

ARTICULO ORIGINAL – ORIGINAL ARTICLE

Crecimiento y Desarrollo Humanos

Inventario de Apoyo Social para Embarazadas

*Josnil Rojas,¹ Carlos Albano,² María A. Llanos,¹
Mariana Decanio,¹ Lucila Trías.¹*

¹*Coordinación de Estudios sobre Desarrollo Intelectual, Dirección de Investigación en Ciencias Sociales, ²Dirección General de Investigación, Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA), Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social, Caracas, Venezuela.*

**E-mail: josnil.rojas@gmail.com*

Acta Científica Estudiantil 2009; 7(3):173-179.

Recibido 21 Sep 09 – Aceptado 25 Sep 09

Resumen

Se ofrece un inventario para evaluar el grado de satisfacción sentido por mujeres hacia el apoyo social recibido durante su embarazo. Se presenta el sistema de variables empleado para la construcción del mismo y los resultados obtenidos al aplicarlo a 271 gestantes, residenciadas en el Área Metropolitana de Caracas, Venezuela, con edades entre los 14 y 42 años. Los resultados revelaron variaciones importantes en el porcentaje de embarazadas que presentaron síntomas depresivos en función a la ausencia de la pareja, a la insatisfacción sentida por la gestante hacia el apoyo social recibido y al estrato social al cual pertenecía. La severidad de los síntomas se asoció de forma significativa con la ausencia de la pareja y la insatisfacción con el apoyo recibido. Se concluyó que el inventario permitió obtener información sobre algunas necesidades surgidas durante el embarazo, conocer si éstas fueron atendidas o no, conocer el grado de satisfacción que se experimentó hacia el apoyo social recibido e identificar las personas más significativas de la red social.

Palabras Clave: apoyo social, embarazo, estratificación social, Venezuela.

(fuente: DeCS Bireme)

Abstract

[Social Support Inventory for Pregnants]

An inventory to assess the grade of satisfaction felt by women regard the social support received during their pregnancy is offered. The system of employed variables for its construction and results obtained when applied to 271 pregnant women, residents from the Metropolitan Area of Caracas, Venezuela, with ages between 14 and 42 year-old, is presented. Results revealed important variations in the percentage of pregnant women that presented depressive symptoms in relation to the absence of the partner, felt unsatisfaction of the women regard the social support received and the stratum in which they belong to. Severity of symptoms was significantly associated the partner absence and the unsatisfaction with the received support. It was concluded that the inventory allow to obtain information about some needs surged during pregnancy, to know if these were attended or not, to know the grade of satisfaction experimented regard the social support received and to identify the most significant persons of the social network.

Key Words: social support, pregnancy, social stratification, Venezuela.

(source: DeCS Bireme)

Introducción

En el marco del estudio sobre Salud Integral de la Mujer Embarazada, realizado por la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA), durante los años 2001-2002, el área de psicología exploró algunos aspectos emocionales de las embarazadas participantes e identificó la presencia de síntomas depresivos y de elementos que pudieran estar actuando como factores protectores ante ciertas alteraciones emocionales [1]. Uno de estos factores considerado en la propuesta fue el apoyo social y para su estudio se construyó un inventario, el cual es objeto del presente artículo.

La presencia de la depresión y del estrés durante el embarazo puede acarrear consecuencias desfavorables tanto para el bebé como para la madre. La depresión consiste en un trastorno afectivo en el que se observan alteraciones en los patrones del apetito y del sueño, fatiga, tristeza, aislamiento, poco arreglo personal, disminución de la capacidad para experimentar placer, evasión de responsabilidades, incremento de la dependencia, fallas en la atención, concentración y memoria. También, en los casos severos está asociada al riesgo suicida. Si estas condiciones se presentan durante la gestación se corre el riesgo de que la embarazada no tenga un adecuado restablecimiento de energía, por lo que se debilitará y los nutrientes que pasan al feto serán cada vez más escasos comprometiéndose así su normal desarrollo [2, 3].

Durante la gestación la mujer experimenta una serie de cambios físicos, emocionales y sociales, que a pesar de ser normales, producen estrés, pudiendo ser éste positivo (eustrés) o negativo (distrés o mal estrés); de éstos, es necesario hacer seguimiento al distrés, especialmente si sus manifestaciones son crónicas. El mal estrés se produce cuando la persona percibe a su entorno o algún acontecimiento del mismo como amenazante, por considerar que la amenaza puede llegar a desbordar los recursos que posee para afrontarlo, poniendo en peligro su bienestar [4].

En una gestante, ligeras tensiones pueden trastornar el normal funcionamiento de su sistema endocrino generando un estado hiperactivo en las glándulas tiroídes y suprarrenales, las secreciones de dichas glándulas se dirigen al feto aumentando el ritmo cardíaco y la actividad de éste. Un ambiente uterino como el descrito desfavorece la adaptación del nuevo ser a su vida postnatal, el

distrés prolongado durante el embarazo, independientemente de su causa, lo convierte en una persona hiperactiva, irritable, con patrones irregulares de sueño y de alimentación, con movimientos excesivos en los intestinos, llanto persistente, además de una elevada necesidad de estar en brazos. Si las conductas señaladas anteriormente no son superadas a tiempo por el neonato, éste comenzará a ser rechazado y poco querido por su familia, lo que puede traer como consecuencia un abandono emocional. En este caso, el pronóstico del niño se complica, aparecerán dificultades en su desarrollo motor y de lenguaje, problemas de aprendizaje, así como desajustes sociales y personales. También puede que nazca con bajo peso, muerto, que fallezca después del parto o tener alguna deformación congénita [5, 6]. Para evitar esta situación hay que comenzar por atender a la madre.

Una variable que guarda una correlación positiva e inversa con la depresión y el distrés es el apoyo social. En general, se conoce que el apoyo social se asocia positivamente con la salud y la adaptación a nuevas situaciones personales y negativamente con la depresión y la ansiedad. En este sentido, en un estudio realizado con 191 mujeres (139 europeas-americanas y 52 africanas-americanas), residentes en zonas urbanas de los Estados Unidos, de bajos ingresos y embarazadas se examinó la influencia del estrés y de recursos psicosociales (autoestima, apoyo social y nivel de ingresos) sobre el estado de ánimo depresivo. Se encontró que aquéllas que reportaron una alta satisfacción con el apoyo social recibido y las que tenían un alto ingreso familiar mostraron una disminución en la depresión experimentada durante la gestación, independiente de las diferencias étnicas [2]. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores, quienes señalan que el apoyo social predice bajos cuadros depresivos en mujeres latinas y afro-americanas embarazadas [7].

El apoyo social consiste en la presencia de otra persona o grupo de personas, y de los recursos brindados por ellos, antes, durante y después de un evento estresante [4], quienes actúan como una red que da sustento a la persona que así lo requiera. Se han identificado tres tipos de apoyo: el emocional, que provee cariño, amor, empatía y confianza, el instrumental, que proporciona servicios y ayudas tangibles, y el evaluativo, que provee a la persona información útil para autoevaluarse, retroalimentarse, afirmarse y compararse socialmente [8]. El apoyo social, se basa en la calidad de las relaciones

interpersonales existente en la red, debido a ello la ayuda de una persona significativa es más útil ante una necesidad determinada que la proveniente de otras personas poco o nada significativas [9]. De estos tres tipos de apoyo se consideraron para la construcción del inventario el emocional y el instrumental.

Materiales y Métodos

Para este trabajo fue considerada la muestra 271 gestantes del Área Metropolitana de Caracas, con edades comprendidas entre los 14 y 42 años (21,7% menores de 19 años y 9,6% mayores de 33 años), 1,1% pertenecían al ES III, 52,3% al ES IV y 46,6% al ES V. Entre sus características obstétricas se tiene que 43,8% era primigesta, 14,3% se encontraba en el 1er trimestre de gestación, 46,3% en el 2do y 39% en el 3ro [1]. Un 23,7% inició el control prenatal en el 2do mes de embarazo y un 22,7% en el 3ro. Se declaró como No fumadora el 91,9% de las entrevistadas. Los problemas de salud más frecuentes durante la gestación fueron: infección urinaria (67,4%), anemia (26,4%) y hemorragia genital (18,8%); y entre los medicamentos tomados durante el mismo periodo se reportaron analgésicos (5,8%), polivitamínicos (92,3%), suplemento de hierro (69,3%), suplemento ácido fólico (75,5%) y antihipertensivos (0,3%) [10].

Para la recolección de la información se emplearon los siguientes instrumentos: a) el Inventario de Depresión de Beck (IDB), éste permite obtener un reporte de la presencia de síntomas depresivos así como de la severidad de los mismos ($\alpha = 0,85$). b) el Método de Estratificación Social Graffar-Méndez Castellano (MGMC), el cual posibilita la identificación del estrato socioeconómico (ES) en que se ubica un individuo. Estrato I o clase alta, estrato II o clase media alta, estrato III o clase media, estrato IV o clase obrera, también denominado estrato de pobreza relativa, y estrato V o clase baja o de pobreza crítica y estructural [11] y c) el Inventario de Apoyo Social para embarazadas (IASE), este fue creado para medir el grado de satisfacción que experimentaban las gestantes hacia el apoyo social, emocional e instrumental, recibido de su pareja, familiares y amigos ($\alpha = 0,70$).

Construcción del IASE

El sistema de variables (Cuadro 1) comprende la variable Apoyo social, definida conceptualmente como la presencia de otras personas (1 ó más), y de los recursos brindados por éstas, durante el embarazo, quienes actúan

como una red que da sustento a la embarazada que así lo requiera, pudiendo ser este sustento de tipo emocional y/o instrumental.

Cuadro 1. Sistema de variables e ítems del IASE.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems
Apoyo social	Apoyo emocional	Cariño, amor, empatía, sinceridad	A. Necesitado: si/no B. Recibido: si/no	1-3,6-8-9,11,13
		Servicios y ayudas tangibles	A. Necesitado: si/no B. Recibido: si/no	4-5,7,10,12
Satisfacción	Grado de satisfacción			Muy satisfecha Satisfecha Insatisfecha Muy insatisfecha

IASE: Inventario de Apoyo Social para Embarazadas

El apoyo social tal como fue definido anteriormente posee dos dimensiones: el apoyo emocional y el apoyo instrumental. 1) El apoyo emocional consiste en brindar cariño, amor, empatía y confianza. Entre sus indicadores tenemos ser escuchada por su pareja; recibir cariño, amor, ternura de su pareja; aceptación del embarazo por parte de su pareja; apoyo espiritual o religioso; apoyo afectivo o emocional proveniente de sus amistades; atención o cuidado por parte de su pareja o de algún familiar cuando se ha sentido quebrantada de salud. Si el padre biológico del bebé no es la pareja actual de la gestante, pero se mantiene el contacto con él, se explora si él acepta el embarazo y proporciona apoyo emocional. 2) El apoyo instrumental se produce cuando se proporciona servicios, información y ayuda tangibles, siendo sus indicadores: la ayuda económica proveniente de algún familiar o amigo cercano; los consejos sobre el embarazo y crianza del bebé dispensados

por alguna mujer de la familia que ya haya experimentado la maternidad (por ejemplo: madre, madrina, tía y abuela); recibir ayuda de hijos/as mayores u otros familiares para realizar los quehaceres domésticos; ayuda para realizar diligencias varias en la calle. Si el padre biológico no es la pareja actual de la gestante, pero se mantiene en contacto con él, se pregunta si ofrece apoyo económico.

Escala de valoración

El inventario cuenta con 13 preguntas, cada una referida a necesidades de las embarazadas. Los ítems del 1 al 3 están referidos a la pareja de la gestante, sea éste el padre biológico o no del bebé. Los del 4 al 10 incluye otras personas del entorno social de la gestante, como familiares y amistades. Las preguntas del 11 al 13 se responden sólo en caso de que el padre biológico no sea la pareja actual de la embarazada y se mantenga en comunicación con él. A la derecha se encuentran tres columnas: A, B y C (Cuadro 2). En la primera se registra si el apoyo planteado en el instrumento es necesitado o no. En la segunda se anota si lo necesitado ha sido recibido o no. La tercera permite evaluar el grado de satisfacción sentido hacia el apoyo recibido.

Cuadro 2. Inventario de apoyo social para embarazadas (IASE).

Ítems		Ha necesitado	A				B				C						
			Si	No	Si	No	Ha recibido	Si	No	1	2	3	4	Muy satisfecha	Satisfecha	Insatisfecha	Muy insatisfecha
1.							Ser escuchada por su pareja										
2.							Cariño, amor, ternura por parte de su pareja										X
3.							Aceptación del embarazo por parte de su pareja										X
4.							Ayuda económica por parte de algún familiar o amigo cercano										X
5.							Consejos sobre el embarazo y crianza del bebé por parte de algún familiar cercano: madre, madrina, tía abuela,...										X
6.							Apoyo espiritual o religioso										
7.							Ayuda en los quehaceres domésticos por parte de hijos/as mayores u otros familiares										X
8.							Apoyo afectivo o emocional proveniente de sus amistades										
9.							Atención o cuidado por parte de su pareja o de algún familiar cuando se ha sentido quebrantada de salud										X
10.							Ayuda para realizar diligencias varias en la calle										
Si el padre biológico del hijo/a que espera no es actualmente su pareja responder a las siguientes afirmaciones:															1 2 3 4		
11.							Aceptación del embarazo por parte del padre del bebé										
12.							Apoyo económico por parte del padre del bebé										
13.							Apoyo emocional por parte del padre del bebé										
Sub totales															2 6 6 0		
Total															$2+6+6=14 / 7=2$		

índice obtenido se ubica en una de las categorías de la escala empleada, de muy satisfecha a muy insatisfecha.

A continuación se ejemplifica la forma de calcular el grado de satisfacción experimentado por la gestante hacia el apoyo social recibido.

Ejemplo de cálculo:

Columna C: marcar con una equis el grado de satisfacción MS S I MI experimentado con el apoyo recibido.

Ha necesitado...	1	2	3	4	
1.				Ser escuchada por su pareja	X
2.				Cariño, amor, ternura por parte de su pareja	X
3.				Aceptación del embarazo por parte de su pareja	X
4.				Ayuda económica por parte de algún familiar o amigo cercano	X
5.				Consejos sobre el embarazo y crianza del bebé por parte de algún familiar cercano: madre, madrina, tía abuela,...	X
6.				Apoyo espiritual o religioso	
7.				Ayuda en los quehaceres domésticos por parte de hijos/as mayores u otros familiares	
8.				Apoyo afectivo o emocional proveniente de sus amistades	
9.				Atención o cuidado por parte de su pareja o de algún familiar cuando se ha sentido quebrantada de salud	
10.				Ayuda para realizar diligencias varias en la calle	
Si el padre biológico del hijo/a que espera no es actualmente su pareja responder a las siguientes afirmaciones:					1 2 3 4
11.					
12.					
13.					

MS: muy satisfactorio. S: satisfactorio. I: insatisfactorio. MI: muy insatisfactorio

En este ejemplo, la gestante indica necesitar siete de los trece elementos presentados en el inventario, ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 9.

En la fila de subtotales se observan los puntos acumulados en cada columna. Estos puntos se suman y luego se dividen por el número de ítems marcados, en este caso siete. El resultado obtenido es igual a dos, es decir que el grado de satisfacción experimentado por la embarazada es satisfactorio. En la fila de Total se coloca el resultado de estas operaciones matemáticas.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo e inferencial. Se aplicaron prueba para estimar significancia y riesgos: Prueba de Chi cuadrado (χ^2) y Odds Ratio (OR), empleando para ello el programa SPSS, v.17.0.

Resultados

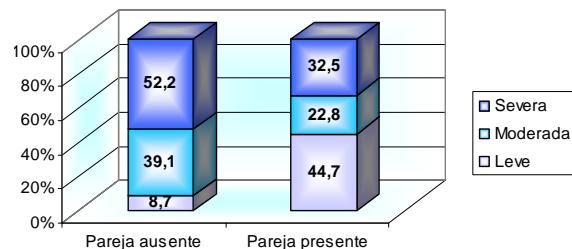
Ausencia de pareja y síntomas depresivos. Se encontraron síntomas depresivos en el 79,3% de las mujeres sin pareja y en el 50,8% de las gestantes con pareja. Las diferencias encontradas alcanzaron significación estadística ($\chi^2=8,455$; $p=0,004$). El cálculo del factor de riesgo indicó que las gestantes sin pareja tienen 3,7 veces más posibilidades de manifestar síntomas depresivos en comparación con las que tienen pareja (OR=3,709; IC 95% 1,459 - 9,429).

La ausencia de la pareja también tuvo sus efectos sobre la severidad de los síntomas, se observó que el 52,2% de las gestantes con

La satisfacción experimentada se evalúa sólo cuando la necesidad ha sido satisfecha, considerando una escala de cuatro puntos: 1 "muy satisfecha", 2 "satisfecha", 3 "insatisfecha" o 4 "muy insatisfecha". Los puntajes obtenidos en cada una de las preguntas se promedian y el

síntomas depresivos severos correspondió a aquellas mujeres sin pareja y el 32,5% a las que contaban con él, mientras que los síntomas leves fueron observados más entre las segundas (44,7%) que entre las primeras (8,7%) (Figura 1). El riesgo de presentar la condición de síntomas depresivos severos y moderados, en comparación con los leves fue de 8,2 y 8,8 respectivamente (OR=8,250; IC 95% 1,749 - 38,923 y OR=8,839; IC 95% 1,788 - 43,707).

Figura 1. Severidad de los síntomas depresivos según presencia/ausencia de pareja.

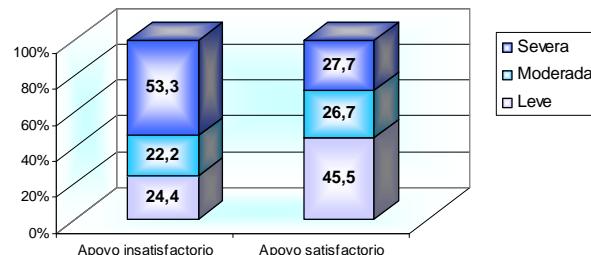


Apoyo social y síntomas depresivo. Para la aplicación de las pruebas estadísticas correspondientes fue necesario dicotomizar las variables, de manera que se unieron las categorías “satisfecha”-“muy satisfecha” para crear la categoría “satisfecha” y las categorías “insatisfecha”-“muy insatisfecha” para crear la categoría “insatisfecha”.

Se apreció que el porcentaje de gestantes con depresión fue mayor entre aquellas que se sentían insatisfechas con el apoyo recibido (71,4%) que entre las satisfechas (48,6%), lo cual resultó estadísticamente significativo ($\chi^2=10,178$; $p=0,001$). También se evidenció que entre las insatisfechas tenían 2,6 veces más riesgo de presentar síntomas depresivos que las satisfechas (OR=2,649; IC 95% 1,438 - 4,877).

Como fue observado con la ausencia de la pareja, el apoyo social se asoció de manera significativa con la severidad de los síntomas depresivos ($\chi^2=9,533$; $p=0,009$), así el 53,3% de las insatisfechas y 27,7% de las satisfechas reportaron síntomas severos, mientras que en relación a los síntomas leves se obtuvo que el 24,4% de las insatisfechas y el 45,5% de las satisfechas los manifestaban (Figura 2). Sólo el riesgo de padecer síntomas depresivos severos en comparación con los leves fue significativo e igual a 3,5 veces (OR=3,584; IC 95% 1,525 - 8,423) entre las gestantes insatisfechas con su red de apoyo social.

Figura 2. Severidad de los síntomas depresivos según satisfacción/insatisfacción con el apoyo social.



A través del IASE, se encontró que entre las figuras que conforman la red social de la gestante, las más demandadas fueron la pareja y otras madres existentes en la familia (mamá de la gestante, abuela, tíos, madrina, entre otras).

De la pareja, el 100% de la muestra esperaba ser escuchada, recibir amor, cariño y ternura, y un 90% aceptación del embarazo. Estas demandas fueron cubiertas en un 80%. El grado de satisfacción predominante en la muestra fue “satisfactorio” para la escucha y el cariño, 53% y 48% respectivamente; y “muy satisfactorio” para la aceptación del embarazo: 55% (Cuadro 3).

Cuadro 3. Apoyo social necesario, recibido y grado de satisfacción experimentado, según el IASE.

	Necesidad	Recibido	Grado de satisfacción		
			%	%	%
1.	Ser escuchada por su pareja	100	80	S	53
2.	Cariño, amor, ternura por parte de su pareja	100	80	S	48
3.	Aceptación del embarazo por parte de su pareja	90	80	MS	55
4.	Ayuda económica por parte de algún familiar o amigo cercano	54	88	S	61
5.	Consejos sobre el embarazo y crianza del bebé por parte de algún familiar cercano: madre, madrina, tía abuela,...	88	84	S	67
6.	Apoyo espiritual o religioso	18	71	S	62
7.	Ayuda en los quehaceres domésticos por parte de hijos/as mayores u otros familiares	65	80	S	77
8.	Apoyo afectivo o emocional proveniente de sus amistades	71	80	S	72
9.	Atención o cuidado por parte de su pareja o de algún familiar cuando se ha sentido quebrantada de salud	94	75	S	60
10.	Ayuda para realizar diligencias varias en la calle	66	84	S	70

S= satisfecha, MS= Muy satisfecha

IASE: Inventario de Apoyo Social para Embarazadas

A las otras madres existentes en la familia, un 88% de las gestantes entrevistadas solicitó orientaciones sobre el embarazo y la crianza, lo cual fue recibido por el 84% de la muestra. El apoyo recibido fue “satisfactorio” para el 67% (Cuadro 3).

De ambas figuras, el 94% de las embarazadas esperaban cuidados cuando se

sentían quebrantadas de salud, esto fue satisfecho en el 75% y lo recibido resultó “satisfactorio” para el 60% (Cuadro 3).

Síntomas depresivos y estrato social. Con la finalidad de calcular el Odds Ratio fueron fusionados los estratos III y IV.

Fueron significativas las diferencias encontradas entre el porcentaje de gestantes con síntomas depresivos del ES V (61,7%) y las de los ES III+IV (46,9%) ($\chi^2=6,006$; $p=0,014$). También se obtuvo que las primeras presentaron 1,8 veces más riesgo de manifestar síntomas depresivos que las segundas (OR=1,829; IC 95% 1,126 - 2,969).

No se encontraron diferencias significativas entre la severidad de los síntomas y el estrato social.

Al comparar los resultados descritos en función a la edad de las gestantes, adolescentes versus añosas, no se evidenciaron diferencias significativas entre ambos grupos, probablemente como consecuencia del pequeño número de las últimas, 59 embarazadas menores de 19 años y 26 con 33 años o más edad.

Discusión

El uso del IAISE permitió poner en relieve algunas características de la red de apoyo social de las gestantes estudiadas. Los datos recogidos revelaron variaciones importantes en el porcentaje de embarazadas que experimentaban síntomas depresivos, en función a la presencia/ausencia de la pareja, al estrato social al cual pertenecía y el grado de satisfacción sentido hacia el apoyo social recibido.

Destacó la ausencia de la pareja como uno de los disparadores de síntomas depresivos en el grupo de gestantes estudiado, agudizándose el malestar cuando la mujer se encuentra en situación de pobreza (ES V, según Método Graffar-Méndez Castellano), repercutiendo tanto la ausencia como la pobreza en la severidad de los síntomas. Este hallazgo se corresponde con lo encontrado en diferentes estudios, en los cuales se evidencia la existencia de una correlación directa entre la soledad y la depresión, la vulnerabilidad a los problemas de salud y la hostilidad interpersonal, todo esto como producto de la carencia de lazos afectivos íntimos y estables [12-15].

Entre las gestantes con pareja que participaron en este estudio también se encontró un porcentaje importante con síntomas depresivos, un poco más del 50%; en estos casos cabría pensar en la calidad de la relación de pareja. Como se ha encontrado en otros estudios,

no sólo la ausencia de la pareja predispone al padecimiento de la depresión, también es relevante considerar las características de la relación, independiente del estado civil. En este sentido, la calidad de la interacción marital aparece como más importante para el bienestar individual que el mismo hecho de estar casado. También se ha encontrado que el impacto de la calidad marital sobre el bienestar es distinto para hombres y mujeres, así las mujeres tienden a establecer relaciones sobre bases más íntimas, propiciando acercamientos más emocionales y sensibles con los demás. Mientras que el bienestar experimentado por los hombres depende más del beneficio instrumental que trae consigo la vida en pareja, sea ésta matrimonial o no [14].

Otro elemento que propició la aparición de síntomas depresivos fue la insatisfacción sentido hacia el apoyo social recibido. Así, fue mayor el porcentaje de embarazadas con síntomas depresivos, y del tipo severo, entre las que se sentían insatisfechas en comparación con las satisfechas.

Los datos obtenidos orientan hacia la pertinencia de considerar la depresión desde un punto de vista relacional, donde la calidad de las interacciones sociales tiene su incidencia en el estado anímico de las personas. De acuerdo al modelo relacional la depresión es explicada por relaciones personales significativas que se caracterizan por su escasez y su tono agresivo [16].

Entre los factores protectores abordados en este estudio, el apoyo social fue el que mostró una presencia y un comportamiento claramente importante para aminorar la aparición y severidad de síntomas depresivos, tal como se ha afirmado en otros estudios [7, 8, 17].

Referencias

1. Depresión, estrés y factores protectores durante el embarazo. En: Estudio sobre Salud Integral de la mujer embarazada. Tomo II, Caracas: Fundacredesa; 2002: 273-362.
2. Ritter C, Hobfoll S, Lavin J, Cameron R, Hulsizer M. Stress, psychology resources and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city Women. *Health Psychol.* 2000; 19: 576-585.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J and the ALSPAC Study Team. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 2001; 323: 257-260.

4. Bagés N. Estrés y salud: el papel de los factores protectores. *Comportamiento*. 1990;1: 15-28.
5. Hurlock E. Fundamentos del patrón de desarrollo. *Desarrollo del niño*. México: Mc Graw Hill; 1985: 52-80.
6. Mussen P, Conger J y Kagan J. Factores genéticos y prenatales en el desarrollo. *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas; 1986: 37-67.
7. Collins N, Dunkell-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw S. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Person Soc Psychol*. 1993; 65: 1243-1258.
8. Israel B, Schurman S. Social Support, Control and the Stress Process. En: K Glanz, FM Lewis and BK Rimer (Eds). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher; 1990: 187-215.
9. Perrin K and McDermott R. Instruments to measure social support and related constructs in pregnant adolescents: a review. *Adolescence* 1997; 32: 533-537.
10. Situación de vida y aspectos epidemiológicos. En: *Estudio sobre Salud Integral de la mujer embarazada. Tomo II*, Caracas: Fundacredesa; 2002: 466-505.
11. Méndez H., Méndez MC. Sociedad y estratificación. *Método Graffar-Méndez Castellano*. Caracas: Fundacredesa; 1994.
12. Pisa H. Frecuencia del síndrome depresivo en mayores de 18 años que concurren al Hospital de Aguilares. *Tucumán. Interpsiquis*. 2002. Disponible en www.psiquiatria.com/articulos/depresion/4860. Consultado el 16-03-2002.
13. Ross C and Van Willigen, M. Education and the Subjective Quality of Life. *J Health Social Behav*. 1997; 38: 275-297.
14. Mookherjee H. Marital status, gender and perception of well-being. *J Soc Psychol*. 1997; 137: 95-105.
15. Rokach A and Brock H. Loneliness and the effects of life changes. *J Psychol*. 1997; 131: 284-298.
16. Haza M., Jiménez B y Vega P. Depresiones y terapia sistémica. *Psiquiatría.com*. 2001. Disponible en www.psiquiatria.com/articulos/depresion/tratamientos/3375. Consultado el 10-11-2001.
17. Llanos MA, Rojas J, Decanio M. Síntomas depresivos en gestantes adolescentes residienciadas en Caracas y el Estado Miranda. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León*. 2009; 40: 17-24.

Declaración de Intereses: No se declararon conflictos de intereses.