

# LA DEPRESIÓN EN LA MUJER GESTANTE Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL

Luz M<sup>a</sup> Fernández Mateos<sup>1</sup>  
Antonio Sánchez Cabaco<sup>2</sup>  
Universidad Pontificia de Salamanca

## RESUMEN

En este artículo analizamos como la depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante durante o después del proceso del embarazo. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento, etc.) o sociodemográficas fundamentalmente. Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento.

## INTRODUCCIÓN

Junto con la ansiedad, otra de las alteraciones emocionales que ha sido puesta de manifiesto en la mujer embarazada, según distintos estudios (Bernazzani, Saucier, David y Borgeat, 1997; Bernazzani y Bifulco, 2003; Berthiaume, David, Saucier y Borgeat, 1998; Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal, 2000; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández y Cabaco, 2004; Saraiva, 2006; Gutteling, de Weerth, Zandbelt, Mulder, Visser y Buitelaar, 2006) ha sido la sintomatología depresiva. Se han especificado cuatro áreas de riesgo que inciden directamente sobre la misma: locus de control, relaciones interpersonales, estresores e historia psiquiátrica previa (Nonacs y Cohen, 2002; Marks, Siddle y Warwick, 2003). Por otra parte los factores

---

<sup>1</sup> Correspondencia: [lmfernandezma@upsa.es](mailto:lmfernandezma@upsa.es). (UPSA, España)

<sup>2</sup> Facultad de Psicología (UPSA, España)

sociodemográficos inciden más directamente en los sentimientos de ambivalencia. Sin embargo aún son escasas las investigaciones centradas en examinar la predicción de desordenes depresivos y ansiedad en las mujeres gestantes. Ambas alteraciones emocionales están asociadas a una amplificación de desórdenes físicos (vómitos, náuseas, mareos, hipocondriasis, etc.) durante el embarazo (Kelly, Russo y Katon, 2001; Chou, Lin, Cooney, Walker y Riggs, 2003). De ahí, se hace necesario estudiar sus probabilidades y consecuencias para poder conseguir un óptimo desarrollo normo-evolutivo del embarazo con los beneficios que ello reporta a la salud física y psíquica tanto de la madre y del futuro hijo (Fernández, 2005).

El modelo cognitivo de Beck (1982) ofrece tres conceptos que explican el sustrato psicológico de la depresión: 1) el primero de ellos, la tríada cognitiva, se caracteriza por la presencia de tres patrones cognitivos: el primer patrón se centra en la visión negativa que de sí mismo tiene el sujeto; el segundo en la visión negativa del futuro y el tercero se centra en la interpretación negativa que el sujeto realiza del mundo y de sus experiencias. 2) El segundo concepto son los denominados esquemas, los cuales designan patrones cognitivos estables, que explican el hecho de que el sujeto depresivo mantenga actitudes contraproducentes incluso en contra de la percepción objetiva de que existen factores positivos en su vida. Desde este concepto el sujeto atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación, dando lugar a rasgos permanentes en la percepción e interpretación de la información procedente del medio estimular. 3) El tercer concepto se centra en los errores cognitivos que el sujeto depresivo comete en el procesamiento de la información, manteniendo la creencia de la validez de sus conceptos negativos. De los tres conceptos anteriormente señalados puede concluirse que el sujeto depresivo manifiesta interferencia arbitraria, abstracción selectiva, magnificación, minimización, personalización y pensamientos absolutistas dicotómicos.

Actualmente se considera que aproximadamente el 50% de la mujeres presentan depresión perinatal (Hayes, Reinhold y Bradley, 2001), frente a un 16% que la siguen padeciendo después del parto (Marcus, Barry, Flynn, Tandon y Greden, 2001), y que en ambos casos puede ser prevenida con un seguimiento de la mujer

durante el proceso del embarazo. El estilo depresivo previo al embarazo predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre y si se asocia con falta de apoyo conyugal ó embarazo prolongado, aumenta la posibilidad de depresión 6 meses después del parto. Por otra parte las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre están determinadas por factores psicosociales (situación económica, problemas de vivienda, situación laboral, etc.), síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos, anorexia) factores obstétricos, falta de atención materna, embarazo no deseado, escaso apoyo conyugal y puntuaciones altas en neuroticismo (Canaval, González, Martínez- Schallmoser, Tovar y Valencia, 2000; Chacón, García y Flórez., 2000; Kroelinger y Oths, 2000; Chou y cols., 2003; Fernández y Cabaco, 2004; Fernández, 2005).

La realización de estudios longitudinales muestra que existe una asociación entre la depresión prenatal y postnatal como lo puso de manifiesto el trabajo realizado por Josefsson, Berg, Nordin y Sydsjö (2001). Estos autores encontraron, al realizar un estudio longitudinal con 1558 mujeres, a las cuales se les aplicó la escala de Depresión de Edimburgo, un índice de correlación entre los síntomas prenatales y postnatales de  $r = 0,50$  ( $p < 0,0001$ ). La escala de depresión se administró en cuatro momentos distintos en el transcurso del embarazo y puerperio, obteniéndose los siguientes resultados: durante la semana 35-36 de gestación el predominio de síntomas depresivos fue del 17%; a las horas siguientes al parto el predominio fue del 18%; entre la 6ª y la 8ª semanas después del parto la manifestación de síntomas fue del 13% y a los 6 meses postparto las manifestaciones seguían siendo del 13%.

La depresión maternal sufrida durante periodos críticos del desarrollo fetal puede alterar los estados comportamentales del ser no nacido y como consecuencia su desarrollo neurobiológico (Grush y Cohen, 1998; Newport, Wilcox y Stowe, 2002; Fernández, 2003; Gaviria, 2006; Saraiva, 2006). Después del nacimiento las madres depresivas presentan un menor apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disfóricas durante la interacción con sus hijos (Nolen-Noeksema, Wolfson, Mumme y Guskin, 1995; Condon y Corkindale, 1997; Porter y Hsu, 2003), y a su vez, éstos, presentan una mayor irritabilidad, se muestran más

tensos y se fatigan más que los hijos de madres no deprimidas (Díaz, Pérez, Martínez, Herrera, y Brito, 2000; Fernández y Cabaco, 2005).

Ahora bien, la depresión además de estar asociada a factores de personalidad de la mujer gestante (locus de control, autoestima, historia psiquiátrica, neuroticismo etc.), lo está también a factores psicosociales como son el hecho de poseer poco apoyo social, experiencias emocionales previas negativas, estrés prenatal intenso, etc. que incrementan aún más el nivel de depresión (Berthiaume, David, Saucier y Borgeat, 1998; Canaval y cols., 2000; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández y Cabaco, 2004). Además, el nivel de depresión no se encuentra estable a lo largo de todo el proceso del embarazo, sino que como han puesto de manifiesto Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal (2000) obtienen diferencias significativas en función del periodo gestacional, manifestando los tres primeros y los tres últimos meses de gestación niveles de depresión más bajos que en el segundo trimestre.

Por otra parte, se ha podido comprobar que la sintomatología depresiva tanto antes como después del embarazo se puede mitigar si se realiza un seguimiento de los desordenes físicos (Kelly, Russo y Katon, 2001) y una adecuada educación prenatal dirigida fundamentalmente a aquellas mujeres consideradas de riesgo físico, social o psíquico (Hayes, Reinhold y Bradley, 2001; Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein y Howard, 2001; Fernández, 2003).

## **PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS**

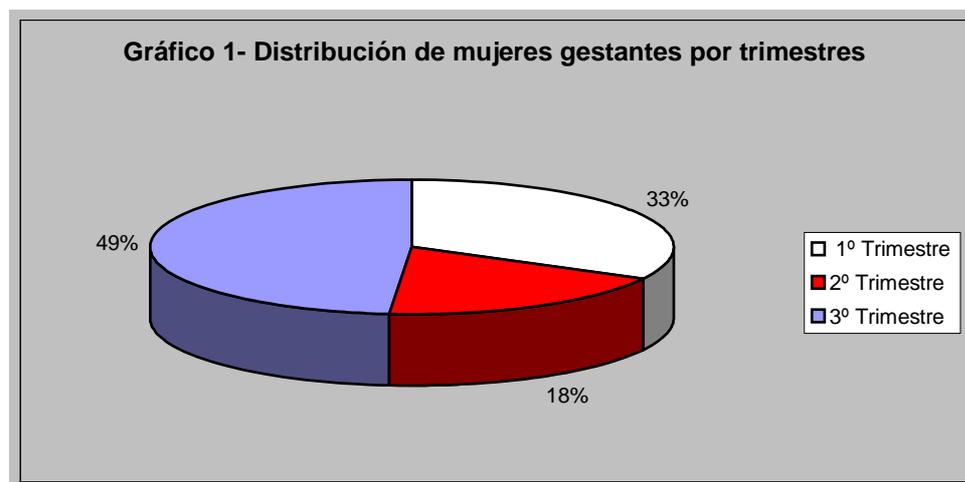
Partiendo de los estudios anteriormente mencionados, que consideran que el proceso de adaptación al embarazo y vinculación afectiva con el futuro hijo está mediatizado por variables como la depresión, en la cual a su vez influyen factores de personalidad de la gestante, apoyo social y marital percibidos, nos planteamos como objetivo general describir cómo la depresión, durante el proceso gestacional, puede estar desencadenada por la influencia de factores sociodemográficos y psicológicos de la mujer gestante y la repercusión que dicho estado emocional ejerce sobre la vinculación afectiva con el futuro hijo. Específicamente se pretende:

- a) Analizar qué influencia ejercen las variables sociodemográficas (ubicación geográfica del centro de salud; nivel de estudios de la gestante y de su pareja; estado civil; profesión de la mujer gestante y de su pareja; situación laboral de la mujer y de su pareja) y personales (edad de la gestante y de la pareja; trimestre de gestación; número de hijos; periodo de aplicación del protocolo) en el desarrollo de la depresión y en el proceso de vinculación afectiva con el futuro hijo.
- b) Valorar la interrelación del conjunto de variables medidas y su relación con el estado emocional de la gestante y vinculación afectiva con el futuro hijo.

## MATERIAL Y METODO

### Muestra

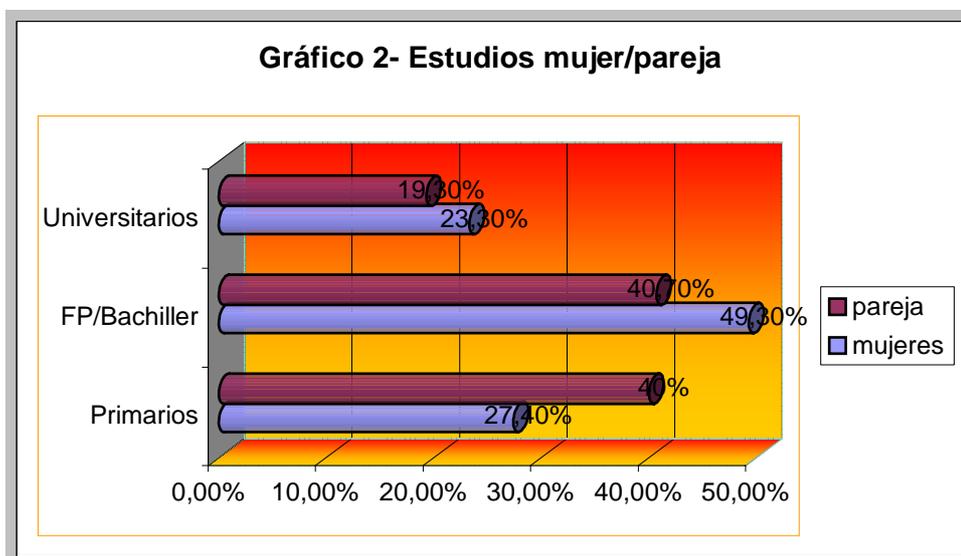
La muestra está compuesta por un total de 146 gestantes pertenecientes a diversos centros de salud de la ciudad de Salamanca (España). En el gráfico 1 podemos observar que el grupo más representativo en cuanto al periodo gestacional lo comprenden las mujeres del tercer trimestre gestacional.



En cuanto a la edad de las mujeres y de sus parejas el intervalo de edad que aglutina más mujeres gestantes y hombres se sitúa en el de 31-35 años.

Es importante señalar, dentro de las características sociodemográficas, el estado civil ya que en algunos casos conlleva problemáticas afectivas o de interacción familiar particulares. Para el estado civil de la mujer gestante se establecieron dos categorías: categoría 1 (casada), y categoría 2 que aglutina a mujeres solteras, divorciadas, separadas o que viven en pareja, porque independientemente no disponíamos de muestra representativa para cada una de ellas. El grupo por excelencia, con casi un 90% de la muestra, lo configuran las mujeres casadas, y sólo el 11% restante pertenece a otros estados.

El nivel de estudios es otra variable importante que determina fundamentalmente diferencias en la capacidad de la paciente para comprender y seguir instrucciones. Los déficits de comprensión suelen causar mayores niveles de estrés secundarios ante la dificultad de las pacientes para entender su propia condición biológica, las instrucciones de la evaluación psicológica y los procedimientos médicos. En gráfico 2 se representan las tres categorías establecidas en el nivel de estudios.



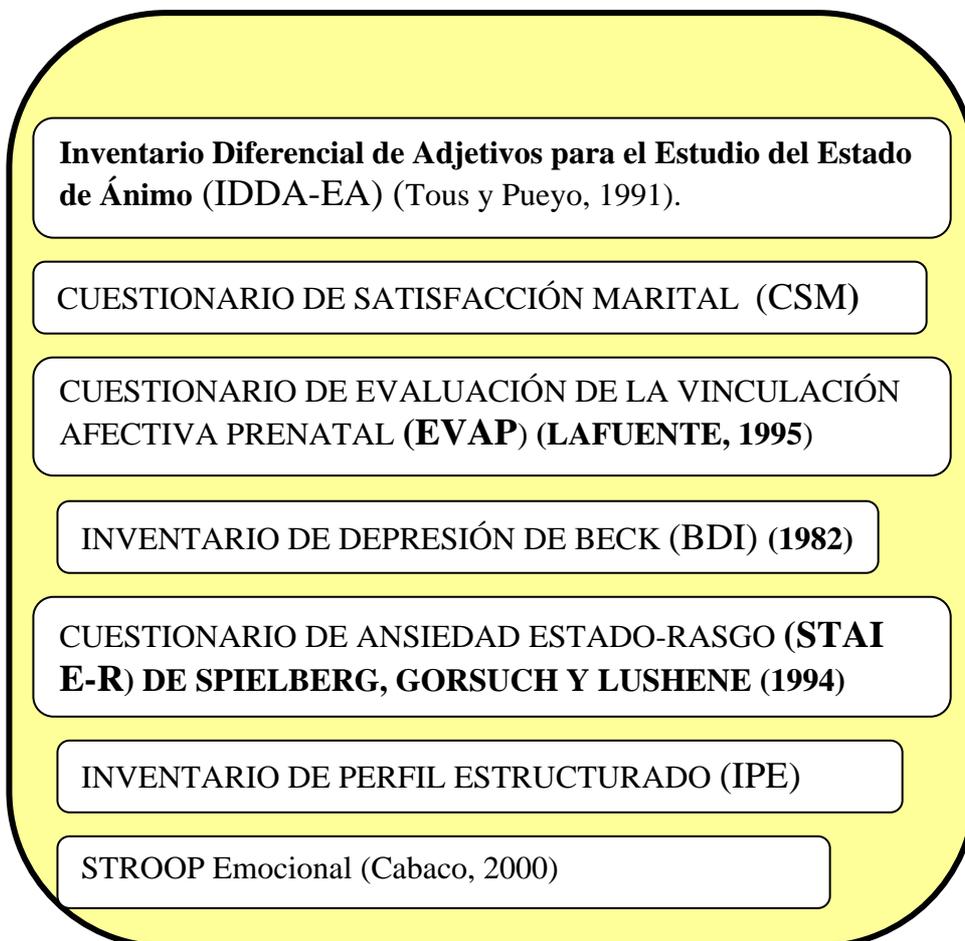
En cuanto a la paridad el 71% no habían tenido la experiencia de un parto. La categoría profesional de las mujeres y de sus parejas representa el 68,10% y el 81,40% respectivamente de profesiones no cualificadas. Y por lo que respecta a la

situación laboral de la mujer se reparten al 50% en paro/activo, frente al 94,50% de situación activa en la pareja.

Por último, en lo que respecta al periodo de aplicación de las pruebas, 31 (65,80%) de las gestantes fueron evaluadas en los meses de otoño-invierno y el resto en primavera-verano.

### **Instrumentos**

Para el estudio y medición de las variables se han utilizado los instrumentos que aparecen en el gráfico 3.



**Gráfico 3. Instrumentos de evaluación del protocolo**

Para el reclutamiento de la muestra y aplicación del protocolo (batería de pruebas psicológicas anteriormente enumeradas) se establecieron tres etapas. En la primera (etapa de sensibilización) se estableció contacto con las matronas de los distintos centros de salud. Posteriormente se estableció el contacto con la gestantes a través de las clases de preparación al parto (para las que se encontraban en el tercer trimestre de gestación) y de las consultas individualizadas con la matrona (mujeres que se encontraban en el primer y segundo trimestre). La información sobre el objetivo de la investigación fue dada de forma conjunta e individualizada, en ambos casos a de forma verbal. En la segunda fase se procedió a la aplicación del protocolo de forma individual a cada una de las mujeres. En la última etapa se entregó individualmente a cada mujer los resultados obtenidos en cada una de las pruebas.

## **RESULTADOS**

El análisis de los resultados se ha realizado con el paquete estadístico Statview 512+ implementado en Macintosh. Una vez analizadas las distintas variables sociodemográficas y personales obtenemos los siguientes resultados: en la variable dependiente depresión, no aparecen diferencias significativas en relación con las variables independientes centro de salud ( $p=,43$ ), trimestre de gestación ( $p=,173$ ), estado civil ( $p=,5266$ ), número de hijos ( $p=,2961$ ); situación laboral de la mujer gestante ( $p=,1369$ ), estudios de la pareja ( $p=,1556$ ), profesión de la pareja ( $p=,9323$ ), situación laboral de la pareja ( $p=,8828$ ), mes de aplicación del protocolo ( $p=,3908$ ), y profesión de la mujer gestante ( $p=,8193$ ).

Por el contrario sí se observan diferencias significativas en la variable independiente *edad de la mujer gestante*,  $p=,0101$ . Se manifiesta diferencia entre el grupo 1 -con una edad inferior a 25 años- ( $M=10,7$ ), con el grupo 2 -edad comprendida entre 26 y 30- ( $M=7,5$ ), y el grupo 3 -edades entre 31 y 35 años- ( $M=7,3$ ), presentando por tanto este último grupo un menor índice de depresión (a menor edad mayor índice de depresión).

En la variable *edad de la pareja*, con un nivel de significación del 1%,  $p=,0034$ , se obtienen resultados similares a la anterior. Encontrándose diferencias entre el grupo 1 -inferior a 25 años- ( $M=12,5$ ), con el grupo 2 -edades entre 26 y 30 años- ( $M=7,1$ ), con el grupo 3 -edades entre 31-35- ( $M=8$ ) y el grupo 4 -edades entre 36-40 años- ( $M=7,8$ ). Por tanto a menor edad de la pareja, mayor tendencia a respuesta depresiva en la gestante.

También se observan diferencias significativas ( $p=,0355$ ) en *estudios de la mujer gestante*. El grupo de mujeres con estudios primarios ( $M=9,4$ ) obtiene un mayor puntaje en relación al grupo de mujeres con estudios universitarios ( $M=6,8$ ). De ahí que, a menor nivel en los estudios mayor es el índice de depresión.

Además la variable depresión, en asociación con el estado de ánimo, presenta con activación una relación inversa ( $-.4$ ) al igual que con arousal ( $-.6$ ) siendo positiva la asociación con estrés ( $.5$ ). Con el grado de satisfacción marital presenta asociación inversa tanto con el grado de satisfacción experimentado por la mujer ( $-.5$ ) como con la percepción que la mujer tiene del grado de satisfacción de su pareja ( $-.5$ ). La depresión también correlaciona negativamente con variables de vinculación afectiva: el grado de aceptación del embarazo por parte de la mujer ( $-.3$ ) y con relaciones personales de la mujer gestante ( $-.4$ ). La relación entre depresión y conducta presenta una correlación ( $-.3$ ), al igual que con la variable drogas/biología ( $-.4$ ).

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que en el nivel de depresión no encontramos diferencias significativas en función del estado civil, trimestre de gestación, profesión de la mujer gestante y número de hijos. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos por Chacón y cols. (2000) que señalan que las mujeres casadas presentan menor índice de depresión en relación con el resto de formas de estado civil. En cuanto al trimestre de gestación Sánchez, Bermúdez y Buena-Casal (2000) obtienen que la mujer gestante manifiesta menor índice de depresión en el primer y último trimestre de gestación, probablemente, debido a que en el primer trimestre el estado de gestación es apenas perceptible y en el último se ha producido

una habituación a los cambios experimentados a lo largo de todo el proceso del embarazo. Por otra parte Canaval y cols. (2000), corroborando el estudio realizado por Dogal (1995) y Romito (1993), consideran que el ser ama de casa o tener profesiones no cualificadas de rango inferior, junto con el número de hijos, hace que la mujer gestante manifieste mayor índice de depresión.

En nuestro estudio sí encontramos diferencias significativas en la depresión cuando la edad de la mujer gestante y la de su pareja eran inferiores a 25 años. De esta forma corroboramos los estudios realizados por Pelechano y Matud (1990), así como los realizados por Chacón y cols. (2000). En ambos estudios se pone de manifiesto que a menor edad de la mujer gestante menor es la probabilidad de que ésta desarrolle habilidades para solucionar las complicaciones y situaciones normales del proceso gestacional.

Los estudios de la mujer también es una variable que en nuestro trabajo se manifiesta significativa en relación con la depresión, al igual que lo manifestaron los trabajos realizados por Chacón y cols. (2000), Canaval y cols. (2000), Hayes, Reinhold y Bradley (2001), donde se pone de manifiesto que a menor nivel de estudios mayor es el índice de depresión. Este dato indicaría que a un nivel bajo en los estudios iría acompañado de un déficit en el procesamiento de la información (Fernández y Cabaco, 2004), lo cual llevaría a la mujer gestante a distorsionar los síntomas normales del proceso del embarazo, generando hacia el mismo actitud negativa. Por el contrario a mayor nivel de estudios la mujer afrontaría mejor los eventos negativos estableciendo un proceso lógico y no buscaría formas de escape a la realidad para evitar el estresor.

Por lo que respecta a la interrelación entre las variables estudiadas podemos comprobar cómo la variable depresión correlaciona negativamente con activación y arousal, de tal forma que a mayor índice de depresión el estado de alerta de la gestante disminuye y su estado de ánimo es percibido negativamente con síntomas frecuentes de cansancio, fatiga, sueño y sentimientos de abatimiento autoinculpción, ineficacia, autoestima negativa, etc. (Chacón y cols., 2000). Por el contrario es positiva con respecto al estrés, lo cual pone de manifiesto cómo un estrés

generalizado y continuo durante largo periodo de tiempo provocan en la mujer gestante emociones negativas como la depresión, la cual influye en que se intensifiquen manifestaciones somáticas propias de la gestación como los vómitos o los mareos (Abraham, Taylor y Conti, 2001; Kelly, Russo y Katon, 2001; Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood, Flores, Ekeblad, Eddy y Herzog, 2001).

En el grado de satisfacción marital experimentado y percibido por la mujer gestante se obtiene un patrón inverso, de tal forma que a menor índice de satisfacción mayor es el índice de depresión pudiendo incluso estas situaciones influir en el deseo de continuar o no con el embarazo (Crockenberg y Leerkes, 2003). Al tener menos apoyo conyugal disminuye la percepción del soporte social y por tanto aumentan los sentimientos depresivos (Chacón y cols., 2000; Canaval y cols., 2000). Mientras que si la mujer percibe y experimenta apoyo, aumentan también en ella los sentimientos de eficacia y los recursos para hacer frente al proceso del embarazo (Melender y Lauri, 2002; Fernández, 2005).

El grado de aceptación del embarazo y las relaciones personales de la mujer presentan relación inversa con la depresión. En cuanto a la primera variable se corroboran los estudios de Kroelinger y Oths (2000) y Barrera, Hernández y Gómez (2002) al comprobar que la no aceptación del embarazo por parte de la gestante correlaciona con depresión en la escala de Hamilton. Por otra parte, la tendencia depresiva previa al estado gestacional se acompaña de una actitud negativa hacia la gestación por la distorsión cognitiva que los propios sentimientos depresivos originan en la gestante en cuanto a la eficacia para enfrentarse a las situaciones (Chacón y cols., 2000). Además, la depresión maternal se acompaña de alteración de los estados comportamentales del feto (Newport, Wilcox y Stowe, 2002). En relación a la segunda, las relaciones personales de la mujer gestante, se ven mermada por el aislamiento social que la propia depresión genera en la persona. El aislamiento disminuye el desarrollo de habilidades sociales, el sentimiento de autoeficacia y el disfrute o placer de las relaciones sociales (Canuso, 2003).

Con las variables salud y conducta, la depresión también correlaciona negativamente. Estos resultados pondría de manifiesto que las mujeres depresivas desarrollarían menos conductas protectoras de salud materno-fetal (Fernández, 2005). Estos resultados corroboran los desarrollados por Leithner, Maar y Maritsch (2002) al evaluar dichas variables con depresión y ansiedad en una muestra de 77 gestantes, y comprobar que el desarrollo de estrategias comportamentales anómalas va acompañado de una intensificación de desórdenes físicos y problemas somáticos.

En definitiva, podemos establecer como conclusiones las siguientes: a) el nivel de estudios de la mujer influye en el estado emocional del proceso de adaptación al embarazo, presentando las mujeres con estudios primarios mayor índice de depresión; b) la edad tanto de la mujer como de su pareja influye en el estado emocional de la mujer gestante, de ahí que una edad inferior a 25 años en ambos, se encuentra un mayor índice de depresión; c) la depresión influyen negativamente en la satisfacción marital experimentada y percibida, dificulta la aceptación del embarazo y las relaciones personales e influye negativamente sobre la conducta y salud de la mujer; d) la depresión correlaciona negativamente con el estado de energía y sensación de bienestar experimentados por la mujer gestante y positivamente con estrés.

De todo ello se deduce la necesidad de implementar programas de prevención, máxime cuando se ha observado que mujeres con antecedentes psiquiátricos presentan una mayor frecuencia de los mimos durante el primer trimestre de gestación, y una mayor incidencia de alteraciones emocionales, generalmente en forma de depresión, en los siguientes meses del periodo gestacional (Nonacs y Cohen, 2002). Además, se ha comprobado que determinadas variables sociodemográficas y personales pueden ser desencadenantes o mantenedoras de dicho estado emocional negativo. Los programas de prevención han de surgir además como alternativa a los tratamientos farmacológicos, ya que estos no inciden negativamente en el desarrollo del feto (Nonacs y Cohen, 2002; Austin, 2003; Gold, 2003; Fernández, 2005). Todo ello iría encaminado a lograr un óptimo desarrollo de la salud psíquica de la mujer gestante y como consecuencia una adecuada

vinculación con el hijo por nacer, pues como ha sido demostrado por Flórez (1999) las mujeres con menor apego a sus hijos eran aquellas que presentaban niveles altos de depresión y ansiedad. Por último señalar que estamos iniciando un estudio similar en población portuguesa para determinar la estabilidad de patrones transculturales para poder implementar estrategias de actuación conjuntas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, S., Taylor, A. y Conti, J. (2001). Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 482-487.

Austin, M.P. (2003). Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. Key aspects of antenatal care for general practice. *Australian Family Physician*, 32(3), 119-26.

Barrera-Oliveros, B., Hernández, M.S. y Gómez, S.V. (2002). Depresión y embarazo. *Revista Salud Pública y Nutrición* (Edición especial N° 2).

Beck, A. (1982). *Cognitive therapy of depression: new perspectives*. Nueva York: Raven.

Bernazzani, O. y Bifulco, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1249-1260.

Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H. y Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 391-402.

Berthiaume, M., David, H., Saucier, J. y Borgeat, F. (1998). Correlates of prepartum depressive symptomatology: a multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 45-56.

Canaval, G.E., González, M., Martínez- Schallmoser, L., Tovar, C. y Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Medical*, 31, 4-10.

Canuso R. (2003). Low-income pregnant mothers' experiences of a peer-professional social support intervention. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1),37-49.

Chacón, R., García, W. y Flórez, L. (2000). Estudio descriptivo asociado al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá. Santafé de Bogotá: Publicaciones de la Universidad Nacional de Colombia.

Chou, F.H., Lin, L.L., Cooney, A.T., Walker, L.O. y Riggs, M.W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal Nursing Scholarsh*, 35(2),119-125.

Condon, J.T. y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Jouranal of Medical Psychology*, 70, 359-372.

Crockenberg, S.C. y Leerkes, E.M. (2003). Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: mediating and moderating processes. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 80-93.

Díaz, A., Pérez, J., Martínez, M.J., Herrera, E. y Brito, A. (2000). Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: implicaciones para la atención temprana. *Anales de Psicología* 16(1), 101-110.

Dogal, L. (1995). *What makes woman sick. Gender and the political economy of health*. New Jersey: New Brunswick.

Fernández, L.M. (2003). Influencia de variables emocionales y sociodemográficas en la adaptación al embarazo y la vinculación afectiva. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca.

Fernández, L.M. (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.

Fernández, L.M. y Cabaco, A.S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.

Fernández, L.M. y Cabaco, A.S. (2005). Estado de ánimo y respuesta emocional en la gestante: influencias de variables psicosociales e implicaciones educativas. *Papeles Salmantinos de Educación*, 4.

Fernández, L.M., Cabaco, A.S. y Crespo (2003). Factores ambientales y embarazo: influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicología e Educaçao*, 2(2), 5-14.

Flórez, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17, 107-126.

Franko, D.L. Blais, M.A., Becker, A.E., Delinsky, S.S., Greenwood, D.N., Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Eddy, K.T., Herzog, D.B. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1461-1466.

Gaviria, S. L. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (2), 210-224

Gold, L.H. (2003). Psychopharmacologic treatment of depression during pregnancy. *Currents Womens Health Reproductive*, 3(3), 236-241.

Grush, L.R. y Cohen, L. S. (1998). Treatment of depression during pregnancy: balancing the risks. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 105-109.

Gutteling, B, de Weerth, C., Zandbelt, N., Mulder, E., Visser, G y Buitelaar, J. (2006) Does maternal prenatal stress adversely affect the child's learning and memory at age six? *Journal of Abnormal Child Psychology*. 34 (6), 787-796.

Hayes, B., Reinhold, M. y Bradley, B. (2001). Depression perinatal: a controlled trial selected at random of an intervention prenatal of the education for primiparas. *Birth*, 28(1), 28-35.

Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C. y Sydsjö, G. (2001). Dismal symptoms predominance in last pregnancy and postpartum. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 80(3), 251-258.

Kelly, M.D. Russo, Ph.D. y Katon, M.D. (2001). The complaints somatics among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or dismal amplification and of the anxiety of the new symptom?. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 82, 222-227.

Kent, A. y Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20 (7), 887-903.

Kroelinger, C.D. y Oths, K.S. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2), 112-119.

Lafuente, M. J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Cúpula.

Lazarus, A. (2000). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Leithner, K., Maar, A. y Maritsch, F. (2002). Experiences with a psychological help service for women following a prenatal diagnosis: results of a follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 23(3), 183-192.

Marcus, S.M, Barry, K.L., Flynn, H.A., Tandon, R. y Greden, F. (2001). Treatment standards for the depression in pregnancy. *Journal International of Gynecology and Obstetrics*, 72 (1), 61-70.

Marks, M.N., Siddle, K. y Warwick, C. (2003). Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *Journal of Matern Fetal Neonatal Medicine* 13(2), 119-127.

Melender, H.L. y Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *International Journal Nursing Practic*, 8(6),289-296.

Murray, C. y Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (2), 186-191.

Newport, D.J., Wilcox, M.M. y Stowe, Z.N. (2002). Maternal depression: a child's first adverse life event. *Seminary of Clinical Neuropsychiatry*, 7(2), 113-119.

Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. y Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377-387.

Nonacs, R. y Cohen, L.S. (2002). Depresión durante el embarazo: diagnóstico y opciones de tratamiento. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl 7), 24-30.

Pelechano, V. Y Matud, M.P. (1990). Concomitantes psicológicas en la gestación. *Psicogemas* 4(8), 267-305.

Porter, C.L. y Hsu, H.C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family and Psychology*, 17(1), 54-64.

Romito, P. (1993). Work and health in mothers of young children: who cares? Proceedings of Conference on Women Health and Work, CAPS, Barcelona, del 11 al 12 de Noviembre.

Sánchez, A.I., Bermúdez, M.P. y Buéla-Casal, G. (2000). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción*,(2), 2-3.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1994). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.

Tous, J.M. y Pueyo, A.A. (1991). *Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo (IDDA-EA)*. Madrid: TEA.

Zlotnick, C., Johnson, S.L., Miller, I.W., Pearlstein, T. y Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 638-640.

Fernandez-mateos, L.M. y Sánchez-cabaco, A. (2007). La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*, 1 (1). *Revista de psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*, 1 (1). Obtenido el (.....fecha..... ) en <http://www.aprendemos.net/RPPSM/PDF/v1n1o1.pdf>