

Multimed 2016; 20(1)

ENERO-FEBRERO

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA

Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes.

Propuesta de evaluación en el nivel primario

Biopsychosocial risks in pregnant adolescents. Evaluation proposal in the primary level

Rita González Sábado; ¹ **Alberto Martínez Cárdenas;** ² **Asdel Martínez González;** ³
Osbel Martínez González; ⁴ **Estela Mariño Márquez.** ⁵

1 Licenciada en Psicología. Máster en Medicina Bioenergética. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Manzanillo. Granma. E-mail: riar@ucm.grm.sld.cu

2 Licenciado en Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Policlínico I "Francisca Rivero Arocha". Manzanillo. Granma.

3 Médico General. Policlínico Ángel Ortiz Vázquez. Manzanillo. Granma.

4 Médico General. Policlínico Luis Enrique de la Paz. Veguitas. Yara. Granma.

5 Licenciada en Enfermería. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Manzanillo. Granma.

RESUMEN

La investigación fue realizada en el nivel primario de atención siendo útil para los médicos generales integrales y otros profesionales del sector, sustentados en la necesidad de trabajar en este grupo poblacional por constituir el embarazo en la adolescencia un problema de salud. El objetivo fue realizar una propuesta de evaluación de factores biopsicosociales en adolescentes embarazadas, se clasifica como un estudio cuantitativo descriptivo y transversal, tuvo como universo las embarazadas adolescentes 25 (100%) en el periodo de julio 2014 a febrero 2015 del Policlínico Docente II de Manzanillo. La propuesta consiste en usar un cuestionario que evalúa tipo de riesgo obstétrico y estados emocionales

frecuentes creado, por los investigadores y los tests para evaluar ansiedad rasgo-estado (IDARE-N) y depresión rasgo-estado (IDERE-N) útiles para el diagnóstico psicológico de ambos estados que permiten dar una evaluación de la gestante. Resultando como resultados alarmante que la mayoría de las adolescentes están clasificadas como de alto riesgo obstétrico y perinatal con riesgo biopsicosocial múltiple. Se avala el fácil uso de las técnicas propuestas y demuestran que la embarazada adolescente requiere de un manejo integral considerando la salud como un todo teniendo en cuenta los factores biológicos y psicosociales, confirmando que las contingencias del embarazo precoz y sus efectos tienen influencia negativa sobre la salud integral de la gestante. El trabajo facilita el cumplimiento del Programa Materno Infantil en un grupo poblacional muy sensible que con frecuencia aporta indicadores negativos que ponen en riesgo la salud del binomio madre-hijo.

Descriptores DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA; IMPACTOS EN LA SALUD

ABSTRACT

The research was performed in the primary care level, being useful for general doctors and other professionals of the field, supported by the need of working in this population group because teenagers pregnancy is a health problem. The objective was to create an evaluation proposal of biopsychosocial factors in pregnant teenagers; it was classified like a quantitative, descriptive and transversal study and the universe was formed by 25 pregnant teenagers (100%) of the Teaching Polyclinic II in the period of july 2014 to february 2015 in Manzanillo. The proposal consisted of the use of a questionnaire to evaluate the type of obstetric risk and the frequent emotional conditions. It was created by researchers and the tests were created to evaluate the anxiety feature-condition and depression feature-condition, useful for the psychological diagnosis of both conditions that allows to give an evaluation of the pregnant. As the

final results most of the teenagers were classified as high obstetric and perinatal risk with biopsychosocial multiple risk. It was evidenced the easy use of the techniques proposed, showing that pregnant teenagers actually require a complete care, considering health as a whole, taking into account the biological and psychosocial factors, confirming that precocious pregnancy and its effects have negative influences on the pregnant's health. This work facilitates the fulfillment of the Maternal Infantile Program in a population group that frequently provides negative indicators that risk the health of mother- baby couple.

Subject heading: PREGNANCY IN ADOLESCENCE; IMPACTS ON HEALTH

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como "el período de la vida en la que el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita por patrones psicológicos de la niñez a la edad adulta y la independencia socio-económica se fortalece, definiendo los límites entre 10 y 20 años" tal como refiere Issler.¹

Los adolescentes hoy alcanzan el 20% de la población, según la OMS. Una vez más la OMS ha determinado en función de varios meta análisis y estudios adicionales que la población de adolescentes en todo el mundo mueren cada año por causas evitables, una de las causas es el embarazo en adolescentes que vino a quedarse en un nivel alto.²

La maternidad en la adolescencia es un tema que ha planteado no sólo el interés entre los estudiosos de la demografía, la salud pública y las ciencias sociales, así como el debate público. Los estudios demográficos han demostrado que se trata de un problema global.

Las adolescentes menores de 16 años están en riesgo de muerte materna cuatro veces más que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus hijos es aproximadamente un 50% mayor, según el consultor en salud

James E Rosen del Departamento de Investigaciones sobre los riesgos del embarazo de la OMS. Los expertos en salud coinciden en que las adolescentes embarazadas requieren especiales cuidados físicos y psicológicos durante el embarazo, el parto y el puerperio, para preservar su propia salud y la de sus bebés.³

En Cuba desde diferentes instituciones se desarrollan proyectos y programas dirigidos a adolescentes como es el caso del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes que desde el año 2000 se está implementando que entre sus objetivos está buscar una salud sexual y reproductiva responsable con un enfoque de género para contribuir a elevar su calidad de vida.⁴

En el 2011 la tasa de fecundidad en adolescentes en Cuba fue de 53,6 por ciento, lo cual representó el 15,9 por ciento de la fecundidad total del país, reportándose las mayores tasas en las provincias de Las Tunas, Guantánamo, Granma, Santiago de Cuba y Holguín.⁵

La provincia presentaba en el año 2012 una tasa de fecundidad adolescente de 62,7 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, ubicándose en la quinta provincia del país con mayor tasa, superada por las provincias de La Tunas, Holguín, Guantánamo y Camagüey.⁶

Las estadísticas del año 2013 en la provincia Granma en menores de 20 años fue de 250 casos siendo la tercera provincia con más captaciones seguida de Guantánamo y Santiago, la tasa x 1000 mujeres de la edad fue de 54,8 el indicador refleja que el 20% de los nacimientos correspondió a madres adolescentes, en el municipio Manzanillo el 16,9% fue de madres adolescentes.⁷

La jefa del PAMI en la provincia Granma, explicó al periódico local La Demajagua que "De los 13 municipios en el año 2014, en ocho mantenemos la tasa de mortalidad infantil en cero, la ocurrencia de fallecidos está en Bayamo, Manzanillo, Pilón, Buey Arriba y Campechuela, y las causas

principales fueron la prematuridad, que está asociada, generalmente, con el nacimiento de niños con menos de mil 500 gramos de peso en madres adolescentes, siendo Manzanillo zona de mayor número de adolescentes embarazadas.⁸

Problema científico

Escaras investigaciones en el nivel primario de atención han abordado las consecuencias psicológicas para la gestante adolescente en específico limitaciones en el estudio de las alteraciones de la esfera afectiva y aspectos bio-sociales que pueden influir en el estado de salud del binomio madre-hijo.

Atendiendo a la problemática abordada formulamos las siguientes interrogantes que trataremos de dar respuesta a lo largo de la investigación.

1. Qué tipo de riesgo obstétrico predomina en las adolescentes que forman parte del estudio?
2. Cuáles son los estados de ánimo más frecuentes en las gestantes adolescentes?
3. Si existe depresión y/o ansiedad en las adolescentes embarazadas a qué nivel se encuentra?

El objetivo de ésta investigación es describir las alteraciones en la esfera afectiva y problemas biosociales presentes en las adolescentes embarazadas del Policlínico # 2 de Manzanillo de julio 2014 a febrero 2015.

MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal en el Policlínico "Angel Ortiz Vázquez" teniendo como población 25(100%) de las embarazadas adolescentes en el periodo de julio 2014 a febrero del 2015, trabajamos con la totalidad de los casos según Registros estadísticos de la unidad de salud.

Criterios de inclusión:

-Embarazadas adolescentes con el consentimiento de participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que tuvieran limitaciones mentales que alterara los resultados de la investigación.

Criterios de salida:

- Traslado de residencia en áreas fuera del Policlínico II y fallecimiento.

Fue utilizado para la obtención de la información un cuestionario (anexo) confeccionado por los autores del estudio para identificar problemas bio-sociales como datos personales, tipo de riesgo obstétrico y los estados emocionales más frecuentes en las gestantes adolescentes, con cuatro bloques de preguntas cerradas y un último inciso con una pregunta de tipo abierta. Los indicadores de riesgo obstétrico fueron elaborados apoyados en los elementos de textos especializados.^{9,10} Además se usaron los tests psicológicos para explorar alteraciones afectivas de ansiedad y depresión se trabajó en dos sesiones de trabajo, la mayoría de las pacientes fueron atendidas en el CMF (Consultorio médico de la familia) de pertenencia y en su domicilio algunas por tener ingreso docmicialio.

El cuestionario clasifica el riesgo obstétrico en:

A. – GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL

Se considera de alto riesgo si cuenta con el primer indicador de las alternativas del cuestionario o si tiene 2 del resto de los indicadores cualquiera que sea para esta categoría.

B. – GRUPO DE RIESGO MEDIO OBSTÉTRICO Y PERINATAL

Se considera de riesgo medio si cuenta con 2 de los indicadores establecidos para esta categoría según el cuestionario.

C. – GRUPO DE BAJO O MÍNIMO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL.

No cuenta con ningún indicador de los descritos en las categorías anteriores enunciadas en el cuestionario pero es adolescente y el factor edad se considera un riesgo.

El Inventory de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N) (11) y el Inventory de Depresión Rasgo-Estado (IDERE-N) (11), ambos clasifican en niveles bajo, medio y alto según puntuación alcanzada para la ansiedad y la depresión.

Para el análisis de los datos se usaron las técnicas de estadística descriptiva: para cuantificar y analizar los datos obtenidos mediante el uso de números absolutos y análisis porcentual como medida de resumen.

RESULTADOS

Atendiendo a los resultados del estudio encontramos que predominan las adolescentes embarazadas de 14-16 años (24%) y de 17-19 años (76%). Sin embargo en la etapa inicial no aparece ninguna embarazada, pero de forma general constituyen en cualquier etapa de la adolescencia un grupo de riesgo (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las embarazadas según etapas de la adolescencia.

Etapas de la Adolescencia	No.	Porcentaje
Inicio de la adolescencia (10 - 13 años)	-	-
Adolescencia media (14 -16 años)	6	24
Final de la adolescencia (17 - 19 años)	19	76
Total	25	100

Como se puede observar en la tabla 2 solo 7 (28%) están actualmente con pareja estable, el resto o fue un embarazo oculto, no pudieron identificar la paternidad o vivieron poco tiempo en pareja y aún en periodo gestacional fueron abandonadas por el padre del bebé. Lo que evidencia que en esta etapa ninguna de los adolescentes padre o madre están preparados para asumir ese rol lo que repercute en la educación y atención del bebé.

Tabla 2. Distribución de las embarazadas según estado civil.

Estado civil	No.	Porcentaje
Soltera	10	40
Casada	7	28
Divorciada o separada	8	32
Viuda	-	-
Total	25	100

Se observa en la tabla 3 que predominan las adolescentes incluidas en alto riesgo (80%) porque además de estar embarazadas en una edad en la que no están preparadas biológica ni psicológicamente para parir, tienen asociados otros problemas como pertenecer a familias con situaciones económicas deficientes o con problemas en el funcionamiento así como problemas de salud de desnutrición, asma y riesgo de prematuridad por baja talla y bajo peso atendiendo a los datos del cuestionario.

Tabla 3. Distribución de las embarazadas según riesgo obstétrico.

Tipo de Riesgo obstétrico	No.	Porcentaje
Alto riesgo obstétrico y perinatal	20	80
Medio riesgo obstétrico y perinatal	3	12
Bajo riesgo obstétrico y perinatal	2	8
Total	25	100

Identificamos en las pacientes un predominio de niveles medio de ansiedad estado (68%). Por su parte la ansiedad rasgo se comporta de forma semejante a nivel medio la mayoría (76%) (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las embarazadas según el nivel de ansiedad como estado y como rasgo.

Niveles de Ansiedad	Tipo de ansiedad			
	Como Estado		Como Rasgo	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Alto	3	12	2	8
Medio	17	68	19	76
Bajo	5	20	4	16
Total	25	100	25	100

Como podemos observar en la tabla 5 predomina en las adolescentes la depresión a niveles bajo, como estado (88%) y como rasgo (80%) y aunque no existen embarazadas con depresión a nivel alto el solo contar con manifestaciones psicosomáticas de depresión puede influir en el desarrollo normal de la gestación y en muchos casos los estados depresivos se

relacionan también con problemas propios de la familia, la pareja o el entorno en que se desenvuelven.

Tabla 5. Distribución de las embarazadas según el nivel de depresión como estado y como rasgo.

Niveles de Depresión	Tipo de Depresión			
	Como Estado		Como Rasgo	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Alto	-	-	-	-
Medio	3	12	5	20
Bajo	22	88	20	80
Total	25	100	25	100

DISCUSIÓN

Un estudio realizado en Brasil indica un porcentaje de mujeres embarazadas entre 16 y 17 años de 84% y 25% de ellas estaban en su segundo embarazo.
11, 12

Unas 70.000 adolescentes mueren cada año en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Los números se han reducido en general, pero en los nacimientos de niñas del Caribe y América Latina con menos de 15 años se incrementaron y en África siguen siendo muy altas.¹³

Teniendo en cuenta los resultados mostrados, compartimos el criterio de que en cualquiera de las tres etapas de la adolescencia no hay condiciones físicas ni psicológicas para enfrentar un embarazo ya que a corto y mediano plazo es de esperar consecuencias negativas para la madre y el niño, además de poder añadirse otros problemas tales como: la falta de apoyo de la familia, la interrupción escolar y ser madre soltera.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzadamente por esa situación.¹⁴

En resumen podemos afirmar que es lamentable que los adolescentes sin una formación completa, sin llegar alcanzar los proyectos de vida individuales ya están asumiendo mayor responsabilidad para su edad, tales como la creación de una familia que, en muchos casos no es una familia nuclear completa, porque a menudo el padre del niño no es responsable con el nacimiento y la madre cría sola a su hijo.

El obstetra francés Michel Odent prestigioso médico dice que con el avance de la fisiología del embarazo también aumenta la certeza de que el estado emocional de la madre es fundamental para el desarrollo del bebé intrauterino e incluso para su salud futura.¹⁵

Estudios han encontrado niveles de ansiedad en el grupo con alto riesgo obstétrico (ARO) en 68% en comparación con las mujeres con riesgo obstétrico bajo (BRO), con una ansiedad en el 48%.¹⁶

La información científica relata que personas con alta afectividad negativa o ansiedad rasgo, tienen más formas de lidiar con pensamientos negativos sobre complicaciones a eventos estresantes y mayor ansiedad estado incluso en el propio puerperio.¹¹

Como se conoce la ansiedad estado puede estar relacionada con los problemas que enfrentan en su embarazo como adolescente, recordemos que este tipo de ansiedad está directamente relacionada con la situación de vida, los conflictos, el estrés que vivencian y las contingencias derivadas de asumir un embarazo para el cual no estaban preparadas e interrumpir muchas metas de tipo personal y escolar, quedando limitado su proyecto de vida.

Otro elemento a nuestro juicio que puede generar experiencias ansiógenas es no contar con las fuentes de apoyo ideales para enfrentar su gestación ej:

una pareja estable, una madre o padre afectuoso y solidario con el momento por el que transitan y la pérdida de amigos.

Otro estudio realizado en La Habana en un grupo de adolescentes embarazadas describen como resultados al evaluar este indicador que hay un predominio del nivel alto de depresión, reflejándose un 51,0% en la depresión de rasgo y un 52,8% en la depresión de estado. También el nivel de depresión medio se destacó en ambos tipos de depresión con cifras que en su mayoría alcanzaron el límite superior.¹⁷

Según señala Ibarra,¹⁸ el embarazo y la maternidad tienen un impacto psicológico, cultural, social y biológico a cualquier edad, y en la adolescencia supone mayores complicaciones tanto en la madre como en el hijo. La mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente, porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación, debe ser responsable del cuidado, atención y educación de su hijo cuando aún no ha consolidado su formación y desarrollo, y atraviesa una crisis psicológica como expresión de la búsqueda de independencia, necesidad de autonomía y libertad.

El estudio avizora que las pacientes adolescentes embarazadas deben tener una evaluación integral no sólo desde el punto de vista médico sino también psicológico porque los desajustes en la esfera afectiva de cualquier tipo afectan al binomio madre-hijo, además facilita al equipo básico de salud la clasificación del tipo de riesgo obstétrico con el uso del cuestionario y la propuesta para clasificarlo, perfectible de ser enriquecido o modificado en futuras aplicaciones.

CONCLUSIONES

El estudio concluyó resultados relevantes que se pueden resumir en que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen una edad que las incluye en la etapa media y final de la adolescencia y más de la mitad están en

enseñanza básica posiblemente teniendo que interrumpir su formación transitoria o definitivamente. Se destacan las que no tienen una relación estable con el padre del bebé y por coincidencia la información científica revisada reporta que la tasa de natalidad entre las mujeres con bajo nivel de educación es alta. Resulta más alarmante que la mayoría de las adolescentes están clasificadas como de alto riesgo obstétrico y perinatal con riesgo biopsicosocial múltiple. En los estados de ánimo negativos más frecuentes aparece el miedo y referente a los resultados de los tests predominan niveles medio de ansiedad estado- rasgo y niveles bajo de depresión estado- rasgo, siendo evidente que las contingencias del embarazo precoz y sus efectos tienen influencia negativa sobre la salud integral de las adolescentes embarazadas.

Anexo. Cuestionario.

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____
Estado civil: _____ Nivel de escolaridad _____ CMF _____
Señale con una x todos los indicadores que se relacionan con su persona.
Gracias.

1-GRUPO A.

_____ Antecedente de condición médica obstétrica general (antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas: diabetes, asma, hipertensión arterial, cardiopatías, desnutrición, enfermedad renal, anemia, enfermedad del tiroides, epilepsia, otros)

_____ Historia de abuso sexual.

_____ Altura 1,50 m o menos.

_____ Estudiar enseñanza secundaria, técnica profesional o preuniversitario.

_____ Pareja adolescente, estudiante, en servicio militar o con trabajo informal.

_____ Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

_____ Embarazo no deseado por la paciente o rechazado por la familia

_____ Familia con problemas económicos

- Família con problemas de funcionamiento
- Historia personal de uso de alcohol, cigarro o uso de drogas.
- Antecedentes con riesgo suicida
- No cumple con las indicaciones médicas para el control del embarazo (dieta, reposo, asistencia a consultas)

2-GRUPO B.

- Incompetencia cervico uterina
- Enfermedad hipertensiva gestacional
- Menarquia a los 11 años o menos
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Sin apoyo de la pareja o familiar.
- Familia con problemas económicos.

3-GRUPO C.

- No cuenta con ningún indicador de los descritos en las categorías anteriores pero es adolescente.

4-ESTADOS DE ÁNIMO MÁS COMUNES EXPERIMENTADOS DURANTE EL EMBARAZO.

- miedo
- tristeza
- indiferencia
- irritabilidad
- rabia
- ninguna

a) ¿Causas fundamentales de esos estados de ánimo?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Issler R J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina [Internet]. 2001 Ago [citado 15 Ene 2014];

- (107):[aprox. 22p]. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- 2- Alcubilla Julio César. Epidemiología del adolescente en riesgo de Venezuela reportada por el Dr. Alejandro Rísquez. Salud y Tecnología. [Internet]. s/a [citado 20 de febrero del 2015]. Disponible en:
<http://www.tecnologiahechapalabra.com/salud/enlaces/articulo.asp?i=6655>
- 3- Embarazo en adolescentes: un problema cultural complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2009 Jun [citado 15 Ene 2014]; 87(6): [aprox. 5p]. Disponible en:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- 4- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes [Internet]. La Habana: MINSAP; 2000 [citado 15 Ene 2014]. Disponible en:http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2012/03/programa_adolescentes.pdf
- 5- Cuba busca disminuir la tasa de embarazos en adolescentes. Cubainformacion [Internet]. s/a [citado 15 Ene 2014]. Disponible en:
<http://www.cubainformacion.tv/index.php/sociedad/51011-cuba-busca-disminuir-la-tasa-de-embarazos-en-adolescentes>
- 6-Araujo González R, Herrera León L, Molina Cintra M. Reportes de investigación: Fecundidad general y fecundidad en adolescentes [Internet]. La Habana: CEDEM; 2012 [citado 15 Ene 2014]. Dsiponible en:
<http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/REPORTE%20Granma.pdf>
- 7- Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Estadístico de Manzanillo 2013 [Internet]. 2014 ed. Manzanillo: ONEI; 2014 [citado 15 Ene 2014]. Disponible en:
<http://www.one.cu/aed2013/33Granma/Municipios/06%20Manzanillo/20140715index.htm>
- 8- Valerino M, Pérez E. Mortalidad Materno-Infantil: en el centro de los esfuerzos. La Demajagua [Intternet]. 3 de Junio de 2014; Secc. Sociedad [citado 15 Ene 2014]. Disponible en:

<http://www.lademajagua.co.cu/index.php/sociedad/25924-mortalidad-materno-infantil-en-el-centro-de-los-esfuerzos>

9- Gestación de Alto Riesgo. Manual Técnico. 5ta. ed. Brasil: Editora Ministerio da Salud; 2010.

10-Vázquez Cabrera J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.

11-González LLaneza FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.

12- Maldonado MT. Psicología del embarazo, parto y puerperio. Sao Pablo: Saraiva; 1997.

13-Nicaragua como África con embarazos en la adolescencia [Internet].

Nicaragua: Trinchera de la Noticia Semáforos de la Tenderi; 2013 [citado 15 Ene 2014]. Disponible en:

<http://www.trincheraonline.com/2013/10/31/nicaragua-como-africa-en-embarazos-adolescentes/>

14-Egurrola Nelson LF. Factores emocionales de la madre que influyen en el desarrollo psíquico del bebé durante el embarazo [Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos. Escuela de Ciencias Psicológicas; 2008 [citado 15 Ene 2014].].Disponible en:

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2660.pdf

15- Crianza Natural. Estrés durante el embarazo: puede afectar al bebé? [Internet]. [sI]: Crianza Natural; 2008 [citado 15 Ene 2014]. Disponible en: <https://www.crianzanatural.com/art/art98.html>

16- Santana Olivera MI. Intervención cognitivo-comportamental en trastornos de ansiedad. Relato de Caso. Rev Brasileña de Terapias cognitivas. 2011 Ene-Jun; 7(1):23-9

17- Guridi González MZ, Franco Pedraza V, Guridi Lueges YA, Cabana Pérez D, Fernández Bekos YP. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Revista Psicología Científica [Internet]. 2011 [citado 4 Ene 2015], 17 [aprox. 20 p].

Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/adolescentes-embarazadas-repercusion-familiar-policlinico-calabazar/>

18- Ibarra Mustelier L. Adolescencia y Maternidad. Impacto psicológico en la mujer. Rev Cubana de Psicología 2003;20(1):17-25.

Recibido: 21 de noviembre de 2015.

Aprobado: 18 de diciembre de 2015.