecidos.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación utilizados para la realización de este estudio fueron:

- **Depresión:** Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck y Steer (1987) 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. 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 ($\alpha = .91$).

- **Estrés:** La Escala de Estrés Percibido de Cohen -PSS- (Cohen, Kamarak & 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. En la versión para México de González y Landero se confirmó la estructura factorial reportada por Cohen y Williamson (1988), con estadísticos de bondad de ajuste adecuados y una consistencia interna evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach de .83 (González & Landero, 2007).
- **Estresores:** 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 (sub escalas): 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, y se utilizaron sólo 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 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 estos será la utilizada en los análisis.

- **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.

En el modelo estructural se incluye la variable complicación en el estado civil, se trata de una variable ordinal que incluye las 4 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 viviendo con la propia familia.
2. Casada viviendo con la familia de la pareja.
1. Condición de estado civil con menor complicación: pareja viviendo sola.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos de evaluación con el alfa de Cronbach. Se realizó un análisis descriptivo para las variables depresión, estrés y número de estresores de acuerdo con cada condición del estado civil de las adolescentes primigestas.

Para identificar si la condición del estado civil, el estrés percibido y el número de estresores enfrentados son factores predictores del puntaje de depresión en adolescentes embarazadas, se llevó a cabo un modelo de ecuaciones estructurales con el programa AMOS. Una vez estimado el primer modelo se procedió a fijar a cero uno a uno los estresores con menor aportación hacia la variable estrés. Posteriormente, se eliminaron los demás parámetros no significativos del modelo, bajo el mismo principio, iniciando con los de menor aportación. Dicho procedimiento se llevó a cabo de esa manera ya que se considera al estrés como la variable mediadora entre depresión y eventos externos, de acuerdo con el modelo teórico.

RESULTADOS

Los estadísticos descriptivos de la muestra total corresponden a una media de edad de 17.6 años, una escolaridad promedio de 10.9 años, 4.5 meses de embarazo y 0.26 años viviendo en pareja; para esta última variable, solo se toman en cuenta las adolescentes casadas o en unión libre.

Las anteriores variables se encuentran distribuidas de acuerdo con la condición de estado civil en la tabla 1, en la que las 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.= 1.15) para el segundo.

La escolaridad del grupo de la pareja sola fue mayor que el resto de los grupos, con un promedio 12.55 años (D.E.= 0.820); este mismo grupo mostró un promedio más alto de los años viviendo en pareja (Media = 0.35; D.E.= 0.251), así mismo, presentó un promedio más alto en los meses de embarazo (5.09; D.E.= 1.51).

Tabla 1

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	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	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	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	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, con el fin de ampliar la descripción de la muestra, correspondió a la comparación de la relación de pareja antes y durante el embarazo. El 67% del grupo de las 21 solteras que viven con la propia familia, y tienen pareja, reportaron tener “peor relación” o “problemas ocasionales”, secundado por el 41% de las casadas/unidas viviendo con la propia familia, y el 35% de las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja; el 82% del grupo de la pareja sola reportó que su relación se mantenía “mejor” o “igual que antes”.

De la misma manera, el tipo de embarazo fue otra de las variables que se consideró como complementaria. Así, considerando los tipos de embarazo como “complicado” y con “algunos problemas”, el 52% de las solteras viviendo con la propia familia mostraron tener mayores problemas en su embarazo, seguidas del 39% de casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja, continuando con el 18% de las casadas/unidas viviendo con la propia familia y para finalizar con el grupo de la pareja sola, quienes mostraron el mejor tipo de embarazo con el 91% de ellas considerándolo “normal” o “casi sin problemas”.

El grado de consistencia interna (evaluado a través del coeficiente alfa de Cronbach) para cada instrumento de medición se encuentra en la tabla 2, así como el análisis descriptivo para cada una de las variables medidas.

Tabla 2
Análisis descriptivo general

	Depresión (BDI)	Estrés (PSS)	Estresores (CSV)
N	82	82	82
Alfa Cronbach	.89	.89	.73
Media	36.48	26.37	15.02
Mediana	34	27.5	14.00
Desviación estándar	9.18	8.95	9.00

De manera específica, los análisis descriptivos se presentan en la tabla 3 de acuerdo con las cuatro condiciones de estado civil, donde para las variables depresión y estrés las solteras viviendo con la propia familia presentaron los promedios más altos en relación con los demás grupos. Solo para la variable estresores, las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja tuvieron en promedio mayores puntajes que los demás grupos.

Tabla 3
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	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	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	Media	35.91	23.43	17.65
	Mediana	31.00	22.00	16.00
	D.E	10.51	9.30	11.45
Pareja sola	Media	30.45	18.63	11.09
	Mediana	28.00	16.00	8.00
	D.E	9.48	8.59	9.22

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 primigestas 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 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 primigestas se trabajó con modelos de ecuaciones estructurales (SEM) utilizando el programa AMOS.

Con el primer modelo estimado se buscó confirmar el modelo hipotético de la figura 2. A partir de dicho modelo, se identificaron los coeficientes significativos 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, esta última como consecuencia del estrés. 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.

Dado que se estimaron 15 modelos, únicamente se presentan gráficamente el Modelo hipotético (figura 2) y el Modelo final (figura 3). En cada uno de los modelos más de un parámetro resultó no significativo, por lo que se consideró el de menor aporte (beta más baja), el cual fue fijado a cero para posteriormente realizar una nueva estimación. En la tabla 4 se muestran los índices de bondad de ajuste para cada uno de los 15 modelos estimados.

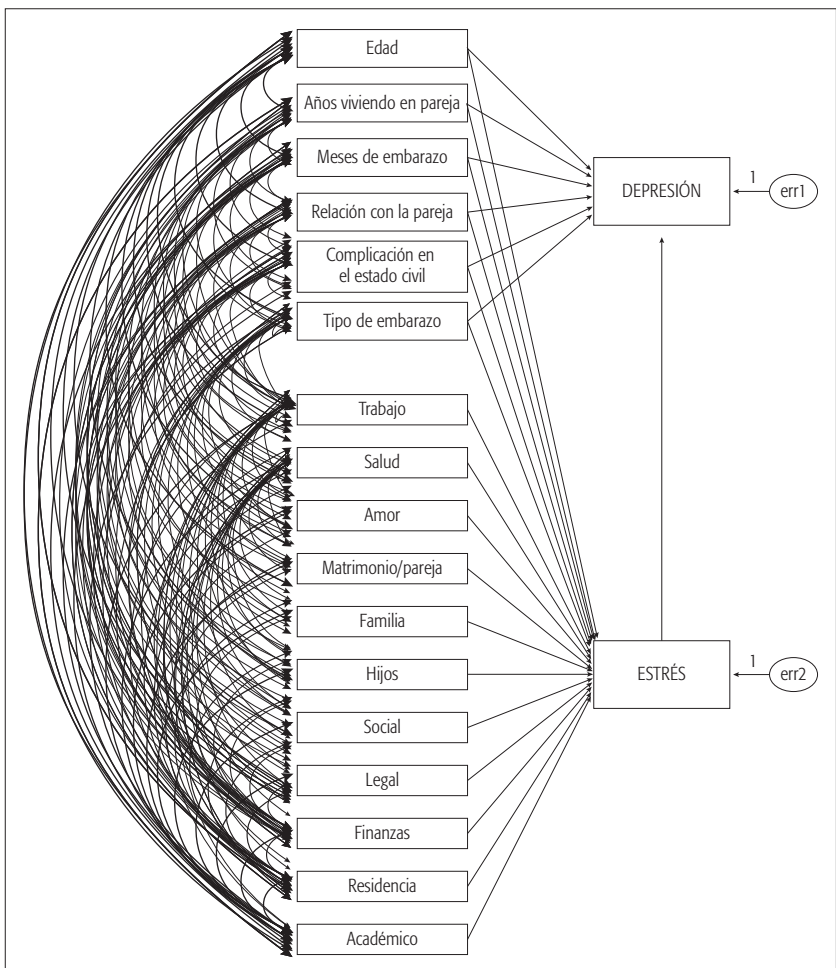


Figura 2.
Modelo hipotético

En la figura 3 se presenta el modelo definitivo (Modelo 15 estimado), en el que se obtiene un 71% de varianza explicada de la variable depresión, siendo así que la variable con un efecto mayor sobre esta fue estrés: $\beta = .764$; $p = .001$.

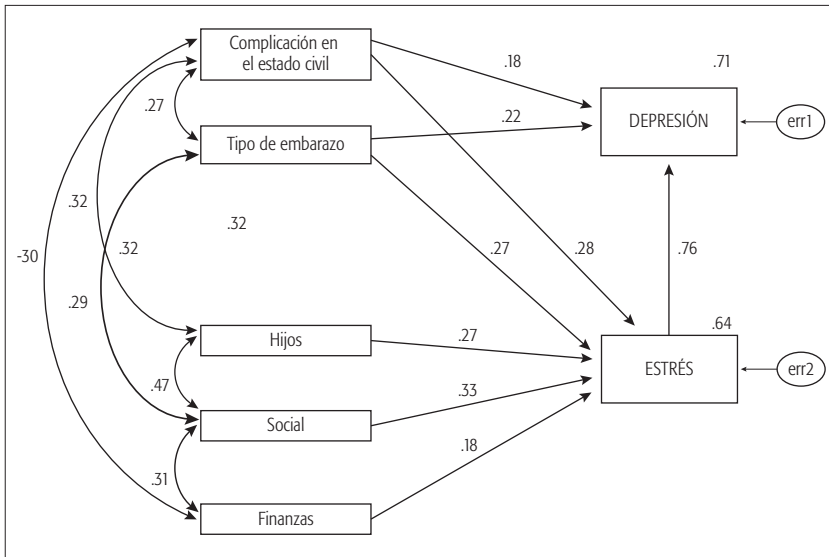


Figura 3.
Modelo final

La variable con 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 esta 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 incrementa una desviación estándar, el estrés aumentará .267 desviaciones estándar.

En cuanto a la depresión, cuando el tipo de embarazo aumente una desviación estándar, esta 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, el Modelo final, que cumple con los criterios estadísticos mostrados en la tabla 14 (ver pág. 38), 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.

DISCUSIÓN

Se indica que para poder definir un caso de depresión, se podría adoptar como punto de corte aquellas puntuaciones mayores o iguales a 20 (Moral, 2011), tal como lo proponen Vázquez y Sanz (1997) en España; los resultados obtenidos por Moral (2011) mostraron una media de 11.36 con una mediana de 9. Los puntajes globales obtenidos en esta muestra son muy superiores (Media = 36.48, D.E. = 9.18).

La depresión en adolescentes embarazadas se manifiesta en distintos grados de acuerdo con el estado civil (Whitman et al., 2001 en Lanzi, Bert & Jacobs, 2009), hallazgo que es compartido en este estudio y en otros trabajos de investigación con resultados similares (Deal & Holt, 1988; Figueiredo, Bifulco, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006); las adolescentes que se encuentran casadas o en unión libre mostraron puntajes menores de depresión que el grupo de las solteras.

Tabla 4
Índices de bondad de ajuste para cada modelo estimado

Modelo	X ²	g.l.	X ² /gl	Índices de ajuste absoluto			Índices de ajuste de incremento			
				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

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 & 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 & Landero, 2008).

El estrés en las cuatro condiciones de estado civil mostró niveles entre altos y moderados. El grupo más estresado correspondió a las solteras que viven con la propia familia, casadas/unidas que viven con la propia familia, casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja y el menos estresado al de la pareja sola.

En el estudio se incluyeron algunas variables sociodemográficas, como la edad, relación de pareja durante el embarazo y tipo de embarazo, con el fin de complementar las características de la muestra y lograr una descripción más completa. En lo que corresponde a la edad, los grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos. Siendo así que las solteras que viven con la propia familia son el grupo más joven y el grupo de la pareja son las mayores. La edad pudiera considerarse como un posible factor que influya en las diferencias de depresión, estrés y estresores en las correspondientes condiciones de estado civil.

Los problemas en la relación de pareja muestran estar asociados con el nivel de estrés y depresión, y 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). Lo anterior sustenta lo expuesto por otros autores (Wiist & McFarlane, 1999; Grote & Bledsoe, 2007).

Ramos, Barriga y Pérez (2009) plantearon que el hecho de estar embarazada en la adolescencia se considera un factor de riesgo para el producto en gestación. De acuerdo con 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%).

Por otro lado, en congruencia con el modelo teórico de González y Landerero (2006), 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 igual 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 presentaron 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 (2006), 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, 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.

En relación con los datos obtenidos en este estudio puede concluirse que las adolescentes primigestas solteras que viven con la propia familia poseen los niveles más altos de depresión y estrés, y son quienes, a su vez, presentan mayores complicaciones en el embarazo, más problemas en su relación de pareja y reportan más estresores relacionados a situaciones sociales y a los hijos, resaltando además el hecho de ser el grupo más joven. De la misma manera, las adolescentes primigestas casadas/unidas viviendo con la propia familia son quienes secundan a las solteras en las variables de depresión, estrés, relación con la pareja y estresores relacionados a los hijos (percepción negativa de su propio embarazo).

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 con los demás grupos, contrastando directamente con el grupo de las solteras, quienes presentan los niveles más bajos de escolaridad y además son las más

jóvenes; sin embargo, este grupo de adolescentes presentan mayores estresores financieros.

Una de las limitaciones más fuertes en este estudio fue la búsqueda y selección de la muestra, ya que los grupos de adolescentes embarazadas se encuentran muy dispersos entre la sociedad Zacatecana, lo que dificulta su localización y por lo tanto un mayor tamaño muestral. Cabe señalar que, en el levantamiento de los datos, constantemente se encontró 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.

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, 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 tanto en experiencias profesionales como personales, los sujetos evaden o responden erróneamente a su nivel socioeconómico la mayoría de las veces por desconocimiento propio, y un alto porcentaje reporta nivel medio, lo que no da la posibilidad de realizar comparaciones.

Como profesionales de la salud resulta de gran importancia enfocarse en mejorar el bienestar integral de la población en condiciones vulnerables, además de enfrentar el compromiso de realizar aportes que puedan ser utilizados como medidas preventivas. Este trabajo pretende proveer información a profesionales y personal encargado de instituciones de salud, desarrollo social y familiar, para brindar el apoyo necesario que contribuya a fortalecer el bienestar integral de este grupo de adolescentes, desarrollando planes de acción y prevención que permitan reducir las condiciones de riesgo para las jóvenes futuras madres.

De lo anterior se desprende que, mediante dichos profesionales, los resultados de este trabajo lleguen al núcleo más esencial: “la familia”, especialmente en donde habitan aquellas adolescentes de menor edad.

Las conclusiones de este estudio se basan en una muestra de adolescentes primigestas del estado de Zacatecas, por lo que resultaría interesante conocer resultados provenientes de otras regiones de México e, incluso, de América, con la finalidad de ampliar cada vez más el panorama del embarazo adolescente y mejorar su comprensión.

Finalmente, podemos concluir 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; no obstante, es necesario profundizar más en ello, ya que pudieran estar influyendo diferentes factores a los tomados para este estudio, por lo que se hace la invitación de indagar de manera más específica sobre aspectos de la esfera familiar, como el apoyo que reciben las adolescentes por parte de sus familias y parejas, así como la estructura y dinámica familiar misma que las envuelve.

Referencias

- Bartolomucci, A., & Leopardi, R. (2009). Stress and depression: preclinical research and clinical implications. *PLoS ONE*, 4(1), 1-5. doi:10.1371/journal.pone.0004265
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social, aspectos teóricos y aplicaciones*. España: Siglo XIX.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck depression inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich.
- Canales, L. (2009). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UANL.
- Cohen, S. & 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. & Merlmelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. doi:10.2307/2136404

- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2009). Principales indicadores en salud reproductiva. Consejo Nacional de Población. Consultado el 14 de mayo del 2011. Disponible en: <http://www.CONAPO.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/1.%20Transiciones%20de%20vida%20BIS.pdf>
- Costa, P. & McCrae, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316. doi:10.1111/j.1467-6494.1987.tb00438.x
- Deal, L., & Holt V. (1988). Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88, 266-27. doi:10.2105/AJPH.88.2.266
- Díaz-Franco, E. (2007). Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(2), 100 – 110.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID] (2009). Metodología y tabulados básicos. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Consultado el 14 de mayo del 2011. Disponible en: http://www.INEGI.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvINEGI/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_ENADID09.pdf
- 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., & 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. doi:10.1080/14616730600785686
- González, M.T. & Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61.
- González, M.T., & 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., & 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. doi:10.1590/S1020-49892008000100002
- Grote, N.K., & 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.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2009). Estadísticas de natalidad 2009. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Consultado el 19 de septiembre del 2011. Disponible en:

- <http://www.INEGI.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/BD/Natalidad/nacimientos.asp?s=est&c=11109>
- Kovacs, M. (2006). Next steps for research on child and adolescent depression prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 184-185. doi:10.1016/j.amepre.2006.07.008
- Lanzi, R., Bert, S. & 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. doi:10.1111/j.1744-6171.2009.00199.x
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud [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>
- Pedrero, E. & 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.
- Peñacoba, C., & 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.
- Ramos, R. Y., Barriga, J.A. & 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. & 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.
- Red Nacional de los Derechos de la Infancia en México [REDIM] (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. & 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.
- Sánchez, E., Garrido, A. & Álvaro, J.L. (2003). Un modelo psicociológico para el estudio de la salud mental. *Psicología Social*, 18(1), 17-33. doi:10.1174/02134740360521750
- 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. & Chorot, P. (1987). *Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Sepúlveda, J., Bustreo, F., Tapia, R., Rivera, J., Lozano, R., Oláiz, G., Partida, V., García-García, L. & Valdespino, J.L. (2006). Improvement of child survival in Mexico: the diagnostic approach. *Lancet*, 368(9551), 2017-2027. Consultado el 27 de marzo del 2010. doi:10.1016/S0140-6736(06)69569-X
- Tyson, G. & 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/depression_a.rtf
- Vázquez, C. & 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.
- Wiist, W.H. & McFarlane, J. (1999) The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics. *American Journal of Public Health*, 89, 1217-1221. doi:10.2105/AJPH.89.8.1217
- Winkler, M.I., Pérez, C.P. & 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.