

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO DE MUJERES CON RIESGO GESTACIONAL  
ASISTIDAS EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE PASTO.**

**YANNETH CECILIA ARDILA VILLARREAL  
CLAUDIA PATRICIA LARA VILLARREAL**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
San Juan de Pasto  
2012**

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO DE MUJERES CON RIESGO GESTACIONAL  
ASISTIDAS EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE PASTO.**

**YANNETH CECILIA ARDILA VILLARREAL  
CLAUDIA PATRICIA LARA VILLARREAL**

**Asesora**

**ADRIANA PERUGACHE RODRÍGUEZ  
Psicóloga Especialista**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
San Juan de Pasto  
2012**

**NOTA DE RESPONSABILIDAD**

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor.

Artículo 1<sup>ro</sup> del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Relación entre Depresión y Estrategias de Afrontamiento

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente de tesis

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

San Juan de Pasto, Noviembre de 2012

**TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
Riesgo Gestacional	12
Depresión	13
Depresión y riesgo gestacional	14
Afrontamiento	14
Estrategias de afrontamiento	15
Resolución de problemas	16
Reestructuración cognitiva	16
Apoyo social	16
Expresión emocional	16
Evitación de problemas	17
Pensamiento desiderativo	17
Retirada Social	17
Autocritica	17
Estrategias de Afrontamiento y Depresión	17
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
METODOLOGÍA	19
Paradigma de investigación	19
Tipo de estudio	19
Diseño	20
Población	20
Muestra	20

## Relación entre Depresión y Estrategias de Afrontamiento

Factores de inclusión	20
Factores de exclusión	21
Instrumentos de recolección de información	21
Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)	21
Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)	22
Cuestionario sociodemográfico	22
Procedimiento	23
Fase I: Construcción teórica y metodológica	23
Fase II: Aplicación de instrumentos	23
Fase III: Análisis de resultados y elaboración de informe final	24
Plan de análisis de datos	24
Elementos éticos y bioéticos en la investigación	25
<b>RESULTADOS</b>	26
Características sociodemográficas de la muestra	26
Características clínicas de la muestra	26
Variables de estudio	27
Depresión	27
Estrategias de afrontamiento	28
Depresión, variables sociodemográficas y datos clínicos	28
Estrategias de afrontamiento, variables sociodemográficas y datos clínicos	31
Relación entre niveles de depresión y cada una de las estrategias de afrontamiento	33
Análisis de componentes principales	33
Análisis de regresión múltiple	34
Correlación de entre variables de estudio	35
<b>DISCUSIÓN</b>	36
<b>CONCLUSIONES</b>	44
Recomendaciones	46
Limitaciones	47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	57
Anexo 1. Inventario de estrategias de afrontamiento	57
Anexo 2. Escala de depresión (CES-D)	59
Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico	60
Anexo 4. Evaluación cognitiva (MMSE) Modificado	61
Anexo 5. Consentimiento informado (menores de edad)	62
Anexo 6. Consentimiento informado (mayores de edad)	63

**LISTA DE TABLAS**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Distribución de edad	26
Tabla 2. Descripción estadística de la variable depresión	27
Tabla 3. Distribución estadística de cada una de las estrategias de afrontamiento	28
Tabla 4. Descripción estadística de variables sociodemográficas frente a niveles de depresión	29
Tabla 5. Descripción estadística de datos clínicos frente a niveles de depresión	30
Tabla 6. Coeficientes de asociación entre las variables sociodemográficas y cada una de las estrategias de afrontamiento	32
Tabla 7. Coeficientes de asociación entre los datos clínicos y cada una de las estrategias de afrontamiento	32
Tabla 8. Matriz de análisis de componentes principales	33
Tabla 9. Matriz de análisis de regresión múltiple	34
Tabla 10. Matriz de correlación entre niveles de depresión y cada una de las estrategias de afrontamiento	35

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Aplicación del método grafico P-P Plot para suponer la normalidad de los datos

33

**RELACIÓN ENTRE NIVELES DE DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO DE MUJERES CON RIESGO GESTACIONAL ASISTIDAS  
EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE PASTO**

**RESUMEN**

El objetivo de este proyecto fue determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional, asistidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto, a través de un estudio correlacional de corte transversal, que contó con un aporte teórico que incluyó la conceptualización de términos, teorías y estudios que permitieron entender el fenómeno. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información fueron: el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) en la versión española de Cano, Rodríguez y García (2007), que cuenta con coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89, permitiendo detallar o generalizar sus resultados y cumpliendo con los criterios de confiabilidad y validez y la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) que cuenta con una adecuada validez factorial y con una alta consistencia interna expresada en un coeficiente de Alfa de Cronbach igual a 0,87.(Villalobos, 2010).

Finalmente los datos obtenidos se organizaron con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 13.0 y para analizar la relación entre las variables se aplicó la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson.

***Palabras clave***

Depresión, estrategias de afrontamiento, embarazo, riesgo gestacional.

**ABSTRACT**

The objective of this project was to determine the relationship between levels of depression and coping strategies of women at high risk gestational assisted in the gynecology service San Pedro Hospital of Pasto, through a cross-sectional correlational study, which had a theoretical contribution that included the conceptualization of terms, theories and studies that allowed understanding the phenomenon. The instruments used for data collection were the coping strategies inventory (CSI) in the Spanish version of Cano, Rodriguez and Garcia (2007), with internal consistency coefficients between 0.63 and 0.89, allowing detail or generalize their results meeting the criteria of reliability and validity and depression Scale center for Epidemiologic Studies (CES-D) that has adequate factorial validity and high internal consistency coefficient expressed by Alfa Cronbach's equal to 0.87. (Villalobos, 2010).

Finally the data were organized using the SPSS version 13.0 and to analyze the relationship between variables was applied statistical test of the Pearson correlation coefficient.

***Keywords***

Depression, coping strategies, pregnancy, gestational risk.

## INTRODUCCIÓN

El periodo de gestación es considerado un factor de riesgo para presentar depresión, está asociado con la presencia de síntomas depresivos en el periodo postnatal y se ha comprobado que puede alterar los estados comportamentales del feto (Rondón, 2005).

Por esta razón en los últimos años investigadores e instituciones de salud han aumentado su interés de sobre este tema (Alvarado et al., 2000; Blasco, Monedero, Alcalde, Criado & Abehsera, 2007), sin embargo la mayoría de los casos de investigaciones destinadas a identificar alteraciones emocionales durante el embarazo se han realizado con mujeres que presentan embarazo normal, y escasamente con aquellas que presentan alguna complicación obstetrica, a pesar de que esta situación incrementa la posibilidad de presentar depresión durante el desarrollo de la gestación (Gómez & Aldana, 2007).

Entre los estudios que se han realizado con mujeres que presentan algún tipo de riesgo gestacional se encuentra el realizado por Dang (2009) con mujeres que presentan diabetes gestacional, en el que se señala que durante un embarazo de alto riesgo, se presentan altos índices de depresión, que aumentan cuando se presenta diabetes gestacional, puesto que esta complicación aumenta los niveles de estrés durante el embarazo.

Así mismo, se han realizado estudios como el de Vinnaccia (2006), que al estudiar la conducta de enfermedad y los niveles de depresión en mujeres con preclampsia, indica la presencia de alteraciones psicológicas relacionadas con esta complicación, debido a que las mujeres que la presentan, además de enfrentar los malestares propios del embarazo deben enfrentar los malestares propios de la enfermedad, afectando su funcionamiento psicológico y autopercepción del embarazo y generando actitudes desfavorables frente al mismo.

En este sentido, las estrategias de afrontamiento con las que cuentan las mujeres para enfrentar las complicaciones de su embarazo cobran gran importancia, ya que se ha demostrado que la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes está relacionada con la atenuación o exacerbación de síntomas de malestar emocional (Giraldo, Gómez & Maestre, 2008).

San Juan y Magallares (2007), por ejemplo, en su estudio sobre estilos explicativos y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios encontraron que determinadas estrategias de afrontamiento tienen una fuerte relación con diferentes emociones negativas y trastornos psicológicos. De esta forma la utilización de estrategias de afrontamiento

centradas en la emoción, mantendrían una correlación directa con el estado de ánimo depresivo, mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema, presentarían una correlación inversa con la sintomatología depresiva.

Canton y Justicia (2008), en su estudio sobre afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico en estudiantes universitarios, encontraron que existen una relación entre depresión y la estrategia de afrontamiento evitación, es decir que el uso de estrategias de afrontamiento como distanciamiento y aislamiento social se relacionaría con un mayor riesgo de obtener puntuaciones altas en depresión.

Asimismo, Velasco, Fernández, Páez y Campos (2006), en su estudio sobre inteligencia emocional percibida, alexitimia, afrontamiento y regulación emocional en estudiantes de psicología, indica que estrategias como inhibición emocional y negación presentan correlación con depresión, mientras que estrategias orientadas a la solución del problema y de reevaluación cognitiva se correlacionan positivamente con salud psicológica.

Meyer (2007), al estudiar los estilos de afrontamiento en situaciones de tristeza de los estudiantes de la Universidad Iberoamericana, comprobó que el mayor uso de las estrategias de afrontamiento de resolución de problemas, resignificación positiva, búsqueda de apoyo social y de información se relaciona con menor dolor emocional y por lo tanto negativamente con la sintomatología depresiva, mientras que el afrontamiento pasivo se correlaciona con mayor dolor emocional y depresión.

De forma similar Guarino (2010), afirma que en las mujeres que presentan riesgo gestacional, la adopción de estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema, les permiten incrementar su percepción de control sobre el embarazo, disminuyendo así sus niveles de estrés y alteraciones emocionales; mientras que las estrategias de afrontamiento como la evitación, constituyen un factor de riesgo para la salud física y psicológica de la mujer, pues se asocian significativamente con altos niveles de somatización, depresión, angustia, ansiedad y disfunción social.

Teniendo en cuenta la información anterior, para Gómez y Aldana (2007), es muy importante desarrollar programas desde el campo de la psicología dirigidos a la atención de pacientes que por su embarazo de riesgo presentan alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad que pueden afectar el desarrollo y resolución del embarazo.

Es fundamental entonces, que dentro de las instituciones de salud se establezcan sistemas eficientes de detección del estado emocional como parte integral del cuidado prenatal adecuado, que permitan identificar a tiempo alteraciones psicológicas tales como la depresión y ansiedad en mujeres embarazadas aún más cuando presentan algún tipo de riesgo gestacional; contribuyendo de esta forma al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar tanto de la madre gestante como de su familia a través de la identificación de factores de riesgo para alteraciones emocionales desencadenadas por las características del embarazo de riesgo.

Además es muy importante desarrollar investigaciones dirigidas a la identificación del impacto de estas alteraciones psicológicas sobre la mujer y el bebé de modo que se fortalezca el conocimiento acerca de los diferentes factores que influyen en la adaptación de la mujer al embarazo de riesgo.

Con el fin de facilitar la comprensión del estudio a continuación se hace una breve revisión de los aportes teóricos de algunos autores que se tuvieron en cuenta para la construcción y ejecución de la investigación.

### **Riesgo Gestacional**

El embarazo de alto riesgo es conceptualizado como aquel evento obstétrico en el que existe un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa el resultado de la gestación (Gómez, 2007) y que indica la probabilidad de daño o muerte fetal. (“Manual de Atención en Salud Sexual y Reproductiva Instituto Departamental de Salud de Nariño”, 2007).

La gestación de alto riesgo se considera una situación estresante para la mujer, caracterizadas por una alta carga emocional, que provoca en la mayoría de gestantes una alteración psicológica transitoria que se acompaña de síntomas clasificados como: ansiosos como ansiedad, angustia, desesperación, irritabilidad, miedo, crisis nerviosas, insomnio, nerviosismo, preocupación, inquietud, disfóricos como llanto, tristeza, apatía, irritabilidad, falta de apetito, cansancio y eufóricos, como alegría y entusiasmo desbordantes (Gómez, 2007).

Por otra parte, la influencia de factores psicosociales y fisiológicos como enfermedades crónicas u obstétricas no favorecen positivamente al proceso de gestación

impactando directamente al estado emocional, generando por lo regular manifestaciones depresivas o ansiosas (Gómez & Aldana, 2007).

### **Depresión**

Para Beck (1972 citado en Álvarez, Ramírez, Silva, Cofín & Jiménez, 2009), la depresión consiste en una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, que ocasionan una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información.

Desde su punto de vista los estados depresivos constituyen un continuo de gravedad, es decir los cuadros depresivos varían solamente en la intensidad cuantitativa de los síntomas, así el estado depresivo que experimenta un individuo frente a un suceso negativo es básicamente similar, aunque de menor intensidad al estado depresivo que experimenta otro individuo que necesita ayuda profesional.

En este sentido, Jervis (2002) concibe la depresión como un estado de desánimo caracterizado por una excesiva intensidad y duración con respecto al evento traumático que le precede.

Por otro lado para Davison (2005), la depresión es un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o de falta de interés o disfrute de las actividades usuales.

Retamal (2007), afirma que los sentimientos de tristeza que se manifiestan en la depresión surgen sin causa aparente, o si surgen por algún motivo, su efecto es desproporcionado en intensidad y duración e inesperado puesto que incluso un evento favorable puede llevar a la depresión.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades [CIE-10], (2010) de la OMS, los episodios depresivos, se caracterizan por humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas. Es frecuente la presencia de cansancio, incluso después de un esfuerzo mínimo, además de disminución del apetito, alteración del sueño, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de culpa e inferioridad y estado de ánimo bajo.

### ***Depresión y Riesgo Gestacional***

Según Gómez y Aldana (2007), el aspecto psicosocial en las mujeres embarazadas es una parte integral del cuidado prenatal adecuado y más aún cuando se presentan complicaciones que representan amenaza para el bienestar de la madre y el hijo.

Un embarazo de alto riesgo incrementa la posibilidad de que las mujeres muestren ansiedad o depresión asociada a la evolución del mismo, algunas pueden relacionar su experiencia a problemas reproductivos como la pérdida del feto, el padecimiento de enfermedades físicas o mentales y más aún cuando existe un diagnóstico de hipertensión, diabetes, cardiopatías, epilepsia entre otras que ponen en riesgo el desarrollo del embarazo. (Gómez & Aldana 2007).

Lartigue et al. (2008), refieren que las gestantes de riesgo pueden experimentar síntomas depresivos como: cansancio, falta de energía, dificultad para dormir, sentimientos profundos de tristeza, pensamientos pesimistas, de culpa, autorreproches y deseos de morir, que asocian a la situación de riesgo. La mayoría de las mujeres tienden a descuidar su alimentación, reducen la búsqueda de cuidados prenatales y presentan por lo tanto un mayor riesgo de partos prematuros. En algunos casos las mujeres pueden recurrir al cigarrillo o a usar alcohol generando consecuencias negativas en su salud y la del feto.

Gómez y Aldana (2007), resalta la importancia de un manejo adecuado de las alteraciones psicológicas frente la situación de alto riesgo, ya que afectan directamente el desarrollo del embarazo, la atención psicológica es indispensable para contribuir a la búsqueda de respuestas favorables, que le permitan a la madre cursar su embarazo sin alteraciones importantes en su estado de ánimo y asumir su maternidad de forma adecuada.

### **Afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El afrontamiento es un proceso cambiante en tanto que en determinados momentos el individuo debe contar principalmente con ciertas estrategias, que deberán ser modificadas en un momento siguiente, este proceso se va llevando a cabo a medida que va cambiando su relación con el entorno. Dichos cambios se producen a partir de la evaluación

y reevaluación de la cambiante relación individuo- entorno y pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el ambiente o el significado del acontecimiento.

En este sentido Klinger (1977 citado en Lazarus & Folkman, 1986), sugiere que en el proceso de afrontamiento existen aspectos temporales que influirán en el modo de responder del individuo frente a ciertas situaciones estresantes, es así que en un primer momento depresión y desvinculación constituirían una forma adaptativa de afrontamiento, mientras que en una fase final se presentaría una recuperación psicológica.

Por otro lado según Buendia y Mira (1993) en el proceso de afrontamiento se incluyen los intentos propositivos para manejar las dificultades y contratiempos como aceptar, tolerar y reducir las condiciones estresantes, independientemente de la eficacia de tales intentos, por lo tanto el afrontamiento no se encuentra limitado por los resultados o intentos exitosos.

En este sentido para Belloch (1998), concebir el afrontamiento como proceso implica separarlo de sus resultados, de esta forma no existen procesos de afrontamiento buenos o malos.

El afrontamiento constituye entonces según Salanova, Grau y Martínez (2004), una respuesta provocada por una situación estresante, ejecutada para manejarla o neutralizarla.

Así el afrontamiento para Villalobos (2007), implica las acciones sociales cognitivas o comportamentales del individuo encaminadas a manejar una situación estresante, logrando reducirla y adaptarse previniendo su aparición o remediando el daño.

Teniendo en cuenta lo anterior el proceso de afrontamiento implica la interacción entre el sujeto sus recursos y el ambiente (Mukulic y Crespi, 2009), por lo que para Huffman (2008), actúa como mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuenta para hacerle frente y las consecuencias que se derivan para su salud física y psicológica.

### ***Estrategias de Afrontamiento***

Lazarus y Folkman (1986) las definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Teniendo en cuenta lo anterior Fernández Abascal (1997 citado en Castaño & León, 2010), las define como procesos concretos que se utilizan en cada contexto y que pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. Las estrategias de afrontamiento pueden dirigirse al problema con el fin de reducir o eliminar las fuentes que producen el estrés o también pueden estar dirigidas a la reducción de los estados emocionales negativos y de la activación fisiológica (Tobon, Vinaccia & Sandin, 2003).

Por lo anterior las estrategias de afrontamiento que un individuo emplea frente a una situación son muy variadas, y no existe una forma óptima de responder en todas las ocasiones (Giraldo, Gómez & Maestre, 2008).

Debido a que el constructo de estrategias de afrontamiento es relativamente nuevo en el ámbito de la psicología, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias que manejan las personas. (Williams & Mc Gillicuddy, 2000 citados en Della, 2009).

Sin embargo para la presente investigación se retoman las ocho estrategias de afrontamiento propuestas por Cano, Rodríguez y García (2007) en su adaptación del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), de Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal (1989).

### ***Resolución de Problemas***

Aquellas estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce, a través de la creación de un plan de acción que implica cambiar ciertos aspectos para que la situación mejore.

### ***Reestructuración Cognitiva***

Las estrategias cognitivas que intentan cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo (Velasco, Campos, Iraurgi & Páez, 2004).

### ***Apoyo Social***

Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional como pedir consejo, apoyo espiritual, ayuda instrumental o informativa (Velasco et al., 2004).

### ***Expresión Emocional***

Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

***Evitación de Problemas***

Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. Implican esfuerzos por estar lejos de la transacción estresante o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. Este tipo de estrategias se presentan frecuentemente en el momento mismo en que se presenta la situación estresante y sirven para minimizar la respuesta afectiva en el momento climático del estrés ya que ayudan a coordinar acciones y demandas del entorno. Resistirse a aceptar lo ocurrido, el uso de alcohol y drogas para olvidar el problema, son ejemplos de este tipo de estrategias (Velasco et al., 2004).

***Pensamiento Desiderativo o Fantástico***

Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

***Retirada Social***

El conjunto de respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar sus sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales, constituye la respuesta de abandono (Velasco et al., 2004).

***Autocrítica***

Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

**Estrategias de Afrontamiento y Depresión**

Las investigaciones acerca de depresión, afrontamiento y estrés se han centrado en analizar como situaciones de estrés pueden ayudar a facilitar o desencadenar la aparición y mantenimiento de síntomas depresivos. Es así que algunos estudios han demostrado que las personas con depresión emplean estrategias de afrontamiento insuficientes o inadecuadas por ejemplo exceso de estrategias de evitación y descarga emocional para luchar contra los sucesos estresantes (Vásquez, 1996).

Según Vásquez (1996), la depresión constituye entonces una respuesta a situaciones agudas o crónicas de estrés, pero también constituye una situación estresante al igual que otros trastornos mentales o físicos, pues los síntomas de la depresión implican en sí mismos una fuente de preocupación para quienes los padecen.

Para Fernández y Díaz (2001), existe una asociación entre trastornos de la personalidad, trastornos clínicos y afrontamiento, desde su punto de vista el afrontamiento centrado en la tarea, constituiría un predictor de pensamiento psicótico y depresión mayor, mientras que el afrontamiento orientado a la evitación aparecería como predictor significativo de la presencia de trastornos de ansiedad, abuso de alcohol, pensamiento psicótico, trastorno delirante y depresión mayor.

Por otro lado para Camacho (2003), estrategias de afrontamiento cognitivas como autoafirmaciones de afrontamiento, se relacionan significativamente con un mejor funcionamiento, con el aumento de la actividad y negativamente con depresión, mientras que las autoafirmaciones negativas se relacionan con malestar psicológico.

Carrobles, Remor y Rodríguez (2003), hacen un planteamiento similar, desde su punto de vista, las estrategias de afrontamiento activas son más adaptativas que las estrategias pasivas, entonces existiría una asociación entre buena salud mental y física y estilos de afrontamiento activos y positivos, de la misma forma los estilos de afrontamiento pasivos o negativos como el fatalismo, la negación, la desesperanza y el aislamiento estarían relacionados con el humor deprimido y distrés emocional.

De este modo, el uso de estrategias de afrontamiento eficaces para regular síntomas depresivos constituye una pieza clave en el mantenimiento o exacerbación de los síntomas, pues marcaría la diferencia entre aquellas personas que se deprimen en el sentido clínico de la palabra y aquellos que simplemente se entristecen. En este orden de ideas, Nolen & Hoeksema (1998 citados en Hernández & Vásquez, 2005), han demostrado que un afrontamiento rumiativo, es decir un pensamiento pasivo y repetitivo sobre las propias reacciones emocionales, síntomas y preocupación sobre el malestar, puede afectar la gravedad y duración de estos síntomas, interfiriendo con la solución de problemas e impidiéndolo a la persona el desarrollo de actividades diarias que puedan aumentar su sensación de control y mejorar su estado de ánimo. Es así que en diferentes estudios realizados en diferentes países y culturas se ha demostrado la existencia de una relación consistente entre depresión y afrontamiento evitativo.

En este sentido Díaz (2008), plantea que existe una relación significativa entre depresión y estrategias de afrontamiento utilizadas. De esta forma, la utilización de estrategias positivas está relacionada con puntuaciones menores en depresión, mientras que

el uso de estrategias de afrontamiento negativas está relacionado con mayores puntuaciones en dicha escala.

La anterior afirmación coincide con lo planteado por Moskowitz (2000 citado en Díaz, 2008), quien asegura que la tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento de negación, huida o evitación incrementa la probabilidad de presentar alteraciones ansioso-depresivas, y acentúa las consecuencias negativas de las mismas. De este modo, sería la huida la estrategia de afrontamiento que mejor predice altos niveles de depresión.

Así mismo Gaspar et al. (2012), sugieren que existe una relación positiva entre estrategias de afrontamiento desadaptativas y trastornos clínicos, de esta forma la utilización de estrategias desadaptativas para hacer frente a situaciones estresantes indicaría mayor riesgo de presentar alteraciones como depresión, pues le impiden al individuo adaptarse a la situación. El Afrontamiento de evitación se asociaría con mayor ansiedad, depresión, y menor ajuste social.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Determinar cuál es la relación que existe entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional asistidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto alto riesgo gestacional

### ***Objetivos específicos***

Describir los niveles de depresión en mujeres con alto riesgo gestacional atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto.

Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres con alto riesgo gestacional atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto.

Establecer la relación entre los niveles de depresión y cada una de las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto.

## **METODOLOGÍA**

### **Paradigma de investigación, tipo de estudio y diseño de investigación**

La presente investigación se realizó desde el enfoque cuantitativo ya que usó la recolección de datos, se basó en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), a partir

de fundamentos teóricos, formulación de hipótesis y el establecimiento de correlaciones entre las variables (Barragán et al., 2003).

Esta investigación fue de tipo correlacional, ya que tuvo como objetivo medir el grado de relación que existe entre las variables nivel de depresión y estrategias de afrontamiento. (Díaz, 2006). El diseño de esta investigación fue de corte transversal, puesto que los datos se recogieron en un corte puntual de tiempo (Ortiz, 2004).

La investigación fue de carácter no experimental ya que se realizó sin manipulación deliberada de las variables, observando los fenómenos en su contexto natural, para después analizarlos (Toro & Parra, 2006).

### **Población**

La población con la que se desarrolló el estudio estuvo conformada por 110 mujeres entre los 13 y 44 años de edad con riesgo gestacional, asistidas entre los meses de julio y agosto de año 2012, en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto.

### ***Muestra***

Del total de la población, 40 participantes presentaron algún criterio de exclusión que les impidió ser parte de la muestra encontrándose que: nueve entraron en proceso de parto, once fueron sometidas a procedimientos médicos o quirúrgicos y dieciséis no culminaron satisfactoriamente su embarazo. De tal manera que la muestra estuvo conformada por 70 participantes que cumplieron estrictamente cada uno de los criterios de inclusión.

Se utilizó el método no probabilístico de muestreo intencional o por conveniencia, debido a que las características de la población hicieron necesario que su participación fuera estrictamente voluntaria. En este tipo de muestreo se selecciona aquella muestra que en opinión del investigador es la más conveniente para el estudio y se puede extraer con mayor comodidad, como en el caso de mujeres que asisten al servicio de ginecoobstetricia (Álvarez, 1995)

### ***Factores de inclusión***

Mujeres de 13 a 44 años de edad con riesgo gestacional, que no presentaron alteraciones cognitivas o sensoriales que les impidieran la comprensión de las preguntas formuladas en los cuestionarios, que estaban siendo asistidas en el servicio de

ginecoobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto y que estuvieron dispuestas a participar de la investigación.

### ***Factores de exclusión***

Mujeres adultas y adolescentes que presentaron embarazo sin complicaciones y condiciones físicas o medicamentos que alteraran su estado emocional, verificadas en sus historias clínicas y que no estuvieron dispuestas a participar de la investigación.

### **Instrumentos de recolección de información**

La recolección de información se llevó a cabo mediante la administración de dos pruebas de carácter psicométrico que permitieron medir las variables de estudio y las cuales se describirán a continuación:

#### ***Inventario de Estrategias de Afrontamiento en la versión española de Cano, Rodríguez y García (2007).***

La prueba se divide en dos dimensiones, la primera de tipo cualitativo, en donde se realiza una breve descripción de la situación estresante que debe enfrentar el sujeto y la segunda de carácter cuantitativo que consta de 40 ítems que corresponden a ocho estrategias genéricas de afrontamiento utilizadas frente a situaciones estresantes denominadas: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. Tiene por objetivo identificar el tipo de situaciones que causan problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo se enfrentan a estos problemas.

Las respuestas a los ítems se marcan en una escala tipo Likert de cinco intervalos que va desde “nunca utilizada” a “siempre utilizada” y corresponde a una puntuación entre 0 y 4 que indica el grado de utilización de las diferentes estrategias frente a la situación estresante (Castaño & León, 2010).

Para obtener la puntuación que indica el grado de utilización de cada una de las estrategias de afrontamiento, se deben tener en cuenta las claves de corrección que indican la sumatoria de los ítems correspondientes a cada una de las escalas evaluadas.

El CSI cuenta ocho factores que explican un 61% de la varianza con sólo 40 ítems y presenta coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89 que permiten detallar o generalizar sus resultados cumpliendo con los criterios de confiabilidad y validez, lo que determina que su uso puede llevarse a procesos de investigación y de práctica clínica.

Teniendo en cuenta que las mujeres que participaran del estudio presentan la misma situación estresante, denominada embarazo de alto riesgo, se prescindirá de la dimensión cualitativa de la prueba cuyo objetivo es identificar el tipo de situaciones que causan estrés en las personas (Ver anexo 1).

### ***Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)***

Es una escala de autoreporte que cuenta con 20 reactivos, diseñada para medir síntomas depresivos en la población en general (Radloff, 1978). Dentro de los ítems de la escala se incluyen: animo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, pérdida de energía y alteraciones del sueño y apetito, los cuales han sido organizados en las subescalas: a) afecto depresivo (soledad, angustia, tristeza, llanto, entre otras), b) afecto positivo (sentirse tan bueno como los demás, sentimientos de esperanza y felicidad), c) síntomas somáticos (agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, entre otros) y d) problemas interpersonales (sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc.).

Para obtener el resultado de la prueba, se suma cada uno de los números correspondientes a las respuestas marcadas, teniendo en cuenta el valor ascendente de los ítems 4, 8, 12 y 16, una vez obtenida la sumatoria total de los 20 ítems se obtendrá un puntaje que oscila entre 0 a 60 el cual sirve para categorizar el grado de depresión de manera numérica.

Según Locke y Putman (s.f), este instrumento se usa como un indicador de síntomas relacionados con la depresión, no como un medio válido clínicamente para el diagnóstico de depresión. El CES-D no produce un diagnóstico sino que detecta la presencia de síntomas que se consideran parte de la condición evaluada y se considera una de las medidas breves de depresión más utilizadas en el mundo (Muñoz, 2004).

El CES- D, cuenta con: consistencia interna, confiabilidad test-retest, validez concurrente y validez de constructo. En el estudio de Villalobos (2010) se demostró que esta escala tiene una adecuada validez factorial y que su consistencia interna es alta. (Alfa de cronbach= 0,87) (Ver anexo 2).

### ***Cuestionario sociodemográfico***

Elaborado por las autoras con base en estudios previos que describen que ciertas características sociodemográficas como edad, estado civil, número de hijos, nivel de

estudios, actividad laboral, y características clínicas como abortos previos, causa de riesgo gestacional, edad gestacional e impresión diagnóstica, pueden presentar una relación con los niveles de depresión presentados en mujeres con riesgo gestacional (Guerrero & Matías, 2006; Hayes, Lam et al., 2008; Matud, Pelechano & Matud, 1990; Reinhold & Bradley, 2001). Su principal objetivo fue recolectar información personal y clínica de las participantes que posteriormente facilitó la organización de los resultados y permitió la verificación de las relaciones planteadas con las variables de estudio (Ver anexo 3).

### **Procedimiento**

La presente investigación tuvo en cuenta las siguientes fases:

#### ***Fase I: Construcción Teórica y Metodológica***

La construcción teórica inició con la revisión de estudios previos, fuentes de información y material bibliográfico que permitió realizar la estructuración del tema de estudio y posteriormente la definición de los conceptos que guiaron la investigación: depresión y estrategias de afrontamiento.

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema y la revisión teórica se realizó la caracterización metodológica de la investigación descrita en términos como paradigma, tipo de estudio, diseño, población, instrumentos de recolección de la información, hipótesis, variables, procedimiento y plan de análisis de datos.

#### ***Fase II: aplicación de Instrumentos***

Para realizar la aplicación de los instrumentos se comunicó de manera oportuna a las autoridades competentes de la Fundación Hospital San Pedro, obteniendo una autorización formal de Gerencia y el jefe de convenios docente asistenciales y de salud ocupacional (ver anexo 7).

Con el fin de recolectar la información se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) en la versión española de Cano, Rodríguez y García (2007) (Ver anexo 1) y la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) (ver anexo 2), Cuestionario sociodemográfico, (ver anexo 3). Para identificar alteraciones sensoriales y cognitivas en las participantes se utilizó el examen del estado mental mini-mental (MMSE) (Ver anexo 4).

Con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos éticos de la investigación, se brindó a los participantes una información previa a la aplicación de las pruebas, donde se

garantizó la privacidad de la información personal obtenida, se explicó los alcances y limitaciones de la misma, y se solicitó la aprobación de su participación en la investigación a través de la firma del consentimiento informado que fue diligenciado por los participantes, en caso de menores de edad este procedimiento lo realizó por el representante legal.

### ***Fase III: Análisis de Resultados y elaboración Informe final***

Para suponer la normalidad de los datos obtenidos se utilizó el método gráfico P-P Plot que permitió comparar la distribución de un conjunto de datos con una distribución específica (Castillo y Lozano, 2007).

Para establecer el nivel de correlación entre las variables de estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, ya que existió una distribución normal de los datos. El coeficiente de correlación de Pearson, es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de intervalos o de razón. (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Para establecer la relación entre las variables sociodemográficas y cada una de las variables de estudio, se utilizó la prueba Chi cuadrado, que sirve para evaluar las hipótesis de relación entre dos variables ordinales y categóricas (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

A partir de los resultados obtenidos en el análisis estadístico, se realizó un contraste teórico teniendo en cuenta las relaciones encontradas entre las variables. Se analizaron los planteamientos teóricos, construyendo argumentos que sustenten la discusión y finalmente se formularon conclusiones a partir de los aspectos relevantes en el proceso de investigación llevado a cabo.

### **Plan de análisis de datos**

En un primer momento se realizó un análisis univariado utilizando dos programas, Excel para la construcción de la base de datos y SSPS para el procesamiento de datos. El análisis univariado es el análisis básico, primario, donde se miden las características o propiedades de las variables. De ésta forma se obtienen estadísticas que permiten caracterizar y describir el comportamiento de cada una de las variables de forma individual, tales como media, mínimo, máximo, frecuencias, tendencia central y variabilidad.

Posteriormente se realizó un análisis estadístico multivariado, que estuvo conformado por un análisis de componentes principales, realizado con el fin de obtener un número reducido de combinaciones lineales de las ocho estrategias de afrontamiento que expliquen la mayor variabilidad de la depresión, un análisis de regresión múltiple, que permite establecer la relación que se produce entre una variable dependiente (depresión) y un conjunto de variables independientes (cada una de las estrategias de afrontamiento), y la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson, utilizado para establecer el grado de correlación entre las variables de estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

### **Elementos éticos y bioéticos**

Para la elaboración y ejecución del presente proyecto, se tuvieron en cuenta las disposiciones del código deontológico, que aseguraron una administración ética y responsable de la información, con el fin de no perjudicar la integralidad de la población objeto de estudio.

Se brindó a las participantes de la investigación información necesaria de los objetivos, propósito y procedimiento a utilizar en el estudio. Después de esto se presentó el consentimiento informado (ver anexo 6) que debieron firmar de forma libre y voluntaria, según la Ley 1090 de (2006).

Las pruebas administradas en el estudio guardaron el rigor ético y metodológico para su debido manejo y cumplieron con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad. (“Código Deontológico”, 2006). Se guardó absoluta confidencialidad de la información e identidad obtenida de las participantes en el desarrollo del estudio, esta información se mantendrá en sitio cerrado, dado que se utilizó exclusivamente con fines propios de la investigación bajo la responsabilidad de las investigadoras. (“Código Deontológico”, 2006).

Finalmente las investigadoras se hacen responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. (Artículo 49, “Código Deontológico”, 2006).

## RESULTADOS

### Características Sociodemográficas de la Muestra

La muestra estuvo conformada por 70 mujeres entre 13 y 45 años de edad. La edad representativa de la muestra fue de 25 años, y los datos fueron homogéneos

En una distribución de las participantes por grupos de edad, el 63% del total de la muestra se ubica entre 21 y 44 años. (Ver tabla 1)

Para establecer los rangos de edad se tuvieron en cuenta las etapas del ciclo vital humano propuestas por Papalia (1993): adolescencia de 12 a 20 años y adultez temprana de 20 a 45 años.

Tabla 1

#### *Distribución de edad*

Edad en años		
Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
12- 20	26	37
21- 44	44	63
Total	70	100

Con respecto al estado civil la muestra se divide de la siguiente forma: unión libre 41%, solteras 40% y casadas 19%.

Con relación al nivel de estudios de la muestra se encontró que el 56% cursó bachillerato, el 30% alcanzó estudios primarios, el 11% realizó estudios universitarios y el 2% estudios técnicos y especialización.

En cuanto a la actividad laboral se encontró que el 50% de las mujeres se dedica a actividades domésticas, el 33% no realiza ninguna actividad, mientras que el 17% tiene un empleo fijo o realiza un trabajo independiente.

### Características Clínicas de la Muestra

El 56% de la muestra es primigestante, el 30% tiene un hijo y el 14% tiene entre dos y tres hijos, por otra parte el 81% de las mujeres no ha tenido abortos espontáneos previos, el 16% ha presentado un aborto espontáneo, mientras que el 3% ha presentado tres abortos previos. La edad gestacional de la muestra se distribuye de la siguiente manera: el 53% se

ubica entre las semanas 25 y 36, el 34% se encuentra entre 37 y 40 semanas y el 13% está entre las semanas 1 y 24.

En cuanto a la impresión diagnóstica se encontró que el 29% presentó amenaza parto de pre término, el 23% hipertensión asociada al embarazo y/o preclampsia, el 11% amenaza de aborto, el 10% restricción de crecimiento intrauterino, el 9% ruptura prematura de membranas, el 4% infección urinaria recurrente, el 3% edad materna extrema, el 3% embarazo prolongado, el 3% polihidramnios, el 3% trombocitopenia y el 2% síndrome de hellp y diabetes gestacional.

Por otra parte el 2% de las mujeres presentan antecedentes psicológicos relacionados con problemas de pareja y consejería estudiantil. De igual manera el total de la muestra no presentó medicación que pueda alterar su estado emocional y sus niveles hormonales fueron normales, a excepción del incremento en los niveles de progesterona y estrógenos que son propios del embarazo y que no afectan negativamente el estado emocional de la mujer gestante (Latirgue, 2008).

### **Variables de Estudio**

#### ***Depresión***

Como se observa en la tabla 2, los valores de las categorías de depresión, que corresponden a altos y muy altos, son respectivamente 39% y 19% del total de la muestra, lo que indica una mayor frecuencia de experiencias depresivas (Wood, Taylor & Joseph, 2010).

Tabla 2

*Descripción estadística de la variable depresión*

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	8	11%
Bajo	8	11%
Medio	14	20%
Alto	27	39%
Muy alto	13	19%
Total	70	100%

***Estrategias de afrontamiento***

En la tabla 3 aparecen reflejadas las frecuencias de las puntuaciones obtenidas por las participantes en las diferentes escalas de afrontamiento, se encontró que entre las estrategias más utilizadas se encuentran: autocrítica con un 78%, evitación con 66% y pensamiento desiderativo con un 59%; mientras que en las menos utilizadas se encuentran: resolución de problemas, reestructuración cognitiva con un 27% y retirada social con un 20%.

Tabla 3

*Distribución estadística de cada una de las estrategias de afrontamiento*

Puntaje	Estrategias de afrontamiento							
	Rep	Auc	Eem	Psd	Asp	Rec	Evp	Rs
0-4	29	1	10	6	14	4	2	23
5-9	19	15	24	23	20	44	22	33
10- 14	16	27	23	21	18	16	27	10
15-20	6	27	13	20	18	6	19	4
Mediana	5	13	10	11	10	7	11	6
Desv. Mediana	0.78	0.32	0.43	0.44	0.55	0.41	0.37	0.62

*Nota. Rep= resolución de problemas, Aut= autocrítica, Eem= expresión emocional, Psd= pensamiento desiderativo, Asp= apoyo social, Rec= reestructuración cognitiva, Evp= evitación de problemas, Res=retirada social.*

***Depresión, Variables Sociodemográficas y Datos Clínicos***

Para establecer el nivel de asociación entre las variables sociodemográficas, los datos clínicos y cada una de las de las variables de estudio se utilizó la prueba Chi-cuadrado que sirve para evaluar las hipótesis entre dos variables ordinales y categóricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

En la tabla 4, se puede observar que los coeficientes de asociación obtenidos entre la variable depresión y cada una de las variables sociodemográficas, no indican una relación estadísticamente significativa ya que no existen valores próximos a cero.

Tabla 4

*Descripción estadística de las variables sociodemográficas frente a los niveles de depresión*

Variables	Niveles de depresión				
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
<b>Sociodemográficas</b>					
Edad					
12- 20	2	3	7	10	5
21-44	6	5	7	17	8
Chi- cuadrado	972.42				
Significancia	0.261				
<b>Estado Civil</b>					
Casada	4	2	2	4	1
Soltera	4	1	7	13	5
Unión Libre	0	5	5	11	7
Chi- cuadrado	71.54				
Significancia	0.42				
<b>Actividad laboral</b>					
Ama de casa	3	4	7	15	6
Ninguna	4	1	5	6	6
Trabajadora	1	3	2	6	1
Chi- cuadrado	433.55				
Significancia	0.75				
<b>Nivel de escolaridad</b>					
Primaria	0	2	5	10	3
Bachillerato	4	4	9	15	8

Técnico	1	0	0	0	0
Universitario	2	2	0	2	2
Especialista	1	0	0	0	0
Chi- cuadrado	151,13				
Significancia	0.15				
Número de hijos					
0	5	5	6	16	7
1	3	2	7	6	3
2	0	1	1	3	3
3	0	0	0	2	0
Chi- cuadrado	109.55				
Significancia	0.361				

En cuanto a los datos clínicos, se encontró que la única variable clínica que presentó una asociación estadísticamente significativa con depresión fue la edad gestacional (Ver tabla 5).

Tabla 5

*Descripción estadística de los datos clínicos frente a los niveles de depresión*

Datos clínicos	Niveles de depresión				
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Abortos previos					
0	7	7	12	21	10
1	1	1	2	4	3
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	2	0
Chi- cuadrado	61.27				
Significancia	0.76				
Edad gestacional					
1-12	0	0	1	1	2

13-24	1	1	0	2	1
25-36	5	5	10	12	5
37-41	2	2	3	12	5
Chi- cuadrado	701.76				
Significancia	0.025*				
<b>Impresión diagnostica</b>					
Amenaza de aborto	0	0	1	4	3
Parto pretérmino	3	1	7	6	3
Hipertensión	1	4	1	7	2
Diabetes	1	0	0	0	0
Edad extrema	0	1	1	0	1
Infección urinaria	1	2	0	0	0
Embarazo prolongado	1	0	0	0	1
Polihidramnios	0	0	0	1	0
Rci	1	0	1	3	2
Rpm	0	0	3	3	1
Síndrome de hellp	0	0	0	1	0
Trombocitopenia	0	0	0	2	0
Chi- cuadrado	414.41				
Significancia	0.14				

*Nota.* Rcu= restricción crecimiento intrauterino. Rpm= ruptura prematura de membranas.

### ***Estrategias de Afrontamiento, Variables Sociodemográficas y Datos Clínicos***

Se encontró que la variable actividad laboral presenta una asociación estadísticamente significativa con las estrategias apoyo social y evitación de problemas, mientras que las demás variables sociodemográficas no presentan relación con ninguna de las estrategias de afrontamiento (Ver tabla 6).

Tabla 6

*Coefficientes de asociación entre las variables sociodemográficas y cada una de las estrategias de afrontamiento*

Variables	Estrategias de afrontamiento							
	Rep	Auc	Eem	Psd	Asp	Rec	Evp	Rs
<b>Sociodemográficas</b>								
<b>Edad</b>								
Chi- cuadrado	412.9	411.9	525.7	448.4	509.3	394.6	473.0	355.1
Significancia	0.88	0.60	0.24	0.96	0.42	0.45	0.20	0.90
<b>Estado Civil</b>								
Chi- cuadrado	22.87	24.8	30.3	45.9	46.2	34.17	29.75	16.86
Significancia	0.88	0.73	0.73	0.12	0.11	0.19	0.58	0.95
<b>Nivel de escolaridad</b>								
Chi- cuadrado	40.01	73.96	65.64	73.73	16.97	51.25	81.57	47.31
Significancia	0.97	0.10	0.68	0.42	0.32	0.65	0.06	0.78
<b>Actividad laboral</b>								
Chi- cuadrado	195.5	210.0	195.7	254.3	284.8	168.7	250.2	114.9
Significancia	0.99	0.21	0.96	0.17	0.01*	0.75	0.02*	1.00

No se presentó una asociación significativa entre la impresión diagnóstica y cada una de las estrategias de afrontamiento (Ver tabla 7).

Tabla 7

*Coefficientes de asociación entre los datos clínicos y cada una de las estrategias de afrontamiento*

Impresión Diagnóstica	Estrategias de afrontamiento							
	Rep	Auc	Eem	Psd	Asp	Rec	Evp	Rs
Chi- cuadrado	134.5	155.1	201.2	0.32	199.0	122.1	177.3	168.4
Significancia	0.99	0.79	0.42	0.14	0.46	0.97	0.45	0.2

**Relación entre Niveles de Depresión y cada una de las Estrategias de Afrontamiento**

Con el fin de suponer la normalidad de los datos obtenidos se utilizó el método gráfico P-P Plot que permite comparar la distribución de un conjunto de datos con una distribución específica (Castillo y Lozano, 2007). Como se observa en la figura 1, la tendencia rectilínea de los puntos en el gráfico permite suponer la normalidad de los datos.

**Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual**

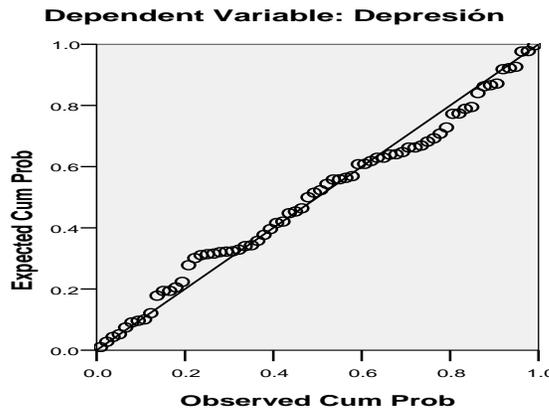


Figura 1. Aplicación del método gráfico P-P Plot para suponer la normalidad de los datos.

***Análisis de Componentes Principales***

Se realizó un análisis de componentes principales con el fin de obtener un número reducido de combinaciones lineales de las ocho estrategias de afrontamiento que expliquen la mayor variabilidad de la depresión. Se encontró que las estrategias resolución de problemas y autocrítica tuvieron valores mayores a uno, lo que indica que estas estrategias en conjunto explican 58% de la variabilidad en los datos originales de depresión (Ver tabla 8).

Tabla 8

*Matriz de análisis de componentes principales*

Componente	Valor	Porcentaje de Varianza	Porcentaje Acumulado
Rep	2.48252	31.032	31.032
Auc	2.12821	26.603	57.634
Eem	0.928044	11.601	69.235

Psd	0.764215	9.553	78.787
Asp	0.556687	6.959	85.746
Rec	0.488919	6.111	91.857
Evp	0.411651	5.146	97.003
Rs	0.239751	2.997	100.000

### *Análisis de Regresión Múltiple*

En la tabla 9 se encuentran los valores de estimación obtenidos en el análisis de regresión múltiple, que fueron útiles para identificar las estrategias de afrontamiento que mejor predicen el nivel de depresión experimentado por las participantes.

La ecuación de regresión obtenida para predecir depresión fue:  $25,4702 - 0,376734 * (\text{total Aps} - 0,520941 * \text{total Auc} + 0,174863 * \text{total Eem} - 0,432122 * \text{total Evp} + 0,479972 * \text{total Psd} + 0,100183 * \text{total Rec} + 0,534274 * \text{total Rep} + 0,281985 * \text{total Rs})$ . Las variables independientes que integran el modelo de regresión explican el 45% de la variación de la depresión. El valor del estadístico de contraste de la ecuación de regresión  $F= 6,29(P=0,0000)$  obtenido del análisis de varianza ANOVA es menor a 0.05 demuestran que el proceso de regresión realizado entre las variables es altamente significativo con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 9

#### *Matriz de análisis de regresión múltiple*

Parámetro	Estimación	Error Estadístico		
		Estándar	T	Valor-P
Constante	25.4702	4.66933	5.45478	0.0000
Aps	-0.376734	0.238209	-1.58152	0.1189
Auc	-0.520941	0.324179	-1.60696	0.1132
Eem	0.174863	0.290234	0.60249	0.5491
Evp	-0.432122	0.326607	-1.32307	0.1908
Psd	0.479972	0.232981	2.06014	0.0437
Rec	0.100183	0.335656	0.29847	0.7664
Rep	0.534274	0.287626	1.85753	0.0681

Rs	0.281985	0.384733	0.732937	0.4664
----	----------	----------	----------	--------

### *Correlación entre Variables de Estudio*

Para establecer el grado de correlación entre las variables de estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, que es una medida de asociación lineal útil para establecer la relación entre dos variables, cuando los datos son normales.

En la tabla 10 se presentan las correlaciones obtenidas entre los diferentes niveles de depresión y cada una de las estrategias de afrontamiento evaluadas en la muestra de mujeres con embarazo de alto riesgo. Se observa que los niveles muy bajo y bajo de depresión presentan una correlación negativa con las estrategias expresión emocional y autocritica respectivamente, mientras que el nivel medio se correlaciona positivamente con la estrategia autocritica; por su parte el nivel alto de depresión presenta una relación altamente significativa con la estrategia autocritica y el nivel muy alto una correlación altamente significativa con las estrategias autocritica y evitación.

La depresión global presenta una relación inversa altamente significativa con las estrategias resolución de problemas y apoyo social y una relación directa altamente significativa con las estrategias autocritica, evitación de problemas y retirada social.

Tabla 10

*Matriz de correlaciones entre los niveles de depresión y cada una de las estrategias de afrontamiento*

		Niveles de depresión					
		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	Total depresión
Rep	Coeficiente de correlación	-.268	.598	.045	-.397	-.489	-.488**
	Significancia	.520	.118	.916	.033	.090	.000
Auc	Coeficiente de correlación	-.509	-.784*	.613*	.649**	.499**	.443**

	Significancia	.197	.021	.020	.000	.008	.000
Eem	Coeficiente de correlación	-.745*	-.392	.361	.000	.077	.091
	Significancia	.034	.337	.205	.999	.803	.456
Psd	Coeficiente de correlación	-.798	-.320	.283	.150	.094	.265*
	Significancia	.018	.439	.326	.456	.761	.027
Asp	Coeficiente de correlación	-.752	-.291	-.079	.315	-.322	-.372**
	Significancia	.031	.485	.788	.110	.283	.002
Rec	Coeficiente de correlación	-.296	.513	.390	-.373	.368	.022
	Significancia	.476	.194	.108	.055	.217	.857
Evp	Coeficiente de correlación	-.512	.332	.564*	.198	.392*	.300*
	Significancia	.194	.442	.036	.323	.043	.012
Rs	Coeficiente de correlación	.054	.232	.335	-.030	-.368	.452**
	Significancia	.900	.580	.212	.088	.216	.000

Nota. \*\*= La correlación es significativa al nivel 0.01,\*=La correlación es significativa al nivel 0.05.

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar cuál es la relación que existe entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional, teniendo en cuenta que en Nariño según el IDSN (2007), existe una alta

prevalencia de embarazos de alto riesgo, llegando a constituir aproximadamente entre el 15% y el 20% del total de los embarazos.

El embarazo de alto riesgo para Torres (2004), constituye una etapa crítica para la mujer puesto que debe enfrentarse a la expectativa de dar a luz en medio de dificultades médicas, tener un hijo con malformaciones y/o con reducidas posibilidades de vida. Esta situación según Gómez & Aldana (2007) incrementa la posibilidad de presentar altos índices de depresión, al aumentar los niveles de estrés durante el embarazo; en investigaciones realizadas de forma independiente por Gómez (2007), Mateos (s.f), y Lam, Contreras, Mori, Hinojosa e Hinojosa, (2008) se afirma que en la actualidad la prevalencia de niveles elevados de depresión para gestantes con riesgo, está entre el 34 y 50%, cifras similares a las encontradas en el presente estudio, en donde se describe que el 39% de la muestra presenta un nivel alto de depresión.

Por otra parte se ha descrito que las estrategias de afrontamiento con las que cuentan las mujeres con riesgo gestacional pueden incidir de manera favorable o desfavorable en el proceso de adaptación a las complicaciones propias de su embarazo, encontrándose entre las más utilizadas la evitación y la reevaluación positiva (Guarino, 2010). Lo que coincide con los hallazgos del presente estudio en el que se describe un mayor uso de la estrategia evitación.

Della (2009) afirma, que las estrategias más utilizadas por las adolescentes que presentan embarazo de riesgo son autocrítica y evitación, puesto que la responsabilidad e implicación en su embarazo podría expresarse como culpa, además la evitación les permitiría sostener la creencia de una salida positiva, logrando alejarse de los temores y preocupaciones que la situación les presenta; por su parte para Carmona, Marín, Peña, Carretero y Moreno (2012) las mujeres en edad adulta, utilizan en mayor proporción estrategias de afrontamiento como resolución de problemas y reevaluación positiva, lo que les permite reducir el estrés mejorando su adaptación. Estos datos son similares a los encontrados en las adolescentes del estudio quienes tuvieron una mayor puntuación en estrategias como autocrítica y evitación, pero difieren de los datos encontrados en las mujeres adultas de la muestra ya que se presentó un menor puntaje en las estrategias resolución de problemas y reevaluación positiva.

Según Guarino (2010), en las mujeres con riesgo gestacional, la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento se asocia con mayor o menor bienestar psicológico, coincidiendo con lo planteado por diferentes autores, quienes afirman que las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar en adaptativas y desadaptativas,(Cano, Rodríguez y García, 2007; Canton y Justicia, 2008; Guarino, 2010; Krzemien, Monchietti y Urquijo, 2005; Martínez y Piqueras, s.f; París y Omar, 2009; Quiles y Terol, 2008; Quintanilla, Valadez, Valencia y González, 2005;), dependiendo de su contribución al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento se encuentra en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Begoña, León & Alcedo, 2008).

Según Cano, Rodríguez y García (2007), entre las estrategias de afrontamiento adaptativas se encuentran: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, puesto que representan esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante, permitiendo un mejor ajuste del individuo a su entorno (Gómez, Luengo, Romero, Sobral & Villar, 2006). Este tipo de estrategias le permiten al individuo resolver el problema de manera lógica, a través de la elaboración de un plan de acción. (Martínez & Piqueras, s.f).

Las estrategias de afrontamiento desadaptativas por su parte están constituidas por evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, representando un afrontamiento pasivo, que incrementa la probabilidad de presentar problemas físicos o psicológicos, pues le impide al individuo enfrentar el problema asumiendo en mayor medida respuestas de evitación y reacciones fantásticas y superticiosas. (García, Vázquez, y Espinosa, 2008). El uso de este tipo de estrategias puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento del individuo (Lazarus, 1990).

Así, el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas o desadaptativas en una situación de estrés puede llevar a un estrés crónico y a la aparición de estados emocionales negativos y psicopatológicos (Escamilla, Rodríguez & González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Dentro de esta línea conceptual, se ha descrito ampliamente que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, está asociado a la aparición de síntomas depresivos y ansiosos (Rueda, Aguado y Alcedo, 2008). Así, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y centradas en la resolución de problemas se asocia a menores índices de depresión, mientras que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación, suele ir acompañado de mayores niveles de depresión (Quiles & Terol, 2008; Rueda, Aguado & Alcedo, 2008).

Los coeficientes encontrados en la correlación entre depresión y las estrategias de afrontamiento en la presente investigación, confirman su relación, pues indican la existencia de una relación inversa altamente significativa entre resolución de problemas, búsqueda de apoyo social y la variable depresión y una relación directa altamente significativa entre autocrítica, evitación y retirada social y la variable depresión.

De igual manera se encontró que cada nivel de la variable depresión se correlacionó de manera diferente con cada una de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres de la muestra.

Es así como se evidenció la existencia de una relación inversa entre la estrategia de afrontamiento resolución de problemas y el nivel alto de depresión, datos que resultan consistentes con lo expuesto en investigaciones similares realizadas con diferentes poblaciones (Campos, 2006; Velasco, Fernández, Páez y; Meyer, 2007; Giraldo, Gómez y Maestre, 2008), en las que se afirma que el uso de dicha estrategia, se asocia con niveles bajos de depresión, puesto que el individuo planifica y realiza acciones directas que intentan resolver reconceptualizar o minimizar los efectos de la situación estresante, favoreciendo su ajuste y adaptación.

Además se identificó que existe una relación altamente significativa entre los niveles alto y muy alto de depresión con la estrategia de afrontamiento autocrítica, lo que coincide con los hallazgos de Rueda, Aguado y Alcedo (2008), en su estudio con pacientes con lesión medular, en el que se describe que la estrategia de afrontamiento autocrítica se relaciona positivamente con niveles altos de depresión, pues representa constantes sentimientos de culpabilidad por la ocurrencia de la situación estresante, generando un afrontamiento desadaptativo que impide enfrentar la situación. Según Quintanilla, Valadez, Valencia & González (2005), esta estrategia aumenta el grado de trastorno emocional del

individuo al confundir su responsabilidad en la situación estresante con culpabilidad, desencadenando así niveles graves de depresión, pues el individuo siente que ha fallado en sus obligaciones con alto significado social y que debe reparar sus culpas.

La estrategia de afrontamiento expresión emocional, presenta una relación inversa significativa con el nivel muy bajo de depresión, coincidiendo con lo planteado por Meyer (2007), en su estudio sobre estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios, en donde afirma que la utilización de esta estrategia está asociada con niveles ausentes o leves de depresión, pues constituyen una forma de afrontamiento adaptativo, al representar esfuerzos activos por compensar la situación estresante.

La estrategia de afrontamiento pensamiento desiderativo, presentó una relación inversa significativa con los niveles muy bajo y bajo de depresión, lo que no corresponde con la literatura existente en la que se describe que el pensamiento desiderativo correlaciona positivamente con niveles medios y altos de depresión, ya que con el uso de este tipo de estrategia, se presenta un locus de control externo, en el que la situación está fuera del control del individuo (Quintanilla, Valadez, Valencia y González, 2005). Con el pensamiento desiderativo, el individuo evita las situaciones estresantes fantaseando sobre realidades alternativas a la suya, o deseando poder cambiar la situación estresante (Rueda, Aguado y Alcedo, 2008), de esta forma puede desviar su atención a pensamientos que sirvan para disminuir el estrés, por ejemplo imaginar algo que pueda resultar incompatible con la experiencia estresante, evitando poner en marcha acciones reales frente a ella (Soriano & Monsalve, 2002).

La estrategia búsqueda de apoyo presentó una correlación inversa con los niveles muy bajo y bajo de depresión, situación que confirma lo planteado por diferentes estudios, llevados a cabo con poblaciones iguales o similares, como el de Gómez y Aldana (2010) en el que se indica que individuos con altos niveles de depresión utilizan con menor frecuencia estrategias de búsqueda de apoyo, generando una percepción de soledad, que incrementa su malestar psicológico, y les dificulta adaptarse a los cambios que implica la situación estresante.

Para Meyer (2007) la búsqueda de apoyo social se asocia inversamente con ausencia o síntomas leves de depresión, pues es un intento por disminuir el impacto emocional de la situación estresante a través de la búsqueda de apoyo emocional, espiritual e informacional.

Así esta estrategia se convierte en un factor protector ante la presencia de síntomas de depresión (Lam et al., 2008; Sánchez, Bermúdez y Buela, 1997; Zabalegui, Vidal, Soler & Latre, 2002), pues el individuo tiende a realizar acciones dirigidas a encontrar orientación, recibir afecto y comprensión con la finalidad de modificar su estado de ánimo (Guarino, 2010), a través de la motivación del otro a comprometerse con conductas adaptativas. El beneficio que encuentra el individuo que utiliza esta estrategia es un mayor ajuste frente a la situación estresante y consecuentemente un beneficio para su salud (Velasco, Campos, Iraurgi, & Páez, 2004).

Con respecto a la estrategia de afrontamiento evitación, se encontró una correlación directa altamente significativa con el nivel alto de depresión, lo que coincide con estudios previos que indican que su utilización supone un mayor riesgo de presentar depresión, debido a que no le permite al individuo hacer una aproximación real a la situación estresante (Velasco, Fernández, Páez & Campos, 2006; Cantón & Justicia, 2008; Quiles & Terol, 2008).

Esta estrategia permite al individuo distanciarse de sus problemas reales, dejando de resolverlos y de tomar las debidas acciones para disminuir las consecuencias negativas que estos acarrear (Guarino, 2010). En el afrontamiento evitativo se distinguen dos tipos de evasión, una es la evitación conductual y la otra, es la evitación cognitiva. La primera supone reducir los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo o evitar exponerse a el, esto implica el desarrollo de actividades variadas para distraer a la persona de la situación crítica. La segunda incluye actividades alternativas que desligan el pensamiento del problema en cuestión, como una autodistracción, a través de mirar televisión, leer, pasear, estudiar, entre otras (Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005).

La evitación se presenta frecuentemente en el momento mismo en que se presenta la situación estresante y sirven para minimizar la respuesta afectiva en el momento climático del estrés ya que ayudan a coordinar acciones y demandas del entorno (Cano, Rodríguez & García, 2007).

Según Carmona et al., (2012) en un principio, la estrategia evitación puede servir para disminuir la ansiedad, y permitir un reconocimiento gradual de las complicaciones propias de la situación estresante, que se perciben como amenazantes. De este modo, se obtiene el tiempo necesario para la asimilación de la información estresante y para la

movilización de esfuerzos orientados a cambiar el entorno o conseguir protección. Sin embargo, los beneficios de esta estrategia tienden a desaparecer si no se reevalúa de manera positiva la situación estresante.

La estrategia de afrontamiento reestructuración cognitiva, presentó una relación inversa con los niveles muy bajo y alto de depresión, lo que es consistente con los datos encontrados en diferentes estudios, en los que se describe que esta estrategia se relaciona con niveles de depresión ausentes o leves (Giraldo, Gómez y Maestre, 2008; Guarino, 2010; Meyer, 2007; Velasco, Fernández, Páez y Campos, 2006), puesto que su utilización frecuente constituye un afrontamiento adaptativo que implica esfuerzos para tratar de modificar el significado de la situación estresante con el fin de verla con un enfoque más positivo (Cano, Rodríguez, & García, 2007).

La estrategia retirada social presentó una correlación directa con el nivel muy alto de depresión lo que coincide con lo expuesto en otros estudios con diferentes poblaciones, en los que se afirma que esta estrategia se correlaciona con síntomas graves de depresión (Cantón & Justicia, 2008; Quiles y Terol, 2008; Velasco, Fernández, Páez & Campos, 2006), puesto que el individuo tiende a ocultar sus sentimientos previniendo que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos lo que interfiere con su adaptación pues disminuye el desarrollo de habilidades sociales, el sentimiento de autoeficacia y el disfrute o placer de las relaciones sociales (Cano, Rodríguez, & García, 2007; Latirgue 2008; Mateos s.f.).

Finalmente, se encontró que las variables sociodemográficas de la muestra como edad, número de hijos y nivel de estudios no presentan correlación significativa con los niveles de depresión, al contrario de lo planteado por diferentes autores que afirman que existe una relación entre los niveles de depresión y variables como edad, número de hijos y nivel de estudios; en estas investigaciones se pone de manifiesto que cuanto menor sea la edad de la mujer gestante menor es la probabilidad de que desarrolle habilidades para solucionar las complicaciones y situaciones normales del proceso gestacional, así como también se afirma que tener más de un hijo y un bajo nivel de estudios incrementa la probabilidad de presentar altos niveles de depresión (Guerrero & Matías, 2006; Hayes; Lam et al., 2008; Matud, Pelechano & Matud, 1990; Reinhold & Bradley, 2001).

Por su parte variables como actividad laboral y estado civil, tampoco presentaron relación significativa con los niveles de depresión, a diferencia de lo encontrado en otros estudios con diferentes poblaciones, en los que se afirma que el nivel de depresión es mayor en mujeres que se dedican a actividades domésticas y no tienen una relación de pareja (Canaval & Gonzales, 2000; Chacón García & Flores, 2000; Reyes et al., 2008).

Sin embargo esta ausencia de correlación entre niveles de depresión y variables sociodemográficas coinciden con los hallazgos realizados por investigaciones previas, realizadas con poblaciones similares, en las que se describe que no existen diferencias significativas en el nivel de depresión en función del estado civil, número de hijos y profesión de la mujer gestante. (Lara et al., 2006; Mateos, s.f)

La única variable sociodemográfica que presentó un correlación estadísticamente significativa con los niveles de depresión fue la edad gestacional, indicando que en el último trimestre del embarazo se presenta un mayor nivel de depresión, dato que es consistente con lo planteado por Martínez & Waysel (2009), quien sugiere que durante el tercer trimestre de gestación se presentan mayores niveles de depresión, puesto que el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé.

Por otra parte, la escasa documentación bibliográfica en cuanto a la correlación entre las variables sociodemográficas y la variable estrategias de afrontamiento, dificulta su análisis, sin embargo, los hallazgos del presente estudio revelan que existe una relación significativa entre la variable actividad laboral con las estrategias apoyo social y evitación, lo que coincide con lo planteado por Gaviria et al. (2009) quien indica que los individuos que realizan alguna actividad laboral presentan un mayor uso de la estrategia apoyo social. Por otra parte la edad no presentaron correlación con ninguna variable de afrontamiento, al contrario de lo planteado por Carmona et al.,(2012), en su estudio sobre influencia de las estrategias de afrontamiento en las preocupaciones específicas de embarazo, en donde se describe que la edad de las gestantes presenta una relación inversa con el uso de la estrategia de afrontamiento apoyo social, ya que según el autor las mujeres adultas aprenden a utilizar sus recursos internos para manejar situaciones estresantes mientras que las mujeres más jóvenes, recurren a las personas cercanas a ellas para hacer frente a situaciones amenazantes, mientras que la estrategia evitación presenta una relación con el número de hijos, puesto que la experiencia previa con la maternidad hace que la gestante

domine estrategias adaptativas que le facilitan manejar situaciones similares. La impresión diagnóstica presentó una correlación significativa con la estrategia pensamiento desiderativo, sin embargo no se encontraron estudios previos en los que se hayan encontrado datos similares.

### CONCLUSIONES

El embarazo de riesgo constituye una situación de crisis para la mujer porque no solamente debe enfrentarse a los cambios propios del embarazo sino a los malestares de su complicación, poniéndose a prueba los recursos con los que cuenta para enfrentarse a las situaciones de estrés e incrementándose el riesgo de presentar síntomas de depresión.

La depresión durante el embarazo de riesgo presenta niveles altos y muy altos, lo que indica que en la muestra existe sintomatología depresiva que no está recibiendo atención puesto que ninguna de las participantes manifiesta estar en intervención psicológica, existiendo un riesgo que de que se prolongue incluso después del parto y afecte la vida de la mujer y el niño.

Las estrategias de afrontamiento con las que cuentan las mujeres con riesgo gestacional, pueden incidir de manera favorable o desfavorable en el proceso de adaptación a las complicaciones propias de su embarazo.

Las mujeres con riesgo gestacional utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento desadaptativas como autocrítica y evitación, lo que indica que están enfrentando de manera inadecuada las complicaciones de su embarazo, pues estas estrategias implican constantes recriminaciones por la ocurrencia de la situación y una actitud pasiva frente al problema, que disminuye la percepción de control de la mujer sobre su condición y su embarazo aumentando los niveles de estrés y el riesgo de presentar depresión.

La baja utilización de las estrategias de afrontamiento como, búsqueda de apoyo social y resolución de problemas, aumenta el riesgo de presentar mayores niveles de depresión, pues indica la ausencia de esfuerzos cognitivos y conductuales para enfrentar la situación de estrés y reducir el malestar emocional derivado de ella.

La presencia de síntomas de depresión durante el embarazo de riesgo tiene una relación directa con las estrategias de afrontamiento autocrítica, evitación, retirada social y pensamiento desiderativo, puesto que le impiden a la mujer gestante emprender acciones

para enfrentar la situación estresante al concentrar los esfuerzos en autorreproches, deseos de que la situación no exista y aislamiento social.

La presencia de síntomas de depresión durante el embarazo de riesgo tiene una relación inversa con las estrategias de afrontamiento resolución de problemas y apoyo social, ya que le permiten a las gestantes hacer un acercamiento real al problema y contemplar alternativas de solución, favoreciendo su ajuste y adaptación al disminuir sus niveles de estrés y malestar emocional

No existe asociación entre los niveles de depresión presentados por las gestantes de alto riesgo y variables sociodemográficas, lo que se podría explicar a partir de las características de la población que asiste a la institución, puesto que a pesar de que se observan algunas diferencias no son significativas.

Los niveles de depresión de la gestante de riesgo varían en función del periodo de gestación, durante el último trimestre de embarazo se presentan niveles elevados de depresión, relacionados con el temor a tener un hijo con malformaciones o con reducidas posibilidades de vida del feto y/o de la madre.

Las mujeres que realizan alguna actividad laboral presentan mayor utilización de la estrategia búsqueda de apoyo social, puesto que cuentan con un grupo social amplio en el que pueden recibir apoyo emocional informacional e instrumental.

El apoyo familiar y social a la mujer con riesgo gestacional, puede actuar como un factor protector para la presentación de sintomatología depresiva durante el embarazo. La búsqueda de apoyo social ofrece mayores recursos para enfrentar las complicaciones del embarazo a través del apoyo informacional, emocional, espiritual e instrumental, disminuyendo el riesgo de presentar depresión.

Los sentimientos de culpa como una forma de afrontamiento son comunes durante el embarazo de riesgo, y en la mayoría de los casos se relacionan con la percepción de que la situación se debe a la falta de cuidados por parte de la madre, lo que influye negativamente en su estado de ánimo, pues genera una sensación de frustración frente a su condición de salud, incrementado la posibilidad de presentar depresión.

Las estrategias de afrontamiento que les permiten a las mujeres con alto riesgo gestacional presentar un mejor ajuste y menores niveles de depresión son resolución de problemas y reestructuración cognitiva, pues les permitirían dar una solución eficaz a las

complicaciones de su embarazo a través de acciones directas y pensamientos positivos, que favorezcan la generación de alternativas frente al problema, disminuyendo el riesgo de presentar niveles elevados de depresión.

Los resultados obtenidos después del análisis de regresión múltiple, representan una herramienta útil para la institución, dado que la ecuación permite identificar el nivel de depresión en el que se encuentra la gestante, a partir de la aplicación del inventario de estrategias de afrontamiento, arrojando dos datos importantes sobre el impacto emocional del embarazo de riesgo en la mujer en menor tiempo.

Los resultados en esta investigación permiten ampliar el conocimiento sobre el impacto psicológico del embarazo de riesgo sobre las mujeres gestantes, al ofrecer información sobre los recursos con los que cuentan para enfrentar las complicaciones de su embarazo, lo cual es gran importancia para fortalecer las propuestas teóricas en el campo de la psicología.

Los hallazgos del presente estudio, permiten a las nuevas generaciones de profesionales abrir nuevos contextos de intervención en el ámbito de la psicología de la salud, de manera que se formulen nuevas propuestas en la investigación, evaluación y tratamiento en mujeres con alto riesgo gestacional.

### **Recomendaciones**

El porcentaje de depresión en las mujeres con riesgo gestacional atendidas en el Hospital San Pedro es alto, por lo que es fundamental que en las instituciones de salud se implementen mecanismos de identificación temprana, que permitan prevenir la aparición de trastornos o alteraciones graves del estado de ánimo que generen consecuencias negativas para la madre y el bebé.

Se debe informar y entrenar a la mujer con riesgo gestacional en la utilización de estrategias de afrontamiento que le permitan enfrentar adecuadamente los problemas relacionados con las complicaciones de su embarazo, logrando una óptima adaptación y una adecuada adherencia al tratamiento.

Las mujeres con embarazo de riesgo, presentan dificultades para enfrentar su embarazo, pues deben enfrentar los síntomas del mismo y la expectativa de la maternidad, por lo que sería importante que reciban atención psicológica, en la que se promuevan

hábitos saludables y estrategias de afrontamiento que contribuyan al mejoramiento de su salud mental y bienestar.

Se debe entrenar a las mujeres con alto riesgo y a sus familias en la identificación de sintomatología depresiva en la gestación, para promover la detección temprana de alteraciones emocionales durante este periodo.

Teniendo en cuenta que no existe una cantidad considerable de estudios que describan la relación entre estrategias de afrontamiento y depresión, se recomienda que en el futuro se realicen investigaciones en los que se analice como se relacionan estas variables.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres no reconoce las estrategias de afrontamiento con las que cuenta, sería importante educarlas en la identificación de los recursos con que cuenta para hacer frente a las situaciones estresantes, como una medida de prevención que favorezca su salud mental y calidad de vida.

Se deben llevar a cabo programas de intervención en los que se entrene a la mujer en el aumento de la utilización de estrategias adaptativas que le permitan enfrentar adecuadamente las situaciones de estrés, como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, expresión emocional y la búsqueda de apoyo social, y en la disminución del uso de estrategias como evitación, autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social, puesto que asocian con mayores niveles de depresión.

Teniendo en cuenta que el embarazo a temprana edad implica un riesgo biológico y psicológico, se recomienda que se realicen intervenciones terapéuticas orientadas a la reducción de factores de riesgo para presentar sintomatología depresiva, a partir de la identificación y fortalecimiento del uso de estrategias de afrontamiento.

### **Limitaciones**

Dadas las restricciones que se presentan en las instituciones de salud, las limitaciones del estudio estuvieron representadas por el corto tiempo de hospitalización de las participantes, la imposibilidad de acceso debido a procedimientos médicos y quirúrgicos, lo que impidió realizar un estudio con un grupo poblacional más amplio y profundizar en ciertas características personales y familiares relacionadas con el embarazo de riesgo que habrían enriquecido el análisis.

## REFERENCIAS

- Álvarez, M., Ramírez, J., Silva, A., Cofín, N. & Jiménez, L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology Therapy*, 9 (2), 205- 216.
- Álvarez, R. (1995). *Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS aplicación a las ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S. A.
- Alvarado, C. (2006) El autoconcepto y la depresión en madres de hijos con necesidades educativas especiales. *Investigación Maestría en Psicología, Depresión y Autoconcepto* 3, 25-42.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E. & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38 (2), 83-93.
- Asociación americana de psiquiatría. Diagnóstico y estadística. *Manual de Desórdenes Mentales*. (DSM-IV). Washington: Masson. 1994.
- Ayuso, J. (2004). Depresión: Una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)* ,123 (5), 181-186.
- Barragán, R., Salman, T., Ayllón, V., Sanjinés, J., Langer, E., Córdova, J. & Rojas, R. (2003). *Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación*. Bolivia: Editorial offset Boliviana Ltda.
- Bello, M., Puentes, E., Medina, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47, (1), 4-11.
- Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (1998). *Manual de psicopatología vol. II*. Madrid. Mc Graw- Hill.
- Bethencourth, J. (2000). Ansiedad, Depresión y síntomas psicósomáticos en una muestra de amas de casa. *Revista Latinoamericana de Psicología* 32 (1), 91- 106.
- Blasco, M, Monedero, C., Alcalde, J., Criado, C., Abehsera, M. Estrés, ansiedad y depresión en gestantes controladas en la Unidad de Ginecología Psicosomática del Hospital Materno-Infantil de Málaga. *Prog Obstet Ginecol*, 51, (6), 334-41.
- Buendía, J. y Mira, J. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil*. Murcia: Poblagrafic, S.A.

- Camacho, L. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15, 464-470.
- Canaval, G. & González, M. (2000). Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia medica* 31,4-10.
- Cano, J., Rodríguez, L. & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 (1), 29 -39.
- Cantón, D. & Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, . 20 (4), 509-515.
- Congreso de la Republica de Colombia (2006, 6 de septiembre), *Ley 1090 de 2006*. Recuperado el 10 de marzo de 2012, de <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>.
- Carmona, F., Marin, M., Peña, C., Carretero, I. & Moreno, M. (2012). Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. *Anales de psicología*, 2, 338-343.
- Carrobes, J., Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Castaño, F. & León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 245 -257.
- Castillo, S. & Lozano E. (2007). P-P Plot normal. Los puntos de posición gráfica. *Ini Inv*, 2-9.
- Chacón, R., García, W. & Flórez, L. (2000). Estudio descriptivo asociado al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá. Santafé de Bogotá: Publicaciones de la Universidad Nacional de Colombia.
- Chávez, D. & Gámez, P. (2008). *Relación entre las variables psicosociales, conocimiento de la enfermedad y depresión en adolescentes con cáncer, usuarios del hospital Infantil Los Ángeles*. Colombia: Universidad de Nariño.
- Dang, L. (2009). Tras un embarazo con diabetes: una ventana a la oportunidad. *Diabetes Voice*, 54,33-36.
- Davinson, G. (2005). *Psicología de la conducta anormal*. México: Ediciones Limusa.
- Della, M. (2009) Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 48 (2), 1-14.

- Díaz, M. (2008). Enfermedad inflamatoria intestinal: Depresión y afrontamiento. *Apuntes de Psicología*, 26, 91-102.
- Díaz, V. (2006). *Metodología de la investigación científica y bioestadística para médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud*. Chile: Ediciones Ril.
- Dictrich, A. J. & Williams, J. W. (2003). Actitud frente a la depresión de los nuevos obstetras ginecólogos. Una encuesta nacional. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68 (3), 274-276.
- Dosset, E. (2008). Depresión perinatal. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 35, 419-43.
- Escamilla, M., Rodríguez, I. y González, G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96-101.
- Escobar, C. & Paz, S. (2006). *Ansiedad y Depresión y su relación en población escolarizada entre ocho y catorce años de edad del municipio de Pasto*. Colombia: Universidad de Nariño.
- Fajardo, H. & Rosero, M. (2004). *Efectos de un programa de intervención primaria cognitivo conductual sobre el riesgo de desarrollar depresión en adolescentes entre 14 y 16 años de grado decimo de la Institución Educativa Municipal Ciudadela de Pasto*. Colombia: Universidad de Nariño.
- Faisal, A., Gentil, M. & Rossi, P. (2012). Coping Style and Depressive Symptomatology during Pregnancy in a Private Setting Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 295-305.
- Fernández, D. & Díaz, M. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 129-135.
- Fundación Hospital San Pedro. (2011). Portfolio de servicios.
- García, A., Vázquez, J. y Espinosa, I. (2008). Comunicación y afrontamiento de Como Estrategias Individuales Que Buscan facilitar la Adaptación Social en Población Migrante. *Migr. desarrollo* 11, 79-95.
- Gaspar, M., Tomé, G., Borges, A., Manso, D., Simoes, C. & Ferreira, A. (2012). Anxiety, Depression and Coping: CDI, MASC and CRI-Y for Screening Purposes in Schools. *Spanish Journal of Psychology*, 15, 348-356.

- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinaccia, S., Martínez, L. & Otalvaro, M. (2009) Estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica, 27, (1)*. 5- 13.
- Giraldo, L. Gómez, J. & Maestre, K. (2008). Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en familiares de víctimas de desaparición forzada en la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research, 1*, 27-33.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública, 16(6)*, 378-386.
- Gómez, J., Luengo, A., Romero, E., Sobral, J. & Villar, P. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6 (3)*, 581- 597.
- Gómez, M. (2007). Guía de intervención para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol reprod hum, 21*, 111-12.
- Gómez, M. & Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud, 17*, 53-61.
- Gross, R. (2005). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Editorial Manual Moderno.
- Guarino, L. (2010). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y salud, 20 (2)*, 179-188.
- Hayes, B., Reinhold, M. y Bradley, B. (2001). Depression perinatal: a controlled trial selected at random of an intervention prenatal of the education for primiparas. *Birth, 28(1)*, 28-35.
- Hernández, L. & Vásquez, C. (2005). Estrategias para regular la tristeza: Diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el inventario de afrontamiento de la depresión (cid). *Edu Psykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía, 4*, 149-178.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, R. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw- Hill.

- Hernangómez, L. & Vásquez, C. (2005). Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el inventario de afrontamiento de la depresión. *Edu Psykhé*, 4 (2), 149- 178.
- Huffman, K. (2008). *Psicología en acción*. México: Ediciones Limusa.
- Hyde, J. (1995) *Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana*. España: Editorial Morata.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (2007). *Manual de atención de salud sexual y reproductiva para el departamento de Nariño*. Colombia: IDSN.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (2011). Modelo de atención primaria en salud mental: Guías de estudio. Recuperado el 17 de marzo de 2012, de [http://www.idsn.gov.co/saludmental/mapsm\\_guias/PRESENTACION\\_GUIA1\\_CURVAS.pdf](http://www.idsn.gov.co/saludmental/mapsm_guias/PRESENTACION_GUIA1_CURVAS.pdf).
- Jervis, G. (2002). *La depresión dos enfoques complementarios*. Caracas: Editorial Fundamentos.
- Krzemien, D., Monchietti A. &Urquijo S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al renejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria* 22 (2), 300-346.
- Lam, N., Contreras, H., Mori, E., Hinostroza, W., Hinostroza, R.,Torrejón, E., Coaquira, E. e, Hinostroza, W. (2010). Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. *Rev. Perú. Epidemiol*, 14, 1-8.
- Lara, M., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F., & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud mental*, 29(4), 56-62.
- Lartigue, T., Maldonado, J., González, I. & Saucedo J. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22, 111- 131.
- Lazarus, R. &Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez.
- Lazarus, R. (1990). Theory based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13.
- Locke, B. & Putnam, P. (s.f) Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health, *National Resource Center for Community Based Child Abuse Prevention* 23, 112- 118.

- Martínez P. & Waysel K. (2009). Depresión en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14, (2), 261-274.
- Martínez, A., Piqueras, J., e Inglés, C. (s.f). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6,(1),41-51.
- Matud, M., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 7-21.
- Meyer, M. (2007) Estilos de afrontamiento en situaciones de tristeza estudiantes de la Universidad Iberoamericana mediante el coping inventory of depression (CID), *Psicología Iberoamericana* 15 (1), 24 -33.
- Morales, F. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatol Reprod Hum*, 16, 157-162.
- Mikulic, I, Crespi, M. (2009). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos. (CRI-A) para adultos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 15-30.
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia (2003, diciembre). *Estudio Nacional de salud mental Colombia 2003*. Recuperado el 17 de marzo de 2012, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>.
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia (2007, agosto). *Plan Nacional de Salud Pública*. Recuperado el 21 de mayo de 2012, de [http://javeriana.edu.co/redcups/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](http://javeriana.edu.co/redcups/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)
- Ministerio de salud. República de Colombia (1994, s.f). *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1993*. Recuperado el 17 de marzo de 2012, de <http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053EstudioNal1993.pdf>.
- Muñoz, C. (2004). Normas y punto de corte para la escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica* 22, 145-156.

- Muñoz, G. (2008). *Prevalencia de depresión, de acuerdo a las variables sociodemográficas, en la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia, residente en el municipio de San Pablo Nariño*. Colombia: Universidad de Nariño.
- Organización mundial de la salud. *Guía de bolsillo de la clasificación del CIE-10: Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial médica panamericana. (2010).
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño cuentan!* Suiza: Ed. World Health Organization.
- Ortega, L. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edimburg, en una muestra de mujeres embarazadas mexicanas. *Perinatol Reprod Hum, 15*, 11-20.
- Ortiz, F. (2004). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. Balderas: Ediciones Limusa. Paris, L. & Omar, A. Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y salud, 19*, 167-175
- Paris, L. & Omar, A. Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y salud, 19*, 167-175.
- Pelechano, V. & Matud, M. (1990). Concomitantes psicológicas en la gestación. *Psicothema 4*(8), 267-305.
- Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13* (3), 493 -510.
- Prieto, A. (2002) Salud mental: Situación y tendencias. *Salud pública, 4* (1): 74-88.
- Paula, I. (2007). *Intervención cognitivo conductual ante sintomatología depresiva en docentes*. España: Graficas Muriel.
- Polaino, A., Cabanyes, J. & Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. España: Ediciones Rialp.
- Quintanilla, R., Valadez., Valencia, S. González, J.(2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en salud, 2*, 112-116.
- Radloff, L. (1978). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population.

- Retamal, P. (2007). *Enfermedad depresiva: Guía para el paciente y la familia*. Chile: Editorial Mediterráneo.
- Reyes, J., Urtaran, Z., Prieto, S., Herraiz, Y. (2008). Depresión durante el embarazo. *Revista Enfermería Integral*, 1,17 -19.
- Riveros, M., Bohorquez., A., Gómez, C. & Okuda, M. (2006). Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, (1), 9-22.
- Rojtenberg, S. (2001). *Depresiones y antidepresivos*. Argentina: Editorial Medica Panamericana S.A.
- Rondón, M. (2005). Trastornos Depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Medica Peruana*, 21(1), 15-18.
- Salonova, M., Grau, R. & Martínez, I. (2004). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: El rol modulador de la autoeficiencia profesional. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 17, 390-395.
- San Juan, P. & Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clinica y salud*, 18, 83-98.
- Soriano, J & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el dolor crónico. *Rev Soc. Esp. Dolor*, 9,13-22.
- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1994). *Comportamiento anormal*. México: Editorial Mc Graw-Hill.
- Tobon, S., Vinacia, S. & Sandin, B. (2003). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: Implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y psicología Clínica*, 9, 81-98.
- Torres, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombia de psiquiatría*, 3, 285-297.
- Toro, I. & Parra, D. (2006). *Método y conocimiento: Metodología de la investigación: investigación cualitativa/investigación cuantitativa*. Medellín: Editorial Rafael.
- Tuesca, R., Fierro, N., Molinares, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J. & Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas

- ancianas. Barranquilla, Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (5), 595-604.
- Vásquez, C. (1990). *Trastornos del estado de ánimo I: aspectos clínicos*. En psicología medica, psicopatología y psiquiatría. Vol. II. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Vásquez, C. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el coping inventory of depression (CID). *Psicología Conductual*, 4, 9-28.
- Velasco, C., Campos, M., Iraurgi, L. & Páez, D. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D. & Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*, 18, 89-94.
- Villalobos, F. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Revista centro de estudios en salud*, 1, 126-141.
- Villalobos, F. (2010). Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2), 110-116.
- Vinnaccia, S., Sánchez, S., Bustamante, E., Cano, E. & Tobón, S. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 41-5.
- Wood, A., Taylor, P. & Joseph, S. (2010). Does the CES-D measure a continuum from depression to happiness? Comparing substantive and artifactual models. *Psychiatry Research* 177, 120-123.
- Zabalegui, A., Vidal, Á., Soler, D., & Latre, E. (2002). Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 12 (1), 29-3

## ANEXOS

**Anexo 1. Inventario de Estrategias de Afrontamiento**

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

Piense unos minutos en la situación. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación, marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté segura de responder a todas las frases y que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4

26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4

**Anexo 2. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)**

Instrucciones: a continuación encontrará varias frases, que le preguntarán sobre algunos aspectos personales. Por favor lea detenidamente las instrucciones, las frases y las opciones de respuesta y **luego marca con una X** en la respectiva casilla. Trate de no demorarse mucho en responder cada pregunta.

Por último recuerde que la encuesta es anónima y que **NO** hay respuestas buenas o malas, por esta razón pedimos que responda de la forma más honesta posible.

Gracias por su colaboración.

**CES- D**

A continuación encontrará algunas experiencias que le pudieron haber ocurrido durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, lea cada afirmación y marque con una **X el número de días en que se sintió así**. Teniendo en cuenta las opciones raramente o ninguna vez; alguna o pocas veces; ocasionalmente o una buena parte del tiempo; o la mayor parte o todo el tiempo.

Durante la última semana, eso es desde <b>fecha:</b> _____ hasta el presente: _____.	Raramente o ninguna vez. (Menos de un día)	Alguna o pocas veces. (1-2 días.)	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo. (3- 4 días.)	La mayor parte o todo el tiempo. (5- 7 días)
1. Me molestaron muchas cosas que en otras ocasiones ni me afectan.	0	1	2	3
2. No tuve ganas de comer, tenía mal apetito.	0	1	2	3
3. Me sentí triste a pesar de tener el apoyo de mi familia, amigos (as), o pareja.	0	1	2	3
4. Sentí que tenía las mismas capacidades que los demás.	3	2	1	0
5. Tuve problemas para poner atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Me sentí deprimida.	0	1	2	3
7. Sentí que todo lo que hacía representaba un gran esfuerzo para mí.	0	1	2	3

8. Me sentía optimista sobre el futuro.	3	2	1	0
9. Pensé que he fracasado en la Vida.	0	1	2	3
10. Tuve miedo.	0	1	2	3
11. Aunque dormía, al otro día me levantaba cansada.	0	1	2	3
12. Estuve feliz.	3	2	1	0
13. Hable menos de lo normal.	0	1	2	3
14. Me sentí sola.	0	1	2	3
15. Sentí que la gente no fue amable conmigo.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida	3	2	1	0
17. Lloré en algunas ocasiones.	0	1	2	3
18. Me sentí triste.	0	1	2	3
19. Sentí que no le caía bien a los demás.	0	1	2	3
20. Sentí que no tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3

**Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico.**

 <p>Fundación Hospital <b>San Pedro</b> Tél. 891.200.209 - 3</p>	<p><b>CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO</b></p>	 <p>UNIVERSIDAD DE NARIÑO</p>
<p>NOMBRE COMPLETO: _____</p>		
<p>NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____</p>		
<p>EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____</p>		
<p>NÚMERO DE HIJOS: _____ ABORTOS PREVIOS: Si ___ No ___</p>		
<p>NIVEL DE ESTUDIOS: _____</p>		
<p>ACTIVIDAD LABORAL: _____</p>		
<p>EDAD GESTACIONAL: _____</p>		
<p>CAUSA DE RIESGO GESTACIONAL: _____</p> <p>_____</p>		

**Anexo 4. Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado**

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy. (Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.) (Anote un punto por cada respuesta correcta).</p>	<p>Mes _____ Día mes _____ Año _____ Día semana _____ Total: _____</p>
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer. Número de repeticiones: _____</p>	<p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento. Total: _____</p>
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se <b>añada</b>, o por cada <b>número que se mencione fuera del orden indicado</b>.</p>	<p>Respuesta Paciente: _____ Respuesta Correcta _____ Total _____</p>
<p>4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p>	<p>Toma papel _____ Dobla _____ Coloca _____ Total: _____</p>
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado</p>	<p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Total: _____</p>
<p>6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto está dibujado</p>	<p>Correcto: _____</p>
<p>SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6</p>	<p>SUMA TOTAL _____</p>
<p>Puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.</p>	



**Anexo 5. Consentimiento informado para  
participantes menores de edad.**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Menor de edad**

Yo \_\_\_\_\_ en representación legal de la menor \_\_\_\_\_ acepto su participación en la investigación denominada, Relación entre Depresión y Estrategias de Afrontamiento de Mujeres con Riesgo Gestacional Asistidas en el Hospital San Pedro de Pasto, desarrollado por las investigadoras Patricia Lara Villarreal C.C.1.085.270.593 y Yanneth Ardila Villarreal con C.C. 1.085.634.402, bajo la supervisión de la Especialista, asesora de tesis y docente de la Universidad de Nariño, Adriana Perugache.

Declaro que se me ha informado sobre el propósito, beneficio, el procedimiento, los participantes, límites y riesgos que conlleva esta investigación. Además entiendo la necesidad de acceder a mi historia clínica con el fin de obtener datos sobre antecedentes médicos, psicológicos y estado actual de salud.

Se me ha informado que este estudio está guiado por los aspectos éticos planteados para la investigación en seres Humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Artículo N°2 Disposiciones generales, numeral 10: investigación con seres humanos) y que no presenta riesgos asociados ni beneficios directos a los participantes.

He recibido asesoría (actividad realizada por las investigadoras) para entender el contenido de la investigación y aclarar mis dudas frente a el conocimiento de la misma.

Entiendo que la participación en la investigación es voluntaria, fui informado (a) de las medidas que se tomaran con respecto a la confidencialidad de la información y que en el caso de publicarla no se revelará de ninguna manera mi identidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que da el consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador que realizo la asesoría

Nombre: \_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



**Anexo 6. Consentimiento informado para  
participantes mayores de edad.  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
Mayor de edad**



Yo \_\_\_\_\_ acepto mi participación en la investigación denominada, Relación entre Depresión y Estrategias de Afrontamiento de Mujeres con Riesgo Gestacional Asistidas en el Hospital San Pedro de Pasto, desarrollado por las investigadoras; Patricia Lara Villarreal C.C. 1.085.270.593 y Yanneth Ardila Villarreal con C.C. 1.085.634.402 , bajo la supervisión de la Especialista, asesora de tesis y docente de la Universidad de Nariño, Adriana Perugache.

Declaro que he leído o (se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la investigación, el procedimiento, los participantes, límites y riesgos que conlleva esta investigación.

Se me ha informado que este estudio esta guiado en los aspectos éticos planteados para la investigación en seres Humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Artículo 2 Disposiciones generales, numeral 10: investigación con seres humanos) y que no presenta riesgos asociados ni beneficios directos a los participantes.

He recibido asesoría (actividad realizada por las investigadoras) para entender el contenido de la investigación y aclarar mis dudas frente a el conocimiento de la misma.

Entiendo que la participación en la investigación es voluntaria, fui informado (a) de las medidas que se tomaran con respecto a la confidencialidad de la información.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que da el consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador que realizo la asesoría

Nombre: \_\_\_\_\_

Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_