



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
Año 2013 Vol. 15(2) Págs. 150 - 164

Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional

Relationship between levels of depression and coping strategies in women with gestational risk

Yanneth Cecilia Ardila Villarreal¹, Claudia Patricia Lara Villarreal², Adriana del Pilar Perugache Rodríguez³

- 1 Psicóloga Cooemssanar I.P.S. Pasto - Colombia. e-mail: allisyan941@hotmail.com
- 2 Psicóloga Fundación Afecto. Pasto - Colombia. e-mail: patricia.villa05@hotmail.com
- 3 Psicóloga. Magíster en Neuro rehabilitación. Docente Hora cátedra Universidad de Nariño. Pasto - Colombia. e-mail: adriana-perugache@yahoo.com.ar

Fecha de recepción: Mayo 20 - 2013

Fecha de aceptación: Noviembre 5 - 2013

Ardila Y, Lara C, Perugache A. Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional. *Univ. Salud.* 2013;15(2): 150 - 164

Resumen

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional. **Métodos:** Se realizó un estudio correlacional de corte transversal, en el que participaron 70 mujeres con riesgo gestacional. Los instrumentos utilizados fueron: el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) en la versión española de Cano, Rodríguez y García, que cuenta con coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89 y la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) que cuenta con validez factorial y con una alta consistencia interna expresada en un coeficiente de Alfa de Cronbach igual a 0,87. 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. **Conclusiones:** La depresión presenta una relación inversa altamente significativa con las estrategias resolución de problemas y apoyo social y una relación directa altamente significativa con las estrategias autocrítica, evitación de problemas y retirada social. Los sentimientos de culpa como una forma de afrontamiento son comunes durante el embarazo de riesgo. 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. Existe relación inversa entre depresión y las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas y apoyo social. Las estrategias más utilizadas por las adolescentes que presentan embarazo de riesgo son autocrítica y evitación, las mujeres en edad adulta, utilizan en mayor proporción estrategias de afrontamiento como resolución de problemas y reevaluación positiva. Las mujeres que realizan alguna actividad laboral presentan mayor uso de la estrategia búsqueda de apoyo social. No existe asociación entre los niveles de depresión presentados por las gestantes de alto riesgo y las variables sociodemográficas.

Palabras clave: Depresión, aspectos psicológicos, estrategias de afrontamiento, embarazo. (Fuente: Decs Bireme).

Abstract

Objective: To determine the relationship between levels of depression and coping strategies in women with gestational risk. **Methods:** A correlational cross-sectional study was performed in which 70 women with gestational risk were involved. The instruments used were: the coping strategies inventory (CSI) in the Spanish version of Cano, Rodriguez and Garcia which count with internal consistency coefficients between 0.63 and 0.89, and the Depression scale of the epidemiological study center (CES-D), which has factorial validity and a high internal consistency expressed by Cronbach's alpha coefficient equal to 0.87. The data was organized using the statistical package SPSS 13.0 version, and the statistical test Pearson correlation coefficient was applied to analyze the relationship between the variables. **Conclusions:** Depression has a highly significant inverse relationship with problem solving strategies and social support, and a highly significant direct relationship with self-critical strategies, problem avoidance and social withdrawal. Feelings of guilt are common during pregnancy risk as a way of coping. The presence of depressive symptoms during pregnancy risk has a direct relationship with self-critical coping strategies, avoidance, social withdrawal and wishful thinking. There is an inverse relationship between depression and coping strategies: problem solving and social support. The strategies most used by adolescents with high-risk pregnancy are avoidance and self-criticism, women in adulthood use to a greater extent coping strategies such as problem solving and positive reappraisal. Women doing some work activity have greater use of social support search strategy. No association between levels of depression presented by high risk pregnancies and sociodemographic variables exist.

Key words: Depression, psychological aspects, coping, pregnancy. (Source: Decs Bireme).

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.¹

En los últimos años ha aumentado el interés en desarrollar investigaciones sobre este tema; sin embargo hay escasos trabajos destinados a identificar alteraciones emocionales durante el embarazo en mujeres que presentan alguna complicación obstétrica, aunque se reconoce que esta situación incrementa la posibilidad de presentar depresión durante el desarrollo de la gestación.^{2,3}

Entre los estudios que se han realizado con mujeres que presentan algún tipo de riesgo gestacional se encuentra el realizado por Dang 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.⁴ Vinnaccia,⁵ al estudiar la conducta de enfermedad y los niveles de depresión en mujeres con preclampsia, encontró presencia de alteraciones psicológicas relacionadas con esta complicación, debido a que las mujeres, 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.

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.⁶ Guarino,⁷

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.

El objetivo general fue 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 ginecología del Hospital San Pedro de Pasto.

Los objetivos específicos fueron describir los niveles de depresión en mujeres con alto riesgo gestacional atendidas en el servicio de ginecología del Hospital San Pedro de Pasto. Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres con alto riesgo gestacional atendidas en el servicio de ginecología del Hospital San Pedro de Pasto y establecer la relación entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional atendidas en el servicio de ginecología del Hospital San Pedro de Pasto.

Materiales y métodos

Paradigma de investigación, tipo de estudio y diseño de investigación

La presente investigación se realizó desde el enfoque cuantitativo.⁸ 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.⁹ El diseño de esta investigación

fue de corte transversal, no experimental, ya que se realizó sin manipulación deliberada de las variables, observando los fenómenos en su contexto natural, para después analizarlos.^{10,11} Para su ejecución se recibió aprobación del comité de Investigaciones de la Fundación Hospital San Pedro. No se presentaron conflictos de intereses.

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 del año 2012, en el servicio de ginecología del Hospital San Pedro de la Ciudad 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 ginecología.¹²

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. 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 reporta la realización de ninguna actividad productiva, 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.¹³

Variables de estudio

Depresión

Como se observa en la tabla 1, 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.¹³ El nivel muy bajo de depresión, lo evidencia el 11% de la muestra; el mismo porcentaje de la población tiene nivel bajo, mientras el 20% presentan nivel medio.

Estrategias de afrontamiento

En la tabla 1 aparecen 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%.

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.

Tabla 1. 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.

Los coeficientes de asociación obtenidos entre la variable depresión y cada una de las variables sociodemográficas, no indican una relación estadísticamente significativa (Edad: Chi cuadrado: 972.42; significancia: 0.261; estado civil: Chi cuadrado: 71.54; Significancia: 0,42; Actividad laboral: Chi cuadrado: 433.55; Significancia: 0.75; Nivel de escolaridad: Chi cuadrado: 151,13; Significancia: 0.15 y, número de hijos: 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 (P value =0,025).

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 2).¹⁴

Tabla 2. Coeficientes de asociación entre las variables sociodemográficas y cada una de las estrategias de afrontamiento

Variables Sociodemográficas	Estrategias de afrontamiento							
	Rep	Auc	Eem	Psd	Asp	Rec	Evp	Rs
Edad								
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
Estado civil								
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
Nivel de escolaridad								
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
Actividad laboral								
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.

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 3).

Tabla 3. Matriz de análisis de componentes principales

Componente	Valor	% Varianza	% 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

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.

Análisis de regresión múltiple

En la tabla 4 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 4. 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

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.

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 5 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 autocrítica respectivamente, mientras que el nivel medio se correlaciona positivamente con la estrategia autocrítica; por su parte el nivel alto de depresión presenta una relación altamente significativa con la estrategia autocrítica y el nivel muy alto

una correlación altamente significativa con las estrategias autocrítica 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 autocrítica, evitación de problemas y retirada social.

Tabla 5. Matriz de correlaciones entre los niveles de depresión y cada una de las estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento		Niveles de depresión					
		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Total depresión
Rep	C. correlación	-.268	.598	.045	-.397	-.489	-.488**
	Significancia	.520	.118	.916	.033	.090	.000
Auc	C. correlación	-.509	-.784*	.613*	.649**	.499**	.443**
	Significancia	.197	.021	.020	.000	.008	.000
Eem	C. correlación	-.745*	-.392	.361	.000	.077	.091
	Significancia	.034	.337	.205	.999	.803	.456
Psd	C. correlación	-.798	-.320	.283	.150	.094	.265*
	Significancia	.018	.439	.326	.456	.761	.027
Asp	C. correlación	-.752	-.291	-.079	.315	-.322	-.372**
	Significancia	.031	.485	.788	.110	.283	.002
Rec	C. correlación	-.296	.513	.390	-.373	.368	.022
	Significancia	.476	.194	.108	.055	.217	.857
Evp	C. correlación	-.512	.332	.564*	.198	.392*	.300*
	Significancia	.194	.442	.036	.323	.043	.012
Rs	C. 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.

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

Discusión

El embarazo de alto riesgo para Torres,¹⁵ constituye una etapa crítica para la mujer. Esta situación según Gómez & Aldana⁶ incrementa

la posibilidad de presentar altos índices de depresión, al aumentar los niveles de estrés durante el embarazo. En las investigaciones realizadas por Gómez,¹⁶ 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.

Las estrategias de afrontamiento con las que cuentan las mujeres con riesgo gestacional inciden en el proceso de adaptación a las complicaciones propias de su embarazo, encontrándose entre las más utilizadas la evitación y la reevaluación positiva.⁹ Lo que coincide con los hallazgos del presente estudio en el que se describe un mayor uso de la estrategia evitación.

Della,¹⁷ 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, Marin, Peña, Carretero y Moreno,¹⁸ 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.¹⁹

Según Cano, Rodríguez y García,²⁰ 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.¹⁹ Este tipo de estrategias le permiten al individuo resolver el problema de manera lógica, a través de la elaboración de un plan de acción.²¹

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.²²

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 a la mujer enfrentar el problema asumiendo en mayor medida respuestas de evitación y reacciones fantásticas y superticiosas.²⁰ 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.²¹

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.²³ Esta situación se asocia con la aparición de síntomas depresivos y ansiosos.²⁴

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 y 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 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.²⁵

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,²⁴ 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,²⁶ 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,²⁷ 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, 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.²⁸

Con el pensamiento desiderativo, el individuo evita las situaciones estresantes fantaseando sobre realidades alternativas a la suya, o deseando poder cambiar la situación estresante; 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.^{24, 26}

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,⁶ 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,²⁷ 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; pues el individuo tiende a realizar acciones dirigidas a encontrar orientación, recibir afecto y comprensión con la finalidad de modificar su estado de ánimo, a través de la motivación del otro a comprometerse con conductas adaptativas.^{29,9}

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.²⁸

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.^{25,27}

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.⁹ En el afrontamiento evitativo se distinguen dos tipos de evasión, uno es la evitación conductual y el otro, es la evitación cognitiva. La primera supone reducir los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo o evitar exponerse a él, 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.²⁷

La evitación se presenta frecuentemente en el momento mismo en que se presenta la situación estresante y sirve para minimizar la respuesta afectiva en el momento climático del estrés ya que ayuda a coordinar acciones y demandas del entorno.²⁰

Según Carmona et al.,¹⁸ 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 revalúa 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, 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.^{9,28,29,22}

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, 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.^{1,16}

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.³¹

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.³²⁻³⁴ Esta ausencia de correlación entre niveles de depresión y variables sociodemográficas coincide 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 u oficio de la mujer gestante.³²

La única variable sociodemográfica que presentó una 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,³³ quienes sugieren 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.

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.,³⁴ quienes indican que los individuos que realizan alguna actividad laboral presentan un mayor uso de la estrategia apoyo social.

La edad no presentó correlación con ninguna variable de afrontamiento, al contrario de lo planteado por Carmona et al.,¹⁸ 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 encontró estudios previos en los que se hayan encontrado datos similares.

Conclusiones

El embarazo de riesgo constituye una situación de crisis para la mujer; en esta etapa se ponen

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 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 auto reproches, 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.

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, incrementando 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.

Referencias

1. Rondón M. Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Méd Peruana*. Diciembre 2005 [citado el 15 de marzo de 2012]; 21(1): [aprox. 3 p.]. disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500003&script=sci_arttext.
2. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, Vera, A. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: Construcción de un modelo causal. *Rev Chilena de Neuro-Psiquiatría*, abril 2000 [citado el 15 de junio de 2012]; 38(2):[aprox 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272000000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. 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*. Agosto 2008 [citado el 2 de abril de 2012]; 51(6): [aprox 7 p.]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/biblioteca/boletin2_12/estres_blasco.pdf.
4. Dang-Kilduff, L. Tras un embarazo con diabetes: una ventana a la oportunidad. *Diabetes Voice*. Mayo 2009 [citado el 20 de agosto de 2012]; 54:[Aprox 2 p.]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_SI%20Women_Dang%20Kilduff_ES.pdf
5. Vinnaccia S, Sánchez S, Bustamante E, Cano E, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Mayo 2006 [citado el 2 de febrero de 2012]; 6 (1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-165.pdf
6. Gómez M. Aldana E. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud*. Enero 2007 [citado el 4 de abril de 2012]; 17(1):[aprox 8 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117106.pdf>
7. Guarino L. Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y salud*. 2010;20(2):9.
8. Hernández R, Fernández, C. & Baptista, R. *Metodología de la investigación*. Segunda ed. Mc Graw- Hill; 1991.
9. Díaz V. *Metodología de la investigación científica y bioestadística para médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud*. Primera ed. Ril Editores; 2006.
10. Ortiz F. *Diccionario de metodología de la investigación científica*. Ediciones Limusa. S.A. Grupo Noriega Editores; 2004.
11. Toro I, Parra D. *Método y conocimiento: Metodología de la investigación: investigación cualitativa/investigación cuantitativa*. Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2006.
12. Dávila J. *Fundamentos de la investigación social*. Thomson Editores; 2000.
13. Lartigue T, Maldonado M, González I, Saucedo J. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*. Junio 2008 [citado el 15 de abril de 2012]; 22 (2): [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.sumedico.com/documentos/27_documento.pdf

14. Chacón R, García W, Flórez L. 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; 2000
15. Torres M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombia de psiquiatría*. Septiembre 2004 [citado el 2 de abril de 2012]; 33(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:OYVVAeCse-EJ:scholar.google.com/+Impacto+emocional+del+embarazo+de+alto+riesgo&hl=es&as_sdt=0,5
16. Gómez M. Guía de intervención para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum*. Junio 2007 [citado el 4 de mayo de 2012] 21:[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.sumedico.com/documentos/16_documento.pdf
17. Della-Mora M. Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*. Junio 2006 [consultado el 2 de agosto de 2012]; 38(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455586>
18. Carmona F, Marin M, Peña C, Carretero I, Moreno M. Influence of coping strategies in the specific worries of pregnancy. *Anales de psicología*. Mayo 2012 [citado 10 de abril de 2012]; 28(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135003>
19. Hayes B, Reinhold M, Bradley B. Depression perinatal: a controlled trial selected at random of an intervention prenatal of the education for primiparas. *Birth*. Diciembre 2001[citado 15 de marzo de 2012]; 28 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536x.2001.00028.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
20. Cano J, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. Febrero 2007 [citado 8 de junio 2012]; 35(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:O5IvaF2jQW4J:scholar.google.com/+Adaptaci%C3%B3n+espa%C3%B1ola+del+Inventario+de+Estrategias+de+Afrontamiento&hl=es&as_sdt=0,5
21. Gómez J, Luengo A, Romero E, Sobral J, Villar P. 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*. Enero 2006[citado 12 de febrero de 2012]; 6 (3): [aprox.15 p.]. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-193.pdf
22. Lam N, Contreras W, Hinostroza R, Torrejón E, Coaquira E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. *Rev. peru. Epidemiol*. Abril a junio de 2008; [citado el 15 de septiembre de 2012]:14(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71656&id_seccion=3629&id_ejemplar=7158&id_revista=221
23. Martínez A, Piqueras J, Inglés C. Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*. 2011[citado el 14 de marzo de 2012]; 14(37): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>.
24. Rueda M, Aguado A, Alcedo A. Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía *Psychosocial Intervention*. 2008;17(2):109-124.
25. Quiles M, Terol C. Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Mayo 2008 [citado el 15 de abril de 2012]; 40(2): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342008000200005&lng=es&nrm=iso

26. Quintanilla R, Valadez, Valencia S, González J, Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en salud*. Agosto 2005 [citado el 2 de mayo de 2012]; 2(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053g.pdf>
27. Meyer M. Estilos de afrontamiento en situaciones de tristeza estudiantes de la Universidad Iberoamericana mediante el copinginventory of depression (CID). *Psicología Iberoamericana*. Junio 2007 [Citado 2 de enero de 2012]; 15 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.uia.mx/web/files/publicaciones/ripsic/ripsic15-1.pdf#page=25>
28. Velasco C, Fernández I, Páez D, Campos M. Perceive demotiona lintelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*. Sin mes 2006 [citado el 7 de abril de 2012]; 18: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/8425/8289>
29. Velasco C, Campos M, Páez R. Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y estrés*. Sin mes 2004 [citado el 15 de marzo de 2012]; 10 (2-3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154666>
30. Cantón D, Justicia F. Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*. Diciembre 2008 [citado el 2 de abril de 2012]; 20 (4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3515.pdf>
31. Sánchez A, Bermúdez M, Buela G. Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Sin mes 1997 [citado 22 de febrero de 2012]; 2: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/analisis-empirico-concepto-afrontamiento-13027080-revision-2002> <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>
32. Canaval, G. & González, M. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Medica*. 2000;31:4-10.
33. Martínez P, Waysel K. Depresión en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Sin mes 2009 [citado 20 de abril de 2012]; 14(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v5n1/v5n1a06.pdf>
34. Gaviria A, Quiceno J, Vinaccia S, Martínez L, Otaño M. Estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*. Julio 2009 [citado 2 de marzo de 2012]; 27, (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000100001&script=sci_arttext