

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Relación asociativa de la inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y los sucesos significativos en la presencia de la depresión durante el embarazo.

Doctorando

Lic. Sandro Antonio Giovanazzi Retamal

Legajo: 63998

Directora

Dra. Alicia Oiberman, PhD

18 de octubre de 2018

AGRADECIMIENTOS

Iniciaré agradeciendo a mis profesores del doctorado en Psicología de la Universidad de Palermo. De un modo especial al Dr. Alejandro Castro, por el apoyo constante que me ha brindado para poder finalizar este proceso tan relevante de mi vida como es este doctorado.

A la Dra. Alicia Oiberman, por haber inspirado en mí el estudio de los procesos psíquicos del comienzo de la vida. Además de creer en mi proyecto, realizó la supervisión académica y me llenó de buenas intenciones para finalizar el mismo.

Al Dr. Aquiles Pérez Delgado, por su apoyo constante. Gracias por todo, amigo.

A mi familia: Daniella, Vicente, Antonella y Vittorio, por toda su paciencia y cariño entregados en este proceso.

Finalmente, a las madres gestantes que me permitieron conocer en mayor profundidad su vivencia psíquica, y así comprender la vivencia de la maternidad de manera más sana.

RESUMEN DE TESIS

La presente tesis doctoral tiene como objetivo analizar mediante un modelo estadístico asociativo la presencia de la depresión durante el embarazo, a partir de las variables inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos en mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo, Chile. Es un estudio no experimental, transeccional de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 273 mujeres gestantes, con edades entre 18 y 38 años ($X= 24.63$; $SD= 5.33$) que asisten a los cuatro centros de salud familiar y atención primaria del sistema público de las ciudades de La Serena y Coquimbo, Chile. Los instrumentos que se utilizaron, fueron el Parental Bonding Instrument (PBI), la depression anxiety and stress scale (DASS-21), el TMMS-24, y la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP).

Como principales resultados se mencionan las asociaciones fuertes y positivas de las variables ansiedad y estrés con la variable depresión ($r= .687$ y $r= .752$), lo que parece indicar que a medida que las madres embarazadas presentan valores altos de ansiedad y/o estrés también presentan valores altos de depresión. Así mismo, los sucesos significativos de las mujeres embarazadas muestran que a medida que aumenta el número de sucesos significativos negativos las madres tienen mayores niveles de depresión ($r= .303$) y a la inversa, las madres embarazadas que tienen mayor número de sucesos significativos positivos presentan niveles más bajos de depresión ($r= -.489$). Los sucesos significativos específicos que mostraron asociación con los niveles depresivos fueron: situación de pobreza ($Chi^2: 42.864$), relación de pareja ($Chi^2: 18.174$), planificación del embarazo ($Chi^2: 70.728$), apoyo durante el embarazo ($Chi^2: 17.760$), embarazo de acuerdo a los controles ($Chi^2: 50.478$).

Las variables o dimensiones que poseen mayor peso explicativo para el modelo de regresión logística binaria son: estrés ($\beta: .482$), ansiedad ($\beta: .319$), cuidado materno del

vínculo parental temprano (β : .273), atención de la inteligencia emocional (β : .198), claridad de la inteligencia emocional (β : -.325), y sucesos significativos positivos (β : -.209).

Palabras Claves: Niveles de Depresión; Embarazo; Predicción.

ABSTRACT

The current doctoral thesis has the purpose to analyze by an associative statistical model the presence of depression during pregnancy, in the presence of multiple variables as self-perceived emotional intelligence, stress, anxiety, early attachment style, and significant events in pregnant woman, in the cities of La Serena and Coquimbo, Chile.

It is a non - experimental, transectional correlative study. 273 pregnant women composed the sample, ages from 18 to 38 years old ($X= 24.63$; $SD= 5.33$), attending to one of the four family health care centers and primary medical attention center from the cities of La Serena and Coquimbo, Chile. The Parental Bonding Instrument (PBI), the depression anxiety and stress scale (DASS-21), the TMMS-24, and the Perinatal Psychological Interview (PPI) were used.

As main results are mentioned the strong and positive associations between the stress and anxiety variables with the variable of depression ($r= .687$ y $r= .752$), which may indicate that, as pregnant mothers present high levels of anxiety and/or stress, they also present high levels of depression. Likewise, significant events of pregnant women show that, an increase of negative significant events, mothers present higher levels of depression ($r= .303$) and, by opposite, pregnant mothers with a higher number of positive significant events, present a lower levels of depression ($r= -.489$). The significant events that showed an association to levels of depression were: poverty situation ($Chi^2: 42.864$), couples relationship ($Chi^2: 18.174$), pregnancy planning ($Chi^2: 70.728$), support during pregnancy ($Chi^2: 17.760$), pregnancy according to health control ($Chi^2: 50.478$).

The variables or dimensions which contain a strong explanatory for the model of multiple regression are: stress ($\beta: .482$), anxiety ($\beta: .319$), maternal care of the early parental attachment ($\beta: .273$), attention to emotional intelligence ($\beta: .198$), clarity of emotional intelligence ($\beta: -.325$), and positive significant events ($\beta: -.209$).

Key words: Depression levels; Pregnancy; Prediction.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Introducción y Planteamiento del problema.	11
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS.	15
Capítulo 1: LA PSICOLOGÍA PERINATAL Y SUS APORTES.	16
1.1. Desarrollo de la Psiquiatría Perinatal.	21
1.2. La Psicología Perinatal en Chile.	24
Capítulo 2: EMBARAZO.	29
2.1. Embarazo y maternidad en el siglo XXI.	29
2.2. La maternidad y el impacto cultural.	30
2.3. Aproximación teórica y definiciones del embarazo.	35
2.4. Descripción del embarazo como parte de la maternidad.	40
2.5. Embarazo como etapa evolutiva en la mujer y en la familia.	43
2.5.1. Cambios en las áreas vitales de la mujer (física, emocional, social, personal).	43
2.5.2. Cambios en el ciclo vital familiar.	45
2.6. Tareas psicológicas y etapas del embarazo.	47
2.6.1. Tareas de la mujer en el embarazo.	47
2.6.2. Desarrollo físico y psíquico durante la gestación.	50
2.6.3. Manifestaciones emocionales.	59
2.7. Inseminación artificial y otras técnicas de fertilización.	63
2.8. Homoparentalidad.	64
Capítulo 3: DEPRESIÓN.	66
3.1. Depresión: Definición y aproximación conceptual.	66
3.1.1. Marco conceptual y definición.	67

3.1.2. Prevalencia.	68
3.2. Depresión Perinatal.	69
3.2.1. Diagnóstico y características.	69
3.2.2. Prevalencia.	71
3.3. Consecuencias de la depresión en el embarazo.	72
3.3.1. Impacto de la depresión en el desarrollo fetal.	73
3.4. Depresión posparto.	74
3.5. Impacto de la depresión en el desarrollo del niño.	77
3.6. Consecuencias en el proceso de vinculación madre-bebé.	80
Capítulo 4: FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS	
A LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO.	84
4.1. Inteligencia Emocional y depresión gestacional.	85
4.2. Estrés y depresión gestacional.	91
4.3. Ansiedad y depresión gestacional.	95
4.4. Estilo vincular y depresión gestacional.	97
4.4.1. Tipos de estilo vincular.	102
4.5. Sucesos Significativos y depresión gestacional.	106
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.	110
Capítulo 5: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.	111
5.1. Objetivos de la investigación.	111
5.2. Hipótesis.	112
5.3. Diseño de la investigación.	112
5.4. Participantes.	113
5.4.1. Muestra.	113
5.5. Procedimiento.	113

5.6. Aspectos éticos de la investigación.	114
5.7. Estudio 1.	116
5.8. Estudio 2.	120
5.9. Estudio 3.	124
5.10. Estudio 4.	127
5.11. Estudio 5.	133
5.12. Estudio 6.	166
5.13. Estudio 7.	170
Capítulo 6: DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.	177
6.1. Conclusiones Estudio 1.	178
6.2. Conclusiones Estudio 2.	181
6.3. Conclusiones Estudio 3.	182
6.4. Conclusiones Estudio 4.	183
6.5. Conclusiones Estudio 5.	188
6.6. Conclusiones Estudio 6.	189
6.7. Conclusiones Estudio 7.	190
6.8. Limitaciones de la investigación.	191
6.9. Implicancias teóricas y líneas de investigación futura.	192
Capítulo 7: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	194
ANEXOS.	238
Anexo 1. PBI	238
Anexo 2. TMMS-24	241
Anexo 3. DASS-21	243
Anexo 4. EPP	244
Anexo 5. Carta de Solicitud Centros de Salud.	247

Anexo 6. Consentimiento Informado.	248
Anexo 7. Pruebas de Normalidad.	249
a) linealidad	249
b) normalidad	254
c) homocedasticidad	256
d) independencia de errores	257

INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la mujer, la maternidad representa uno de los hechos más trascendentales en su vida. La sociedad y la cultura le han otorgado un valor especial al hecho de ser madre, determinando lo que se espera acerca de una madre, los significados compartidos acerca de “ser buena madre”, y este rol como una función propia del género femenino (García & Palacín, 2001).

Cada día diversos autores, páginas de revistas dedicadas a la maternidad y libros del quehacer científico, plantean la necesidad del cuidado de la mujer durante el embarazo por la relación directa que tiene no sólo para la mujer, sino también con el nuevo ser humano que viene en camino; siendo clave para los primeros estadios de este último, la salud física y emocional de la madre.

Consecuentemente, en el último tiempo se ha reconocido como una línea de investigación en psicología, la salud mental de la mujer durante el embarazo y posparto (Oiberman, Santos & Nieri, 2011), proponiéndose el concepto de salud mental perinatal, en el cual se incluye la observación por parte de los expertos de los riesgos psíquicos que surgen en la mujer durante el período perinatal –definido como el período que incluye el embarazo y el primer año posparto-. Los trastornos más comunes observados por la psicología perinatal son los trastornos de alimentación, ansiedad y depresión (Austin, 2003; Austin, 2004; Paolini, Oiberman & Balzano, 2012; Sophie, Trui-jens, Nyklíček, Van Son & Pop, 2016), siendo estos dos últimos los más comunes y los que tienen mayor comorbilidad (Kessler et al., 2003; Lancaster et al., 2010).

En este sentido, la depresión durante el embarazo afecta alrededor de un 13% de las mujeres embarazadas a nivel mundial (Banti et al., 2010) y en un 10% en la población chilena (Jadresic, Jara, Miranda, Arrau & Araya, 1992), generando consecuencias

importantes para la madre, para el niño y para la familia, tales como: dificultades de desarrollo cognitivo, problemas emocionales en el futuro (DiPietro, Hilton, Hawkins, Costigan & Pressman, 2002), mayor probabilidad de desarrollar una depresión posparto (Borders, Grobman, Amsden & Holl, 2007) y mayor dificultad de reorganizar a la familia en torno al infante, entre otras (Abidin, 1995).

El interés científico y social en la depresión preparto no sólo radica en sus consecuencias y alta prevalencia, sino también en su carácter silencioso, donde muchas veces la sintomatología es confundida con los síntomas propios del embarazo –tales como fatiga, alteraciones del sueño, irritabilidad y aumento de peso-, habiendo un importante subdiagnóstico de parte del personal de salud –obstetra, matrona, nutricionista- como de las propias familias o la madre (Sarzuri, 2007).

Algunas consecuencias observables a simple vista de la depresión durante el embarazo aluden a la escasa adherencia o abandono de los cuidados prenatales propios del embarazo, como las ausencias a los primeros controles y deterioro del autocuidado que se requiere para el proceso del embarazo (Dorca, 2015; Jadresic, 2010; Orr, Blaze, James & Reiter, 2007).

Actualmente existen diversos estudios que buscan poder explorar, describir, conocer y detectar los aspectos que más se relacionan con la aparición de los trastornos mentales durante el embarazo con la finalidad de poder intervenir de manera precoz, evitando las graves consecuencias que estos trastornos pueden traer. Chile no ha quedado exento de esta necesidad, donde la aparición de estudios referentes al tema junto al surgimiento de una serie de cambios en las políticas públicas de salud y basado en el enfoque acerca del cuidado por el inicio de la vida, también evidencia la necesidad por el cuidado de la salud mental prenatal en la mujer (Jadresic, 2014).

Testimonio de lo anterior, lo constituyen los diferentes cambios en la atención en salud pública. Uno de ellos se materializa a través de la puesta en práctica de “Chile Crece

Contigo”, programa que fue diseñado e implementado desde el año 2006 sobre la base de las recomendaciones efectuadas por el Consejo Asesor para la Reforma de las Políticas de Infancia. Este modelo suma a la atención tradicional, un enfoque más amplio e integrador basado en aspectos biopsicosociales, que busca establecer la atención en la promoción del desarrollo integral y la prevención de vulnerabilidad que se presente en las etapas tempranas del desarrollo, desde los 0 años de vida incluyendo la etapa intrauterina. Es así como la oferta de servicios dispuesta por este programa, contempla el período gestacional, el parto y el puerperio; la hospitalización neonatológica y pediátrica en los casos requeridos, y finalmente incorpora el período del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los cuatro años de edad (Cordero, Vergara, Arriet & Torres, 2011).

Un segundo cambio comenzó desde el año 2012 en el Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (Rojas, Dembowski, Borghero & González, 2014), con la elaboración de un protocolo de manejo para la detección precoz de la depresión durante el embarazo y el puerperio, siendo aplicado desde el año 2014 en centros de atención primaria los cuales buscan detectar de manera temprana y tratar oportunamente este trastorno.

A la par de los cambios en las políticas públicas, las cuales denotan el interés por abordar integralmente la etapa gestacional en Chile, la psiquiatría también se ha venido preocupando del estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales del pre y posparto. Comienza a utilizarse la expresión “psiquiatría perinatal”, lo cual constituye otro dato que denota la preocupación por esta etapa de la vida en este país (Jadresic, 2010).

En relación a las circunstancias precursoras de la depresión durante el embarazo, la literatura reconoce potenciales condiciones tales como: presencia de insomnio (Chan-Chan, Cisneros-Dorantes, Matín-Arceo & Reyes-León, 2013), déficit de vitamina D (Bertone-Johnson, 2009; Huang et al., 2014), la presencia de ansiedad (Silva, Díaz & Mejías, 2013), la violencia intrafamiliar (Sánchez-Jimenez, Trejo & Becerra, 2008) y factores psicosociales

y acontecimientos vitales (Ferreira, Granero, Noorian, Romero & Domenech-Llabería, 2012; Paolini, Oiberman & Balzano, 2012); todas las cuales se presentan como condiciones preexistentes al estado de embarazo. Por otra parte, en el caso de las primigestas, la condición de estado civil, el tipo de embarazo y los estresores económicos y/o sociovinculares, son aspectos que se relacionan de manera directa con la emergencia de la depresión (Moreno, Domingues & Franca, 2004; Quezada & González, 2012).

Las escasas investigaciones en Chile, así como el comienzo de planes y programas en los cuales se han comenzado a atender a las madres, los niños y sus familias; justifican el interés por la presente investigación, la cual tiene como objetivo evaluar la presencia de factores predictores de los niveles de depresión en el embarazo de mujeres que han sido diagnosticadas con depresión durante la gestación.

Las variables propuestas por la presente investigación incluyen: inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos, como posibles factores predisponentes para el desarrollo de la depresión preparto.

El trabajo se presenta estructurado de la siguiente manera:

En primer lugar, se realiza una revisión bibliográfica donde se ubica y destacan los siguientes conceptos: psicología perinatal, depresión, depresión en el embarazo, riesgos asociados a la depresión durante el embarazo, depresión posnatal, inteligencia emocional, ansiedad, estrés, estilo vincular temprano, y sucesos significativos. En segundo lugar se describe la metodología utilizada en la investigación y sus resultados principales. Se reportan tablas donde se indican en detalle los resultados. Posteriormente se presenta la discusión y conclusiones referidas a la integración de la bibliografía y los resultados expuestos. Por último, se incluye un apartado donde se puede encontrar toda la bibliografía utilizada y los anexos detallando los instrumentos que se usaron durante el estudio y el documento de consentimiento informado que se entregó a los participantes.

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

Capítulo 1. LA PSICOLOGÍA PERINATAL Y SUS APORTES.

La psicología perinatal no es nueva, como sí lo es su nombre. Desde la antigüedad se puede observar una preocupación intensa en relación a las transiciones de la vida, particularmente el embarazo y el nacimiento, siendo momentos rodeados de rituales, amuletos y personas especializadas en estos procesos, como matronas, comadreas y doulas, que tenían como rol principal educar y acompañar a las familias y especialmente a las madres durante el período gestacional, de nacimiento y primeros años de vida del bebé. El rol de estas mujeres no era únicamente médico –salud y asistencia en la gestación, parto y lactancia- sino que también brindaban una contención emocional, ayudando a la familia a reordenarse en torno a la nueva situación y brindando apoyo comunitario en la crianza y cuidado del niño (Oiberman, 2009; Oiberman & Mercado, 2009).

Con el paso del tiempo, los avances tecnológicos permitieron que la medicina y la atención en salud pudieran ir haciéndose cargo de estos momentos y desplazando el rol de las matronas o doulas, ya que la evidencia científica permitía disminuir los riesgos y la mortalidad asociados al parto natural, aumentando de esta manera la sobrevivencia tanto de madres como de neonatos. Este nuevo escenario no sólo disminuyó la angustia de las madres en torno a las posibles complicaciones del embarazo, sino que a la vez las dejó desprovistas del apoyo psicológico y contención que brindaban las mujeres que se especializaban en periparto dentro de las comunidades. La mujer quedó cada vez más sola emocionalmente, siendo atendida en hospitales con tecnologías cada vez más avanzadas, pero sin el calor humano que representaba antiguamente la compañía comunitaria que servía como factor social protector ante las posibles patologías psicológicas asociadas a la maternidad (Oiberman et al., 2008; Oiberman, 2013).

Fiszelew y Oiberman, (1995) identifican algunos antecedentes (trabajos o conceptos) de importancia para el desarrollo de la psicología perinatal: Leboyer (1976) sobre el nacimiento

sin dolor, los aportes de Salvatierra en España acerca de la psicobiología del embarazo, los aportes de Recamier (1961) acerca de las psicosis en etapa puerperal. En Argentina, las experiencias relatadas por Videla y Grieco (1980) en la maternidad, lo cual dio origen al libro “Maternidad y Mito”. Posteriormente Glangaud (1994), propone la relación entre los factores psicosociales y las consecuentes complicaciones durante el parto. A finales del siglo pasado, Molenat (1999) en Francia, trabajó capacitando a los agentes de salud en las maternidades. En los años más recientes, gracias al aporte de Salvatierra (1989), se logra comprender los mecanismos neuro-endocrinos e inmunológicos subyacentes.

En los estudios del desarrollo del niño, toma gran trascendencia la Psicología de la gestación, la cual aborda el conjunto de cambios que se van a producir desde el inicio del embarazo (Jadresic, 2010). La diferencia de la psicología gestacional y la perinatal reside principalmente en que esta última considera el preparto y posparto como un continuo que tiene diferentes etapas interrelacionadas y que se afectan mutuamente, más que dos procesos completamente diferentes (APA, 2013).

Es así como en años más recientes la psicología perinatal hace referencia a la rama de la psicología que se encarga de la salud mental de las madres durante el período perinatal, que incluye el embarazo y el primer año de vida del niño. Está enfocada principalmente en la mejoría de la calidad de vida de la madre y la disminución de los riesgos en el desarrollo del infante debido a dificultades psicológicas experimentadas durante el período perinatal (Alhulsen & Alvarez, 2016).

El reconocimiento de esta línea de investigación en psicología, además de facilitar el estudio de la mujer durante el embarazo (Oiberman, Santos & Misic, 2011) ha permitido que la Psicología Perinatal comience a tomar un rol importante, teniendo como foco de interés el inicio de la vida y todos aquellos momentos que rodean y acompañan el proceso de nacer,

desde la concepción, el embarazo y su transcurso, hasta a las etapas posteriores al nacimiento (Oberman et al., 2011).

Lo específico y novedoso de la perspectiva perinatal es que trabaja simultáneamente con dos sujetos: la madre y el niño; haciendo foco en el vínculo entre ellos. Resalta la interrelación biológica y emocional de estas dos personas que transitan un momento evolutivo trascendental para ambos: el nacimiento de un niño que da lugar al nacimiento de una madre y el nacimiento de una madre que da lugar al nacimiento de un niño (Oberman, 2015).

La psicología perinatal es un área específica, con características propias, de intervenciones variadas, complejas, flexibles e interdisciplinarias, que abarca tanto el trabajo con adultos -en este caso con las madres embarazadas, puérperas, padres y familiares-, como con niños -desde recién nacidos hasta la primera infancia-, además de otros profesionales a cargo del cuidado de la diada madre-hijo (Oberman, 2015).

En este sentido y considerando el apoyo social, familiar y comunitario como fundamental en el bienestar emocional y afectivo de la madre y su hijo, Garelli y Montuori (1998) manifiestan la necesidad de favorecer y potenciar la participación de la familia como parte trascendental, al igual que el equipo que atiende y se encarga de los cuidados médicos del niño al nacer. Ambos sistemas, familia y equipo médico, se consideran de suma importancia en situaciones relacionadas con el embarazo y parto.

Por otro lado, la psicología perinatal, además de abordar el fenómeno complejo del nacimiento y lo que acontece posteriormente, desde una perspectiva vincular; tiene por objetivo detectar y abordar situaciones críticas suscitadas en el embarazo y al momento de nacer el bebé, aportando estrategias de intervención psicosociales al trabajo interdisciplinario (Oberman et al., 2011), nutriéndose de la psicología de la gestación -ya que se preocupa de los cambios que acontecen a la mujer durante la gestación- (Defey, 2009)

y de la psiquiatría perinatal -tomando en cuenta sus aportes en relación a las alteraciones y psicopatología que se presentan en la mujer embarazada y sus efectos en el bebé por nacer- (Jadresic, 2014).

De igual forma, esta rama de la psicología se ha unido a otras ciencias médicas como la obstetricia, la neonatología y la pediatría, formando un área particularmente especializada en la salud materno-infantil (Oberman, 2015); cuya modalidad de trabajo es realizar entrevistas que ayudan a crear el vínculo que va a permitir que las crisis vitales sean puestas en palabras dentro de un ambiente contenedor. Es en este proceso donde se hacen explícitas las cuestiones que deben ser reorganizadas con la llegada de la maternidad y lo que significa, permitiendo un reordenamiento subjetivo que facilite el vínculo mamá-hijo (Oberman, 2008). En este sentido Oberman et al. (2011) sostiene que: “La psicología perinatal permite abordar la problemática de las situaciones críticas de nacimiento desde una perspectiva psicológica, aportando estrategias de intervención psicosociales al trabajo interdisciplinario” (p. 93).

En cuanto al período prenatal, en la antigüedad se consideraba al embarazo como un factor protector para los trastornos mentales. No obstante, en 1985 la psiquiatra Oppenheim puso en duda esta creencia (Correa & Jadresic, 2000) y fue quién por primera vez comenzó a reflexionar y cuestionarse acerca de la presencia de trastornos psicológicos en la etapa prenatal de la mujer (Sumano-López & Vargas-Mendoza, 2014). De igual manera, y posteriormente a sus escritos, en distintas partes del mundo el interés de los profesionales de la salud se centró en estudiar y determinar la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en las mujeres gestantes (Halbreich & Karkun, 2006).

En las últimas décadas se ha establecido la psicología perinatal como un aspecto importante a investigar en el mundo (Organización mundial de la Salud [OMS], 2008), enfocándose en la prevención, detección y manejo de los problemas de salud mental durante

el período que comprende el embarazo y el puerperio, principalmente el trastorno depresivo mayor (Agius, Xuereb, Carrick-Sen, Sultana & Rankin, 2016). Esto se debe a la evidencia sostenida de que el estado emocional y afectivo de la madre repercute en su calidad de vida, en la de su familia, y tiene serias consecuencias en el desarrollo fisiológico y epigenético del feto (Glover, 2014), afectando principalmente su desarrollo cognitivo y afectivo. Sin embargo, algunos autores consideran el embarazo como un acontecimiento exclusivamente fisiológico normal en el ciclo de vida de la mujer, dejando de lado los aspectos psicológicos y sociales que implica (Luque-Coqui, 1999).

En suma, cada vez se reconoce más la importancia del profesional de la salud mental en el trabajo conjunto con profesionales de otras áreas de la salud, en estas etapas de la vida, ya que su presencia aporta una forma de considerar el peso de las variables psicológicas en la práctica médica del equipo y las situaciones vitales que vive la futura madre, la familia y el futuro bebé; también aporta mayor coordinación y atención a esos aspectos, lo cual es considerado de gran importancia para la prevención del desarrollo de patologías mentales en el posparto y en el infante (Oiberman, Santos & Misic, 2011).

A pesar del posicionamiento de la psicología perinatal a partir de la década de 1990 (por lo menos en Argentina) dentro de las ciencias gineco-obstetricia, neonatología y pediatría; esta área de estudio e intervención no ha estado exenta de desafíos y vicisitudes. Pero recién, desde el año 2010 se comenzó a estudiar, investigar, brindar apoyo y atención en esta etapa de la vida de la mujer olvidada por mucho tiempo dentro de las ciencias de la salud mental, tomando real importancia el período gestacional (Agius, Xuereb, Carrick-Sen, Sultana, & Rankin, 2016). Antes de éste, el control y monitoreo del transcurso del embarazo estaban enfocados en la detección temprana de alteraciones o enfermedades físicas que pudieran estar afectando a las mujeres y/o a sus hijos, con el fin de intervenir de manera oportuna y eficaz ante cualquier alteración que pusiera en riesgo el desarrollo sano del feto, la salud de

la futura madre o la vida de uno o ambos. Dejándose de esta manera de lado y sin investigar específicamente, la salud mental de la mujer gestante (Oberman, 2009).

1.1. Desarrollo de la Psiquiatría Perinatal.

Lejos de Latinoamérica, en Europa, comienza el interés por el desarrollo de la psiquiatría perinatal, transformándose en un paradigma importante de estudio. Esta rama de la Psiquiatría se inicia en el siglo XIX en Francia, donde aparece por primera vez un interés científico específico por los trastornos perinatales a través de publicaciones de Esquirol (1838) y sobre todo de Louis Victor Marcé en 1858 con tratamiento de la locura de mujeres embarazadas, nuevos partos y enfermeras y consejeros médico legales (el *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchés et des nourrices et considerations médicolegales*) (Cabaleiro, 1993).

Alrededor de los años 40-50 con la aparición de las primeras Unidades de Hospitalización madre-bebé (Inglaterra), en relación con la petición de autorización de pacientes para ingresar en el hospital con su bebé, se empezaba a constatar el efecto traumático que tenía en los niños más pequeños la separación de sus familias durante las evacuaciones masivas en los bombardeos alemanes a las ciudades inglesas y, en consecuencia, el interés de los profesionales en la perinatalidad (Asociación Española de Neuropsiquiatría [AEN], 2015).

A partir de los años 60, y luego de varios años de escaso desarrollo retoma nuevamente un gran protagonismo. Al igual que la psicología perinatal, ha sido considerada de gran impacto en el estudio del desarrollo del niño, en la construcción de la identidad parental, en el desarrollo del recién nacido y en sus implicaciones en la armonización de las interacciones parento-filiales (Cabaleiro, 1993).

En la misma década del '60 aparecen los trabajos de psicoanalistas como Klein, etólogos como Lorentz y Harlow, psiquiatras o psicoanalistas como Winnicott, que junto con los

trabajos sobre el apego de Bolwby, van a crear el ambiente propicio para el desarrollo de estas primeras experiencias (AEN, 2015).

AEN (2015), destacan que posterior a los años 70 – 80, se identifican dos grandes corrientes en la Psiquiatría Perinatal. La primera de ellas es la corriente anglosajona caracterizada por afirmar que la puerta de entrada al sistema es el trastorno mental de uno de los padres, y el bebé o la relación Madre-Padre-Bebé se abordan como consecuencia o causa desencadenante del trastorno del adulto. La segunda es la corriente francófona que pone el acento en la relación que existe entre el trastorno de uno de los padres, en general la madre, y los del bebé, en una perspectiva fundamentalmente de psicopatología relacional.

De acuerdo a AEN (2015), la Psiquiatría Perinatal es una disciplina que se ubica en el medio entre la psiquiatría del adulto y la del niño, teniendo como objetivo de estudio los trastornos mentales, en uno u otro de los padres, durante el período perinatal, además de trabajar con el desarrollo fetal del recién nacido y del lactante, en esta díada o tríada.

La psiquiatría considera más amplio este período en comparación con la pediatría o la ginecología-obstetricia. Para la pediatría empieza con el embarazo y termina al mes de vida, y para la ginecología-obstetricia a las 16 semanas después del parto. Mientras que para los psiquiatras este período se extiende desde el inicio del embarazo hasta el fin del primer año de vida del niño (AEN, 2015).

Jadresic (2014) hace mención al progreso de la psiquiatría perinatal durante los últimos años, haciendo hincapié en la importancia de que los profesionales de la gineco-obstetricia y la pediatría tomen participación en estos avances, enfocándose en el contacto que mantienen con las mujeres embarazadas/puérperas en los controles de salud, ya que les entrega una oportunidad para estar alertas y poder detectar de manera precoz la depresión y así establecer un tratamiento efectivo. Esto evitaría o minimizaría las consecuencias

negativas que se han mencionado con anterioridad y que se detallarán a lo largo del presente estudio.

Para García-Esteve y Valdés (2017) los principales objetivos de la Psiquiatría perinatal deberían ser los siguientes: a) Integración de los conocimientos de la biología del neurodesarrollo en un marco conceptual dirigido a la práctica clínica; b) Muestreo de los principales trastornos mentales que pueden afectar a la mujer en este período y señalar la importancia del estrés durante el embarazo para el desarrollo del bebé; c) Exposición de todo lo relacionado con la intervención, tanto en la planificación del embarazo, cuando la mujer ya está diagnosticada de un trastorno mental, como en el tratamiento farmacológico y psicológico durante este período mediante pautas útiles. d) Explicación del tratamiento de patologías como la ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar, psicótico o por consumo de sustancias.

La Psiquiatría perinatal como abordaje terapéutico complejo tiene doble paradigma: Por un lado como objetivo curativo, y por otro como objetivo preventivo. Para lograr estos objetivos la Psiquiatría perinatal tiene que atender a dos grandes sujetos indisociables, el adulto enfermo y el vínculo padre/madre-bebé, ahora en clara situación de riesgo.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (2015) plantea la necesidad de integrar en la Psiquiatría Perinatal diferentes disciplinas científicas que lleven a una mayor comprensión multifactorial de los trastornos. Se establece un trabajo conjunto entre la Psiquiatría del Niño y del Adolescente, con otras disciplinas médicas (Psiquiatría de Adultos, Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Médicos de Familia), paramédicas (Psicología Clínica, comadronas, enfermería pediátrica) y las áreas de Servicios Sociales, Atención Temprana y Educación.

1.2. La Psicología Perinatal en Chile.

En Chile las políticas públicas han ido cambiando en concordancia con el cambio paradigmático que se ha venido insertando dentro de las últimas décadas, el cual ha llevado hacia una modificación en las concepciones existentes acerca de la atención en salud, tornándose ésta en prácticas más humanizadas y personalizadas, donde la familia ocupa un rol trascendental. El recién nacido requiere de la participación de su familia para recibir un cuidado integral en este período de inicio de la vida. Así, la familia pasa a ser un mediador de su crecimiento y desarrollo físico, psicológico, social, espiritual y cultural (Fernández, 1999). Sin embargo, estas consideraciones están enfocadas principalmente a la etapa posparto, dejando fuera de rango el cuidado, protección y acompañamiento a la mamá gestante.

En este sentido, tanto la gestación como el nacimiento, además de su dimensión biológica, incluyen procesos psicológicos y sociales fundamentales que se deben tomar en cuenta en el período perinatal. La asistencia al nacimiento se amplía al manejo no azaroso de riesgos psicológicos y sociales que podrían perturbar el desarrollo del bebé, su integración a la familia y, a largo plazo, su participación en la sociedad (Kimelman, 2000).

Según estudios realizados en el Consultorio de Asistencia Perinatal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que atiende a padres de embarazos con fetos en riesgo vital y nacidos con problemas, la atención de los mismos padres en términos de cuidar su salud mental incide en el bienestar del feto y del posterior nacimiento. El trabajo realizado allí ha permitido acercarse más a la realidad de estos padres que requieren de apoyo especializado para sobrellevar sentimientos de duelo, temor y culpa desarrollados ante diversas situaciones. Frente a esto postulan: “Cada día es más claro que el grupo familiar no sólo requiere de ayuda sino que tiene el derecho de recibirla y en este sentido los grupos de trabajo deberíamos tener una perspectiva de acción” (Valenzuela et al., 2003, p.88).

En Chile, se han venido insertando varias prácticas nuevas en los servicios de salud. Por ejemplo la “técnica canguro”, en la cual se intenta que el contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre sea realizado lo más pronto posible luego que el bebé nace. Las técnicas son utilizadas para promover el apego precoz mediante el contacto piel con piel entre madre e hijo inmediatamente luego del nacimiento durante al menos 2 horas y el intento de comenzar la lactancia entre los primeros 20 a 30 minutos luego del parto (Adewuya, 2005). Sin embargo, se debe considerar que este proceso se puede ver significativamente impedido en una madre con depresión gestacional no tratada, ya que tienden a rechazar al bebé luego de nacer generando dificultades para amamantar (Bennett, Einarson, Taddio, Koren & Einarson, 2004). Es por ello que la salud mental de la madre y del bebé posparto es específica para cada factor.

Otra práctica novedosa es la noción de “hospital amigo” la cual denota la inclusión de la familia como un importante integrante en la participación de los cuidados del recién nacido hospitalizado o de la madre que se encuentra pronta al nacimiento de su hijo(a).

En este mismo sentido, el cuidado posparto ha cambiado en la atención de salud pública considerablemente en los últimos años a través de la puesta en práctica del programa “Chile Crece Contigo”, que fue diseñado e implementado en el año 2006 sobre la base de las recomendaciones del Consejo Asesor para la Reforma de las Políticas de Infancia, como resultado de un trabajo profundo y exhaustivo de diagnóstico de la situación.

Este modelo incorpora a la atención tradicional, un enfoque más amplio de los aspectos biopsicosociales, buscando establecer en la misma, la promoción del desarrollo integral de la familia, trabajando sobre las vulnerabilidades presentes en las etapas tempranas del desarrollo, que incluyen desde la intrauterina hasta la adolescencia. A pesar de que el programa “Chile Crece Contigo” contempla la etapa gestacional, la gran mayoría de sus esfuerzos han estado enfocados en la etapa posparto, fomentando principalmente la

lactancia, el porteo –método canguro- y la inclusión del padre y la familia en la crianza y cuidado del niño (Cordero et al., 2011).

Pese al gran avance logrado en Chile en los últimos años, la psicología perinatal no se ha establecido como una especialidad dentro de la salud mental, por lo que el programa “Chile Crece Contigo” funciona desde una perspectiva psicosocial donde los lineamientos de acción son desarrollados en varias etapas, comenzando en el embarazo con el primer control prenatal que se hace la mujer. En esta primera entrevista se aplica una pauta estandarizada para la detección temprana del riesgo psicosocial, instrumento que permite pesquisar factores de riesgo que pueden afectar el bienestar de la madre y el desarrollo integral del niño(a) antes de nacer.

Para la adecuada aplicación de dicho instrumento, se aumentó el tiempo de duración del primer control de gestación de 20 a 40 minutos, propiciando la empatía y sensación de apoyo hacia la embarazada, su pareja y/o familia, y además poder detectar adecuadamente a las familias que requieren apoyos especiales. Los resultados de esta pauta permiten priorizar acciones en salud y activar prestaciones diferenciadas de la Red de Protección Social según corresponda (MINSAL, 2010).

Luego de la primera entrevista se realizan visitas domiciliarias integrales, las cuales son realizadas por integrantes del equipo de salud y su principal objetivo es la promoción de mejores condiciones ambientales y de relación familiar.

Por otro lado, se realizan actividades enfocadas en la educación las cuales corresponden a talleres grupales de preparación para el parto y la crianza, dirigidos a las mujeres, sus parejas o acompañantes. Estas estrategias tienen como finalidad proporcionar apoyo integral durante el embarazo, aumentar la capacidad de autocuidado y el bienestar emocional, y fortalecer la preparación física y emocional tanto para el parto como para la crianza en el primer período del recién nacido(a).

Se puede notar que en Chile existe un esfuerzo importante por considerar la etapa gestacional como un período de vulnerabilidad psicológica con grandes efectos para la familia, pero las intervenciones no son específicas, por el contrario son generales e intuitivas, lo que brinda buenos cimientos para futuras direcciones de programas y planes completos (Agius et al., 2016).

Considerando esto, se ha hecho imperativo y necesario el cuidado de la salud mental de la mujer en todo el período que comprende el periparto, principalmente la época prenatal. En este esfuerzo, desde el año 2012 el Ministerio de Salud de Chile, elaboró un protocolo de manejo para la detección de la depresión durante el embarazo y el puerperio, siendo aplicado desde ese mismo año en centros de atención primaria, con el objetivo de detectar y tratar oportunamente este trastorno. Entre las acciones recomendadas, está la aplicación de la escala de depresión de Edimburgo, en el ingreso a control prenatal. Movidio por la morbilidad de la depresión que aumenta incluso a pesar de la correcta aplicación de la escala.

Sin embargo, los servicios de salud pública presentan inconvenientes como: falta de personal suficiente, los diagnósticos demoran y los tratamientos pueden no prescribirse oportunamente. Por otro lado, existe un gran sentimiento de culpa, vergüenza y estigma en las madres con depresión, lo que dificulta que acudan a las terapias sugeridas y que busquen ayuda profesional (Atalah et al., 2013).

Las políticas propuestas en Chile para la prevención, detección y manejo de la depresión preparto no son suficientes, a pesar de que los programas de salud mental en Chile consideran los factores de riesgo en el desarrollo de patologías mentales –tales como ansiedad materna, acontecimientos vitales estresantes, estrés crónico, antecedentes de depresión, falta de apoyo social, violencia doméstica- (Lancaster et al., 2010; Aral, Köken, Bozkurt, Sahin & Demirel, 2014), estos factores no se han estudiado suficientemente en la

población chilena y se han observado en países con otras condiciones sociales, económicas y contextuales como España, Colombia, México, entre otros.

Sumado a esto, la percepción de apego que la futura madre tiene de sus propios cuidadores no es considerada un factor de riesgo (Farkas & Santelices, 2008), incluso cuando existe evidencia importante que relaciona el desarrollo de depresión posparto y la percepción de cuidado parental (Meites, Ingram & Siegle, 2011).

De manera paralela a los cambios en las políticas públicas, las cuales denotan el interés por abordar integralmente esta etapa gestacional en Chile, la psiquiatría dentro del área médica también se ha venido preocupando del estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales del pre y posparto (Jadresic, 2010). Lo anterior ha dado pie a la utilización de la expresión “psiquiatría perinatal”, que denota la preocupación por esta etapa de la vida y comienzan abrirse espacios de investigación y diálogo en relación a la salud mental de las madres y sus hijos. Dentro de los trastornos que son foco de preocupación, se destacan particularmente los cuadros depresivos, ya que son los que concitan mayor atención (por la alta prevalencia en el país y en el mundo), tanto de parte de profesionales de la salud mental como de especialistas en gineco-obstetricia y pediatría (Jadresic, 2010).

Capítulo 2. EMBARAZO.

2.1. Embarazo y maternidad en el siglo XXI.

Durante el siglo XIX y XX, la maternidad estaba asociada a un sentimiento de pureza, piedad y patriotismo, llegando incluso a ser considerado como el fin último de toda mujer, precisando la completud y realización de la mujer sólo en cuanto es madre (Beck & Beck-Gernsheim, 2003).

Desde finales del siglo XX se ha venido acuñando una nueva concepción de la maternidad, que se ha establecido fuertemente durante el transcurso del siglo XXI. Actualmente, la maternidad se ha establecido como una decisión libre, en contraposición de un destino fijado por el rol femenino. Ahora, tanto el número de hijos, como la decisión de adoptar, fecundarse asistidamente e incluso la posibilidad de no ser madre, es algo que radica aparentemente en el estilo de vida y voluntad de la mujer (Castilla, 2009).

Paradójicamente, en la sociedad posmoderna la decisión de la maternidad está llena de obligaciones del “deber ser” de una madre ideal, el cual persigue a toda aquella que haya tomado la decisión o quien, por accidente o sin planearlo, se convierte en madre. La crianza hoy es un ejercicio de fuerza, que implica conseguir una maduración ideal de los recursos del niño, minimizando y superando los defectos del mismo. Esta maduración óptima es responsabilidad única de la madre y su ejercicio cotidiano (Medina, Figueras & Gómez, 2013).

En este contexto, se espera que la madre sea eficiente y eficaz, amorosa, comprensiva, siempre disponible, y a la vez se realice como persona. Sumado a esto, se ha desarrollado una sobrevaloración de la “intuición maternal” que guía el ejercicio de la crianza, al mismo tiempo que las redes sociales y la disponibilidad de información bombardea a las futuras madres –y las que ya lo son- con consejos sobre “qué es lo mejor para su hijo”, generando un sentimiento profundo de ineficacia al encontrarse con un deber que no corresponde a su

instinto. De esta manera, a pesar de la libertad que se ha otorgado a la mujer en torno a la decisión de ser madre, la sociedad ha llenado este espacio con obligaciones y maneras de sentirse que son incompatibles entre sí (Medina, Figueras & Gómez, 2013).

Finalmente, hoy en día la mujer cumple un rol social y económico importante, por lo que la decisión de ser madre no sólo va acompañada de la angustia de poder o no cumplir con el ideal establecido; sino que también es una decisión sobre sus posibilidades de trabajo y desarrollo profesional. La mujer tiene que lidiar con la culpa de no estar siempre disponible, ya que está establecido que la crianza es su responsabilidad, y el querer sentirse realizada como persona y como profesional, además de tener un sustento económico propio. En definitiva, la mujer posmoderna se encuentra en una encrucijada de soledad (sin acompañamiento en el embarazo y crianza), teniendo que resolver el rol social impuesto de maternidad perfecta; y su necesidad de realización personal y profesional -que también corresponde a una exigencia social de éxito individual- (Castilla, 2009).

La resolución del conflicto planteado es una fuente importante de angustias y preocupaciones para una madre gestante, que en situaciones no favorables (como un embarazo no planificado o la falta de una pareja estable), puede derivar fácilmente en una depresión durante el embarazo, lo que a su vez genera culpas y ansiedades por estar perjudicando a su hijo.

2.2. La maternidad y el impacto cultural.

La “naturaleza femenina” ubica la maternidad como una condición biológica entendida como algo que está separado del contexto histórico y cultural, y cuyo significado es único y siempre el mismo. Por eso algunas historiadoras y antropólogas muestran que la maternidad como un fenómeno marcado por la historia y por el género (la cultura), es indispensable para

indagar en las complejidades que conforman su imaginario y el sentido de las prácticas que componen este fenómeno (Palomar, 2005).

Existe un estereotipo cultural, que concibe el embarazo como un proceso feliz y exento de dificultades, pero en realidad el embarazo se presenta de una manera bastante distinta, donde incluso el que sigue un curso bastante normal constituye una situación de estrés (Torres, 2004).

A partir de los años sesenta la maternidad comienza a abordarse por la historia demográfica que analizaba fenómenos ligados a la fecundidad y encuentra los primeros vestigios de los métodos anticonceptivos (Sauvy, Bergues & Riquet, 1960). Poco después, comenzaron a trabajarse desde una historia de corte más antropológico (Loux, 1978; Laget, 1982; Gélis, 1984) y cercano al estudio de las mentalidades, a través de los trabajos de la historia de la infancia, de la familia o de la vida privada (Ariés & Duby, 1985-1987; Burguière et al., 1986).

La maternidad en la historia de las mujeres se situó de una manera, poniendo en el centro la experiencia de las madres, ligada al estatus social de la maternidad e inscrita en el cuerpo de las mujeres. Es decir, la maternidad en la historia no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia (Palomar, 2005).

De esta forma, la maternidad es un fenómeno integrado por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso. Este imaginario tiene como piezas principales dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor de esencia: el instinto materno y el amor maternal (Knibiehler, 2001).

Otra forma de explicar la maternidad, puede encontrarse en la antropología médica. Martínez (2008) plantea que el modelo biomédico ha centrado la comprensión de la vida y

la enfermedad en una perspectiva biológica desde la cual sus dimensiones sociales y culturales se reducen a causas secundarias o factores de riesgo. De esta forma, los programas del componente materno-infantil se han olvidado de incorporar categorías como maternidad y crianza, cuya comprensión requiere un análisis ontológico, cultural, social e histórico (Bastidas, Torres, Arango, Escobar & Peñaranda, 2009).

La observación y comparación de distintos grupos culturales evidencia que dicha práctica varía sustancialmente de uno a otro. Fuera del parto y la lactancia materna, el resto de actividades, conductas, capacidades, atribuciones y características, se modificaban conforme al marco de valores de género prevalecientes (Palomar, 2005).

A partir de algunos trabajos, se pudo observar que el tema de la atención y cuidado proporcionado a los niños de los grupos sociales está en estrecha relación con la constelación más amplia que introduce el principio simbólico del género en su seno, las ideas en torno a lo femenino y lo masculino, y las creencias respecto a lo que define a varones y mujeres (Godelier, 1986).

Di Leonardo (1991) muestra los estudios de las estructuras de parentesco y los incipientes cuestionamientos del “enigma fundamental”, formulado como el aparente hecho de una universal subordinación de las mujeres. Se originaron estudios en diferentes direcciones y con distintos marcos de referencia para explicar las variaciones en las formas que tomaba dicha subordinación.

Posteriormente, la definición de las mujeres pensadas como naturales mientras los hombres eran pensados como culturales, sirvió para estudiar algunos supuestos ligados a la maternidad, tales como la inferioridad de las mujeres y la naturalidad de su subordinación y su determinación por la biología. Se llegó así al cuestionamiento de la separación conceptual de los dominios público y privado, que trajo nuevas maneras de enfocar los fenómenos

ligados al ámbito subjetivo y a otras maneras de comprender la maternidad (Ortner, 1974; Rosaldo, 1974).

El desarrollo tecnológico ha comenzado a desestabilizar también los aspectos relativos a la concepción, el embarazo y el parto, y más específicamente la lactancia; introduciendo debates en torno a la “naturalidad” de éstos. Esta concepción no implica negar la presencia de factores biológicos en la concepción, el embarazo, el parto y la lactancia. Sin embargo, en la actualidad las posibilidades reales de evitar o suspender un embarazo son tan accesibles en términos generales, que no hacerlo supone un acto de voluntad aunque los motivos permanezcan inconscientes (Palomar, 2005).

Esto se debe a que el período perinatal constituye un tiempo de crisis en el desarrollo de la mujer, ya que pone en juego su estabilidad psicológica y su vida emocional (Ortega et al., 2001; Summano-López et al., 2014; Torres, 2004). Asociado a esto ocurre una reactivación de conflictos psicológicos previos, lo cual aumenta el riesgo hacia la aparición de alteraciones durante el embarazo y los primeros años de vida del recién nacido. Por lo anterior se le considera un estado de alta sensibilidad psicológica y extrema vulnerabilidad (Ortega et al., 2001).

Por lo tanto, se hace necesario ampliar la mirada con la que se estudian las acciones de los sistemas de salud, como puede ser la atención de la mujer embarazada, lo cual requiere ser comprendido como un hecho sociocultural. Entendiendo la cultura como esa red de significados en la cual los comportamientos de las personas se hacen inteligibles, es fundamental comprender las acepciones que tiene la maternidad para los actores del programa de salud considerado (Geertz, 1993).

Para Bydlowski (1997) el embarazo constituye un estado de relativa transparencia psicológica donde los sentimientos, conflictos, recuerdos y temores acceden a la superficie de la vida mental con mayor facilidad. La relación temprana de la madre con su hijo tiende

a repetir patrones o a superarlos dependiendo del nivel de aceptación y trabajo personal al que se somete durante el embarazo. Este último se acompaña de una confusión emocional y de apertura hacia los procesos inconscientes (Echegoyen, 1996).

El embarazo se considera como etapa especial, generando un terreno propicio para la desestabilización emocional en la mujer. Su sensibilidad a las interacciones con otros, la movilización corporal que gatilla el despertar de la memoria corporal y otros aspectos del mundo psicológico y emocional, sitúan a la mujer que pasa por esta etapa en la posibilidad de redefinir su identidad y a la vez poder modificar su modelo operativo interno (Bowlby, 1995).

El embarazo también puede ser considerado como un período dinámico donde aumenta la permeabilidad y vulnerabilidad de la mujer, pero que presenta también la posibilidad de reeditar su propia historia vincular. Su seguridad emocional influirá en su seguridad (o inseguridad) como madre y en el vínculo que ha comenzado a desarrollar con su hijo (Gauthier, Molenat, Mangin & Dudan, 1985)

En síntesis, el embarazo representa a una crisis transitoria en la cual su estado de gravidez depende de la exigencia percibida desde su familia, especialmente la pareja, y la necesidad de reparación vincular. Al mismo tiempo hay un cambio en la praxis cotidiana, ya que las energías están dirigidas al cuidado y gestación de un nuevo ser, impidiendo de esta manera que la mujer realice sus actividades previas con la misma dedicación, teniendo muchas veces que postergar su trabajo, amistades y actividades de recreación, lo que puede generar frustración y nostalgia (Carvallo et al., 2012). Por ende, este nuevo estado requiere de la capacidad personal de autocontención, adaptación a eventos nuevos, tolerancia a la frustración; y de su contención externa requiriendo contacto con otros y el fortalecimiento o adquisición de redes de apoyo (Markus et al., 2001).

2.3. Aproximación teórica y definiciones del embarazo.

Para Torres (2004) el embarazo constituye una situación natural, generada por la acción de un instinto básico producto de alcanzar la sexualidad adulta. Casi todas las mujeres desean tener un hijo y las que aún no han pasado por la experiencia, tienen la fantasía de ser madres en algún momento de sus vidas. No obstante, la mayoría de las que han pasado la experiencia del embarazo lo califican como una experiencia significativa e intensa. Dichas percepciones son descritas como un fenómeno grandioso y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y la muerte.

En relación a lo anterior, la mayoría de las mujeres suelen mostrar ambivalencia hacia el embarazo, es decir, por un lado, un gran deseo de ser madres y al mismo tiempo un gran temor a la experiencia y a sus resultados. Sin embargo, actualmente se sabe que existen embarazos no deseados y mujeres que no quieren ser madres, debido al nuevo reordenamiento social, donde el desarrollo profesional de la mujer ha tomado fuerza, haciendo que muchas de ellas posterguen e incluso eliminen la posibilidad de ser madres en pos de una vida diferente abocada al desarrollo personal en otros aspectos (Hayden & Hallstein, 2010). Esta realidad agrega un nuevo aspecto a la salud mental en las mujeres embarazadas: el deseo o no de ser madres y si el embarazo (hijo) es planificado o no.

La mujer embarazada experimenta de manera diferente los cambios que ocurren en su cuerpo, atraviesa diversos síntomas que van desde: náuseas, decaimiento, hinchazón, entre otros. Algunas experimentan muchos síntomas, otras sólo algunos, mientras un tercer grupo, ninguno. La aparición (o no) de estos síntomas y su duración va a influir directamente en la salud mental de la madre y en la capacidad de ajuste de la familia y su vida cotidiana, a este nuevo estado (Fleddermann, 2010).

Esta sucesión de cambios físicos normales que permiten y propician que la mujer se vaya adaptando para sostener al feto que va creciendo en su vientre para luego desprenderse de

él, aún continúa siendo una cadena de incógnitas a pesar de los avances tecnológicos y médicos (Acosta & Varela, 2013). Sin embargo, no hay duda de su repercusión emocional, social, laboral y familiar, ya sea de manera negativa o positiva.

Hasta ahora se ha considerado el embarazo con una dimensión psicológica y otra dimensión fisiológica, que a pesar de que se encuentran en un diálogo constante, han sido estudiadas por separado (Carvallo, Riquez & Ponce, 2012). De esta forma, el embarazo tendría “dos comienzos”, el primero de ellos es el fisiológico que ocurre en el momento de la concepción; y el segundo, el psicológico que comienza cuando la madre se entera que está embarazada, en donde inicia el proceso de hacerse la idea a través de fantasías y ensoñaciones acerca de tener un bebé.

Este proceso psicológico se ve fuertemente afectado por los síntomas físicos del embarazo, así como por su planificación (o no) y los planes de vida de la madre; pero también está afectado por los cambios hormonales que van a generar fluctuaciones afectivas y emocionales (Gómez, 2002). Estos factores, en conjunto con las características de la madre y de su entorno, van a ser determinantes en la capacidad de destinar recursos y elaborar estrategias para el cuidado del bebé que está por nacer (González, 2006; Smith, 2006). De esta manera, a pesar de que el comienzo del embarazo en términos psicológicos y fisiológicos sea diferente, se debe conceptualizar el período gestacional como un todo que incluye una parte afectiva-emocional y una parte biológica, que interactúan y se influyen mutuamente.

De esta forma el embarazo es definido por Acosta y Varela (2013) como el período de tiempo que comprende el inicio de la fecundación del óvulo hasta el momento del nacimiento del bebé. Dura aproximadamente cuarenta semanas o diez meses (si el mismo transcurre de manera normal). Durante todo este período la mujer va experimentando cambios anatómicos

y fisiológicos importantes, los cuales se revierten gradualmente durante los momentos posteriores al puerperio y la etapa de lactancia.

La definición de Acosta y Varela (2013) hace referencia a un proceso biológico que tiene relación con el desarrollo del feto (niño) y los cambios que implica en la mujer durante este período característico.

Desde la perspectiva Gineco-Obstétrica, el embarazo es definido por González (2006) como un período de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer gestante desde el comienzo de dicha etapa. También se ha establecido como un período de alta vulnerabilidad afectiva, ya que requiere de una adaptación de todo el grupo familiar y principalmente de la madre, debido a los cambios que implica en el ordenamiento de la familia y su vida cotidiana (Sarzuri, 2007).

Dentro de dicha perspectiva, Ortega, Lartigue & Figueroa (2001) consideran el período perinatal (que comprende la gestación, parto y puerperio) como una fase de máxima vulnerabilidad afectiva y física, debido a las diversas complicaciones que pueden aparecer en el curso del embarazo, el parto o puerperio; tanto en la madre como en el feto o niño.

Pichardo (2013) pone el énfasis en esta etapa de vida de la mujer, y contempla al embarazo como un conjunto de cambios muy dramáticos en todas las áreas en las cuales se desenvuelve y se encuentra inserta, así como también una variación en la concepción y visión de sí misma. No hay en la vida del ser humano otro período que produzca tantos cambios simultáneos y sucesivos, que exijan tanto del cuerpo y la psiquis de la mujer, como la maternidad (Gómez et al., 2007).

Este período ha sido incluso comparado con la adolescencia, siendo ambas etapas distintivas del ciclo vital y que se caracterizan por la aparición de cambios biológicos manifestados en todas las conductas y áreas vitales. Los cambios afectivos, corporales y

sociales se hacen presentes, algunos abruptamente y otros de manera paulatina. El yo es más sensible a las realidades externas siendo más flotante en su intimidad (Molenat, 1999).

En el estudio del período gestacional, hay que nombrar los primeros escritos de Deustch (1951), discípula de Freud, quien realizó varios planteamientos en torno a esta etapa. Sus primeras observaciones y escritos adquieren relevancia al afirmar que “el amor maternal es la forma más altruista de amarse a uno mismo” (p.35).

Otros autores como Langer (1976) y Soifer (2010), siguieron desarrollando la idea anterior profundizando los conceptos de la mujer dentro del psicoanálisis. Para Defey (2009): “El estado gestacional es concebido fundamentalmente como una suma de eventos corporales determinados inconscientemente y bastante ajenos a la voluntad consciente de la mujer o a los eventos en su entorno concomitantes al embarazo” (p.21). Las causas mentales inconscientes de la gran mayoría de los sucesos relacionados con los cambios durante la gestación, se asocian con la infancia temprana y con la propia historia de la mujer cuando fue niña y que ahora es madre, especialmente en la relación materna, así como también los conflictos relacionados con el complejo de Edipo (Defey, 2009; Bibring, 1959).

Otro aspecto importante de la etapa gestacional, lo proporcionó Bibring (1961), con el concepto de crisis de crecimiento o maduración de esta etapa; un momento especial dentro del ciclo vital de la mujer, donde reviven los conflictos infantiles provenientes de etapas previas en su desarrollo, sobre todo las referidas a los primeros vínculos con su propia madre. Esta crisis sería un paso de transición y crecimiento, pero a la vez un período de gran vulnerabilidad en todo ámbito. Este proceso, estaría acompañado de una gran intensidad en la interiorización de vivencias, representaciones y recuerdos, lo cual permitirá en la mujer la identificación con la propia madre y los recuerdos en torno a ello, y por otro lado con el nacimiento de las primeras identificaciones con su hijo, como objeto de sus cuidados.

El apego hacia la figura materna es trascendental en el desarrollo de los modelos mentales del self (Siddiqui, Hagglof & Eisemann, 2000) y la gestación se considera el momento donde la mujer tiene la oportunidad de conocer y aprender más acerca de ella misma (Brazelton & Cramer, 1993). Dentro de este proceso la mujer gestante elaborará una perspectiva nueva de ella como mujer y futura madre, y también de su futuro hijo; permitiendo a su vez la reelaboración acerca de la visión de sí misma que fue formada en la infancia (Bibring, 1961).

La relación entre sucesos de vida, prematurez, bajo peso y/o patología neonatal han sido objeto de investigaciones. Existen varios estudios que han reportado los efectos del estrés, la ansiedad prenatal y el parto prematuro o la presencia de complicaciones obstétricas, como por ejemplo, sangrado vaginal y amenazas de aborto en la salud del recién nacido y en la madre. Resultados destacados de estos estudios muestran la ansiedad materna como un factor de riesgo y la asociación con las complicaciones obstétricas en madres de bebés nacidos a término. Los autores constataron que las mujeres diagnosticadas en el embarazo con ansiedad presentaron un mayor riesgo de tener complicaciones obstétricas graves durante el mismo. Se concluyó que las complicaciones obstétricas constituyeron estresores crónicos durante el embarazo (Verdoux, Sutter, Glatigny & Minisini, 2002).

Por su parte, diversos autores (Marín et al., 2008) han estudiado cuáles son los cambios fisiológicos inmediatos que aparecen ante el estrés, miedo o ansiedad en la madre, concluyendo que la madre atraviesa por cambios fisiológicos tales como: aumento en el metabolismo celular, aumento de la presión arterial, aumento de la producción de adrenalina y de la coagulación de la sangre. Estos síntomas o cambios fisiológicos activarían el sistema simpático, el cual afectaría al útero manteniendo las fibras uterinas contraídas y ofreciendo resistencia frente a la adecuada dilatación del cuello uterino. La ansiedad durante el parto, además de mantener activado al sistema simpático, impide la relajación y la distensión de los músculos circulares de la boca del útero, produce que la sangre se distribuya a otras zonas

del cuerpo como respuesta al “estado de alerta”, como efecto el útero recibe menos oxígeno del que requiere llevando a que este trabaje de manera ineficiente, produciendo un aumento del tiempo de duración del parto o a una falta de avance (Read, 1944).

Estos cambios encontrados han llevado a los distintos profesionales de la salud a reconocer la importancia del cuidado en la salud física y mental de la embarazada, y cómo algunas conductas maternas durante el embarazo y/o la presencia de acontecimientos vitales significativos impactan en el proceso gestacional, tanto en el aspecto físico como psicológico del niño y de la madre gestante (Fernández et al. 2014).

Dentro de esta mirada, es necesario que los profesionales de la salud comiencen a tomar en cuenta los aspectos psicológicos del embarazo, promoviendo así el equilibrio bio-psico-social de la mujer gestante, ya que este constituye una etapa única y específica de la vida de la mujer (Echegoyen, 1996).

2.4. Descripción del embarazo como parte de la maternidad.

Las primeras aproximaciones del embarazo son consideradas como una fase del desarrollo trascendental en la vida de la mujer. En base a esto muchos investigadores comenzaron a referirse a esta etapa como un proceso amplio y complejo, inherente a la vida de la mujer, que incluye: pubertad, menarquia, fecundación, embarazo, parto, lactancia, crianza, educación y separación (Gauthier et al., 1985; Oiberman, 2001; Sevon, 2005). “Las mujeres próximas a ser madres inician un viaje hacia la maternidad. Este constituye un viaje sin retorno” (Oiberman, 2001, p.73), aun cuando no se concrete la llegada del hijo(a).

El embarazo forma parte del proceso de maternización, el cual incluye además el parto y posteriormente la crianza. Este hecho implica una oportunidad para la mujer, de adquirir cualidades que involucran el desarrollo psicológico y emocional, las cuales irá descubriendo y practicando en la medida que va aprendiendo a interactuar con su hijo (García, 2001). Esta

etapa debe ser considerada el comienzo de la parentalidad, donde el vínculo con el hijo que está por nacer se forma de manera previa y representativa. Esta vinculación inicia en el momento de la noticia y aceptación del embarazo con la construcción de fantasías y representaciones referidas al niño y la relación con él (Brazelton & Cramer, 1993).

Según Brazelton & Cramer (1993):

“Para todos los que se convierten en padres, al momento del nacimiento se juntan tres bebés: el hijo imaginario de sus sueños y fantasías, el feto invisible pero real, cuyos ritmos y personalidad particular se ha estado volviendo crecientemente evidentes desde hace varios meses, se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente, tomar entre sus brazos” (p.23).

En particular, la mujer que entra en la aventura de ser madre nunca está sola: desarrolla su experiencia individual dentro de una comunidad, sin embargo para ella, transformarse en madre es realizar un viaje a su interior, al interior de su propio cuerpo. Una madre no nace, sino se hace. Delassus afirma (1998) que es un reencuentro con un tesoro dejado de lado en la infancia, pero construido durante esa etapa. De esta forma, la madre vendría a ser un secreto de la infancia relacionado al inconsciente.

Levobici (1996) hace referencia a ciertas leyes fundamentales de la maternidad como proceso psíquico, sosteniendo que: a) los procesos inconscientes son infinitamente más ricos y complejos en relación a los procesos conscientes; b) el llamado instinto maternal, como forma del amor maternal, no sería tal ya que se reemplazaría por la cualidad o aptitud materna, en cuya raíz se localiza el instinto de supervivencia; c) la experiencia vivida de la maternidad es un núcleo fundamental de la evolución psíquica inconsciente de la mujer en su historia personal; d) una detención por fijación de este desarrollo, bloquea la evolución de las integraciones sucesivas; y por último, e) la relación de la madre con su hijo se desarrolla en la realidad concreta, teniendo como “trasfondo” las relaciones fantasmáticas.

Recamier (1984) afirma que “la madre del hijo es al mismo tiempo el hijo de su madre” (p.195); esto significa que las experiencias infantiles de frustración y de satisfacción, de amor ávido y de agresión, constituyen imágenes: complementarios de la madre devota, buena y amada, y del niño bueno, devoto y amado; contrastadas de la madre privada y atacada del niño destructor, malo y amenazante; aparecen en la madre proyectadas sobre la representación que la mujer se hace de la madre que ella es y del niño que ella tiene.

También se inserta la imagen que la mujer ha tenido en su infancia. Ella debe identificarse con su madre y amarla para resolver la ambivalencia. El destino de la maternidad depende, por lo tanto, de un problema central: la identificación con la propia madre.

De esta forma, Recamier (1984, citado en Fiszlelew & Oiberman, 1995), considera la maternalización como el grupo de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en durante su maternidad, pudiendo ser considerado un fenómeno psicobiológico. Para su análisis deben tomarse en cuenta las siguientes nociones: la primera de ellas es que el amor maternal es ambivalente; la segunda, que la maternidad es una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer; y por último, que las etapas de la evolución del bebé se reflejan en la realidad psíquica de la madre.

Con respecto a esta última noción, Lartigue (2001) describe las fases de la relación materno-fetal dentro de las cuales se va desarrollando el vínculo materno-infantil. Durante la gestación se espera que puedan integrarse los diferentes “hijos/as” que han surgido a través del ciclo vital de la mujer y de su relación de pareja: el hijo fantasmático el cual corresponde al deseo de maternidad imaginado y fantaseado en la niñez, el hijo en identificación primaria con ambos padres y el hijo real, que interactúa con la madre y le muestra sus aptitudes precoces (Lebovici, 1983, 1996).

2.5. Embarazo como etapa evolutiva en la mujer y en la familia.

2.5.1. Cambios en las áreas vitales de la mujer (física, emocional, social, personal).

Pichardo (2013) plantea que en la etapa del embarazo, la mujer atraviesa cambios muy dramáticos en todas las áreas en las cuales se desenvuelve. Estos cambios han sido trabajados y estudiados de varias maneras, siendo la física la más preponderante; sin embargo, merece la pena poder ampliar la mirada e incluir los cambios que conlleva tanto para la mujer como para la familia. Es importante además que sea concebido como una etapa trascendental en la vida de la mujer.

El embarazo constituye una etapa en la vida de la mujer que incluye una función reproductiva y evolutiva en términos biológicos, la cual activa un proceso de redefinición donde se van conformando nuevos roles y dejando otros de lado. De esta forma el ser madre en la especie humana sobrepasa lo biológico y tiene implicancias en otros niveles: social, cultural, histórico y psicológico (Oberman, 2001).

Para la mujer el embarazo implica un cambio de estado personal obligándole a asumir un nuevo rol e identidad (Stern, Bruschweiler-Stern & Freeland, 1999). Esto significa que el embarazo en sí requiere de una serie de adaptaciones rápidas en distintas fases. Es decir que la mujer se ve enfrentada a una transformación profunda dentro de un tiempo determinado, junto a cambios que generan múltiples necesidades (Nereu, Neves de Jesús & Casado, 2013) que impactan en las áreas: biológica, social y psicológica (Fernández, Sanchez, Mata, Cruz & González, 2014).

En referencia al área psicológica, la mujer durante el proceso de embarazo, se va adaptando según la percepción de los ambientes que conforman su organismo psicofísico. Estos son el microambiente o los cambios que ocurren en su organismo, el macroambiente

o la percepción de los movimientos del feto y el macroambiente que corresponde al ambiente físico, cultural y social (Fernández et al., 2014).

De igual manera, la mujer se verá enfrentada a una serie de vivencias, emociones, sentimientos, fantasías, percepciones y sensaciones nuevas a las cuales se va a ir acomodando. Frente a estos cambios la futura madre requiere el equilibrio psíquico para poder hacer frente a las demandas emocionales, sentimientos de indefensión y dependencia que se generan en torno a este estado. Surgirá un nuevo proceso para organizar la vida mental denominado “constelación maternal” (Stern, 1997).

Otro aspecto psicológico lo resalta Echevoyen (1996) haciendo alusión al duelo que atraviesa la madre, primero por la pérdida del bebé soñado al verse enfrentado con el bebé real y, luego la pérdida de la identidad de la mujer como una persona independiente tal como lo era previo al embarazo. Estos aspectos denotan que el embarazo se acompaña de cambios internos y externos.

Otros cambios internos que pueden aparecer son la resolución de conflictos vinculares tempranos, la necesidad de reencontrarse con su propia madre, de resolver dudas y fantasías en torno a la propia infancia, pudiendo en ocasiones remover conflictos antiguos con ella, sintiendo a la vez la necesidad de estar cerca de la misma (Armengol et al., 2007).

En el área social también se pueden describir algunos cambios. La mujer comenzará a tornarse más selectiva en sus relaciones interpersonales, a buscar relacionarse con personas que constituyan una red de apoyo en esta nueva etapa, otorgándose en algún grado la necesidad de replegarse a sí misma para hacer frente a este nuevo estado y rol (Hayden & Hallstein, 2010).

2.5.2. Cambios en el ciclo vital familiar.

El embarazo constituye un período, que junto al puerperio, puede traer consigo una serie de cambios en la vida de pareja y de toda la familia (Béjar & Prego, 2015). Consecuentemente, el embarazo y el ejercicio de la maternidad/paternidad constituyen un evento tanto en la vida de la mujer como en la vida del hombre, que genera importantes cambios en su manera de vivir y en la relación de pareja (Ainsworth, 1969; Oquendo et al., 2008).

En el caso específico de los padres aflorarán los recuerdos de la percepción de sí mismos en comparación a la percepción en el estado actual. Esto implica una necesidad de reelaborar ahora la visión de sí mismos que irá de la mano de las vivencias nuevas que comenzarán a experimentar con el embarazo y con los cambios que surgirán. Ello va a suponer un trabajo de ambos padres para hacer frente a los cambios fisiológicos y psicológicos que los prepararán para la nueva etapa luego del nacimiento del niño (Brazelton & Cramer, 1993).

Junto a esta tarea de enfrentar el nuevo estado, aparece una gran movilización de sentimientos viejos y nuevos, con presencia también de ansiedad, confusión y sentimientos de ambivalencia. La gran intensidad de estos movimientos confluirá en las representaciones del hijo imaginario (la expectativa según el deseo de los padres) junto a la apertura a lo nuevo, a la realidad del hijo que comienza a formarse y que nacerá, en definitiva: al niño real (Bejar & Prego, 2015). No en todos los casos la pareja se encuentra en las condiciones de estabilidad emocional y económica para hacer frente a esta nueva situación (Carvallo et al., 2012).

El embarazo tiene un carácter crucial en los futuros padres y según la madurez de ellos, se podrán adaptar a este cambio integrándose como una familia dentro de la sociedad. A partir de ese momento ya no hay vuelta atrás y el impacto del embarazo modificará para siempre la vida de una familia (Pines, 1982).

El embarazo como estado incluye en sí una gran cantidad de exigencias vividas de manera distinta para el hombre y para la mujer como futuros padres. En la mujer, se desarrolla un nuevo ser, lo cual va realizándose a expensas de su propia energía, haciéndola sentir que ya no tiene la energía de antes y limitando en parte, las actividades que antes realizaba de manera normal. Al mismo tiempo se va enfrentando a cambios físicos que ponen a disposición de su hijo un cuerpo que antes era sólo de ella (Adams, 2015).

Luego del nacimiento del bebé, la madre establece una relación emocional, afectiva y física con una “nueva persona” que le consume la mayor parte de su tiempo y atención (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Por su parte, el hombre probablemente percibirá nuevas exigencias que pueden derivarse del estado emocional de su pareja o bien, de la necesidad de hacerse la idea de tener que llevar a cabo nuevos esfuerzos para hacerse cargo de la adecuada manutención del futuro bebé. El hombre vive la experiencia de manera bastante distinta, llegando a sentirse excluido, o bien abandonado como pareja debido al nuevo rol de la mujer, que ya no es sólo eso, sino que también es madre. Por otro lado, el embarazo en la vida del hombre genera diversas fantasías y ansiedades, relacionadas con su propia madre (Pichardo, 2013).

Desde el nacimiento, se rompe la diada de pareja que ahora se convertirá en familia, necesitando la integración de una nueva identidad de madre y padre (Stern, 1999). Es así como en nuestra cultura se reconoce que el nacimiento de un hijo constituye una de las transiciones de la vida que más modifica las circunstancias y la forma de vida de padres y madres (Armengol, Chamarro & García, 2007).

De esta manera el cambio no se produce únicamente en la identidad de los padres, sino también en la praxis de la vida cotidiana de la ahora familia. En particular la relación de pareja se ve afectada por la llegada del nuevo hijo, se puede ver deteriorado el apoyo mutuo, la posibilidad de reordenamiento de la familia y la negociación de roles que son necesarios

durante la preparación y la llegada de este nuevo niño (Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). La percepción de falta de apoyo por parte de la pareja actúa como un factor causante en el desarrollo de estrés parental, al no darse las circunstancias óptimas para la crianza del niño, lo que aumenta aún más la sintomatología depresiva en la madre (Abidin, 1995).

Abidin (1995) plantea que las demandas asociadas a la paternidad/maternidad y los recursos disponibles para cumplir con aquellas demandas produce el “estrés parental”, siendo la diferencia percibida entre ambos aspectos. Según esta definición el estrés parental resulta de las características de los padres y del niño, así como de la interacción entre el cuidador y el recién nacido, que produce como principales consecuencias: dificultad en el proceso de lactancia, problemas de apego, sentimientos negativos y culpabilidad por parte de los cuidadores al sentirse incapaces de cuidar efectivamente al infante (Misri & Kedric, 2010).

2.6. Tareas psicológicas y etapas del embarazo.

2.6.1. Tareas de la mujer en el embarazo.

Distintos autores han descrito las tareas psicológicas que debe llevar a cabo la mujer durante el embarazo. Para Bejar y Prego (2015) en el primer trimestre, la madre juega la importante tarea de aceptación del embrión y feto como parte de ella misma, en la cual hay expresiones y conductas que apuntan a vivencias de indiferenciación o fusión con el feto. Esto significa que ocurren importantes modificaciones en la imagen corporal y de sí misma, en donde aparece cierta regresión y polarización sobre sí.

Una segunda tarea consiste en la diferenciación gradual que requiere la futura madre, logrando una progresiva separación psíquica entre ella y el bebé, tarea que finaliza con la separación física al momento del parto (Leff, 1982; Bejar & Prego, 2015).

Simultáneamente se establece la adaptación al rol materno, llevando hacia la aceptación del hijo por nacer, asignándole una identidad junto a una actitud de protección y pertenencia. Una de las más importantes tareas es el desarrollo del apego materno fetal, descrito como el progreso de vinculación afectiva de la madre con el feto, que será la base del vínculo futuro con el niño (Torres, 2004).

Otra importante tarea en esta etapa del embarazo consiste en que la mujer pueda enfrentar los cambios y ponga a prueba su capacidad para adaptarse, de acuerdo a su nivel de madurez emocional, su identidad y su relación con su madre; representando una oportunidad de crecimiento psicológico para ella (Gómez et al., 2007).

Defey (2009) incluye otra tarea importante en este trimestre, que comienza con la posibilidad que tiene la madre de representarse mentalmente al feto que está creciendo dentro de sí y que depende totalmente de ella para sobrevivir. Es decir que durante todo el embarazo se va desplegando una secuencia de formas de percibir y vivenciar al bebé en gestación. De éstas, algunas serán permanentes y actuarán de “escudo protector” frente a las angustias, molestias y preocupaciones que experimenta la madre durante su embarazo. En otras formas de representación del bebé hay una secuencia temporal que constituye en sí misma un indicador de la evolución normal del embarazo.

Así, la mujer irá construyendo a partir de las primeras percepciones del feto una persona en sí misma, proceso llamado *representaciones de autonomía*, que se prolongará e intensificará a medida que transcurra el embarazo y será responsable de la construcción del espacio físico y de los implementos que necesitará el bebé cuando nazca. La aparición de este proceso es un indicador de buen pronóstico respecto a la relación temprana, en la medida en que implica poder pensar al hijo/a como un ser con necesidades propias que la madre o el cuidador deberá prepararse para cubrir y responder. Este aspecto de preparación psicológica para la maternidad constituye un elemento protector importante (Defey, 2009).

La conformación en la madre de las formas de representación del bebé que aún no conoce, irá acompañando a cada una de las etapas del embarazo, otorgándole realce emocional, intensidad y posibilidad de ir conectándose gradualmente con este nuevo ser.

Echegoyen (1996) plantea que durante esta etapa la mujer debe realizar una tarea intrapsíquica, debido a que el embarazo enfrenta a la mujer a un crecimiento y cambio psicológico, donde debe pasar de ser hija de su madre a ser madre de su bebé. En esta etapa será importante la renegociación de sus experiencias vinculares en la infancia con sus cuidadores principales, y sus propias experiencias como bebé y como niña. Durante el embarazo, al unísono ocurre una identificación y una diferenciación de la mujer con su madre. Un proceso similar ocurre en relación al bebé, tanto al real como a la representación que tiene de él la madre. También ocurre una tarea donde se incluye la relación con su propio padre y la integración con su pareja como futuro padre.

En este sentido, la relación con los propios progenitores es decisiva ya que la madre tendrá que realizar un cierre a la forma en que fue tratada y cuidada como hija. Esto significa un reto importante y si se resuelve adecuadamente permitirá una madurez e integración en la futura madre, o bien descompensación y depresión si fracasa en esa tarea (Echegoyen, 1996).

Esta labor intrapsíquica se acompaña de la rememoración e interiorización de vivencias, estimulando una doble identificación: con la figura cuidadora de la madre y con el objeto de esos cuidados, el hijo. La mujer elaborará una nueva perspectiva de sí misma como madre y del futuro hijo, al tiempo que reelaborará la visión de sí misma constituida en la infancia (Riquelme, 2015).

Las tareas psicológicas que deben realizar los futuros padres en esta etapa son importantes para la aceptación del feto como un ser real, donde tendrán que modificar sus maneras de pensar, de sentir y el estilo de vida que llevaban hasta el tiempo previo al embarazo de la mujer (Lartigue, 2001).

En suma, la trascendencia del embarazo como experiencia tanto para la mujer como para ambos padres, requiere de un proceso de adaptación importante el cual deberá realizarse frente a cada una de las etapas que han sido diferenciadas y descritas por distintos autores.

2.6.2. Desarrollo físico y psíquico durante la gestación.

Durante la gestación existen tres etapas o períodos marcados por diferentes características y manifestaciones psicológicas, que se relacionan con los cambios ocurridos durante la gestación del bebé. Es así como varios estudios se han dedicado a explorar y poder describir tales cambios o manifestaciones comportamentales, emocionales y cognitivas que vive la madre embarazada y en algunas ocasiones, el futuro padre, durante cada trimestre de la gestación (Nereu et al., 2013; Reeder, Martín & Rodrigues, Pérez-López & Brito de la Nuez, 2004; Maldonado-Durán & Feintuch, 2001; Koniak, 1995; Lafuente, 1995; Salvatierra, 1989; Pines, 1982; Pelechano, 1981).

En la transición hacia la maternidad, la vida emocional de la futura madre va a sufrir modificaciones, ya que en la vida intrauterina el feto se encuentra inmerso en un “recipiente emocional” de la mente de su madre y padre. También el feto trae consigo ciertas características que deberá adaptar a este “medio ambiente” e ir así preparándose para su existencia fuera de este medio al momento de nacer (Maldonado et al., 2008).

Primer trimestre de embarazo (desde la concepción hasta las 12 semanas).

En esta primera etapa no suele parecer que la mujer se encuentra embarazada, sin embargo, su cuerpo se está adaptando a este nuevo estado y pasando por grandes cambios hormonales que generan modificaciones biológicas importantes. En este tiempo se forman todos los órganos y sistemas principales de su hijo o hija, que durante las primeras 12 semanas es llamado embrión, para luego ser llamado feto, considerándose viable y con un menor riesgo de aborto espontáneo (Acosta & Varela, 2013).

Entre los primeros cambios que dan cuenta a la mujer acerca de un posible embarazo está la ausencia de menstruación. También suelen aparecer algunas molestias en la pelvis y un aumento de secreciones vaginales debido al aumento del volumen del útero por la multiplicación del número de células que produce un incremento en el flujo venoso para sostener este nuevo estado, provocando una sensación de pesadez o inflamación (Melián, 2015).

Es frecuente que la mujer por la mañana sufra de náuseas y mareos, lo cual se asocia con los cambios metabólicos y hormonales que está experimentando, especialmente en lo que respecta a la concentración de la hormona gonadotrofina coriónica. Además de las náuseas, es común durante ese trimestre, la presencia de vómitos matutinos, lo cual ocurre en un 80 % de las mujeres gestantes (Maldonado-Durán et al., 2008; Smith, Crowter, Beilby & Dandeaux, 2000).

También aumenta el volumen y sensibilidad de los pechos, debido a la acción de los estrógenos y de la progesterona, cambios que se producen como preparación a la lactancia. La aréola, el área pigmentada que rodea al pezón, adquiere una coloración más oscura. Puede ocurrir aumento o disminución de peso entre 1 y 2 kilogramos (Melián, 2015).

En esta etapa la mujer puede sentirse más cansada y con más sueño que lo común debido a que su cuerpo está trabajando intensamente, multiplicando células como jamás lo ha hecho en otra etapa, para la formación de la placenta y para el desarrollo del embrión (Acosta & Varela, 2013; Maldonado et al., 2008). En referencia al sueño, suele acompañarse de un aumento en los despertares nocturnos y una mayor somnolencia durante el día, dificultando muchas veces la realización de las tareas cotidianas de la mujer embarazada, incluyendo su vida social y laboral (Elek & Hudson, 1997; Hedman, Pohjasvaara, Tolonene, Suhonen-Malm & Myllyla, 2002; Lopes et al., 2004).

Junto con los cambios físicos que acompañan este primer trimestre, se desencadenan procesos emocionales. En los primeros meses ambos padres deben ajustarse a esta nueva etapa y hacerse la idea de “estar embarazados”. Aparecen las primeras fantasías relacionadas al embarazo, las cuales se van a ir modificando a medida que el mismo transcurre. La formación y desarrollo de estas fantasías va a estar influida por las condiciones en las que el embarazo se produjo, si fue planificado o no, si la mujer está acompañada de una pareja estable, el hecho de ser primigesta o no, las experiencias vividas a partir de relatos familiares y además será importante como condición, su propia vivencia como hija y la relación con su familia de origen (Carvallo et al., 2012).

En una etapa más avanzada del embarazo, la pareja de padres deberá llevar a cabo la asimilación y reconocimiento del feto como un ser que habita en la madre y que con el pasar de los meses se convertirá en un ser autónomo, separado de ella. Este proceso comienza en el momento en que el feto muestra su presencia a través de sus movimientos dentro del útero de la madre. Finalmente, otra de las tareas que deberán asumir los padres es reconocer gradualmente que el bebé en desarrollo constituye un ser individual con sus propias características que lo convertirán en un ser diferenciado (Lartigue, 2001).

Se pueden presentar otros sentimientos que incluyen: felicidad, sorpresa, alegría y expectativas positivas (que no se presentan en todos los casos), a la vez de inseguridad, ansiedad, confusión, tristeza, desesperanza, incluso rechazo (Armengol et al., 2007). Por lo tanto, la ambivalencia hacia el nuevo estado es un factor común en la mayoría de las mujeres embarazadas (Maldonado et al., 2008), que muchas veces fluctúan entre momentos de inseguridad y euforia constantes (Acosta & Varela, 2013).

Otros autores también han mencionado la presencia de fuertes cambios de humor, los cuales se asocian a la aparición de los síntomas físicos. Suelen aparecer temores asociados a la permanencia de la gestación y se ha descrito que el deseo sexual suele disminuir debido

al cansancio, a las molestias físicas y al miedo de poder dañar al feto por el acto sexual (Nereu et al., 2013).

En este trimestre, el riesgo de aborto espontáneo es mayor (especialmente hasta la semana 12), lo que hace que muchas madres experimenten importantes niveles de ansiedad. Lo vivido por la futura madre en esta etapa se relaciona más con su psiquismo y con los cambios hormonales que ocurren en su cuerpo, que con el embrión, pues aún no lo siente como un sujeto diferente de sí misma, sino que sólo está presente en su representación mental (Riquelme, 2015).

Se han descrito varios mecanismos de adaptación durante el primer trimestre. Uno de los que suele presentarse es el mecanismo de negación, donde el embarazo se presenta como algo irreal o como algo que no está sucediendo. La función de este artilugio es permitir asimilar de manera gradual los cambios sin que aparezcan alteraciones amenazantes del bienestar psicológico. También les permite considerar la posibilidad de interrupción del mismo de manera espontánea o provocada (Carvallo et. al., 2012).

Otro mecanismo de adaptación y uno de los más frecuentes, es la identificación con el embarazo, pasando éste a ser una parte esencial para la mujer y su vida. Este hecho constituye una reacción efectiva debido a que todo acontecimiento que es percibido y aceptado no poseerá la carga amenazante, al contrario de lo considerado como ajeno o extraño (Carvallo et al., 2012).

Segundo trimestre de embarazo (desde las 13 hasta las 26 semanas)

Por lo general, en esta etapa la mujer comenzará a sentirse mejor y a recuperar el bienestar perdido, ya que desaparecerán algunas de las molestias propias del primer trimestre (Acosta & Varela, 2013).

Los cambios físicos se van haciendo cada vez más evidentes. La mujer va perdiendo el contorno corporal, su talle cambia debido al aumento del tamaño del abdomen. Puede

también que su postura se vea afectada producto del cambio del centro de gravedad que se produce al soportar más peso en la parte delantera del cuerpo. Sumado a esto, comenzará a sentir a su bebé, al inicio en forma de pequeñas burbujas, después en forma de patadas y movimientos más amplios, por lo que la presencia de su hijo ya es menos imaginaria y representativa, pasando a ser más real (Caniuqueo, Fernandez, Quiroz & Rivas, 2014).

A pesar de que la mayoría de los síntomas físicos molestos del primer trimestre comienzan a desaparecer en esta segunda etapa, suele ocurrir que aparecen otras molestias, como catarros, acidez y ardor en el estómago, dificultades en la digestión, congestión nasal, manchas en la piel (principalmente en la cara), y la conocida línea negra, que corresponde a una línea oscura que va desde el ombligo hasta el vello púbico, que marca la separación de la pared abdominal y que desaparece gradualmente luego del parto (De La Fuente & Bustamante, 2017).

Generalmente en esta etapa ocurre un aumento de peso de alrededor de 4 kilos, de los cuales sólo uno corresponde al feto. Lo restante se reparte entre la placenta, el líquido amniótico, el útero, los pechos, el volumen de la sangre y la grasa materna (Acosta & Varela, 2013).

Con respecto a los cambios psicológicos característicos en esta etapa, aparece una mayor estabilidad emocional (Nereu et al., 2013), en donde la mujer se sentirá más serena, positiva y tendrá una sensación de mayor tranquilidad emocional debido a la estabilización de los niveles hormonales y al tiempo transcurrido para adaptarse psicológicamente a su nuevo estado (Maldonado et al., 2008). A pesar de esta sensación de bienestar descrita, las gestantes suelen preguntarse si podrá volver a recuperar su figura previa al nuevo estado, lo que da lugar a posibles trastornos de la conducta alimentaria y una excesiva preocupación por la dieta. También suelen aparecer sueños de su hijo durante las noches (Acosta & Varela, 2013).

En algunas mujeres se produce un aumento de la libido debido a un aumento en los niveles hormonales y al hecho de que el cuerpo está más sensible al tacto. También puede ocurrir lo contrario, apareciendo un rechazo a tener relaciones sexuales, debido a posibles fantasías de que el acto sexual sea de índole agresiva y sádica frente al embarazo, lo que de alguna u otra forma trae consecuencias en la relación de pareja (Acosta & Varela, 2013).

Es posible que se dé la aparición de fantasías primitivas de un producto “sucio” que es necesario expulsar hacia fuera, son frecuentes las ansiedades relacionadas con el bebé y la posibilidad de que dañe el cuerpo de la madre, o que la madre pueda dañarlo. Esto puede dar origen a ansiedades fóbicas, que tienen consecuencias como dejar de comer ciertos alimentos, o establecer rituales intentando impedir posibles daños (Pichardo, 2013).

Todo este trabajo psicológico de preparación para la llegada del bebé hace que el embarazo se convierta en una de las actividades trascendentales de la familia, permitiendo que tanto la madre como el padre puedan comenzar a participar de manera más activa y concreta en tales preparativos. Nuevamente, la intervención activa del padre del bebé en este proceso va a favorecer la salud mental de la madre y el desarrollo óptimo del feto (Agius et al., 2016).

Una tarea importante en esta etapa consiste en la aparición de las llamadas representaciones vinculares, en las cuales la madre comienza a imaginar al hijo/a en relación con otras personas. Este aspecto de la evolución psicológica del embarazo es fundamental pues permite a la madre pensarse a sí misma “compartiendo” a su hijo/a con otras figuras significativas y reduce el riesgo excesivamente simbiótico entre madre y bebé. Por otro lado, esto, permite una futura integración del futuro bebé hacia un mundo compartido y enriquecido por otros vínculos (Defey, 2009).

Una de las angustias principales que aparecen en este segundo trimestre es el conflicto entre los roles de madre y pareja, y la puesta en duda de la propia capacidad de cumplir con

ambos de manera óptima (Carvallo et al., 2012). Por otro lado, se pone en tela de juicio si las gratificaciones como futura madre podrán o no hacer frente a los cambios y transformaciones corporales y familiares, generando una sensación de amenaza y pérdida profunda en referencia al estado previo al embarazo (Nadelson, 1993). Esta sensación se intensifica en los casos de mujeres donde el embarazo no ha sido del todo aceptado (Carvallo et al., 2012).

Tercer trimestre de embarazo (desde las 27 semanas hasta el parto).

Esta tercera etapa constituye la última etapa del período de gestación y concurre desde las 27 semanas hasta el nacimiento del bebé aproximadamente a las 38-40 semanas.

Los cambios físicos que aparecen durante esta etapa coinciden con la preparación gradual hacia el parto. Entre estos podemos mencionar el aumento de tamaño del abdomen de manera significativa y rápida, lo que da lugar a la aparición de nuevos síntomas: cambios en la marcha, postura y necesidad de alimentarse en porciones pequeñas y más frecuentes (Maldonado et al., 2008).

Al igual que al comienzo del embarazo, la mujer vuelve a sentir cansancio, acompañado de dolores de espalda, provocados por un desplazamiento en la columna. Esto puede causar molestias en la espalda baja, dolor, entumecimiento y debilidad en las extremidades superiores. En esta etapa dormir también puede ocurrir con dificultades, debido a que cualquier posición puede resultar incómoda. La futura madre puede que tenga períodos de sueño más interrumpidos y probablemente se despertará varias veces durante la noche (De La Fuente & Bustamante, 2017).

Por su parte, el feto continúa creciendo, lo que genera que la vejiga de la mujer se vea más comprimida, por ello tendrá que orinar con más frecuencia de lo habitual y podrá presentar reflujo gastroesofágico que se manifestará en sensaciones de “acidez”. Por otro

lado comienzan las primeras contracciones denominadas contracciones de Braxton-Hicks, las cuales preparan el útero para el momento del parto (Maldonado et al., 2008).

También son frecuentes las sensaciones de falta de oxígeno y dificultades para respirar adecuadamente, debido a la presión que ejerce el feto sobre el diafragma de la mujer, disminuyendo la capacidad pulmonar y aumentando el consumo de oxígeno en un 20% (Maldonado et al., 2008).

Con respecto a los cambios de peso, la mujer suele subir de peso entre 3 y 5 kilos, repartidos entre el futuro bebé, la placenta y el líquido amniótico, los pechos, el útero, el aumento de la producción de sangre y la grasa materna necesaria para la producción de leche (Acosta & Varela, 2013).

Este trimestre suele hacerse más pesado para la mujer, al sentir como que el tiempo se hubiera detenido (Acosta & Varela, 2013). Se puede incrementar el malestar psicológico y las ansiedades propias del embarazo, haciendo este período particularmente susceptible a las complicaciones en la salud mental de la madre (O'Connor, O'Donnell & Glover, 2009).

Consecuentemente, en este tiempo se observa una disminución del bienestar emocional de la mujer causado en parte por los cambios físicos que acompañan esta etapa -la mayoría de las veces sentidas como molestias- y por la inminencia del parto, lo que genera en la mujer la aparición de varias preocupaciones que se suelen extenderse hasta el final del embarazo y que muchas veces se transforman en ansiedades, preocupaciones, miedos y/o fantasías de muerte tanto propia como del bebé en el proceso del parto, preocupaciones relacionadas con el bienestar del bebé y el suyo como madre, e incluso que el bebé nazca con malformaciones (Rodríguez et al., 2004; Pichardo, 2013).

Otra de las preocupaciones frecuentes está en torno a la lactancia y a no ser capaz de enfrentar adecuadamente este nuevo reto de ser madre (Rodríguez, Perez & Brito de la Nuez, 2004). Por otro lado, aparecen actitudes catárticas que permiten el goce del nacimiento, o la

aparición de sentimientos agresivos hacia la pareja, su hijo o hacia ella misma (Pichardo, 2013).

En este período de la gestación, a nivel psicológico, tanto la madre como la familia en general deben “hacer lugar” para el futuro integrante pronto a llegar. De esta manera aparece el instinto de anidación, que ocurre generalmente en un lapso corto precedente al parto y corresponde a una adaptación psíquica y espacial para la llegada del bebé, y que se manifiesta como necesidad urgente de limpieza y orden, realizando cambios importantes en casa para la espera del bebé (Acosta & Varela, 2013).

Durante el tercer trimestre se puede dar lugar a deseos imperativos de que el parto ocurra pronto, producto de los cambios físicos molestos y del deseo de tener al bebé real en lugar del imaginado. Esto también facilita la preparación psicológica para el parto y para hacerse cargo del bebé en el puerperio (Carvallo et al., 2012).

La última fase del embarazo termina con el parto, el cual constituye un momento de urgencia biológica y psíquica de “expulsar” al bebé del propio cuerpo. Esto es vivido generalmente como una acción violenta en la cual aparecen temores de destrucción del cuerpo del niño. Este conflicto entre destrucción y conservación del niño está presente todo el embarazo. Esta fase constituye una especie de prueba de estrés para la mujer, generando en algunas ocasiones reacciones traumáticas postparto, con importantes consecuencias para ella y el bebé recién nacido (Riquelme, 2015).

En esta etapa es importante que la mujer pueda confirmar, a través del parto, su integridad corporal y su capacidad creativa; pero al mismo tiempo deberá enfrentar sus fantasías de fracaso, déficit e inadecuación, así como las de culpa y castigo, que ya se han presentado en el transcurso del embarazo. También pueden aparecer temores por la salud de madre o del bebé que no disminuyen luego del parto (Béjar & Prego, 2015).

En este sentido, el parto es una situación de la vida que de por sí desencadena inevitables angustias de pérdida, relacionadas a diferentes tipos de vivencias. En este sentido la mujer puede vivirlo como la pérdida de una parte de ella misma, la pérdida del niño interior y la renuncia al niño imaginario para dar paso al niño real el cual es diferente muchas veces del imaginado (Béjar & Prego, 2015).

La nueva tarea a enfrentar en la última fase consiste en la creación de una relación con el niño fuera de ella que tendrá que desarrollarse hacia una mayor diferenciación en el proceso de separación-individuación (Béjar & Prego, 2015).

2.6.3. Manifestaciones emocionales

El embarazo como estado presenta manifestaciones psicológicas propias. Muchas de éstas van a ir variando de acuerdo a los cambios biológicos y otras van a permanecer durante todo el período del embarazo; finalmente otras se irán agregando de acuerdo con la aparición de nuevos eventos propios del embarazo o ajenos a él (Carvallo et al., 2012).

La voluntad de ser madre lleva a revisar por un lado su sentimiento de libertad y por el otro, reflexionar sobre dicha condición y tomar decisiones con respecto a algo que hace menos de cien años estaba dado por hecho. Esta pérdida de libertad trae consigo una gran responsabilidad en torno a la decisión (Medina, Figueras & Gómez, 2013).

Para referirse a las manifestaciones emocionales propias del embarazo, cabe mencionar el concepto de malestar psicológico, que se presenta en algunas mujeres durante este período, y se entiende como un conjunto de cambios de índole emocional estrechamente relacionados con un acontecimiento específico, donde se experimenta incomodidad subjetiva (Morales, González, y Valderrama, 1988). Tal malestar se presenta de manera transitoria, sin impactar la estructura de la personalidad, lo que lo diferencia de la sintomatología propia de los trastornos psicopatológicos (Attie & Morales, 1992; Morales

et al., 1988) debido a su carácter transitorio y a su desaparición cuando el embarazo culmina (Gómez et al., 2008).

Las etapas habituales por las que va transcurriendo el embarazo han sido descritas como una especie de “torbellino” emocional, donde los cambios ocurren con gran rapidez, dando pie a la aparición de manifestaciones de alta intensidad tales como ansiedad, depresión, inestabilidad emocional (Cantalejo, 1995; Gómez & Aldana, 2007), temor e inquietud (Gómez, Alonso & Rivera, 2011), estrés y tristeza (Ammaniti, 1999; Maldonado & Dickstein, 1997).

En este sentido se ha señalado que las características personales influirán en gran parte de tales reacciones emocionales en la mujer. Las mujeres con altos grados de ansiedad previo al estado gestacional, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión, baja autoestima, insatisfacción conyugal, falta de redes de apoyo; son quienes presentan mayores grados de ansiedad relacionada con el embarazo y mayores índices de temor al parto (Rouhe et al., 2011).

La tensión y ansiedad excesivas han sido manifestaciones emocionales reportadas en gran cantidad de mujeres durante el embarazo, que se caracterizan por presentar importantes preocupaciones por el curso del mismo o un miedo excesivo e irracional al parto, lo que genera un malestar clínicamente significativo que debe ser atendido y contenido por profesionales de la salud mental (Maldonado & Feintuch, 2001).

Este aumento transitorio de la ansiedad como una respuesta adaptativa al estado del embarazo, puede acrecentarse debido al temor a la pérdida y miedo a lo desconocido, al rol de madre y a la situación económica. Pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión (Gómez et al., 2007). Al igual que en el estado depresivo, cuando esta angustia impide a la mujer hacer sus actividades cotidianas, repercute en su capacidad de cuidado de sí misma y de su futuro hijo, y afecta sus relaciones interpersonales; se puede

sospechar de un estado de ansiedad generalizado –el más común dentro de las embarazadas- (Ross & McLean, 2006).

Emociones principalmente negativas, aumentan según la actitud de la madre hacia el embarazo. Pero la presencia de actitudes negativas hacia el embarazo aumenta el estrés y las consecuencias psicológicas adversas, mientras que una actitud positiva disminuye el estrés y la ansiedad, lo cual protege a la embarazada de posibles consecuencias psicológicas (Zambrana, Scrimshaw & Dunkel-Schetter, 1997).

La depresión es otra de las manifestaciones emocionales de alta intensidad, pudiendo ser una reacción de ajuste a la situación transitoria del embarazo presente a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés acrecentado por su salud, lo cual se traduce en quejas somáticas. También suelen aparecer sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como resentimiento por la pérdida de independencia y del atractivo físico. De forma paradójica tiende a elevarse la autoestima de la mujer (Gómez et al., 2007). Sin embargo, cuando este estado no patológico, es acompañado de anhedonia, tristeza constante, y un malestar clínicamente significativo, se puede sospechar de una depresión mayor que requiere atención psicológica y psiquiátrica especializada (APA, 2013).

Sumado a lo anterior, se han evidenciado en una gran cantidad de parejas que se encuentran en vísperas de ser padres, temores de que algo malo pueda suceder durante este período, que el bebé no se encuentre bien, que nazca enfermo o bien fallezca en el útero, que pueda sufrir alguna enfermedad o malformación. Dichos miedos pueden contribuir a la tensión emocional propia de este tiempo (Maldonado & Feintuch, 2001).

Las investigaciones que relacionan la salud mental y las diferentes etapas del embarazo son contradictorias. Un estudio realizado por Sánchez, Bermudez y Buena-Casal (2003), sugirió que el estado emocional de la mujer varía en función del período de gestación.

Durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo período de gestación. Una posible explicación al respecto es que durante el primer trimestre, el estado de gestación es apenas perceptible llegando incluso, en la mayoría de los casos, a ser a partir del segundo y tercer mes cuando la mujer es informada de su nuevo estado. Por otra parte, durante el segundo trimestre de gestación es cuando comienzan a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas. Una vez habituada al nuevo estado las respuestas de depresión y ansiedad disminuyen.

Contrario a lo antes expuesto, Andersson et al. (2003) y Heron et al. (2004) proponen que los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes a lo largo del embarazo, incluso más frecuentes en el último trimestre. Apuntando además a una alta incidencia en mujeres que no manifestaban patología previamente.

Finalmente, diferentes estudios han definido las preocupaciones más comunes en las mujeres embarazadas, que según las características personales, el carácter planificado (o no) del embarazo, la presencia (o ausencia) de una pareja estable, ser primigesta (o haber tenido un embarazo previo), y las propias vivencias vinculares; pueden generar o no patologías psicológicas durante el embarazo. Dentro de estas preocupaciones, se destacan las relacionadas con la propia salud, aspectos socio-médicos, socioeconómicos y relacionales (Green, Kafetsios, Statham & Snowdon, 2003), así como también el aumento de peso y la posibilidad de recuperar la figura luego del parto (Farkas & Santelices, 2008)

Por otro lado, son comunes las preocupaciones correspondientes al nacimiento del bebé; las más importantes corresponden a la posibilidad que el feto pueda tener problemas de salud, al momento del parto y a la posibilidad de aborto espontáneo. Este temor puede

aparecer durante el embarazo, parto o incluso en etapa de puerperio. Las mujeres que experimentan el “fenómeno del miedo al nacimiento del bebé” suelen tener niveles de miedo más intensos durante el parto, pudiendo desarrollar síntomas correspondientes a un desorden de estrés post traumático (Wijma, 2003).

Lo anterior se observa principalmente en mujeres que han tenido experiencias de pérdidas previas, en quienes se identifican preocupaciones en torno a perder otro bebé, en torno a la salud del bebé en desarrollo, a la estabilidad emocional propia, a la falta de apoyo de otros y en torno a recibir malas noticias (Arsenault, Bidlack & Humm, 2001).

2.7. Inseminación artificial y otras técnicas de fertilización.

La inseminación artificial corresponde al tratamiento de primera línea para las parejas infértiles u homoparentales (Heidari, Berjis & Ahmadi, 2017). La infertilidad se ha definido como la incapacidad de concebir luego de 12 meses o más teniendo relaciones sexuales sin protección (Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine, 2008). En este contexto, se ha observado que el 62% de las mujeres que forman parte de parejas consideradas infértiles presentan sintomatología depresiva, lo que las hace un grupo principalmente vulnerable (Gojani, Kordi, Asgharipour & Habibollah, 2018). Actualmente, la ciencia ha aportado más técnicas que aumentan las posibilidades de las parejas infértiles de ser padres; como la fertilización in vitro y la inyección de espermatozoides en el citoplasma. Sin embargo, estos métodos son altamente costosos e implican varias intervenciones médicas y tratamientos largos (Mezreji & Toozandehjani, 2016).

Las mujeres que son sometidas a estos tratamientos tienen mayores niveles de ansiedad relacionada con el resultado de su embarazo. Las altas cifras de abortos espontáneos, fallas en el tratamiento y la preocupación sobre la salud del bebé son los principales factores de ansiedad, junto con el desgaste de la relación de pareja (Eijkemans et al., 2008).

Aunado a esto, una vez iniciado el tratamiento de fertilización, es muy difícil predecir los resultados, sino que más bien sólo queda a las parejas esperar hasta pasadas las 12 semanas de gestación para confirmar el embarazo, e incluso así, las probabilidades de aborto siguen siendo altas (Gojani et al., 2018).

La mayoría de los estudios en relación a los tratamientos de fertilidad han descubierto que el período más crítico en términos de salud mental para la mujer que se realiza este tipo de tratamientos es durante la espera de la confirmación del embarazo (Osuna, 1985). En este tiempo se observan altos niveles de estrés, depresión y ansiedad debido a la expectación y miedo en relación al embarazo (Bolvin & Lancaster, 2010).

2.8. Homoparentalidad

La maternidad homosexual es un área de estudio que ha ganado relevancia en los últimos años. Debido a que el presente estudio está relacionado con el embarazo, la inseminación artificial dentro de las mujeres homosexuales es de principal interés.

En este sentido, éstas tienden a tener índices mayores de depresión que las heterosexuales, principalmente debido al estrés social al que están expuestas, la necesidad de deconstruir su sexualidad durante algún momento de su vida, y la posibilidad o no de ser madres (Carnelley, Hepper, Hicks & Turner, 2011).

Un estudio realizado por Borneskog, Sydsjö, Lampic, Bladh y Svanberg (2013) evaluó los niveles de ansiedad y depresión en mujeres homosexuales que habían sido inseminadas artificialmente desde un banco de espermios donados. En esta investigación se observó que las mujeres que habían recibido la inseminación reportaban índices de ansiedad y depresión mayores que su pareja durante el embarazo. También, se halló que los niveles de depresión y ansiedad en la mujer embarazada aumentaron entre la primera medición -al momento de la inseminación-, la segunda -durante el embarazo- y la tercera medición -una vez nacido el

bebé-. Contrariamente, los niveles de ansiedad en la pareja disminuyeron entre la primera y la tercera medición.

Los resultados de este estudio demuestran que cuando la variable género es controlada, el embarazo como estado es un factor de riesgo importante para el desarrollo de depresión y ansiedad durante el mismo. Sin embargo, en el estudio mencionado con anterioridad, las pocas mujeres que presentaron sintomatología depresiva durante el embarazo continuaron con los síntomas en el posparto, a diferencia de los síntomas ansiosos que encontraron su pico durante el segundo trimestre del embarazo, pero que continuaron hasta luego del nacimiento del niño (Borneskog et al., 2013).

Capítulo 3. DEPRESIÓN

3.1. Depresión: Definición y aproximación conceptual.

La depresión es considerada por la OMS (2015) como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

El diagnóstico de este trastorno mental se ha estructurado en el DSM-5 (APA, 2013) como la presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas, la mayoría del tiempo durante un período superior a 2 semanas: 1. Estado de ánimo deprimido, 2. Anhedonia o desinterés en las actividades cotidianas, 3. Pérdida o aumento de peso inintencionada, 4. Insomnio o hipersomnias, 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor, 6. Fatiga, 7. Sentimiento de inutilidad o culpa excesivos, 8. Disminución de la concentración y/o la capacidad cognitiva, 9. Pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente. Es importante destacar que la presencia de los 2 primeros síntomas es obligatoria para el diagnóstico de Depresión Mayor.

Estos síntomas deben generar un malestar clínico significativo y/o deterioro en las relaciones interpersonales, las actividades sociales y laborales; y no se explican por la presencia de comorbilidades u otras afectaciones médicas.

La gravedad del cuadro va a depender de la cantidad de síntomas presentes, el impedimento en la funcionalidad cotidiana y la presencia o no de ideas suicidas y su estructuración.

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina, sobre todo durante su edad fértil debido a los cambios e influencias hormonales (Noble, 2005), y parece ser mayor aún durante la etapa periparto, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos (Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis, 2001)

3.2. Marco conceptual y definición

El estudio de la depresión se ha visto dificultado por la imprecisión y ambigüedad con que se hace uso del término, dando lugar a confusiones (Kazdin, 2015):

- El plano sintomatológico, el cual designa una distimia o un estado de ánimo disfórico;
- El nivel sindrómico, que designa la aparición conjunta de determinados síntomas psicológicos, motores y somáticos; que pueden presentarse como problema principal, pero que también pueden aparecer acompañando a una gran variedad de trastornos físicos o psíquicos;
- El sentido nosológico, con diversas enfermedades atribuidas a causas con determinados cursos y con específicos correlatos familiares, ambientales y biológicos.

En cuanto a la presentación clínica, en las mujeres la depresión tiende a manifestarse más temprana que en los hombres, con mayor frecuencia de episodios y con un mayor número de síntomas. Esto ha sido confirmado en análisis estadísticos multivariable, que encontraron como mejores predictores de la depresión mayor en las mujeres, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido. También se ha descrito un elevado número de síntomas atípicos, entre los más comunes la hipersomnia y el aumento de peso (APA, 2013), que en ellas podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de ambos sexos (Smith et al., 2008).

Una dificultad para la distinción de las características sintomáticas de la depresión, es el frecuente solapamiento de síntomas que existen con la ansiedad. Estos están claramente definidos en los manuales. La diferenciación clínica no es tan evidente por lo que se dificulta distinguir entre ambos tipos de cuadros o identificar, en el curso de los mismos, cuál antecede; ya que se encuentra una fuerte asociación entre ellos (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007). En este sentido, se ha estudiado la gran comorbilidad de estos dos trastornos, llegando incluso al 70% (Kessler et al., 2003; Lancaster et al., 2010).

Si se diferencian los factores de afecto positivo y afecto negativo, puede plantearse que la ansiedad correspondería a un estado de alto afecto negativo y poca correlación con el afecto positivo, mientras que la depresión sería un estado mixto de alto afecto negativo y bajo afecto positivo (Bayrampour, Salmon, Vinturache, & Tough, 2015). Como ambos constructos dan cuenta de estados de ánimo negativos, se puede establecer la existencia de un factor común que es la afectividad negativa, neuroticismo o malestar psicológico general. Un factor diferenciador entre ambos cuadros clínicos estaría referido a la afectividad positiva, que tiende a correlacionarse negativamente y de manera consistente, con el humor y la sintomatología depresiva, pero no así con el humor ansioso ni con los síntomas asociados con la ansiedad. De esta forma, la ausencia de experiencias placenteras, es decir, la anhedonia, es especialmente importante en la depresión (Agudelo et al., 2007).

En cuanto a la definición de la depresión Lovibond y Lovibond (1995) la consideran como un estado caracterizado principalmente por una pérdida de autoestima y de incentivo, y asociado con una probabilidad percibida muy baja de logro de metas personales significativas para el individuo.

3.1.2. Prevalencia

El Informe Mundial sobre la Salud advierte que más de 300 millones de personas en el mundo sufren de depresión. Habiendo un aumento del 15% entre los años 2005 y 2015 (OMS, 2017). Algunos estudios estiman que cerca del 8.8% de la población mundial padece de esta enfermedad (Vilagut, Forero, Barbaglia & Alonso, 2016), afectando principalmente a las mujeres en cifras que van entre un 7% y un 13% (Berardi et al., 2002). En Chile, la depresión representa un problema importante de salud pública, ya que su prevalencia en la población femenina es incluso mayor que en otros países, alcanzando alrededor del 25% de la misma (Jadresic, 2014).

3.2. Depresión Perinatal

3.2.1. Diagnóstico y características

El diagnóstico de depresión perinatal se ha desarrollado en el DSM-5 (APA, 2013) como la presencia de la sintomatología depresiva durante el período del periparto, sin hacer una distinción en si la sintomatología comienza en la etapa gestacional o en el posparto; incluso cuando se ha visto que las consecuencias de la depresión en esta etapa están parcialmente determinadas por su momento de origen, siendo particularmente preocupante en el momento del parto porque influye en la biología del niño y aumenta las probabilidades de las complicaciones futuras (Brummelte & Galea, 2016).

La depresión perinatal se ha definido como la presencia de episodios depresivos mayores o menores durante el período gestacional y/o durante el primer año posparto (Committee of Obstetric Practice, 2015). Corresponde a uno de los desórdenes mentales que más inhabilita a las mujeres durante la maternidad (Earls, 2010) y está asociada con una variedad de consecuencias negativas tanto para la madre como para su bebé y la familia en general. Dentro de dichas consecuencias se observa: bajo peso al nacer, un bebé pequeño para su edad gestacional (PEG), dificultades en el desarrollo cognitivo y motor, problemas en el establecimiento de un apego seguro, y futuros problemas relacionales y emocionales (Alhusen, Hayat & Gross, 2013).

La depresión como cuadro clínico tendría una presentación similar en el embarazo que la que se presenta en episodios depresivos en otras etapas de la vida. Además de los síntomas primarios de la depresión, como el desánimo, la falta de interés por las actividades que antes eran causa de satisfacción y placer, el deterioro de la autoestima, la presencia de labilidad emocional; suelen también aparecer síntomas como angustia, irritabilidad rechazo, rabia o ambivalencia en relación al embarazo y al feto, más aún si no ha sido planificado. Sumado a esto pueden aparecer angustias relacionadas con la responsabilidad de tener que asumir un

nuevo rol no esperado, o bien sentimientos de culpa por sentir que no ayuda ni se preocupa por el bienestar del futuro bebé, incluso culpa por no estar feliz por la llegada de su hijo (Jadresic, 2014).

La problemática reside también en que muchos de los síntomas considerados como criterios para diagnosticar la depresión en otras etapas, como problemas para dormir, cansancio, cambios emocionales, aumento de peso; se pueden confundir con los síntomas propios del embarazo (Sarzi, 2007), lo cual dificulta el diagnóstico de la depresión perinatal (Halbreich & Karkun, 2006) generando un sub-diagnóstico de la patología y la imposibilidad de brindar un tratamiento efectivo a tiempo (Sarzi, 2007; Sumano & Vargas, 2014).

Por otro lado, diferentes estudios han mostrado que la depresión en el embarazo generalmente precede a la depresión posparto e incluso puede ser más común (Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, 2001). Debido a esto se ha considerado la depresión perinatal como un continuo, donde la sintomatología preparto se mantiene de manera significativa en el posparto (Alhusen & Alvarez, 2016). Así, se ha observado que la depresión prenatal predice en un 68% la depresión posparto y aumenta las probabilidades de desarrollarla, cuando aquella comienza desde la semana 34 de embarazo (O'Connor, Heron & Glover, 2002), siendo la depresión durante la gestación, el factor predictor más importante para la depresión posparto (Field, 2011).

Por su parte, la depresión en la etapa prenatal se diferencia de la depresión en otra etapa de la vida por los efectos negativos que este trastorno puede tener en el bebé, lo cual constituye una diferencia importante y permite poner en alerta la necesidad de tratamiento para la mujer en esta etapa de la vida (Clatworthy, 2011). Llegando incluso a proponerse que muchas de las consecuencias que se han atribuido a la depresión luego del nacimiento

en relación al apego y al desarrollo cognitivo y motor del niño, pueden haber tenido su origen en la etapa gestacional (Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius & Piha, 2001).

3.2.2. Prevalencia

La presencia de un cuadro depresivo durante la etapa gestacional ha sido clasificada como una de las complicaciones más importantes dentro de la psicología perinatal. La prevalencia reportada por Johanson, Chapman, Murray, Johnson y Cox (2000) en embarazadas a nivel mundial se ha establecido entre el 4 % y el 30%, mientras que para Banti et al., (2010) afecta alrededor del 13% de las madres gestantes. Otros estudios llegan a señalar hasta un tercio de las mujeres embarazadas (Field, 2004).

Si bien la varianza mundial de la depresión en el embarazo es muy alta, la mayoría de los estudios establece que alrededor de un 14.1% de las mujeres embarazadas presentan un trastorno depresivo (Banti et al., 2010).

Las cifras mostradas anteriormente son independientes del sistema de medición utilizado, pero se aprecia que el factor socioeconómico es el que más influye en la prevalencia en mujeres embarazadas, siendo el nivel de bajos recursos económicos el que llega hasta el 50% de los casos registrados (Chokka, 2002).

Un estudio realizado en Venezuela, (Díaz et al., 2013), llevado a cabo en un Hospital Materno Infantil, reveló que el 66,1 % de las madres embarazadas tenía un diagnóstico de depresión, considerando a las mujeres sin pareja estable con un riesgo 6.5 veces mayor en comparación a las mujeres con pareja estable. Para dichos autores, es importante destacar el estado de amenaza y estrés crónico presente en la población venezolana para la interpretación de estos datos.

Por su parte, en México, en un estudio realizado con una muestra de 97 mujeres, se observó que el 15% ($n=14$) tenía un diagnóstico de depresión a las seis semanas de posparto.

Al subdividir a este grupo se encontró que el 57% ($n=8$) de ellas habían tenido depresión en el embarazo y el 43% ($n=6$) restante solo había presentado depresión en el período de posparto. Esto deja en evidencia la importancia que tiene el período de preparto en el desarrollo de la depresión posparto (Lartigue, Maldonado, González & Saucedo, 2008).

En Chile, Jadresic et al. (1992) han reportado cifras de un 10%. Mientras que un estudio más reciente de Alvarado et al. (2000), realizado con 125 mujeres embarazadas, arrojó que un 30,4% presentaba síntomas depresivos importantes en el período de embarazo. De este grupo, un 42,1 % presentó una depresión en el posparto, lo que contrasta con el 22,4% de la muestra total. Sin embargo, el estudio no indica si la muestra es representativa o no de la población chilena total, ya que otros estudios han demostrado que la prevalencia de la depresión durante el embarazo en Chile es de alrededor del 10% (Worley, 2001).

En cuanto a la prevalencia de acuerdo al tiempo de gestación, se observa un mayor porcentaje durante el último trimestre del embarazo (Bennett et al., 2004). Otros autores afirman que los índices de prevalencia de la depresión en embarazadas son de 7,4% durante el primer trimestre del embarazo, de 12,8% en el segundo trimestre y de 12% en el tercer trimestre (Bennett et al., 2004).

Es importante remarcar que la sintomatología depresiva durante el embarazo rara vez se presenta sin comorbilidades ansiosas y factores de estrés, por lo que se ha propuesto que estos tres factores en conjunto influyen en el desarrollo de una posterior depresión posparto y en las consecuencias experimentadas por el feto (Schneider & Moore, 2000).

3.3. Consecuencias de la depresión en el embarazo

Se ha descrito bastante acerca de las consecuencias de la depresión en el embarazo, las cuales afectarían tanto a la madre como al niño por nacer y abarcarían diversos ámbitos,

constituyéndose muchas veces en una carga física, social y económica para la mujer embarazada, la familia y el sistema de salud (Bello, Puentes, Mora, & Lozano, 2005).

En el caso particular de la madre, se han observado importantes consecuencias en su salud, cuando presenta sintomatología depresiva durante el embarazo, principalmente un aumento en el riesgo de preclampsia (Qiu, Williams, Calderon-Margalit, Cripe & Sorensen, 2009), y de involucrarse en actividades peligrosas para la salud como el consumo de tabaco, alcohol y drogas aumentando la morbilidad y mortalidad de las mujeres en esta etapa (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström & Bixo, 2004), además de aumentar las tasas de suicidio de ellas en el período gestacional (Celik, Ozdemir & Oznur, 2015).

3.3.1. Impacto de la depresión en el desarrollo fetal

Las embarazadas con depresión pueden presentar consecuencias adversas a corto plazo, traducidas en cambios conductuales como no buscar atención prenatal temprana, abandono de los controles prenatales y escasa adherencia a las indicaciones médicas, aumento en el consumo de medicamentos, reducción de las conductas de autocuidado, nutrición y sueño, abuso de cigarro, alcohol y drogas; todo lo que se traduce en un cuidado inadecuado del embarazo, afectando de una manera u otra el desarrollo fetal y el resultado obstétrico (Dorca, 2015 citado en Bejar & Prego, 2015; Orr, Blaze, James & Reiter, 2007).

Los efectos mencionados anteriormente no tienen relación únicamente con las actitudes de la madre en torno al cuidado de sí y de su hijo, sino también en relación a los propios procesos fisiológicos que conlleva un estado depresivo y que van a afectar directa o indirectamente al feto (Dorca, 2015 citado en Bejar & Prego, 2015).

En primer lugar, se han identificado efectos negativos en la respuesta del feto a los estímulos externos. Allister, Lester, Carr y Liu (2001) manifiestan que la frecuencia cardíaca en los fetos de madres deprimidas se encontraba aumentada y que ésta no presentaba

cambios cuando se estimula el feto. Estudios más recientes han mostrado una hiperactividad en fetos de madres deprimidas que no cambian su actividad ni en reposo ni al ser estimulados. Esto indica una menor capacidad de regulación ante los estímulos externos debido a una hiperestimulación interna, lo que podría generar una dificultad futura en la relación madre-hijo, resultando niños de temperamento difícil y menos responsivos ante el intento maternal de regularlos (Gentile, 2017).

Por otro lado, se produce la “programación fetal”, que consiste en el proceso mediante el cual la fisiología del feto es afectado por factores nutricionales, ambientales u hormonales, que van a resultar determinantes en su desarrollo posparto a nivel cognitivo, motor y social (Glover, 2017). En este sentido, la exposición a altas concentraciones de cortisol y norepinefrina, y la baja de serotonina y dopamina en la placenta, producto de una depresión en la madre embarazada, va a generar cambios importantes para su desarrollo futuro (DiPietro, 2004; Gentile, 2012).

Finalmente, en un sentido epigenético, se han observado cambios en el ADN de los fetos de madres deprimidas y expuestas a situaciones de estrés, específicamente en el gen encargado de la producción de colágeno. A pesar de que las consecuencias de esta mutación no han sido propiamente establecidas, el hecho de que haya cambios en la estructura del ADN del feto al presentarse sintomatología depresiva durante la gestación indica el impacto profundo que pueden tener las patologías psiquiátricas en el desarrollo del futuro niño (Non, Binder, Kubzansky & Michels, 2014).

3.4. Depresión posparto

Pese a todo lo anteriormente expuesto, se ha identificado que las mayores dificultades se presentan en la etapa posparto. En Latino-América se reportó que entre el 50 y 80% de mujeres sufren algún tipo de alteración durante el puerperio, que puede ir desde molestias

leves y transitorias como la tristeza y el llanto, o inclusive angustia y dificultad para vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas (Medina, 2013).

En el caso particular de la depresión postparto, Dunkel Schetter y Tanner (2012; Jadresic, Nguyen & Halbreich, 2007) reportaron porcentajes entre el 10 y el 20% de las madres. Estudios realizados en Chile demuestran que alrededor de un 40% de las madres chilenas presentan sintomatología depresiva-ansiosa subclínica. Las cifras anteriores son más conservadoras que las reportadas por el Ministerio de Salud de Chile (2014), que estimaron entre 60 y 85% de mujeres con posibilidad de presentar algunos síntomas de apariencia depresiva en los primeros días del postparto. No obstante, en general estos son cuadros leves y se resuelven pronto; pero existe un grupo de casos que tienen sintomatología propia de cualquier episodio depresivo mayor y puede acompañarse de ideas obsesivas respecto del bienestar del recién nacido. Pueden presentarse ansiedad, pobre percepción del rol materno y alteraciones motoras o cognitivas en comparación con las depresiones no ligadas al postparto.

Las características mencionadas anteriormente suelen ocurrir la mayor parte del tiempo durante dos semanas, afectando el funcionamiento cotidiano y el cuidado del bebé. Los desenlaces más temidos incluyen el suicidio e infanticidio, que habitualmente están más asociados a la ausencia de tratamiento, depresión postparto severa y psicosis postparto (Paris, Bolton & Weinberg, 2009).

Para Mendoza y Saldivia (2015), la depresión postparto es el cuadro psiquiátrico más frecuente del postnatal y, por sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública. Además, provee una oportunidad de prevención al estar precedida por un “marcador” definido: el nacimiento de un hijo. Dentro de esto, se han identificado grupos de riesgo y los tres primeros meses del período postnatal, como el período de mayor vulnerabilidad.

Dado la relevancia que ha tomado la depresión posparto, el DSM-5 (2013) incluyó el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto. El mismo se caracteriza por episodios de llanto recurrente, sentimiento de culpa, pérdida o aumento de apetito, ideación suicida, alteraciones del sueño, sentimientos de inadecuación e inhabilidad de lidiar con las necesidades del niño, temor a hacerle daño, resistencia a ejercer el rol maternal, amamantar o hacerse cargo del infante. También se observa falta de concentración, fatiga e irritabilidad (Kendell, Chalmers & Platz, 1987).

De igual forma se mantuvo el mismo criterio de tiempo, lo que ha generado cuestionamientos, ya que para efectos clínicos y de investigación, el período de riesgo puede ampliarse a los tres meses después del parto (Wisner, Parry & Piontek, 2002).

Finalmente, se ha establecido que la depresión durante la gestación es un factor de riesgo específico para el desarrollo de depresión psicótica posparto (Ebeid, Nassif & Sinha, 2010), una de las complicaciones afectivas más graves durante este período, en el cual la madre se encuentra absolutamente impedida para cuidar del bebé y de sí misma (Gentile, 2012).

Existen otras alteraciones del estado de ánimo que se pueden considerar, por ejemplo, Carro et al. (2000), hace mención al llamado *Baby Blues* y lo describe como una alteración debida a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Dicho trastorno tiene una intensidad y duración variable, y suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son de alivio espontáneo dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento, y no requieren de atención médica y/o psicológica.

Otra manifestación del estado del ánimo es el síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, el cual aumenta las posibilidades de que aparezca la depresión posparto. De igual forma el cuadro se manifiesta con alteraciones del sueño, labilidad emocional,

irritabilidad y tristeza o llanto fácil, ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido (Medina, Figueras & Gómez, 2013).

Es importante hacer la distinción entre la disforia posparto (Maternity Blue) y la depresión posparto. El primero se entiende como la presencia de sintomatología depresiva que se observa durante los primeros días luego del parto e incluye llanto, sentimiento de tristeza y cambios de humor, y que se debe principalmente a los cambios hormonales que produce el alumbramiento. El diagnóstico diferencial se realiza principalmente por la intensidad de los síntomas (que no impiden a la madre cuidar del niño) y la duración del cuadro que no se prolonga más allá de 2 semanas (APA, 2013). La disforia posparto se observa hasta en un 70% de las madres durante los primeros días luego del parto.

Es indispensable informar que el estado de tristeza postparto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. De esta forma, es preciso enfatizar que si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud (Ebeid, Nassif & Sinha, 2010).

3.5. Impacto de depresión en el desarrollo del niño

Los neonatos de madres deprimidas tienen niveles de cortisol y norepinefrina plasmático significativamente aumentados, y niveles de dopamina y serotonina disminuidos (Field, 2004), lo que implica una menor capacidad de recuperación ante eventos estresantes, una mayor reactividad negativa y una menor capacidad de sentir placer. Una explicación potencial para este evento es que la depresión durante el embarazo afecta las concentraciones de serotonina, dopamina y cortisol en la placenta, neuromodulando la disponibilidad de estos neurotransmisores y hormonas incluso después del nacimiento (Bonnin et al., 2011). Esto ha llevado a que se detecten comportamientos de tipo depresivo desde el momento del

nacimiento (Field, 2004), y un aumento en el diagnóstico de Trastorno de Deficit Atencional (TDA) entre los 5 y 8 años, así como problemas comportamentales (Kleinhaus et al., 2012).

Hay evidencia de que la depresión durante la etapa gestacional genera efectos adversos en el desarrollo neuronal del infante, al impedir el proceso de “programación fetal” (DiPietro, 2004; Glover, 2017; Connor & Glover, 2009). Específicamente, la depresión gestacional influye negativamente en el proceso de aprendizaje a largo plazo (DiPietro, 2004), al dificultar la regulación atencional y emocional del infante, aumentar la irritabilidad, e impedir la búsqueda de novedad (Davis & Sandman, 2010).

La depresión gestacional no sólo genera dificultades en el desarrollo temprano del niño, sino que también afecta el comportamiento del adolescente, específicamente en la reactividad a las emociones negativas y aumento en los comportamientos impulsivos (Khashan et al., 2008). Se ha observado que estas consecuencias negativas se desarrollan incluso cuando la madre no presenta sintomatología depresiva durante el posparto, lo que evidencia la influencia directa que puede tener esta psicopatología sobre el desarrollo fetal (O'Connor et al., 2002). Una explicación tentativa a este fenómeno es la falta de nutrición adecuada durante la etapa gestacional debido a la ausencia de seguimiento de las recomendaciones alimentarias en las madres deprimidas (Barker, Kirkham, Ng & Jensen, 2013).

Los efectos negativos se extienden no sólo hasta la adolescencia, sino también hasta la adultez temprana, ya que se ha comprobado que los hijos de madres deprimidas durante el embarazo tienen un 14% más de probabilidades de presentar sintomatología depresiva (Kingsbury et al., 2016). Esto se puede explicar por el desarrollo anormal del eje hipotalámico-pituitario-adrenal consecuencia de la exposición constante a cortisol durante la etapa gestacional, aumentando la vulnerabilidad a los desórdenes del ánimo, principalmente la depresión (Schetter & Tanner, 2012).

En relación al desarrollo del niño, se ha visto que la sintomatología depresiva aumenta en un 1.56 las posibilidades de tener un bebé prematuro (Fransson, Örténstrand & Hjelmstedt, 2010), sin embargo el efecto no es clínicamente significativo cuando los síntomas se presentan sin sintomatología ansiosa (Schetter & Tanner, 2012). Lo mismo ocurre con el peso del recién nacido, ya que la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo aumenta entre un 1.4 y un 2.9 las probabilidades de tener un niño con bajo peso al nacer o un PEG, independiente de si se presenta o no alguna psicopatología comórbida (Grote et al., 2010).

El bajo peso al nacer es una característica que se puede prolongar hasta los 3 años, mostrando que los hijos de madres deprimidas tienden a pesar menos, pero presentar más tejido adiposo que los niños control y que los niños de madres con depresión posparto (Ertel, Koenen, Rich-Edwards & Gillman, 2010). Los niños de 3 a 6 meses de edad, de madres deprimidas suelen presentar un menor tono muscular, menos vocalizaciones y puntuaciones menores en las escalas neurológicas que los niños de madres control (Field, Pickens, Fox, Nawrocki & González, 1995).

Otro punto a destacar, es el mayor ingreso a cuidados intensivos neonatales e incubadoras en niños de madres que han sufrido depresión durante el embarazo (Engelstad et al., 2014).

La influencia de la depresión durante el embarazo y la exposición a sintomatología comórbida de estrés se ha comprobado en estudios realizados con ratas. Se observó que las crías de madres que habían sido sometidas a estrés y que habían desarrollado sintomatología depresiva durante la gestación, presentaban retardo en el desarrollo psicomotor y social, incluso cuando eran cambiados de madre al momento de nacer a una que no había estado sometida a estos estímulos. Por otro lado, las crías que habían sido gestadas en óptimas condiciones y que luego habían sido cambiadas a una madre estresada, si bien no presentaban óptimos resultados motores, su desarrollo estaba menos impedido que aquellas que habían

sido gestadas en un ambiente de estrés (Jafari, Mehla, Kolb & Mohajerani, 2017). Esto indica que el estudio y la prevención de la depresión durante la etapa gestacional es fundamental al momento de promover la salud mental tanto en la madre como en su hijo.

3.6. Consecuencias en el proceso de vinculación madre-bebé

Se consideraba que la relación de apego se daba luego del nacimiento, pero en los últimos años se ha observado que la relación de apego entre madre e hijo comienza durante la etapa gestacional, desde el momento en que aquella es consciente de la presencia de su bebé, en su imaginario y lo considera como una persona (Thombs & Stewart, 2014).

El desarrollo de un apego seguro requiere que el niño tenga contacto con su cuidador sensible, que muestre afectos positivos y sincronía al interactuar con el bebé (Svanberg, Mennet, & Spieker, 2010). Varios estudios han descrito consecuencias en la relación de apego, caracterizada a grandes rasgos como la inseguridad-seguridad que tiene el niño sobre el mundo, facilitada por la efectividad-inefectividad de su cuidador principal para satisfacer sus necesidades de manera eficaz y oportuna (Bolwbi, 1989); establecida entre la madre y su hijo en casos de depresión posparto.

En este sentido, se ha observado que la depresión y los síntomas ansiosos presentados en esta etapa dificultan el desarrollo del apego seguro entre madre e hijo una vez que éste nace, ya que la relación había comenzado a establecerse desde mucho antes (Dubber, Reck, Müller & Gawlik, 2014), y no será capaz de desplegar este repertorio de conductas al vincularse con su bebé (Cornish et al., 2006).

Sumado a esto, se han comprobado comportamientos subóptimos en el reconocimiento de expresiones faciales (Lundy, Field & Pickens, 1996), y más episodios de llantos y quejas (Diego, Field & Hernandez-Reif, 2005). Todo esto lleva a problemas en el apego seguro y aumenta el estrés maternal, al dificultar la capacidad de la madre de responder efectivamente

ante las necesidades de su hijo. Esto podría explicar en parte el por qué los hijos de madres deprimidas durante el embarazo tienden a tener estilos de apego inseguro-desorganizado, incluso más que aquellos niños que han sido expuestos a cuidados insuficientes y negligentes, quienes tienden a desarrollar un apego inseguro-evitativo o ambivalente (Tharner et al., 2012).

Por otro lado, se ha encontrado que las madres que presentan depresión reflejan sentimientos hostiles y niveles altos de estrés en relación al cuidado de sus bebés. También presentan percepciones negativas en cuanto a las conductas que éste emite (Cornish et al., 2006). Así, Adams (2005) plantea que las madres deprimidas constituyen un grupo de alto riesgo pues la depresión interfiere con su habilidad para darse cuenta de las necesidades de su hijo y proveer un cuidado emocionalmente nutritivo (Quezada & Santelices, 2010).

En general, la presencia de psicopatología en la madre es un factor de riesgo para la seguridad de los vínculos en la infancia. De hecho, los niños que carecen de estrategias de apego coherentes y unitarias, generalmente tienen madres afectadas por estrés, ansiedad y/o depresión crónica (Edhborg, Lundh, Seimyr & Widstrom, 2003; Raikes & Thompson, 2006; Quezada & Santelices, 2010). Por lo tanto, se puede observar una mayor incidencia de apegos de tipo inseguro (incluso desorganizados en los casos más graves) en hijos de madres diagnosticadas con depresión (Martins & Gaffian, 2000).

Schmidt y Argimon (2009) describen una investigación realizada en Brasil. La misma analizaba la relación entre: el tipo de vínculo del embarazo, los síntomas de ansiedad, depresión y el nivel de vínculo materno fetal. En dicho estudio participaron 136 mujeres entre 18 y 42 años de edad, con entre 6 y 9 meses de gestación. Los resultados arrojaron que las mujeres embarazadas que tenían un vínculo positivo (relacionado con el apego seguro) tenían un menor índice de síntomas depresivos y ansiosos.

Otro estudio realizado en Holanda acerca de la predicción de síntomas depresivos a partir de reportes de la relación vincular temprana, mostró que un “sobre-envolvimiento” y control maternal tienen un efecto invalidante en el desarrollo del Yo en el niño, ya que esta actitud puede reflejar síntomas típicos de ansiedad generalizada en las madres. Un resultado de esta actitud, es que los niños no solamente se ven frustrados en sus actividades exploratorias y reducción en su espectro emocional, sino que también aprenden (probablemente por medio del proceso de aprendizaje vicario) a reaccionar frente a su ambiente de la misma manera aprehensiva que han observado en las conductas de sus progenitoras. En dicha investigación se encontraron que las características vinculares tenderían a afectar mayormente a mujeres que a hombres (Arranz et al., 2012).

Otro elemento de gran importancia para la vinculación entre esta nueva diada es la lactancia materna, que espera prolongarse hasta los 2 años del niño. Ella ha sido considerada por la OMS como un factor protector ante la mortalidad infantil y como un beneficio físico y psicológico tanto para la madre como para el infante (Duijts, Jaddoe, Hofman & Moll, 2010). Esto se debe a que la leche materna actúa como un alimento completo proporcionando los nutrientes necesarios para el niño, además de la inmunidad que requieren. Por otro lado, la lactancia establece cascadas hormonales (prolactina-oxitocina) facilitando la adaptación de la madre al cuidado efectivo del niño, favoreciendo así un apego seguro (Tharner et al., 2012).

Bennett et al., (2004) mencionan diversos estudios que identifican la depresión perinatal como elemento que dificulta la lactancia, ya que las madres deprimidas tienden a no establecer una lactancia materna exclusiva y tampoco amamantan a sus bebés durante la primera hora de nacido, lo que dificulta el agarre posterior del niño a la mama, ya que el reflejo de succión es más fuerte durante este período (Kramer & Kakuma, 2002). Por lo

tanto, los niños de madres deprimidas durante el período perinatal tienen más posibilidades de estar desprovistos de los beneficios de la lactancia.

Capítulo 4. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

Considerando la alta prevalencia y las graves consecuencias de la depresión prenatal y posnatal, se están realizando esfuerzos para identificar factores de riesgo y protectores que ayuden en la prevención, identificación y tratamiento, ya que dichos trastornos son comunes y cada vez más se reconoce que los síntomas depresivos pueden ser angustiosos e incapacitantes si persisten (NICE, 2009).

La Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey) realizada en 17 países encontró que aproximadamente 1 de cada 20 personas reportaron haber tenido un episodio de depresión en la experiencia previa (World Health Organization, 2012). A nivel general se estima que la depresión afecta a 350 millones de personas alrededor del mundo, con un riesgo de por vida del 7%. Es probable que aumente un 5,7% de la carga mundial de morbilidad en 2020 (Li et al., 2015). Estas estadísticas y proyecciones hacen que cobre relevancia la revisión de la literatura empírica que permita estudiar y analizar la amplia gama de factores de riesgo similares a los conocidos y estudiados para la depresión en otras etapas de la vida.

Leigh y Milgrom (2008) reportan tres estudios metaanalíticos principales que revelan una serie de factores de riesgo fuertemente asociados con depresión perinatal: antecedentes de depresión, ansiedad prenatal, acontecimientos vitales estresantes, estilo de atribución cognitiva negativa, baja autoestima, bajo apoyo social y bajos ingresos. Otros factores de riesgo incluyen la edad joven, menos años de educación, un historial de aborto involuntario y terminación del embarazo, y una historia de la infancia de abuso sexual.

Existen factores importantes de mencionar que también guardan relación con la depresión perinatal como son: inteligencia emocional, ansiedad (Schetter, 2011), estrés (Leigh &

Milgrom, 2008; DiPietro, 2016), estilo vincular temprano, sucesos significativos de vida, entre otros.

4.1. Inteligencia Emocional y depresión

La inteligencia se ha definido como un potencial biopsicológico que puede ser influenciado por la experiencia, la cultura y factores motivacionales. Tiene que ver con la habilidad para resolver problemas y adaptarse a los elementos valorados por la cultura. Visser, Ashton y Vernon (2006) proponen ocho tipos de inteligencia: lingüística, espacial, lógico/matemática, interpersonal, intrapersonal, kinestésico-corporal, y musical; recientemente incorporó la inteligencia naturalista.

En la misma línea del concepto de inteligencia como habilidades y adaptación, aparece el concepto de inteligencia emocional, que comprende aptitudes como las habilidades sociales. Se pasa a tener en cuenta el plano emocional, como el optimismo, la motivación, el autocontrol, no sólo el éxito profesional. La inteligencia emocional está en la base de muchos procesos físicos. Existe un vínculo fisiológico entre las emociones y el sistema inmunológico, no como entidades independientes sino capaces de influirse mutuamente (Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía, 2011).

El cultivo de una competencia emocional desarrollada y oportuna, contribuye en definitiva a potenciar la inteligencia, entendida en sentido amplio. No hay vida mental sana, ni siquiera a nivel de funcionamiento intelectual, en condiciones de disfunción emocional importante (Navas, 1999).

El estudio sobre regulación y manejo de emociones ha generado un gran interés en las últimas décadas. Aunque el análisis de la interrelación entre las emociones y la inteligencia no es nuevo, el constructo inteligencia emocional (IE) ha generado una creciente área de

investigación en la que se han desarrollado diversos modelos teóricos (Bar-On, 2000; Goleman, 1998; Mayer & Salovey, 1997).

Existen tres modelos principales de inteligencia emocional:

1. *Modelo de las cuatro-fases:*

Salovey y Mayer (1997) definieron la inteligencia emocional como: “La capacidad para identificar y traducir correctamente los signos y eventos emocionales personales y de los otros, elaborándolos y produciendo procesos de dirección emocional, pensamiento y comportamiento de manera efectiva y adecuada a las metas personales y el ambiente” (p. 189). Esto se realiza mediante la capacidad que tienen los individuos para acceder a sus emociones y crear una sintonización e integración entre sus experiencias. Desde esta perspectiva, lo que se busca es identificar y controlar las emociones, pero para poder lograrlo se requiere aprender la habilidad de razonar con las mismas.

Para este modelo, la inteligencia emocional está compuesta por cuatro etapas, cada una más compleja que la otra: percibir las emociones, pensamiento emocional facilitado, comprender las emociones, y actuar y regular las emociones (Mayer, Salovey & Caruso, 2004). Cada etapa se construye sobre la base de las habilidades logradas en la fase anterior.

Primera fase. Percepción e identificación emocional: Estas habilidades se construyen en la edad infantil. A medida que vamos madurando el abanico de emociones se va ampliando, y comienzan a ser asimiladas en el pensamiento, para compararlas con otras sensaciones. Incluye la habilidad de identificar emociones en uno mismo, con sus respectivos correlatos físicos y cognitivos; así como también en otros individuos (Fernández & Ramos, 1999).

Segunda fase. El pensamiento: Las emociones dirigen la atención a la información relevante. Determina tanto la manera en la cual nos enfrentamos a los problemas como la forma en la cual pesamos la información (Fernández & Ramos, 1999). Para esto debe haber una redirección y priorización del pensamiento basado en las emociones percibidas, capitalización de los

sentimientos para tomar ventaja de las perspectivas que ofrecen, uso de los estados emocionales como fuentes de solución de problemas y creatividad (Mestre, Palmero & Guil, 2004). Si el aviso emotivo permanece en el nivel inconsciente, significa que el pensamiento no está siendo capaz de usar las emociones para resolver problemas. Sin embargo, una vez que la emoción está conscientemente evaluada, puede guiar la acción y la toma de decisiones.

Tercera fase. Razonamiento o comprensión sobre emociones: se refiere al etiquetado correcto de las emociones, comprensión del significado emocional así como la evolución de los estados emocionales de unos a otros (Fernández & Ramos, 1999). Es decir, en esta fase se requiere comprender la relación entre diferentes emociones (reglas y experiencia), comprender las causas y consecuencias de éstas, interpretar los sentimientos complejos y la combinación de estados emocionales y contradictorios; y la comprensión de cómo ocurre la transición de una emoción a otra (Mestre, Palmero & Guil, 2004). En esta etapa, las influencias culturales y ambientales desempeñan un papel significativo.

Cuarta fase. Regulación de las emociones: En esta etapa se manejan y regulan las emociones con el fin de producir un crecimiento personal y en los demás. Incluye la capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos como negativos, reflexionar sobre los mismos para determinar si la información que los acompaña es útil sin reprimirla ni exagerarla (Fernández & Ramos, 1999). Por lo tanto, para esto se requiere: apertura hacia las emociones negativas y positivas, canalización, direccionamiento y expresión emocional, implicación o desvinculación en los estados emocionales según las diferentes situaciones (Mestre, Palmero & Guil, 2004).

Por lo tanto, la inteligencia emocional figura como una habilidad que permite encontrar una oportunidad de aprendizaje y mejoría en situaciones adversas (Brackett, Rivers, Reyes & Salovey, 2012).

2. Modelo de las competencias emocionales

Dentro de este modelo su principal referente es Goleman (2001), quien definió la inteligencia emocional como la capacidad para reconocer y manejar nuestros propios sentimientos, motivarnos y monitorear nuestras relaciones. Es un modelo basado en competencias emocionales que facilitan a las personas el manejo de dichas relaciones, hacia uno mismo y hacia los demás.

Competencias consideradas:

1) Conciencia de sí mismo y de las propias emociones y su expresión; 2) Autorregulación; 3) Control de impulsos; 4) Control de la ansiedad; 5) Diferir las gratificaciones; 6) Regulación de estados de ánimo; 7) Motivación; 8) Optimismo ante las frustraciones; 9) Empatía; 10) Confianza en los demás; y 11) Artes sociales.

El modelo de Goleman (2001) concibe estas competencias como rasgos de personalidad. Sin embargo, también pueden ser consideradas componentes de la IE (encontradas en el grupo de conciencia social y manejo de relaciones), sobre todo aquellas que involucran la habilidad para relacionarse positivamente con los demás.

Este modelo considera la inteligencia emocional como una teoría del desarrollo. Esta perspectiva está calificada como una teoría mixta, basada en la cognición, personalidad, motivación, emoción, inteligencia y neurociencia; es decir, incluye procesos psicológicos cognitivos (Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía, 2011).

3. Modelo de la inteligencia emocional y social

Bar-On (1997), en base a la teoría de Salovey y Mayer (1990), proporciona una definición de inteligencia emocional, como un conjunto de conocimientos y habilidades en lo emocional y social que influyen en nuestra capacidad general para afrontar efectivamente las demandas del medio donde vivimos. Dicha habilidad se basa en la capacidad del

individuo de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva.

La inteligencia emocional y la inteligencia social (como competencias) son consideradas un conjunto de factores de interrelaciones emocionales, personales y sociales que influyen en la habilidad general para adaptarse de manera activa a las presiones y demandas del ambiente (Bar-On, 1997).

El modelo de Bar-On (1997) está compuesto por cinco componentes: El primero es el intrapersonal, el mismo hace referencia a la habilidad de ser consciente, de comprender y relacionarse con otros. El segundo es el interpersonal, el cual destaca la habilidad para manejar emociones fuertes y controlar sus impulsos. El tercero refiere al de manejo de estrés, entendiéndolo como la habilidad de tener una visión positiva y optimista. El cuarto es el de estado de ánimo, el cual está constituido por la habilidad para adaptarse a los cambios y resolver problemas de naturaleza personal y social. Y por último, en quinto lugar aparece el componente de adaptabilidad o ajuste.

Cuando se desarrollan fallas en el proceso de la mentalización, se pueden observar alteraciones de las funciones de la inteligencia emocional, dando paso a malas interpretaciones de los estados mentales propios y de los otros (Gergely, 2003).

De esta forma el proceso de mentalización es importante para la asociación significativa entre la inteligencia emocional y la salud mental de los individuos (Martins, Ramalho & Morin, 2010). En el caso particular tanto del embarazo como en el período posparto, son etapas de ajustes que traen consigo retos emocionales, la inteligencia emocional parece ser un factor protector para la salud mental de la madre en esta etapa (Mayer et al., 2004).

A pesar que la inteligencia emocional parece ser un factor protector para la depresión durante el embarazo, no hay estudios suficientes que desarrollen estas variables. Sin embargo, Rode et al. (2016) realizó un estudio en el que se vio el efecto de la inteligencia

emocional como atenuante de los factores estresantes en la predicción de la depresión posparto, mostrando que la inteligencia emocional se relacionaba de manera negativa con la depresión posparto ($\beta=-20$, $p= 0.001$) y que a su vez disminuía el efecto de los eventos estresantes de $\beta=0.23$ ($p=0.01$) a $\beta=-0.17$ ($p=0.04$), cuando se consideraba el efecto conjunto de los mismos y la inteligencia emocional sobre la depresión posparto. Es decir, las madres que tenían mayor puntuación en la escala de inteligencia emocional demostraban menores índices de depresión posparto, incluso cuando habían vivido eventos estresantes durante el año anterior.

Goldman, Kraemer y Salovey (1996) consideraron la inteligencia emocional como variable moderadora entre el informe de síntomas y las enfermedades que los estudiantes universitarios mostraban durante períodos de estrés general. Su hipótesis planteaba que la adaptación exitosa a la experiencia estresante dependería de la capacidad para atender, discriminar y regular sentimientos. Los resultados indicaron que cuando el estrés era alto, los participantes con mayor atención a los sentimientos eran más propensos a informar de diversos síntomas físicos. En cambio, aquellos que manifestaban de manera regular sus estados emocionales presentaban en momentos de estrés, menores informes de enfermedad y visitaban con menor frecuencia los centros de salud.

Otra investigación relevante a destacar fue la realizada por Martínez-Pons (1997) quien investigaba el poder predictivo de la inteligencia emocional en sintomatología depresiva (manifestaciones cognitivas, afectivas y somáticas de abatimiento y desaliento). La inteligencia emocional correlacionó negativamente con sintomatología depresiva. En su modelo, Martínez-Pons propone que la influencia de la inteligencia emocional sobre la depresión era indirecta, a través de la percepción de satisfacción vital y dominio de tareas que posee la persona. El 43% de la varianza en depresión fue explicado por la contribución directa de satisfacción vital, la cual, a su vez, era predicha por la inteligencia emocional. En

conclusión, según el modelo de Martínez-Pons (1997) cuanto más elevada sea la inteligencia emocional de una persona mayor será su capacidad para realizar comportamientos adaptativos, y niveles elevados en estas dos áreas tenderán a mejorar la percepción personal de calidad de vida de la persona e implicarán un descenso en la probabilidad de aparición de sintomatología depresiva.

En investigación realizada por Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco (2000) con una muestra de 217 mujeres embarazadas de la provincia de Málaga, se analizó el concepto de Inteligencia Emocional y su relación con la sintomatología depresiva mostrada por las embarazadas. Los resultados indicaron que las gestantes que manifestaron depresión leve o moderada mostraron niveles de inteligencia emocional más bajos, caracterizadas por presentar menor claridad en sus sentimientos y menor capacidad para reparar sus estados emocionales, que las gestantes sin sintomatología depresiva.

Barraza, Muñoz y Behrens (2017) investigaron en una muestra de 106 estudiantes de primer año de medicina, la relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés. Los resultados indican la existencia de correlaciones inversas entre las fases claridad y reparación con los síntomas depresivos ansiosos y estrés; y correlaciones directas entre la rama de atención y depresión. Los menores niveles de depresión-ansiedad y estrés implicarían una mayor percepción de habilidad para comprender y manejar las emociones, en tanto que mayores niveles de depresión implicarían una tendencia a prestar mayor atención a las emociones lo cual perpetuaría la rumiación propia de estos estados.

4.2. Estrés y depresión gestacional

El estrés se ha definido como una respuesta integral del organismo que incluye aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos. Ésta aparece como respuesta frente a una amenaza real o imaginaria, tiene la función de mecanismo de protección y es producida

para permitir que el individuo se adapte o ajuste a los estímulos nocivos o amenazantes. Varía en cuanto a su intensidad. Tal respuesta va a ser modificada según el tipo, intensidad y duración del estímulo, además por las características de la persona (Long, 1999).

Otra definición del estrés, hace foco en las respuestas fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción. Sin embargo, a pesar de ser considerada una reacción fisiológica normal en la que los niveles de cortisol aumentan significativamente para poner al organismo en alerta, el estrés sostenido en el tiempo es neurotóxico e influye significativamente en el ánimo, la salud mental y la salud física de una persona (Cruz, 2018).

En el presente capítulo se va a entender estrés como la respuesta crónica ante una situación que es percibida como amenazante y que es sostenida en el tiempo. El estado de estrés mantenido puede ser causado por situaciones desfavorables para la persona, que no necesariamente corresponden a situaciones de riesgo vital. Dentro de las más importantes se han descrito las siguientes (Glazier, Elgar, Goel & Holzapfel, 2004):

- Circunstancias de trabajo y empleo: trabajar durante el embarazo significa un esfuerzo y estrés adicional. Por otra parte, una gran cantidad de problemas reproductivos en mujeres ocurre en su mayoría en quienes presentan una clase económicamente baja, donde este aspecto generalmente conlleva a bajos recursos económicos, deficiencias nutritivas por mala alimentación, bajo acceso a oportunidades y a atención en salud adecuada. La gestación plantea una elección casi obligada para la mujer: cuidar de su embarazo y su futuro hijo, o bien continuar y mantener su trabajo, lo cual significa un gran estrés sobre todo posterior al nacimiento del hijo.

- Problemas de salud: estos son variados y generan gran preocupación. Los casos de enfermedad actual en la embarazada son más complejos. O bien una enfermedad en algún familiar, pareja o de algún hijo anteriormente al embarazo o en el momento presente.

- Condiciones de vida: dentro de este aspecto se consideran las características de la vivienda, hacinamiento con falta de intimidad, falta de acceso a servicios básicos, entorno o barrio, entre otros.

- Red de apoyo: se consideran las relaciones con los integrantes de la familia de origen las cuales, si tienen características de tensión, desligamiento, lejanía, conflictos, etc; generan un mayor nivel de estrés o percepción de falta de apoyo.

Los diferentes eventos estresantes en la vida de una persona han demostrado tener influencia directa en el período del embarazo, considerando el estrés como un factor de riesgo de tener bebés prematuros. Estos datos se han corroborado en estudios que indican que las mujeres que sufren de estrés durante el embarazo tienen entre 1.4 y 1.8 más probabilidades de tener un bebé prematuro que aquellas que no experimentan estrés. Así mismo, distintos grados de estrés aumentan las probabilidades de tener un hijo de bajo peso al nacer (PEG) (Borders et al., 2007). Ambas situaciones aumentan significativamente la morbilidad y mortalidad de los neonatos (Schetter & Tanner, 2012).

El estrés se ha establecido de manera importante como un factor predictor de la depresión durante el embarazo (Records & Rice, 2007). Se ha visto que las mujeres que han vivido episodios de estrés durante el año anterior al embarazo están 3 veces más propensas a sufrir depresión gestacional. Específicamente, el vivir en situaciones de estrés constante, como violencia doméstica (Holzman et al., 2006), falta de redes sociales (Glazier, Elgar, Goel & Holzappel, 2004), problemas económicos (Hoffman & Hatch, 2000) y problemas en la cobertura de salud (Desse, Walcott, Mariella & Swanson, 2005); han demostrado incrementar entre un 2.5 y un 3.5 las probabilidades de desarrollar un episodio depresivo mayor durante el embarazo (Lancaster et al., 2010).

Un estudio realizado por Muñoz y Oliva (2009) encontró que los factores más influyentes en el desarrollo de cuadros de estrés crónico en mujeres adolescentes embarazadas fueron:

problemas económicos, presencia de agresión psicológica familiar, presencia de algún evento estresante y/o depresión, presencia de alguna enfermedad y/u hospitalización de un familiar de la adolescente, y presencia de violencia al interior del hogar; concluyendo que los estresores psicosociales familiares mantenidos en el tiempo se encuentran dentro de los factores más importantes para el desarrollo de esta patología.

Talge, Neal y Glover (2007) reporta evidencia de estudios prospectivos independientes que indican que si una madre está estresada durante el embarazo, es mucho más probable que su hijo tenga problemas emocionales o cognitivos, incluido un mayor riesgo de déficit atencional / hiperactividad, ansiedad y retraso del lenguaje. Todavía no se sabe cuáles formas de ansiedad o estrés son las más perjudiciales, pero las investigaciones sugieren que la relación con el compañero puede ser importante a este respecto. La magnitud de estos efectos es clínicamente significativa, ya que la carga atribuible de problemas emocionales/conductuales debidos al estrés y/o la ansiedad prenatal es aproximadamente del 15%. Los modelos animales sugieren que la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) sensible al estrés y su cortisol final del producto hormonal, están implicados en estos efectos tanto en la madre como en la descendencia.

El entorno fetal puede verse alterado si el estrés en la madre cambia su perfil hormonal, y en los humanos existe una fuerte correlación entre los niveles de cortisol materno y fetal. Sin embargo, quedan muchos problemas para comprender los mecanismos implicados en esta interacción. Es posible que los efectos de la ansiedad y el estrés maternos sobre el feto en desarrollo y el niño se vean moderados por otros factores. Se sugiere que la vigilancia adicional o la ansiedad, la atención fácilmente distraída o un eje de HPA hiperreactivo pueden haber sido adaptativos en un ambiente estresante durante la evolución, pero existen hoy a costa de la vulnerabilidad a los trastornos del neurodesarrollo (Talge, Neal & Glover, 2007).

4.3. Ansiedad y depresión gestacional

La ansiedad ha sido definida como un estado emocional en el cual se vivencia una sensación de angustia, preocupación y desesperación de manera permanente, la cual involucra aspectos: cognitivos de tensión y aprehensión, fisiológicos en los cuales se presenta un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y motores que involucran comportamientos poco ajustados y desadaptativos (Friedman, 2004).

También ha sido definida como un estado de alerta del organismo ante algo que se considera como amenaza, con lo cual se producen síntomas físicos y que preparan al cuerpo para enfrentar una situación particular de peligro que conlleve a una función adaptativa del ser humano (Gurung, Schetter, Collins, Rini & Hobel, 2005). La problemática se genera cuando el organismo reacciona con ansiedad ante situaciones normales que no son amenazantes, es decir, que no presentan un peligro real; produciendo síntomas físicos y psíquicos que causan molestias y preocupación a la persona que no es capaz de identificar la causa que origina la amenaza (Compas, 2003).

La ansiedad es una reacción normal de las personas al enfrentarse a situaciones de estrés e inseguridad. Pero cuando varios síntomas de la ansiedad provocan angustia o bien algún grado de deterioro funcional en la vida del individuo que lo padece, se diagnostica el trastorno de ansiedad.

Este trastorno psicológico ha sido clasificado como uno de los factores predisponentes para la depresión durante el embarazo, ya que se ha visto su comorbilidad hasta en un 60%. Sin embargo, no hay estudios que hayan logrado establecer este factor como causal, sino que más bien correlacional (Kessler et al., 2003).

La ansiedad gestacional se ha definido como un síndrome ansioso contextualmente situado en el embarazo y en el parto, en el cual la mujer experimenta miedos intensos relacionados con la salud del bebé, los cuidados que va a necesitar éste, las posibilidades de

cuidado hospitalario y la capacidad de ejercer el rol maternal (Schetter, 2009). La sintomatología incluye ansiedad, miedo y estados de pánico en relación al embarazo, parto y maternidad; que pueden llegar a limitar a la gestante en su vida cotidiana (Schetter, 2011).

Uno de los desórdenes ansiosos más prevalentes en las embarazadas es el trastorno de ansiedad generalizado, llegando a tener una prevalencia incluso mayor que en las mujeres no embarazadas (Ross & McLean, 2006). Este trastorno se caracteriza por una excesiva ansiedad y preocupación que ocurre la mayoría del tiempo durante un período de al menos seis meses, y que está relacionado con una serie de eventos no específicos como el desempeño laboral, preocupaciones sobre el futuro, muerte y relaciones interpersonales. La aparición de sintomatología somática es característica de esta psicopatología, la cual consiste en la sensación de tener algo atorado en la garganta, sentir incapacidad de inhalar aire suficiente, taquicardia, sensación de aprensión en el pecho, hiperventilación, sudoración y parestesias (APA, 2013).

En referencia al curso y la continuidad de la ansiedad durante el embarazo, se ha observado que ésta no sólo se presenta como un factor de riesgo y comorbilidad para la depresión durante la gestación, sino también que las mujeres con ansiedad en el embarazo presentan tres veces más probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva en el posparto (Sutter-Dallay, 2004; Heron et al., 2004).

Continuando con la ansiedad como factor de riesgo y comorbilidad, Schneider y Moore (2000) plantean que la presencia de la primera durante el período gestacional, en conjunto con la depresión y el estrés, son factores predictores importantes para el desarrollo de la depresión posparto; teniendo fuertes consecuencias en el apego madre-hijo y en el desarrollo cognitivo, social y motor del infante.

Dentro de los síntomas psicológicos presentes en el período pre y postnatal, la literatura mundial muestra diversos estudios que dan cuenta de las altas cifras de depresión y ansiedad,

y el impacto que estos trastornos pueden generar (Austin, 2005; Bernazzani & Bifulco, 2003; Currid, 2004; Diaz et al., 2013; Klaus, 1993; Misri & Kedrick, 2007; Orr et al., 2007). Diferentes estudios muestran una alta prevalencia de diferentes cuadros de ansiedad durante la etapa posparto. Específicamente se ha descrito un 2% para el trastorno de pánico, 8% para la ansiedad generalizada, 0,6% para el Trastorno Obsesivo Compulsivo y un 5% para el trastorno de Estrés Postraumático; dando un total de alrededor del 20.6% de prevalencia de trastornos ansiosos en general (Stone, 2008; Bernazzani et al., 1997).

Diversos estudios han intentado determinar los factores que aumentan la prevalencia de los síntomas ansiosos en el embarazo en poblaciones determinadas. En este sentido, se ha visto que la edad –mayor de 30 años- y ser primigestas aumenta considerablemente el desarrollo de cuadros ansiosos en la etapa gestacional (Velásquez, 1995). Así mismo, las mujeres que no tienen una pareja estable poseen 8.5 veces más probabilidades de tener ansiedad en el embarazo que las mujeres que sí tienen una pareja estable (Díaz et al., 2013).

4.4. Estilo vincular y depresión gestacional

Para explicar el concepto de apego, Bowlby (1989; 1990) utiliza principios de la conducta adaptativa dirigida a determinadas metas basadas en tres ciencias con bases empíricas: la etología, la psicología experimental y la neurofisiología; y propone la conducta instintiva como modelo alternativo. Por lo tanto, la conducta adaptativa es definida como el resultado de la integración de diferentes sistemas de control que poseen mecanismos de autorregulación, donde los ajustes de cada uno tiene relación con los ajustes del funcionamiento.

Los ajustes del sistema de funcionamiento se basan en la Teoría del apego, la cual explicaría la conducta del niño que tiende a mantener la proximidad con una figura determinada, así como también las relaciones duraderas que se establecen a lo largo de la

vida. El concepto clave para entender el apego es el “sistema conductual”, que se define de manera análoga a los sistemas fisiológicos, los cuales se organizan homeostáticamente para asegurar que una medida fisiológica se mantenga dentro de determinados límites. La conducta de apego se entendería entonces, como un sistema conductual que permitiría mantener la relación del sujeto con determinadas personas, dentro de ciertos límites de distancia y accesibilidad a través de medios conductuales y no fisiológicos (Bowlby, 1990).

En suma, el apego es comprendido como un sistema comportamental adaptativo que asegura la supervivencia del individuo durante la primera infancia, y que se modula según la distancia-cercanía y predictibilidad del cuidador principal. Este mapa comportamental se va a mantener y repetir de manera sustantiva a lo largo de las relaciones del individuo durante su vida (Bowlby, 1989).

El establecimiento de una relación vincular, nace de la necesidad del niño de encontrar afecto y seguridad en una figura que le brinde protección ante el peligro para, de esta manera, asegurar su supervivencia. Entonces, aquel se une con su madre por medio de un vínculo producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta en los cuales la aproximación con la progenitora es una consecuencia previsible. Así la comida y el acto de alimentación cumplirían un papel de menor importancia en el desarrollo; siendo el sentimiento de seguridad-inseguridad con respecto al medio, que se genera en la aproximación predecible de su madre como protectora; más relevante. Por tanto, el objetivo último de los mapas comportamentales que determinan el estilo de apego, es asegurar la proximidad del cuidador (Bowlby, 1990).

Entonces, la forma en la que se relacione la conducta de apego con la conducta de atención, definida como la actividad realizada por los cuidadores para permitir la supervivencia del infante (Fonagy, 2004), dará cuenta del tipo y calidad del vínculo (Bowlby, 1989; 1993).

Es importante destacar que desde su nacimiento el niño viene neurológicamente (Bowlby, 1988; 2003) y conductualmente (Brazelton & Cramer, 1993) dotado de habilidades como el llanto, la succión, la conducta de aprehensión, la búsqueda de contacto visual y ciertos movimientos motores que le permiten entrar en actividad para la búsqueda principalmente de generar proximidad con el cuidador (Bowlby, 1988; 2003; Brazelton & Cramer, 1993). Otros se agregan a las pocas semanas como la sonrisa, el balbuceo y posteriormente el gatear y el caminar. Cada uno de ellos se activa, interrumpe y refuerza a través de estímulos determinados (Brazelton & Cramer, 1993).

Es a partir de estas bases rudimentarias que surgen todos los sistemas discriminados y complejos que, durante los últimos años de la infancia y de la niñez (y durante toda la vida posterior); intervienen en la conducta de apego dirigida hacia algunas figuras específicas (Bowlby, 2003).

Todas estas características le van a permitir al sujeto, por medio de la interacción social, específicamente con la madre (o cuidador); lograr establecer la conducta de apego que lo lleve a alcanzar un vínculo afectivo (Brazelton & Cramer, 1993). Por otro lado, la madre o el cuidador es reconocido como un sujeto dotado de mayores habilidades que no sólo va a favorecer la supervivencia a través del cuidado, sino que también propiciará el ambiente óptimo para el correcto aprendizaje y le enseñará al niño, a través de la relación, a utilizar su mente a dando significado a la experiencia. De esta manera, el bebé aprende a significar el mundo personal y social en función de la relación más o menos estable con la madre (Bowlby, 1988; 2003).

Ahora se incorporará el concepto de vínculo, el cual muchas veces se ha utilizado en la literatura psicológica como sinónimo del apego (Urizar & Muñoz, 2010). Sin embargo, es necesario poder hacer una diferenciación conceptual, en donde el apego hace referencia a una disposición a buscar la proximidad o contacto con alguien en circunstancias específicas.

Este atributo es persistente, cambia lentamente al pasar el tiempo y no depende de la situación ambiental del momento. Bowlby (1985) hace la distinción con el concepto de conducta de apego, al que define como “(...) cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido” (p. 60). La conducta de apego se activa sobre todo en situaciones que son percibidas como adversas o de riesgo para el infante.

Así mismo, Bowlby (1985) hace referencia a que las conductas de apego que se generan en el tiempo dan lugar al desarrollo de vínculos afectivos. Desde los que genera el niño con su madre, hasta los que se generan entre los adultos. Por esto, los vínculos afectivos perduran por toda la vida, activando conductas de apego que ayudan a mantener la coherencia en sí mismo del sujeto (Lecannelier, 2009).

Para Ainsworth (1979), el vínculo afectivo temprano influiría en cómo los sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones de una persona, son utilizados como una especie de filtro para la recepción e interpretación de la experiencia personal. Cuando se plantea la medición del estilo vincular temprano en los adultos, se entiende que éste es una representación perceptiva de estos vínculos, y que está compuesto por dos dimensiones: cuidado parental y la sobreprotección parental.

Urizar y Muñoz (2010) realizaron una revisión sobre estas dos dimensiones, postulando que estarían a la base de todas las relaciones interpersonales significativas, como la relación padre e hijo, el matrimonio, la relación profesor-alumno y la relación terapéutica.

La dimensión cuidado se define por una parte como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía; y por otra como: frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; apuntando de esa forma a la ausencia o presencia de esta variable (Parker et al., 1979).

La dimensión sobreprotección apunta a la presencia o ausencia de ésta, definiéndose como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y limitación de

la conducta autónoma. Es importante destacar que la dimensión de sobreprotección no equivale a exceso de cuidado, sino que es un concepto referido a la dependencia, control psicológico, intrusión e infantilización que los padres generan en sus hijos (Parker et al., 1979).

La percepción del cuidado parental ha sido definida como un constructo multidimensional, conformado por las representaciones sobre el cuidado (entendido según el nivel de calidez y alimentación) y la protección (entendido como el nivel de preocupación sobre la seguridad). En este sentido, ambas representaciones (cuidado y protección) del adulto, vienen determinadas por el estilo de apego de la persona (Enns, 2002).

Como forma de evaluar el estilo de apego de un adulto, la percepción del cuidado parental desarrollado en la infancia es la manera más idónea hasta el momento, ya que este es un constructo que sólo puede ser medido en retrospectiva. Por ejemplo, el apego se ha medido a través de la exposición de niños en la etapa preescolar a la llamada “situación extraña” en donde su respuesta comportamental ante diferentes situaciones va a determinar su apego (Crittenden, 1993).

De igual forma existen métodos para evaluar el estilo de apego y la percepción de cuidado parental en la adultez, ya que ambos no pueden ser definidos como iguales. Esto es de principal importancia, ya que establece una manera rápida y efectiva de medir el estilo de apego en esta etapa sin tener que utilizar protocolos invasivos o extensos (Craig, Gray & Snowden, 2013; Crittenden, 1988,1985).

Diferentes estudios han encontrado una correlación entre los factores del cuidado parental y el estilo de apego. En específico, se ha encontrado que tanto la sobreprotección parental como la maternal se correlacionan de manera positiva con el estilo de apego inseguro-ambivalente o ansioso, mientras el cuidado materno está correlacionado negativamente con el estilo de apego inseguro-evitativo (Craig, Gray & Snowden, 2013).

Otros resultados sugieren que una percepción del cuidado parental negativa en relación al nivel de cuidado (especialmente rechazo y negligencia) y de sobreprotección (padres controladores e intrusivos) está significativamente relacionado con la psicopatología en la adultez, sobretodo en la depresión y la ansiedad (Grotmol et al., 2010; Lima, Melo & Mari, 2010).

4.4.1. Tipos de Estilo vincular

El estudio sobre la relación entre el niño y la madre se ha convertido en el centro de un gran número de investigaciones. Las aportaciones de Bowlby con la teoría del apego en la década de los cuarenta a los setenta, se centraron en los efectos que el vínculo tiene en los niños como elemento esencial para el desarrollo de una personalidad saludable en la vida adulta (Robles et al., 2016).

Bowlby (2000) identifica la conducta vincular como cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo. La actividad que realizan los padres para permitir esta conducta se denomina conducta de atención, que está relacionada con la satisfacción de las necesidades del hijo. Al respecto, Melis et al. (2001) señala que la interrelación establecida entre la conducta vincular en el niño con la conducta de atención por parte de los cuidadores determinará el tipo y la calidad del vínculo, en el cual influyen factores como la experiencia individual, la constitución genética y las influencias culturales (Weaver & De Waal, 2002).

En cuanto a la experiencia personal Main, Kaplan y Cassidy (1985) consideran que las representaciones mentales de los padres acerca de sus experiencias infantiles de apego determinan el patrón que sus hijos establecen con ellos, lo cual implica cierta continuidad a través de las generaciones.

De esta forma, los estilos vinculares (o parentales) difieren significativamente en dos dimensiones distintas respecto de cómo educar a los hijos: primero, el porcentaje de cuidado y ternura que demuestran los padres durante la interacción con sus hijos, y segundo, el porcentaje de control demostrado sobre las actividades y comportamiento de estos (Pierucci & Pinzón, 2003).

Ainsworth (1978) precursora de la teoría del vínculo, fue la primera que propuso la medición de relaciones vinculares con el argumento de que las relaciones madre-hijo diferían de unos a otros, pero que además éstas se podían clasificar. También postuló que la conducta de la madre en los primeros meses de vida del niño es un buen predictor del tipo de relación entre ambos (Ainsworth, 1985).

Ainsworth (1989) plantea tres pautas de apego que se describen y caracterizan según cuatro variables fundamentales presentes en la relación niño–cuidador desde los primeros días de vida: 1) el contacto físico, 2) la sensibilidad de la madre ante las señales del bebé y su habilidad para sincronizar sus intervenciones de acuerdo al ritmo del niño, 3) un ambiente regulado que le permita al bebé percibir las consecuencias de sus conductas y 4) el deleite que sienten ambos en la compañía del otro. Estas pautas fueron medidas al principio en niños.

Posteriormente se inició la medición en adultos (Parker, Tupling & Brown, 1979), con un instrumento diseñado que se centró en los recuerdos que tanto hombres como mujeres adultos poseían de su madre durante la infancia hasta la edad de 16 años; y constituido por dos escalas (cuidado y sobreprotección) que en combinación dan diferentes estilos vinculares que son:

1. Vínculo óptimo: Son aquellos padres que obtienen puntajes altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.

2. Vínculo ausente o débil: Los padres que obtienen puntajes bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.

3. Constricción afectiva: Son aquellos padres que puntúan con alto puntaje de cuidado y alto puntaje en sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.

4. Control sin afecto: Son aquellos padres que puntúan con bajo cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.

5. Promedio: Son aquellos padres que obtienen puntajes promedio en ambas escalas. Aunque se han realizado diversos estudios sobre el vínculo con las figuras parentales, hasta ahora se conoce poco sobre instrumentos de origen mexicano que midan este constructo, o en su caso que se hayan validado en muestras mexicanas.

En relación a la transgeneracionalidad del apego, se ha planteado que la teoría del apego permitía explicar las múltiples formas de trastornos emocionales y de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional (Farkas & Santelices, 2008).

Entre los factores de riesgo psicológicos en la infancia, los cuales se han relacionado con la aparición de la depresión en el embarazo, se han encontrado antecedentes de pérdidas tempranas de uno o ambos padres antes de los 10 años de edad (Kumar & Brockington, 1988; Maldonado & Fentuch, 2001; Maldonado & Lartigue, 2008), o bien la vivencia de relaciones conflictivas con alguno de ellos.

En el departamento de Psiquiatría del Hospital de la Paz, en Madrid, España, se realizó un estudio acerca del cuidado parental y las relaciones íntimas en la depresión femenina. Los resultados del mismo muestran que el desarrollo de la depresión, sin síntomas psicóticos en la adultez, se correlaciona con experiencias de privación en las relaciones parentales tempranas. Las mujeres con depresión evaluaron a sus madres con puntuaciones bajas en cuidado e incluso evaluaron a uno o ambos padres como afectivamente fríos (Arranz et al., 2012). Esto demuestra que el estilo de apego que la madre del futuro bebé desarrolló durante su primera infancia con los propios cuidadores es un factor muy importante en el desarrollo de la sintomatología depresiva durante el embarazo, sobre todo porque esta etapa se ha presentado como un espacio de particular vulnerabilidad al reevaluar la relación con la propia madre ante la venida de un hijo.

A pesar de esto, los organismos de salud mental en Chile, no incluyen en sus estudios estadísticos y tratamientos, la posibilidad de trabajar el moldeamiento de los patrones de apego que tiene la madre en función de la transgeneracionalidad, siendo estos la base para explicar múltiples trastornos emocionales (Farkas & Santelices, 2008).

Con respecto a psicopatologías en la adultez como depresión y ansiedad, algunos estudios han relacionado de manera causal la percepción del cuidado parental con los síntomas de estas patologías, encontrándose que el cuidado maternal y la sobreprotección paternal están relacionadas directamente con la sintomatología depresiva ($b = -0.253$, $p < 0.01$, y $b = 0.089$, $p = 0.042$ respectivamente). En relación a la sintomatología ansiosa, se especificó que sólo la sobreprotección maternal funcionaba como predictor de miedos relacionados con la muerte ($b = 0.151$, $p < 0.01$) (Meites, Ingram & Siegle, 2011).

4.5. Sucesos Significativos y depresión gestacional

A lo largo de la vida el ser humano está expuesto a diversas situaciones que ocurren de forma inesperada y que provocan cambios o reajustes para el sujeto, pudiendo alterar el estado físico y/o psíquico de la persona que las vivencia (Goodyer, 1990). Estas alteraciones han sido denominadas “life events”, acontecimientos vitales o sucesos significativos.

Los sucesos significativos pueden ser: por un lado, normativas del desarrollo -por ejemplo: egreso de la educación escolar de un hijo-, y por el otro no normativas -como por ejemplo: divorcio de padres-; pudiéndose diferenciar de otras circunstancias de vida por su carácter temporal, ya que a pesar de que los sucesos significativos generan un desbalanceo emocional, se presentan en un momento dado y no son de carácter permanente (Goodyer, 1990).

En relación a lo anterior, Mardomingo (2010) plantea que todos los sucesos significativos generan estrés, ya que todo aquello que requiere adaptación por parte del sujeto implica ciertos niveles de estrés. Es por ello que tanto los sucesos significativos positivos -por ejemplo: ascenso en el trabajo, viaje- como los sucesos significativos negativos -como por ejemplo: divorcio, mudanza- pueden generar estrés.

Otros autores como Moos (1995), mencionan que los sucesos significativos pueden alterar el bienestar del sujeto, dependiendo del carácter adaptativo o desadaptativo que estos tengan para el mismo.

Para los estudios de los sucesos significativos estos han sido diferenciados en sucesos significativos positivos y negativos. La percepción de estos por parte del sujeto como positivos o negativos, estaría influenciada por factores personales -personalidad, temperamento, edad, sexo, etc.- y por factores del entorno -familiares, redes sociales, entre otros-. La mayoría de las investigaciones en relación a los sucesos significativos han estado

enfocadas a distinguir los negativos y cómo estos se relacionan con la presencia de malestar clínicamente significativo (Larson & Ham, 1993).

Con respecto al malestar, se ha planteado la relación de los sucesos significativos y la presencia de alteraciones clínicas psicológicas en las personas que vivencian estos eventos, especialmente por modificaciones del estado de ánimo como con la ansiedad (Weller & Weller, 2000).

En este sentido, Zhang (2013) ha señalado que los sucesos significativos negativos generan un aumento de los síntomas internalizantes, por lo que es de real interés el estudio de los sucesos significativos estresantes para poder explicar los cambios que se generan en el individuo y que están asociados con las alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad.

Los sucesos significativos negativos son entendidos como las situaciones particulares o únicas que, al ser de carácter indeseable, requieren ajustes de la vida cotidiana de una persona produciendo niveles de estrés importantes. Por lo tanto, son situaciones específicas percibidas como amenazantes y que pueden resultar en un estrés crónico si son mantenidas en el tiempo o no tratadas adecuadamente en su significancia y ajuste cotidiano.

En este sentido, las investigaciones que se han enfocado en evaluar cómo los sucesos significativos afectan la salud mental durante el embarazo, definen estas situaciones como eventos vitales que causan malestar físico o emocional para la persona (Alvarenga & Frizzo, 2017). Si bien lo que se considera como un suceso significativo es particular para cada individuo, la literatura ha establecido algunas situaciones particularmente estresantes tales como: separaciones, muertes de familiares, pérdida de trabajo, y cambios de vivienda, ciudad o país.

La relación de estos episodios importantes en la vida con el desarrollo de la depresión, ha sido significativamente establecido (Callagan, Brown & Harris, 1981). Específicamente en

el período preparto, se ha demostrado que las mujeres embarazadas que han vivido situaciones estresantes durante el último año previo al nacimiento de su hijo (particularmente las relacionadas con la pérdida de un familiar o separaciones conyugales), tienen más probabilidades de desarrollar un episodio depresivo mayor durante el embarazo (Kessler et al., 2003).

Un estudio realizado en la población hispana y africana en Estados Unidos (Zayas, Cunningham, McKee & Jankowski, 2002) mostró que la depresión en el embarazo se explicaba en un 30% por los sucesos significativos negativos en la vida de las mujeres, indicando la importancia que tienen en el desarrollo de la patología.

En relación a lo anterior, un estudio realizado en mujeres embarazadas, en retrospectiva a 40 madres de las cuales 20 habían tenido hijos con un peso menor a 2.500 gramos, sin causa aparente, y otras 20 con hijos nacidos de término con peso normal; tuvo como objetivo la evaluación de los factores psicológicos que pueden haber afectado el peso del niño. Se utilizó un cuestionario biográfico con la finalidad de recoger acontecimientos estresantes ocurridos en un tiempo previo al parto. Los resultados hallados sostienen que los hechos más importantes encontrados fueron: la muerte de un familiar, separaciones y/o conflictos de pareja (Greenberg et al., 1959). Esto deja en evidencia el impacto que tiene la vivencia de sucesos particulares estresantes para el desarrollo del feto.

Debido a esto, se han desarrollado dispositivos de Intervención Perinatal que permiten la incorporación de la dimensión psico-vincular de la madre a la historia clínica en etapa de nacimiento y puerperio. Por ello el equipo de Psicología Perinatal de la ciudad de Buenos Aires (Oiberman, 2005) ha desarrollado un instrumento en salud mental para que las mujeres en etapa posparto puedan expresar sus emociones, hablar de sus problemáticas inmediatas y brindar solución de manera efectiva ante tales eventos, disminuyendo así las consecuencias que los sucesos significativos de la vida puedan tener en el desarrollo del niño y de su

relación con la madre. En este sentido, se ha observado que la aplicación de dicho instrumento tiene una alta incidencia en la manera en que será enfrentado el embarazo, puerperio y las primeras vinculaciones entre madre e hijo recién nacido.

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 5. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

5.1. Objetivos de la investigación

Objetivo General:

El objetivo general es analizar mediante un modelo estadístico asociativo la presencia de la depresión durante el embarazo, a partir de las variables inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos en mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo, Chile.

Objetivos Específicos:

Para hacer frente al propósito de esta investigación, se generaron los siguientes objetivos específicos:

I. Describir las dimensiones de inteligencia emocional en las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile), que presentan diferentes niveles depresivos.

II. Describir los niveles de estrés y depresión que manifiestan las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

III. Describir los niveles de ansiedad y depresión que manifiestan las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

IV. Describir la percepción de estilo vincular temprano que presentan las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile), con diferentes niveles depresivos.

V. Describir los sucesos significativos en la vida de las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile), que presentan diferentes niveles depresivos.

VI. Determinar la relación asociativa entre presencia y niveles depresivos y las dimensiones de inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano, y sucesos significativos, en una muestra de mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

VII. Establecer la relación explicativa de las variables inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos, respecto de la presencia de la depresión en una muestra de mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

5.2. Hipótesis

La revisión de los antecedentes teóricos y empíricos ha llevado a la formulación de la siguiente hipótesis (Hernández, Fernández & Baptista, 2014):

Los objetivos 1, 2, 3, 4 y 5 no tienen hipótesis (diseño no experimental- descriptivo).

Hipótesis objetivo 6. Las variables estrés, ansiedad, atención (inteligencia emocional), estilo vincular temprano y sucesos significativos tienen una asociación fuerte y positiva con la presencia de la depresión en mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

Hipótesis objetivo 7. Altos niveles de ansiedad, estrés, cuidado parental (materno y paterno), sobreprotección parental (materna y paterna), inteligencia emocional (atención emocional), y mayor número de sucesos significativos negativos, además de bajos niveles de inteligencia emocional en claridad y reparación emocional; predicen la presencia de la depresión en mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

5.3. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo correlacional (una muestra en un momento del tiempo) (Hernández et al., 2014). Se usó el modelo de regresión logística binaria para establecer la relación explicativa de la variable depresión en el embarazo, a través de las variables medidas o predictoras: inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos.

5.4. Participantes

5.4.1. Muestra

El universo de la investigación estuvo constituido por las mujeres-madres gestantes de las ciudades de La Serena y Coquimbo. La muestra estuvo compuesta por un total de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años ($SD= 5.8$), y que consultaron uno de los cuatro centros de salud familiar y atención primaria del sistema público de las ciudades de La Serena y Coquimbo. El 51.64% (141 mujeres embarazadas) provenían de La Serena y el 48.36% (132 mujeres embarazadas) de Coquimbo.

Se realizó un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández et al., 2014), y se excluyó a aquellos sujetos que no contestaron la totalidad de los ítems de los instrumentos de investigación.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Consentimiento informado de participar en el estudio por parte de las mujeres embarazadas, consultantes de los centros de atención primaria de las ciudades de La Serena y Coquimbo.

- Que hayan obtenido 13 o más puntos en la Escala de Edimburgo, que indica sospecha de depresión (Cox, Holden & Sagovsky, 1987), y los que tengan menos de ese puntaje que conforma el grupo sin síntomas depresivos.

5.5. Procedimiento

Primero se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes, para aplicar los instrumentos a cada paciente de los centros de salud. Se les entregó el consentimiento informado para que estas autoridades lo evaluaran y conocieran los objetivos de la investigación.

Los instrumentos utilizados fueron entregados previamente a las autoridades de estos centros de salud para su revisión.

En segundo lugar, una vez que las mujeres embarazadas fueron evaluadas por las profesionales de la salud (matronas), en el segundo trimestre de embarazo, se les aplicó la escala de depresión de Edimburgo junto a una entrevista clínica - obstétrica, lo que permitió identificar las que tenían sospecha de depresión y las que no.

Posteriormente, se les invitó voluntariamente a las mujeres embarazadas que realizaron la escala de Edimburgo a ser parte de la presente investigación. Si aceptaban participar se les pidió firmar un consentimiento informado, y se procedió en una sesión la aplicación de los instrumentos: TMMS-24, DASS-21, Parental Bonding Instrument (P.B.I) y la Entrevista Psicológica Perinatal. La aplicación fue guiada por un profesional de la Psicología, y con una duración total de aproximadamente una hora y media. Durante toda la aplicación, se contó con la presencia de la matrona a cargo de este grupo de pacientes.

Las tareas de recolección de datos fueron realizadas durante el primer y segundo semestre del año 2016 y estuvieron a cargo del investigador.

5.6. Aspectos éticos de la investigación

En la presente investigación se resguardaron los aspectos éticos durante todo el desarrollo de las etapas investigativas. Estos aspectos se enmarcan en lo planteado por el Colegio de Psicólogos de Chile, en su código de ética profesional.

En relación a lo anterior, los principales criterios éticos resguardados fueron los siguientes:

a) Consentimiento Informado: El uso del consentimiento informado responde a una ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. “Así, los participantes del estudio deben estar de

acuerdo con ser informantes y, a su vez, deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación” (Denzin & Lincoln, 2000, p. 67).

En ese sentido se consideraron también dentro de los requerimientos éticos del colegio de psicólogos de Chile, los siguientes:

b) El Respeto a las personas: protegiendo su autonomía, donde se le indicó a los participantes la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio y se les trató con cortesía, respeto y sin emitir juicios de valor.

c) Beneficencia: donde se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación y se potencia al máximo los beneficios para los sujetos.

d) Justicia: en que los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe evitarse en el estudio procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc.; es decir, usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse de que se administran correctamente como es el caso de la aplicación de las pruebas psicométricas utilizadas.

e) Confidencialidad: El código de ética hace énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan de la investigación, además respecto a los datos recopilados. Teniendo todo esto en conjunto un carácter confidencial y exclusivamente con fines académicos y para la investigación.

5.7. Estudio 1

El Estudio 1, abarca el objetivo I, que buscó describir las dimensiones de inteligencia emocional en las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile), que presentan diferentes niveles depresivos.

1.1. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo descriptivo (una muestra en un momento del tiempo) (Hernández et al., 2014), para describir los puntajes observados de las dimensiones de inteligencia emocional con los diferentes niveles de la escala de depresión.

1.2. Participantes

Se empleó la misma muestra de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años ($SD= 5.8$). Con nivel de confianza del 95%, se obtiene un error muestral del .688.

1.3. Materiales

La Inteligencia Emocional, fue medida a través de TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale) versión abreviada de 24 ítems (8 ítems por cada factor o componente evaluado: atención, claridad y reparación), desarrollado por el grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, proporciona la consciencia de las destrezas de las propias emociones así como la capacidad para regularlas. Esta escala se encuentra dentro de los instrumentos de medición más utilizados para la evaluación de la inteligencia emocional autopercebida, dada su facilidad de aplicación y fiabilidad (Extremera & Fernández, 2006).

Los componentes del TMMS-24 quedaron definidos de la siguiente manera:

- **Atención:** Conciencia que tenemos de nuestras emociones, la capacidad para reconocer nuestros sentimientos y saber lo que significan.

- **Claridad:** facultad para conocer y comprender las emociones, sabiendo distinguir entre ellas, entendiendo cómo evolucionan e integrándolas en nuestro pensamiento.

- **Reparación:** capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas.

En Chile el TMMS-24 se encuentra en proceso de validación, no obstante es posible reconocer aplicaciones en muestras de universitarios chilenos (Barraza & González, 2016; Espinoza-Venegas, et. al, 2015), donde se reportan altos niveles de confiabilidad para cada una de sus subescalas: Atención, $\alpha = 0,875$; Claridad, $\alpha = 0,857$, y de Reparación, $\alpha = 0,878$. Respecto de la distribución de ítems en factores, la escala TMMS-24, arrojó tres factores que explicaban el 54,8% de la varianza total.

1.4 *Procedimiento*

Primero se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes, para aplicar el TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale) y el DASS-21, a cada paciente de los centros de salud. Se les entregó el consentimiento informado para que estas autoridades lo evaluaran y conocieran los objetivos de la investigación.

Las mujeres embarazadas fueron evaluadas por las profesionales de la salud (matronas), en el segundo trimestre de embarazo, se les aplicó la escala de depresión de Edimburgo junto a una entrevista clínica - obstétrica, lo que permitió identificar las que se tenía sospecha de depresión y las que no. Debido a que se empleó la misma muestra, el procedimiento para este apartado fue el mismo que el empleado para esa muestra.

1.5 *Análisis de datos y resultados*

Para describir los niveles de inteligencia emocional de las mujeres embarazadas participantes en el estudio, se procedió a utilizar distribuciones de frecuencias porcentuales, puntajes promedio y desviación estándar a fin de dar cuenta de la configuración del grupo en los distintos niveles.

Los datos fueron codificados en el programa computacional Microsoft Excel, traspasando luego la información y procesándola a través del programa estadístico SPSS, versión 22.0.

Los resultados demuestran que en las tres dimensiones que componen la escala del TMMS-24 se obtuvieron medias que van desde 26.82 ($SD= 6.41$) para el grupo con síntomas depresivos en la dimensión claridad, hasta 28.51 ($SD= 6.65$) en el grupo con síntomas depresivos en la dimensión atención. La dimensión que mostró menos diferencia fue reparación con medias de 27.52 ($SD= 4.30$) y 27.58 ($SD= 7.06$) para los grupos sin y con síntomas depresivos respectivamente.

Cuando se analiza las diferencias entre las dimensiones que componen el TMMS-24, para esta muestra de estudio se obtuvo que existen diferencias significativas entre éstas. Por consiguiente los promedios más altos en la dimensión atención, seguidos por los promedios de la dimensión reparación, y luego los promedios de la dimensión claridad; muestran diferencias en este grupo de mujeres gestantes (Tabla 1).

Tabla 1.

Diferencias de medias entre embarazadas sin y con síntomas depresivos en las dimensiones de Inteligencia Emocional

Dimensiones Inteligencia Emocional	Depresión	N	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	Entre grupos	
							F	Sig.
Atención	Sin síntomas	128	28.32	4.34	.285	.775	18.725	.000
	Con síntomas	145	28.51	6.65				
Claridad	Sin síntomas	128	27.75	4.92	1.319	.188	5.28	.000
	Con síntomas	145	26.82	6.41				
Reparación	Sin síntomas	128	27.52	4.30	.087	.93	4.41	.002
	Con síntomas	145	27.58	7.06				

N° de casos válidos: 273

5.8. Estudio 2

El Estudio 2, abarca el objetivo II, el cual plantea la descripción de los niveles de estrés y depresión que manifiestan las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

2.1. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo descriptivo (una muestra en un momento del tiempo) (Hernández et al., 2014), para describir los puntajes observados de la escala de estrés del DASS-21 con los diferentes niveles de la escala de depresión.

2.2 Participantes

Se empleó la misma muestra de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años ($SD= 5.8$).

2.2 Materiales

La ansiedad, estrés y depresión fueron medidas con la depression anxiety and stress scale (DASS-21), versión compuesta por 21 reactivos tipo likert, tiene por objetivo medir la sintomatología de la ansiedad, depresión y estrés de forma independiente. Proporciona una concepción dimensional de cada trastorno psicológico (Lovibond & Lovibond, 1995).

En Chile el DASS-21 fue adaptada y validada por Antúnez y Vinet (2012), con alfas de 0,85; 0,83 y 0,73 para las escalas de depresión, estrés y ansiedad respectivamente. Un alfa de 0,91 para la escala total. Respecto a la validez de constructo, las autoras reportan valores estadísticos óptimos de convergencia y divergencia. Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas (de 0 a 3) que describen intensidades crecientes de síntomas de depresión. Lo

que refleja cómo se han sentido los participantes durante la última semana. Los puntajes totales varían de 0 a 48, los valores más altos reflejan una sintomatología depresiva más severa. El alfa de Cronbach en la muestra actual fue de 0.89.

Los puntajes obtenidos en el DASS 21 se multiplican por dos (2) para calcular el puntaje final. Las puntuaciones de corte recomendadas para los niveles de severidad (normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo) son las siguientes:

Tabla 2.

Puntos de corte para los niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés.

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Severo	21-27	15-19	26-33
Extremadamente Severo	28+	20+	37+

Lovibond y Lovibond (1995).

2.4. Procedimiento

Debido a que se empleó la misma muestra, el procedimiento para este apartado fue el mismo que el empleado para esa muestra.

2.5 Análisis de datos y resultados

Para describir los niveles de depresión, estrés, se procedió a utilizar la tabla de Chi^2 que permite dar cuenta de la configuración de los grupo en los distintos niveles de ambas variables.

Los datos fueron codificados en el programa computacional Microsoft Excel, traspasando luego la información y procesándola a través del programa estadístico SPSS, versión 22.0.

En cuanto al análisis de los niveles depresivos y niveles de estrés, se obtuvieron 5 categorías en los niveles severo y extremadamente severo con frecuencias esperadas inferiores

a 5, lo que ameritó fusionar ambos niveles. Luego de reconstruir la tabla se observó una casilla (6.25%) con frecuencias esperadas inferiores a cinco (Tabla 3).

En la comparación de los niveles depresivos y niveles de estrés se pudo observar:

En primer lugar, el 46.9% de las mujeres embarazadas presentaron niveles normales de depresión, mientras que el 20.5% de la muestra presentó el mismo nivel de estrés. Es decir, que más niveles de estrés que de depresión.

En segundo lugar, en el nivel leve, el 14.7% tenía depresión mientras que el 35.5% tenía el mismo nivel en la variable estrés. Esto significa que hay más del doble de mujeres embarazadas con nivel leve de estrés, en comparación con el mismo nivel de depresión.

En tercer lugar, en el nivel moderado, el 19.5% tenía depresión, mientras que el 22% tenía el mismo nivel de la variable estrés. Lo que indica casi la misma cantidad de mujeres con este nivel de estrés y depresión.

Y en último lugar, la categoría unificada de severo y extremadamente severo de depresión se obtuvo el 17.9% de la muestra, mientras que el mismo nivel de la escala de estrés se presentaron 21.6% de la muestra.

Tabla 3.*Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos y niveles de estrés*

Niveles depresivos		Niveles de estrés				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo y Extremadament e severo	
Normal	Recuento	26	82	20	0	128
	Recuento esperado	26.3	45.5	28.1	16.4	128.0
	% del total	9.5%	30.0 %	7.3%	0.0%	46.9%
	Residuo corregido	-1	9.3	-2.4	-6.0	
Leve	Recuento	16	0	15	9	40
	Recuento esperado	8.2	14.2	8.8	5.1	40.0
	% del total	5.9%	0.0%	5.5%	3.3%	14.7%
	Residuo corregido	2.9	-5.1	2.6	2.5	
Moderado	Recuento	13	14	19	7	53
	Recuento esperado	11.3	19.5	12.1	7.1	53.0
	% del total	4.8%	5.1%	7.0%	2.6%	19.5%
	Residuo corregido	1.4	-1.4	2.9	-9	
Severa y Extremadament e severo	Recuento	0	0	6	43	49
	Recuento esperado	3.1	6.7	7.8	26.4	49.0
	% del total	0.0%	0.0%	2.2%	15.8%	17.9%
	Residuo corregido	-3.2	-4.7	-3.4	5.7	
Total	Recuento	55	97	60	59	273
	Recuento esperado	56.0	97.0	60.0	35.0	273.0
	% del total	20.5%	35.5 %	22.0%	21.6%	100%

 *χ^2 con de valor de: 269,145^a y 16 gl, para una significancia asintótica de: .000***

5.8. Estudio 3

El Estudio 3, abarca el objetivo III, el cual plantea la descripción de los niveles de ansiedad y depresión que manifiestan las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

3.1. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo descriptivo (una muestra en un momento del tiempo) (Hernández et al., 2014), para describir los puntajes observados de la escala de ansiedad del DASS-21 con los diferentes niveles de la escala de depresión.

3.2. Participantes

Se empleó la misma muestra de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años ($SD= 5.8$).

3.3. Materiales

La ansiedad fue medida con la depression anxiety and stress scale (DASS-21), versión compuesta por 21 reactivos tipo likert, tiene por objetivo medir la sintomatología de la ansiedad, depresión y estrés de forma independiente. Proporciona una concepción dimensional de cada trastorno psicológico (Lovibond & Lovibond, 1995).

3.4 Procedimiento

Debido a que se empleó la misma muestra, el procedimiento para este apartado fue el mismo que el empleado para esa muestra.

3.5. Análisis de datos y resultados

Para describir los niveles de depresión y ansiedad, se procedió a utilizar distribuciones de frecuencias porcentuales mediante las tablas de contingencias *chi*² para generar relaciones entre los niveles de depresión y los niveles de ansiedad.

Los datos fueron codificados en el programa computacional Microsoft Excel, traspasando luego la información y procesándola a través del programa estadístico SPSS, versión 22.0.

En relación a los niveles depresivos y niveles de ansiedad, se obtuvieron 5 casillas con recuentos esperados menores a 5 en los niveles severo y extremadamente severo de la escala de depresión, siendo necesario unificar ambas categorías. Luego de unificar las categorías indicadas se elaboró nuevamente la tabla y se obtuvieron 6 casillas con frecuencias esperadas menos a 5, lo que representa el 30% del total de la tabla (Tabla 4).

La intersección de ansiedad y depresión en la muestra mostró los siguientes resultados:

En primer lugar, que la proporción de mujeres embarazadas con niveles normales de depresión es 46.9%, en contraste con 11.7% del mismo nivel para la variable ansiedad. De los porcentajes mencionados el 6.2% ($n=17$) puntuaron normal en ambas escalas

En segundo lugar, en el nivel leve la proporción con depresión fue de 15%, en comparación con 5.1% del mismo nivel para la ansiedad. De los porcentajes indicados el 3.3% ($n=9$) puntuaron leve en ambas escalas.

En tercer lugar, el nivel moderado de mujeres con depresión representó el 20.1% de la muestra, mientras que el mismo nivel para la variable ansiedad significó 41% de la muestra. De los porcentajes señalados, el 4% se ubicó en el nivel moderado para ambas escalas.

Por último, la unión de la categoría severa y extremadamente severa de las mujeres con depresión representó el 17.9% de la muestra, mientras que la categoría severa de la variable

ansiedad representó el 22.3% de la muestra y 19% de la categoría extremadamente severa de la misma variable. La suma de ambas categorías en la escala de ansiedad representan el 31.3% de la muestra.

Los resultados obtenidos indican que cuando se comparan la proporción de mujeres embarazadas con depresión y ansiedad, las primeras que presentan niveles normales o leves representan más del 60% de las mujeres con diferentes niveles de ansiedad. De igual forma el 27% de las mujeres con niveles depresivos moderado o severo y extremadamente severo manifiesta niveles similares de ansiedad.

Tabla 4.

Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos y niveles de ansiedad

Niveles de depresión		Niveles de Ansiedad					Total
		Normal	Leve	Moderado	Severa	Extremadamente Severa	
Normal	Recuento	17	4	86	9	12	128
	Recuento esperado	15	6.6	49.7	32.4	24.4	128
	% del total	6.2%	1.5%	31.5%	3.3%	4.4%	46.9%
	Residuo corregido	.8	-1.4	9	-6.5	-3.8	
Leve	Recuento	6	9	11	5	10	41
	Recuento esperado	4.7	2.1	15.5	10.1	7.6	41
	% del total	2.2%	3.3%	4%	1.8%	3.7%	15%
	Residuo corregido	.2	6.2	-1.9	-2	1	
Moderado	Recuento	12	0	11	26	6	55
	Recuento esperado	6.4	2.8	21.4	13.9	10.5	55
	% del total	4.4%	0%	4%	9.5%	2.2%	20.1%
	Residuo corregido	1.7	-1.9	-3.5	5.6	-2.1	
Severa y Extremadamente severa	Recuento	0	0	4	21	24	49
	Recuento esperado	5.6	2.8	13.6	12.6	9,6	49
	% del total	0%	0%	1.5%	7.7%	8.8%	18%
	Residuo corregido	-2.3	-1.5	-3.2	6.9	8.5	
Total	Recuento	35	13	112	61	52	273
	Recuento esperado	32	14	106	69	52	273
	% del total	11.7%	5.1%	38.8%	25.3%	19%	100%

χ^2 con valor de: 233.768 y 16 gl, para una significancia asintótica de: .000**

5.9. Estudio 4

El Estudio 4, hace referencia al objetivo IV, que comprende la descripción de la percepción de estilo vincular temprano que presentan las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile), con diferentes niveles depresivos.

4.1. *Diseño de la investigación.*

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo descriptivo (una muestra en un momento del tiempo) (Hernández et al., 2014), para describir los puntajes observados de la escala de estilo vincular temprano con los diferentes niveles de la escala de depresión.

4.2 *Participantes*

Se empleó la misma muestra de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años ($SD= 5.8$).

4.3. *Materiales*

Para medir el vínculo parental temprano, se utilizó el Parental Bonding Instrument (P.B.I), cuestionario desarrollado originalmente por Parker, Tupling y Brown (1979). Basado en la teoría del apego de John Bowlby (1989), que mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y hasta los 16 de la adolescencia. El test original consta de 25 afirmaciones que conforman dos escalas: Cuidado (12 ítem) y Sobreprotección (13 ítem); cada ítem se puntúa a través del método Likert (de 1 a 4).

El factor Cuidado está definido, por un lado, como: afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, y por otro, como frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, apuntando de esta manera a la presencia o ausencia de esta variable. Mientras que el factor

Sobreprotección apunta de igual manera a la presencia o ausencia de éste, y se define como: control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma (Melis et al., 2001).

Parker, Tupling y Brown (1979) proponen utilizar cada escala de manera independiente o conjunta, obteniendo así un puntaje para Cuidado y otro para Sobreprotección. El obtener puntajes de ambas escalas permite elaborar cinco tipos de vínculos parentales:

1. Vínculo Óptimo: son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. altos en la escala de cuidado y bajos en la de sobreprotección. Se caracterizan por ser afectuosos, empáticos y contenedores emocionalmente y, a su vez, favorecen la independencia y la autonomía.

2. Vínculo Ausente o Débil: son aquellos padres que obtienen puntajes en el P.B.I. bajos en cuidado y bajos en sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia; al mismo tiempo son padres que favorecen la independencia y la autonomía.

3. Constricción Cariñosa: son aquellos padres que puntúan en el P.B.I. con alto puntaje en cuidado y alto puntaje en sobreprotección. Se caracterizan por presentar afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía, por un lado, y al mismo tiempo son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma de sus hijos.

4. Control Sin Afecto: son aquellos padres que puntúan con bajo cuidado y alta sobreprotección. Se caracterizan por presentar frialdad emotiva, indiferencia y negligencia, al mismo tiempo que son controladores, intrusivos, tienen un contacto excesivo, infantilizan y previenen la conducta autónoma.

5. Promedio: son aquellos padres que obtienen puntajes promedios en ambas escalas.

Este instrumento fue estandarizado para la población chilena primero por Albala y Sepúlveda (1997) y posteriormente por Melis, et. al. (2001). Reportándose una consistencia que fluctúa entre 0,78 y 0,93, considerados adecuados índices de confiabilidad. La validez de constructo reporta que la proporción de la varianza total fue de 37.09% para el cuestionario de madres y de 36.81%, para el cuestionario de padres.

4.4 Procedimiento

Debido a que se empleó la misma muestra, el procedimiento para este apartado fue el mismo que el empleado para esa muestra.

4.5. Análisis de datos y resultados

Para conocer el vínculo parental temprano de las mujeres embarazadas participantes en el estudio, se procedió a calcular los indicadores descriptivos obtenidos de las dimensiones que componen el PBI, puntajes mínimo y máximo, promedio y desviación estándar. Para determinar la relación asociativa entre la depresión y el vínculo parental temprano se procedió a utilizar la prueba de *chi 2*. Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS, versión 22.0.

En cuanto a los valores observados en la escala de percepción de vinculación parental, se aprecia que las dimensiones de cuidado obtuvieron los puntajes más altos: cuidado paterno con una media de 21.94 ($SD= 4.42$), seguida por el cuidado materno con una media de 20.43 ($SD= 5.85$), lo que parece mostrar mayores cuidados parentales (materno y paterno), caracterizados por alta afectuosidad y alta cercanía por sus cuidadores de parte de las mujeres de la muestra (Tabla 5).

Tabla 5.*Estadísticos descriptivos de Parental Bonding Instrument (P.B.I)*

Dimensiones del PBI	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Cuidado Materno	0	31	20.43	4.996
Sobreprotección Materna	0	31	16.82	5.675
Cuidado Paterno	8	29	21.94	4.422
Sobreprotección Paterno	11	30	20.10	3.881

N de casos válidos: 273

En relación a los estilos parentales (P.B.I) y niveles depresivos, se compararon las medias de los niveles que componen la escala de depresión en cada una de las dimensiones que componen el PBI: cuidado materno, sobreprotección materna, cuidado paterno y sobreprotección paterno. En donde, se obtuvieron valores que van de $Me=14.16$ en el nivel normal de depresión de la dimensión sobreprotección materna, hasta $Me=23.33$ en el nivel severo de depresión en la dimensión cuidado materno.

Las medias en cada categoría de los niveles depresivos son ascendentes desde normal hasta el severo en las dimensiones cuidado (materno y paternos) para luego descender en el nivel extremadamente severo. Ocurre la misma situación en las dimensiones sobreprotección (materna y paterna), ascendiendo hasta el nivel moderado, para descender en los niveles severo y extremadamente severo.

Se observó que la media en el nivel normal de depresión es el puntaje más bajo en tres (cuidado materno, sobreprotección materna y cuidado paterno) de las cuatro dimensiones que componen el PBI. Lo mismo que se encontró con el nivel extremadamente severo, siendo el segundo más bajo en las dimensiones materna (cuidado y sobreprotección), pero en las

dimensiones paterno (cuidado y sobreprotección) fue el segundo más alto entre los cinco (05) niveles establecidos en cada dimensión.

Por otro lado, la media en el nivel severo de depresión fue la más alta en las dimensiones de cuidado, tanto maternos como paterno. Mientras en las dimensiones de sobreprotección (tanto maternos como paterno) las medias más elevadas se apreciaron en el nivel moderado (Tabla 6).

Tabla 6.

Media y desviación estándar entre estilo parental (P.B.I) y niveles depresivos.

	Niveles depresivos	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Cuidado Materno	Normal	128	19.16	3.406	.301
	Leve	40	20.50	3.508	.555
	Moderado	55	22.55	5.500	.742
	Severa	15	23.33	1.952	.504
	Extremadamente severa	35	20.43	8.692	1.469
Sobreprotección Materna	Normal	128	14.16	3.418	.302
	Leve	40	16.63	3.036	.480
	Moderado	55	22.55	5.188	.700
	Severa	15	20.67	1.759	.454
	Extremadamente severa	35	16.14	8.531	1.442
Cuidado Paterno	Normal	128	21.72	4.274	.378
	Leve	40	22.00	3.889	.615
	Moderado	55	21.91	5.569	.751
	Severa	15	23.00	4.472	1.155
	Extremadamente severa	35	22.29	3.544	.599
Sobreprotección Paterna	Normal	128	19.35	2.923	.258
	Leve	40	19.63	5.452	.862
	Moderado	55	22.00	3.825	.516
	Severa	15	17.33	.488	.126
	Extremadamente severa	35	21.57	4.161	.703

Con respecto a la diferencias de medias, se utilizó la *t* de Student para una muestra, puede observar que diferencias van desde .07 puntos hasta 8.38 puntos, siendo la diferencia más frecuente dos (02) puntos.

La única dimensión del PBI donde no se apreciaron diferencias de medias significativas entre los niveles depresivos fue cuidado paterno, donde la diferencia más alta fue 1.28.

Se observa que para el grupo de estudio y la cantidad de sujetos considerados la diferencia mínima para que sea significativa con al menos 2 puntos en la escala del PBI.

De igual manera, se encontró que las diferencias significativas se ubican entre los niveles: normal con moderado y con severo, leve con moderado, con severo, y con extremadamente severo de las tres dimensiones del PBI: cuidado materno, sobreprotección materna y sobreprotección paterna (Tabla 7).

Tabla 7.

Diferencia de media entre niveles depresivos por estilo parental (P.B.I).

Vínculo parental	Niveles depresivos	Leve	Moderado	Severa	Extremadamente severa
Cuidado Materno	Normal	-1.344	-3.38**	-4.17**	-1.27
	Leve		-2.04**	-2.83**	.07
	Moderado			-.78	2.11
	Severa				2.90**
Sobreprotección Materna	Normal	-2.46**	-8.38**	-6.50**	-1.97*
	Leve		-5.92**	-4.04**	.48
	Moderado			1.87	6.40**
	Severa				4.52**
Cuidado Paterno	Normal	-.281	-.190	-1.28	-.56
	Leve		.09	-1	-.28
	Moderado			-1.09	-.37
	Severa				.71
Sobreprotección Paterna	Normal	-.273	-2.64**	2.01**	-2.22
	Leve		-2.37**	2.29**	-1.94
	Moderado			4.66**	.42
	Severa				-4.23**

** . La diferencia es significativa en el nivel 0.01

* . La diferencia es significativa en el nivel 0.05

5.10. Estudio 5

El Estudio 5 comprende el objetivo V, que plantea la descripción de los sucesos significativos en la vida de las mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile), que presentan diferentes niveles depresivos.

5.1. *Diseño de la investigación.*

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo descriptivo (una muestra en un momento del tiempo) (Hernández et al., 2014), para describir los puntajes observados de los sucesos significativos en la vida de las mujeres embarazadas con los diferentes niveles de la escala de depresión.

5.2 *Participantes*

Se empleó la misma muestra de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años ($SD= 5.8$).

5.3. *Materiales*

Para indagar los sucesos significativos de la vida, se utilizó la Entrevista Psicológica Perinatal, es semidirigida, de sesión única, y trata de identificar los aspectos que pueden influir durante el embarazo y el parto, con el objetivo de atender psicológicamente a las pacientes e introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades (Oberman, 2000). Está compuesta por 3 partes. La primera parte, contempla 14 aspectos, y se relacionan con los datos demográficos de la madre y de su grupo familiar. La segunda parte, contempla 5 aspectos relacionados con situaciones de la pareja de la mujer embarazada. La tercera parte, contempla 12 situaciones que se relacionan con el proceso del embarazo.

Las propiedades psicométricas de la entrevista se mencionan en numerosos trabajos: Oiberman et al. (1998); Oiberman, Vega, Galíndez, & Mercado (1998); Oiberman et al. (2000); Oiberman et al. (2000); Oiberman et al. (2003); Oiberman & Galíndez (2005); Oiberman et al. (2008); Oiberman, Santos, & Misic (2011).

Tabla 8.

Sucesos Significativos Positivos y Negativos

Sucesos Significativos Negativos	Sucesos Significativos Positivos.
- Muertes de familiares cercanos.	-Estabilidad de la relación de pareja.
- Muertes de familiares lejanos.	- Planificación del embarazo.
- Muertes de familiares en el último tiempo.	- Apoyo familia durante el embarazo.
- Vivido o vive situaciones de pobreza.	- Embarazo normal de acuerdo a los controles.
- Vivido o vive situaciones de peligro en la comunidad donde habita (venta de drogas en las calles, delincuencia, violencia extrema, etc.).	- Embarazos previos.
- Algún miembro de su familia, presenta problemas de salud física o emocional.	
- Algún miembro de su familia, presenta problemas de desempleo.	
-Algún miembro de su familia ha reaccionado de mala manera por su presente embarazo?.	
-Miembro de su familia con algún accidente o desgracia.	
-Violencia intrafamiliar hacia UD. a hacia alguno de sus hermanos en la infancia.	
- Abandono por parte de sus padres durante la infancia.	
- Violencia intrafamiliar entre sus padres o cuidadores.	
- Violencia emocional o física entre la pareja.	
- Separación de pareja durante el embarazo o previo a este.	
- Problemas de pareja en relaciones previa.	
- Sentirse emocionalmente mal.	
- Sentirse físicamente mal.	
- Abortos previos.	

Elaboración propia

Para mayor comprensión de los eventos que vivió o vive las madres embarazadas se dividieron los Sucesos Significativos en Positivos y Negativos, listados anteriormente (Tabla 8).

5.4. Procedimiento

Debido a que se empleó la misma muestra, el procedimiento para este apartado fue el mismo que el empleado para esa muestra.

Para poder conocer la presencia de sucesos significativos en la vida de las mujeres embarazadas (objetivo V) se elaboraron tres tablas (8, 9 y 10) que resumen los aspectos considerados en la entrevista psicológica perinatal (EPP).

5.5. Análisis de datos y resultados

Para describir los sucesos significativos de las mujeres embarazadas participantes en el estudio, se procedió a utilizar distribuciones de frecuencias simples y porcentuales a fin de conocer la cantidad de personas en cada grupo y en los distintos niveles depresivos. Para determinar la relación asociativa entre la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) y los niveles depresivos en las mujeres embarazadas se procedió a realizar χ^2 , lo que permitió identificar las interacciones entre los niveles depresivos y los aspectos considerados como sucesos significativos de vida.

Los datos fueron codificados en el programa computacional Microsoft Excel, traspasando luego la información y procesándola a través del programa estadístico SPSS, versión 22.0.

En primer lugar, se puede observar varios resultados en la tabla 9, por un lado, el amplio dominio de la respuesta *No* en las situaciones de la madre y grupo familiar, lo cual indica que en el grupo de referencia la frecuencia de los sucesos significativos negativos

considerados fue menor que su ocurrencia. En cuanto a resultados específicos resaltantes, se obtuvo que el 46.2% de la muestra No está trabajando actualmente.

Con respecto a las situaciones familiares que resultaron más recurrente fueron la muerte de familiares, con mayor porcentaje los familiares lejanos (44.1%), seguida de los familiares cercanos (42%) y muerte de familiares (37.9%). Con porcentaje menores pero alto en la muestra estudiada se aprecia los problemas de salud física o emocional significativa de algún miembro de la familia (34.5%). Con 31% aparece el suceso relacionado a haber vivido o vivir situaciones de peligro en la comunidad donde habita (venta de drogas en las calles, delincuencia, violencia extrema, etc.). La última situación que se destaca es la posibilidad de haber sufrido de violencia intrafamiliar hacia UD. o hacia alguno de sus hermanos en la infancia (30.3%).

Tabla 9.

Situaciones de la madre y grupo familiar

	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Trabaja	147	53,8	126	46,2
Ha tenido muertes de familiares cercanos en el último tiempo?	76	27,8	197	72,2
Ha tenido muertes de familiares lejanos en el último tiempo?	95	34,8	178	65,2
Ha tenido muertes de familiares en el último tiempo?	77	28,2	196	71,8
Ha vivido o vive situaciones de pobreza?	113	41,4	160	58,6
Ha vivido o vive situaciones de peligro en la comunidad donde habita (venta de drogas en las calles, delincuencia, violencia extrema, etc.)?	103	37,7	170	62,3
Algún miembro de su familia, presenta problemas de salud física o emocional significativa?	54	19,8	219	80,2
Algún miembro de su familia, presenta problemas de desempleo que afecta la convivencia de la familia?	36	13,2	237	86,8
Algún miembro de su familia ha reaccionado de mala manera por su presente embarazo?	43	15,8	230	84,2
Algún miembro de su familia ha tenido algún accidente o desgracia últimamente	28	10,3	245	89,7
En su infancia sufrió alguna de las siguientes situaciones familiares?:				
* Violencia intrafamiliar hacia UD. o hacia alguno de sus hermanos	62	22,7	211	77,3
* Abandono por parte de sus padres	48	17,6	225	82,4
* Violencia intrafamiliar entre sus padres o cuidadores	44	16,1	229	83,9

En cuanto a los resultados presentados en la tabla 10 referidos a la relación de pareja, se encontró que el 86.1% de las madres embarazadas tienen una relación de pareja estable. Por otro lado, se observó que el 35.1% de las mujeres embarazadas pasó situaciones de problemas de pareja en relaciones previas en contraste con el 64.9% que no presentaron problemas de pareja en relaciones previas. En referencia a la situación de separación de pareja previo al embarazo o durante el mismo, el 34.5% si paso por dicha situación, mientras que el 65.5% no

pasaron por experiencias similares. Por último, el 11% de las mujeres embarazadas pasaron situaciones de violencia emocional o física entre la pareja, pero el 89% no la pasaron.

Tabla 10.

Distribución de frecuencia de la dimensión Relación de pareja

	Estable		Inestable	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
La relación de pareja es:	235	86,1	38	13,9
Ha experimentado alguna de la situaciones que se describen a continuación?:	Si		No	
* Violencia emocional o física entre la pareja	24	8,8	249	91,2
* Separación de pareja durante el embarazo o previo a este	75	27,5	198	72,5
* Problemas de pareja en relaciones previa	71	26,0	202	74,0

En referencia al proceso de embarazo se obtuvo que el mismo fue planificado por el 57.9% de las madres, por ende, el 42.1% manifestó que el embarazo No fue planificado. Otro aspecto importante es el apoyo recibido durante el embarazo, en el cual el 96.7% manifestó que sí contó con el mismo durante dicho proceso, lo cual evidencia el alto porcentaje de madres que contaron con ayuda. En cuanto a si atravesaron un embarazo de riesgo, el 74.4% expresó que fue normal, mientras que el 25.6% atravesó un embarazo de riesgo.

En relación a cómo se sintieron durante el embarazo tanto física como emocionalmente el 69.2% y 72.9% respectivamente contestaron Bien, mientras que el 30.8% y 27.1% contestaron que se sintieron Mal durante el embarazo tanto física como emocionalmente.

Por otro lado, se obtuvieron dos grupos contrastante en lo que respecta a embarazos anteriores, el 30.8% de las madres plantea que transcurrió con normalidad, mientras el 69.2% fue de alto riesgo del total de 149 madres que tuvieron embarazos previos.

Finalmente, en referencia a sí sufrieron abortos previos, el 73.6% expresó que no tuvo, mientras que el 26.4% si tuvo previamente (Tabla 11).

Tabla 11.

Distribución de frecuencia de la dimensión Proceso de Embarazo

	SI		NO	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Fue planificado	158	57.9	115	42.1
El embarazo ha transcurrido	Con apoyo familiar		Sin apoyo familiar	
	264	96.7	9	3.3
De acuerdo a los controles este embarazo es:	Normal		Con riesgo de pérdida	
	203	74.4	70	25.6
Durante el embarazo, UD. se ha sentido emocionalmente:	Bien		Mal	
	199	72.9	74	27.1
Durante el embarazo, UD. se ha sentido físicamente:	189	69.2	84	30.8
De haber tenido embarazos anteriores, estos fueron:	Normales		De riesgo	
	46	30.8	103	69.2
Ha tenido abortos previos a este embarazo?:	Si		No	
	72	26.4	201	73.6

Con respecto al nivel educativo de la muestra, se puede mencionar que el 19.8% tiene un nivel educativo Básica, con 1.8% incompleta y 17.9% completa. El 42.5% tiene un nivel de Media, con 30% incompleta y 12.5% completa. El 19.8% tiene nivel Técnico, 11.4% incompleta y 8.4% completa. El 6.6% alcanza el nivel Profesional. Finalmente, el 11.4% manifiesta otro nivel educativo no especificado. El modo en la clasificación del nivel de estudio fue media incompleta, con el 30% de la muestra.

Tabla 12.*Distribución de frecuencia del aspecto Nivel educativo de las madres embarazadas*

Nivel educativo	<i>f</i>	%
Básica incompleta	5	1.8
Básica completa	49	17.9
Media incompleta	82	30.0
Media completa	34	12.5
Técnica incompleta	31	11.4
Técnica completa	23	8.4
Profesional	18	6.6
Otra	31	11.4
Total	273	100

Se realizaron pruebas de χ^2 para cada una de las situaciones de significativas y los niveles depresivos a fin de conocer cuáles de ellas tenían asociación desde el punto de vista estadístico (Tabla 13).

La tabla 13 muestra la prueba bondad de ajuste entre los niveles depresivos y estado civil. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) mayores a 1.96, se registraron en el estado civil de convive y el nivel depresivo normal; también se presentó en el estado civil soltera con los niveles depresivos leve, moderado, y severo y extremadamente severa; en el estado civil casada con el nivel depresivo leve. Estas casillas muestran más casos de los que debería haber en esa casilla si las variables estudiadas fueran independientes.

También se obtuvieron residuos menores de -1.96 en las casillas con estado civil convive y lo niveles depresivos leve y moderado, de depresión que no han vivido situación de pobreza, y los niveles normales, y severa y extremadamente severa que si han vivo situación de pobreza, con menos casos de los que cabría esperar bajo la condición de independencia.

En cuanto a la distribución de la muestra de acuerdo al estado civil, el 43.6% de la muestra (la mitad de las mujeres embarazadas) manifiestan que conviven con su pareja, el 48.4% expresó ser soltera y solo el 8% están casadas.

Tabla 13.*Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos y estado civil*

Niveles depresivos		Estado Civil			Total
		Casada	Soltera	Convive	
Normal	Recuento	8	44	76	128
	Recuento esperado	8.4	55.8	63.8	128.0
	% del total	2.9%	16.1%	27.8%	46.9%
	Residuo corregido	-2	-2.9	3.0	
Leve	Recuento	8	21	8	37
	Recuento esperado	2.6	17.4	19.9	37.0
	% del total	2.9%	7.7%	2.9%	13.6%
	Residuo corregido	5.1	2.9	-3.4	
Moderado	Recuento	6	33	20	59
	Recuento esperado	3.6	24.0	27.4	53.0
	% del total	2.2%	12.1%	7.3%	19.4%
	Residuo corregido	-2.2	2.8	-2.7	
Severa y extremadamente severa	Recuento	0	34	15	49
	Recuento esperado	5.6	23.8	7.5	49.0
	% del total	0.0%	12.5%	5.5%	17.9%
	Residuo corregido	-2.8	2.8	1.3	
Total	Recuento	22	132	119	273
	Recuento esperado	18.0	119.0	136.0	273.0
	% del total	8.0%	48.4%	43.6%	100%

χ^2 con un valor de: 42.420^a y 8 gl para una significancia asintótica de .000**

La tabla 14 muestra cómo creen las mujeres embarazadas que será su hijo, el 71.8% considera que será muy parecido a como lo imaginó, mientras que el 24.5% no han pensado en cómo será y solo el 3.7% considera que será diferente a como lo imaginó. Los resultados indican que casi $\frac{3}{4}$ partes de la muestra han elaborado una imagen mental de su venidero hijo, en contraposición al casi $\frac{1}{4}$ de la muestra que prefiere no pensar en cómo será.

Tabla 14.*Distribución de frecuencia de las expectativas de cómo será su niño*

Expectativa	<i>F</i>	%
Muy parecido a como lo imagine	196	71.8
Diferente a como lo he imaginado	10	3.7
No lo he pensado	67	24.5
Total	273	100

La tabla 15 muestra la prueba bondad de ajuste entre los niveles depresivos y situación de pobreza vivida. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) mayores a 1.96, aparecen en las casillas con niveles leve y moderado de depresión con haber vivido situación de pobreza, casillas con nivel normal, y severo y extremadamente severo que no vivieron situación de pobreza, con más casos de los que debería haber en esa casilla si las variables estudiadas fueran independientes. También se obtuvieron residuos menores de -1,96 en las casillas con niveles leve y moderado de depresión que no han vivido situación de pobreza, y los niveles normales, y severa y extremadamente severa que si han vivo situación de pobreza, con menos casos de los que cabría esperar bajo la condición de independencia.

Luego de realizar la prueba bondad de ajuste se estimó la independencia entre niveles depresivos y situación de pobreza mediante la prueba de χ^2 . No se obtuvieron casillas con recuento esperado menor a 5. Se utilizó un coeficiente de confianza del 99%, por lo que el nivel de significancia es 1% (.01); como la Sig. Asintótica (bilateral) es $.000 < .01$, se acepta que existe evidencia estadística de relación entre los niveles depresivos y la situación de pobreza.

Del 46% que conforma el nivel normal de la muestra, el 26% no tuvo situación de pobreza, mientras que el 20% si tuvo situación de pobreza. El 38.4% de la muestra (entre los niveles leve, moderado, y severo y extremadamente severo de depresión) vivió situación de pobreza.

Los resultados parecen indicar dos tendencias, por un lado que la situación de pobreza o no (46.9% de la muestra), no tiene efecto sobre los niveles depresivos (normales), por el otro lado haber vivido situación de pobreza (el 38.4% de la muestra) mostró relación con los tres niveles depresivos que plantea la escala.

Tabla 15.

Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos y situación de pobreza

Niveles Depresión		Situación de Pobreza		Total
		No	Si	
Normal	Recuento	73	55	128
	Recuento esperado	52	76	128
	% del total	26.70%	20.10%	46.90%
	Residuo corregido	4.9	-4.9	
Leve	Recuento	6	34	40
	Recuento esperado	16.6	23.4	40
	% del total	1.80%	12.0%	14.70%
	Residuo corregido	-4	4	
Moderado	Recuento	11	46	57
	Recuento esperado	23.8	33.2	57
	% del total	3.70%	16.50%	20.10%
	Residuo corregido	-3.9	3.9	
Severa y Extremadament e severa	Recuento	23	25	48
	Recuento esperado	20.2	27.8	48
	% del total	9%	9.30%	18.30%
	Residuo corregido	3	-3	
Total	Recuento	113	160	273
	Recuento esperado	113	160	273
	% del total	41.20%	58.60%	100%
			%	

χ^2 con de valor de: 42,864^a y 4 gl, para una significancia asintótica de: .000**

La tabla 16 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y situación de accidente o desgracia de algún miembro de la familia. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) mayores a 1.96 se obtuvieron en los niveles normal, leve, y severo y extremadamente severo con accidente o desgracia de algún miembro de la familia. Mientras que en el nivel moderado los residuos fueron inferiores a -1.96 con accidente o desgracia de algún miembro de la familia. De igual forma en los mismos niveles depresivos pero que no vivieron accidente o desgracia de algún miembro de la familia se obtuvieron residuos tipificados corregidos menores a -1.96, mostrando que hay menos casos de los esperado en esas casillas si las variables fueran independientes.

Para conocer la asociación entre los niveles depresivos y la situación de accidente o desgracia de algún miembro de la familia, se realizó la prueba de χ^2 . Se obtuvo una casilla (12.5%) con recuento esperado menor a 5. Con un coeficiente de confianza del 99%, que permite un nivel de significancia de 1% (.01); se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) de .000, siendo que es menor al .01, se acepta que existe relación entre los niveles depresivos y la situación de accidente o desgracia de algún miembro de la familia. Parece mostrar que las madres embarazadas que tienen familiares con accidentes o desgracias van a presentar niveles normales o uno de los niveles depresivos que considera la escala.

El análisis detallado muestra que el 89.7% de la muestra si tuvo accidente o desgracia de algún miembro de la familia, de este porcentaje se observó que el 44% tuvo un nivel normal en la escala depresiva, el 14.7% presentó nivel leve, el 18.7% moderado, y 12.5% severo y extremadamente severo.

El análisis del grupo de mujeres embarazadas que no tuvieron accidente o desgracia de algún miembro de la familia (10.3%), mostró que el mayor porcentaje de entre-grupo se ubicó en el nivel severo y extremadamente severo de la escala depresiva (5.9%), seguido por el nivel normal (2.3% de la muestra) de la misma escala.

A nivel general se observó que la mayor cantidad de mujeres embarazadas si han tenido familiares que hayan tenido accidente o desgracia recientemente (89.7%). Pero dentro del grupo que no ha tenido familiares con accidente o desgracia recientemente (10.3%), la mayoría puntuó en el nivel severo y extremadamente severo de la escala de depresión.

Tabla 16.

Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos y situación de accidente o desgracia de algún miembro de la familia

Rangos depresión		Accidente o desgracia de algún miembro de la familia		Total
		No	Si	
Normal	Recuento	8	120	128
	Recuento esperado	13.1	114.9	128.0
	% del total	2.9%	44.0%	46.9%
	Residuo corregido	-2.1	2.1	
Leve	Recuento	0	40	40
	Recuento esperado	4.1	35.9	40.0
	% del total	0.0%	14.7%	14.7%
	Residuo corregido	-2.3	2.3	
Moderado	Recuento	4	51	55
	Recuento esperado	7.6	47.4	55.0
	% del total	1.5%	18.7%	20.1%
	Residuo corregido	-.3	.3	
Severa y Extremadamente severa	Recuento	16	34	50
	Recuento esperado	17.5	32.5	50.0
	% del total	5.9%	12.5%	18.4%
	Residuo corregido	-6.83	6.8	
Total	Recuento	28	245	273
	Recuento esperado	28.0	245.0	273.0
	% del total	10.3%	89.7%	100%

χ^2 con un valor de: 49.012 y 4 gl, para una significancia asintótica de: .000**

La tabla 17 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y abandono por parte de los padres en la infancia. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron mayores a 1.96 solo en el nivel depresivo severo y extremadamente severo sin abandono por parte de los padres en la infancia, esta casilla muestra más casos de los que debería haber en dicha casilla si las variables estudiadas fueran independientes. De igual forma se obtuvo residuo tipificado corregido inferior a -1.96 en el nivel depresivo severo y extremadamente severo donde si hubo abandono por parte de los padres en la infancia, mostrando que hay menos casos de los esperados en esa casilla si las variables fueran independientes.

Los resultados estadísticos no permiten concluir si hay independencia entre los niveles depresivos y abandono por parte de los padres en la infancia, pudiendo sólo realizarse análisis por nivel depresivo.

La distribución de la muestra de acuerdo al aspecto de abandono por parte de los padres en la infancia, mostró que el 82.41% de las madres embarazadas fueron abandonadas, en contraste con el 17.58% que no fueron abandonadas por sus padres en la infancia.

El porcentaje de madres con la condición de abandonadas por sus padres en la infancia y los niveles depresivos presentó variaciones, 40.29% en el nivel normal, 12.5% en el nivel leve, 16.48% para el nivel moderado, y 13.2% para el nivel severo y extremadamente severo. Estos resultados muestran dualidad cuando hay abandono por parte de los padres en la infancia, con un grupo sin sintomatología depresiva (40.19%) y otro con un nivel depresivo (42.2%).

El porcentaje de madres que no fueron abandonadas por sus padres en la infancia y los niveles depresivos también tuvo variaciones, 6.6% no presentó síntomas depresivos (normales), 2.2% tuvo nivel leve, 3.6% nivel moderado y 5.1% nivel severo y extremadamente severo. Estos resultados también muestran dualidad cuando hay abandono

por parte de los padres en la infancia, con un grupo sin sintomatología depresiva (6.6%) y otro con un nivel depresivo (10.9%).

Se realizó la prueba de Chi^2 para conocer si la asociación entre los niveles de depresión y el abandono por parte de los padres durante la infancia era significativa. Utilizando un coeficiente de confianza del 99%, que proporciona un nivel de significancia de 1% (.01); se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) es $.001 < .01$, lo que permite aceptar la existencia de relación entre los niveles depresivos y abandono por parte de los padres durante la infancia, es decir que si la madre embarazada vivió abandono por parte de los padres durante la infancia puede presentar algún nivel de depresión o no presentar síntomas (normales).

Tabla 17.

Bondad de ajuste y Chi^2 de niveles depresivos y abandono por parte de sus padres en la infancia.

Niveles depresivos		Abandono por parte de sus padres en la infancia		Total
		No	Si	
Normal	Recuento	18	110	128
	Recuento esperado	22.5	105.49	128.0
	% del total	6.59%	40.29%	46.88%
	Residuo corregido	-1.4	1.4	
Leve	Recuento	6	34	40
	Recuento esperado	8.3	31.7	40.0
	% del total	2.2%	12.5%	14.7%
	Residuo corregido	-.9	.9	
Moderado	Recuento	10	45	55
	Recuento esperado	9.67	45.32	55.0
	% del total	3.66%	16.48%	20.14%
	Residuo corregido	.3	-.3	
Severa y Extremadamente severa	Recuento	14	36	50
	Recuento esperado	10.3	39.7	50.0
	% del total	5.1%	13.2%	18.3%
	Residuo corregido	4.2	-4.2	
Total	Recuento	48	225	273
	Recuento esperado	48.0	225.0	273.0
	% del total	17.58%	82.41%	100.0%

Chi^2 con valor de: 20.450^a y 4 gl, para una significancia asintótica de: .000**

La tabla 18 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y relación de pareja. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron inferiores a -1.96 en los niveles normal, y severo y extremadamente severo, en el primero con relación de pareja estable y el segundo relación de pareja inestable. En estas casillas hay menos casos de los esperados si las variables fueran independientes. Por otro lado, los residuos corregidos fueron mayores a 1.96 en los mismos niveles anteriores pero con relación de pareja inestable para el primer nivel y relación de pareja estable para el segundo nivel, estos resultados muestran casillas con más casos de los que debería haber si las variables estudiadas fueran independientes.

Cuando se analiza la relación entre la estabilidad o inestabilidad de la relación de pareja y los niveles depresivos que mostraron las madres embarazadas de la muestra del estudio, se observó que el 86.1% expresó que tienen una relación de pareja inestable, y el restante 13.9% considera que tienen una relación de pareja estable.

El porcentaje que tienen una relación de pareja inestable presentó diferente distribución en la escala de depresión, 43.95% está en el nivel normal, 13.2% se ubicó en el nivel leve, 16.1% en el nivel moderado, y 13.9% nivel severo y extremadamente severo. Es decir, el 43.9% no presentó síntomas depresivos, y el 43.2% si tuvo un nivel en la escala de depresión.

El grupo de madres que consideran tienen una relación de pareja estable tuvo variación en la escala de depresión, 2.9% estuvo normal, 1.5% nivel leve, 4.0% nivel moderado, y 4.4% nivel severo y extremadamente severo. Aunque es un grupo pequeño de la muestra, el 8.4% de las madres que consideran tener una relación de pareja estable también presentan niveles de depresión moderado a extremadamente severo.

Se realizó la prueba de *Chi2* para conocer la asociación entre los niveles depresivos y la estabilidad o no de la relación de pareja. No se obtuvieron casillas con recuento esperado menor a 5. Utilizando un coeficiente de confianza del 99%, que proporciona un nivel de

significancia de 1% (.01); se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) es $.001 < .01$, lo que permite aceptar la existencia de asociación entre niveles depresivos y relación de pareja, es decir que si la madre embarazada tiene una relación de pareja inestable tiene mayor posibilidad de mostrar niveles moderados o leves de depresión, dándose también los casos con relación de pareja inestable y mayor frecuencia de nivel depresivo severo y extremadamente severo.

Tabla 18.

Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos y relación de pareja

Niveles depresivos		Relación de pareja		Total
		Inestable	Estable	
Normal	Recuento	120	8	128
	Recuento esperado	110.18	17.8	128.0
	% del total	43.95%	2.9%	46.88%
	Residuo corregido	3.4	-3.4	
Leve	Recuento	36	4	40
	Recuento esperado	31.7	8.3	40.0
	% del total	13.2%	1.5%	14.7%
	Residuo corregido	.3	-.3	
Moderado	Recuento	44	11	55
	Recuento esperado	43.6	11.4	55.0
	% del total	16.1%	4.0%	20.1%
	Residuo corregido	-1.0	1.0	
Severa y Extremadamente severa	Recuento	38	12	50
	Recuento esperado	36.6	13.4	50.0
	% del total	13.9%	4.4%	5.5%
	Residuo corregido	-5.2	5.2	
Total	Recuento	238	35	273
	Recuento esperado	235.0	38.0	273.0
	% del total	86.1%	13.9%	100%

χ^2 con valor de: 18.174^a y 4 gl, para una significancia asintótica de: .001**

La tabla 19 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y tiempo de matrimonio o convivencia. El grupo de mujeres que se consideró para analizar el tiempo de matrimonio estuvo constituido por el 8% de casadas y el 43.6% que conviven con su pareja

que totalizan 140 mujeres con un recorrido de tiempo que va de 1 hasta 144 meses. Para conformar los grupos se debió realizar la recodificación del tiempo hasta obtener el menor número casillas con recuento esperado mayor a 5, que permitiría utilizar la prueba de Chi^2 de, quedando organizada el tiempo de matrimonio el primer grupo de 1 a 12 meses, luego con intervalos de 48 meses: 13 a 60, 61 a 108, y más de 109 meses.

Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron inferiores a -1.96 en las casillas del nivel depresivo leve con 61 a 108 meses de matrimonio; nivel moderado con 1 a 12 meses, 61 a 108 meses de matrimonio; en el nivel severo y extremadamente severo con 13 a 60 meses, 61 a 108 meses, y más de 109 meses de matrimonio; mostrando que hay menos casos de los esperado en esas casillas si las variables fueran independientes. De igual forma se obtuvieron residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) superiores a 1.96, en el nivel normal con todos los intervalos de tiempo de matrimonio planteados; en el nivel leve con 1 a 12 meses y más de 109 meses de matrimonio; en el nivel moderado con 13 a 60 meses de matrimonio; nivel severo y extremadamente severo con 1 a 12 meses de matrimonio; mostrando que hay más casos de los esperado en esas casillas si las variables fueran independientes. Los resultados estadísticos no permiten concluir si hay independencia entre los niveles depresivos y el tiempo de matrimonio o convivencia.

El porcentaje de madres que no presenta síntomas depresivos fue el 37.86%, en contraste con el 62.14% que tienen un nivel depresivo. Los porcentajes de casos en las casillas al cruzar nivel depresivo y tiempo de matrimonio o convivencia van desde 3.21% a 7.14% por lo cual no resalta un grupo significativo que mencionar.

En cuanto a la prevalencia de niveles depresivos en los intervalos de tiempo considerados se observó 14.74% de 1 a 12 meses, 19.27% de 13 a 60 meses, 13.57% de 61 a 108, y 13.57% para más de 109 meses. El grupo con mayor prevalencia de un nivel depresivo fue de 13 a 60 meses de matrimonio (19.27%), seguido del grupo de 1 a 12 meses (14.74%).

Se realizó la prueba de *Chi2* para conocer la asociación entre los niveles depresivos y el tiempo de matrimonio. La recategorización del tiempo de matrimonio permitió no tener casillas con recuento esperado menor a 5. Utilizando un coeficiente de confianza del 99%, que proporciona un nivel de significancia de 1% (.01); se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) es $.05 > .01$, lo que permite rechazar la existencia de asociación entre niveles depresivos y tiempo de matrimonio.

Tabla 19.

Bondad de ajuste y Chi² de niveles depresivos y tiempo de Matrimonio

Tiempo de matrimonio (meses)		Niveles depresivos				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severa y extremadamente severo	
1 a 12	Recuento	11	9	7	6	33
	Recuento esperado	9.8	8.6	8.6	6	33
	% del total	7.85%	6.43%	5%	4.28%	23.57%
	Residuo corregido	3.4	2.2	-2.1	2.1	
13 a 60	Recuento	30	8	10	9	57
	Recuento esperado	29.4	10.3	9.5	8.8	57
	% del total	21.43%	5.7%	7.14%	6.43%	40.7%
	Residuo corregido	2.8	-.3	3.7	-2.3	
61 a 108	Recuento	7	8	5	6	26
	Recuento esperado	5.2	6.9	5.2	5.7	26
	% del total	5%	5.7%	3.57%	4.28%	18.57%
	Residuo corregido	4.6	-3.4	-3.1	-2.8	
más de 109	Recuento	5	6	6	7	24
	Recuento esperado	5.3	5.6	6.9	6.2	24
	% del total	3.57%	4.28%	4.28%	5%	17.14%
	Residuo corregido	3	3.6	-3.4	-2.4	
Total	Recuento	53	29	28	30	140

Recuento esperado	53	29	28	30	140
% del total	37.86 %	21.42 %	20%	20.71%	100%

Chi² con valor de: 17.188 y 4 gl, para una significancia asintótica de: .05*

El nivel de significancia obtenido permite considerar que el tiempo de matrimonio o convivencia influyen los niveles depresivos que presentan las mujeres embarazadas, por consiguiente las dos variables están relacionadas. Se acepta la hipótesis alternativa, es decir, no todas las medias de los grupos son iguales, al menos una de las medias es distinta, en este caso el grupo de 13 a 60 meses de matrimonio (Tabla 20).

Se llevó a cabo un tercer análisis estadístico, usando la prueba ANOVA de un factor, respetando los principios para su aplicación: normalidad de las variables, independencia entre las variables, y variabilidad similar entre las muestras (Homocedasticidad).

Tabla 20.

Anova de un factor entre Niveles depresivos y tiempo de matrimonio o convivencia

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	163.568	8	9.354	12.579	.001
Dentro de grupos	89.241	81	.681		
Total	184.687	140			

La tabla 21 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y planificación del embarazo. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron superiores a 1.96 en tres de los niveles depresivos: leve, severo y extremadamente severo, los dos primeros con planificación del embarazo y el último no planificado el embarazo. Estas casillas muestran que hay más casos de los esperados si las variables fueran independientes. Solo se obtuvieron residuos tipificados corregidos inferiores a -1.96 en el nivel depresivo moderado con no

planificado de embarazo. Los resultados permiten considerar que la planificación del embarazo tiene relación con niveles bajos de depresión, mientras que no planificar el embarazo tiene relación niveles altos de depresión.

El suceso significativo referido a la planificación del embarazo mostró que 84 (57.9%) de 145 madres embarazadas no lo planificaron, en contraste con 61 madres (42.1%) que si lo planificaron. Cuando se analiza las tablas cruzadas de los niveles depresivos se observó que las madres que planificaron el embarazo puntuaron en los niveles leve y moderado de depresión (25 en cada nivel, 17.24%) principalmente, solo el 6.89% (10 madres) presentó nivel severo de depresión. El grupo de madres que no planificó el embarazo obtuvieron niveles en la escala de depresión que van de leve (14 madres, 9.65%), pasando por moderado (30 madres, 20.68%), severa (8 madres, 5.51%), hasta extremadamente severa (32 madres, 22.06%). Este último grupo presenta la mayor cantidad de frecuencia obtenida y muestra la asociación que puede tener la no planificación del embarazo con niveles altos de depresión.

Se realizó la prueba de *Chi2* para conocer la asociación entre los niveles depresivos y la planificación del embarazo. No se obtuvieron casillas con recuento esperado menor a 5. Con un coeficiente de confianza del 99%, y un nivel de significancia de 1% (.01); se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) es $.000 < .01$, lo que permite aceptar la existencia de asociación entre los niveles de depresión y la planificación del embarazo. Apoyando la inferencia obtenida a través de la prueba bondad de ajuste que la planificación del embarazo tiene relación con niveles bajos de depresión, mientras que no planificar el embarazo tiene relación niveles altos de depresión.

Tabla 21.*Bondad de ajuste y χ^2 de los niveles depresivos y planificación del embarazo*

Niveles depresivos		Embarazo planificado		Total
		Si	No	
Normal	Recuento	98	30	128
	Recuento esperado	74.1	53.9	128.0
	% del total	35.9%	11.0%	46.9%
	Residuo corregido	5.9	-5.9	
Leve	Recuento	25	14	39
	Recuento esperado	23.2	15.8	39.0
	% del total	9.2%	5.5%	14.7%
	Residuo corregido	.6	-.6	
Moderado	Recuento	25	30	55
	Recuento esperado	31.8	23.2	55.0
	% del total	9.2%	11.0%	20.1%
	Residuo corregido	-2.1	2.1	
Severa y extremadamente severa	Recuento	11	40	51
	Recuento esperado	27.2	23.8	51.0
	% del total	4%	14.65%	18.65%
	Residuo corregido	-7.4	7.4	
Total	Recuento	159	114	273
	Recuento esperado	158.0	115.0	273.0
	% del total	57.9%	42.1%	100%

*Chi² con valor de: 70.728^a y 4 gl, con significancia asintótica: .000***

La tabla 22 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y apoyo durante el embarazo. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron superiores a 1.96 en el nivel severo y extremadamente severo con el aspecto apoyo familiar, mostrando más casos de los esperados en esas casillas si las variables fueran independientes. En el nivel severo y extremadamente severo sin apoyo familiar se obtuvo residuos tipificados corregidos inferiores a -1.96, lo cual muestra menos casos esperados en esa casilla si las variables fueran independientes.

Los resultados de la tabla 22 muestran que la casi totalidad de las madres embarazadas (96.7%) contaron con apoyo familiar durante el proceso de embarazo. Solo el 3.3% de la muestra no contó con dicho apoyo. En cuanto a la distribución entre los niveles depresivos

de las madres que contaron con apoyo se obtuvo que el 45.4% presentó nivel normal, siendo el 51.3% con nivel depresivo, que se distribuyen de la siguiente manera: 14.5% en el nivel leve, 19.8% en el nivel moderado, y 17% en el nivel severo y extremadamente severo. Siendo el grupo con mayor porcentaje de casos, el nivel moderado. Los resultados presentan dos grupos, las madres embarazadas sin síntomas depresivos (45.4%) y con síntomas depresivos de diferente nivel (51.3%).

Se obtuvieron 2 casillas (25%) con recuentos inferiores a 5, lo cual reduce la eficacia de la prueba Chi^2 .

Se realizó la prueba Chi^2 para conocer si la asociación entre los niveles depresivos y el apoyo durante el embarazo era significativa. Considerando un coeficiente de confianza del 99%, para un nivel de significancia de 1% (.01); se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) es $.002 < .01$, lo que permite aceptar la existencia de asociación entre los niveles de depresión y el apoyo familiar durante el proceso de embarazo. Aunque los resultados no dan claridad de la relación entre los niveles depresivos y el apoyo familiar recibido durante el embarazo.

Tabla 22.*Bondad de ajuste y χ^2 de los niveles depresivos y apoyo durante el embarazo*

Niveles depresivos		Apoyo durante el embarazo		Total
		Con	Sin	
Normal	Recuento	124	4	128
	Recuento esperado	122.8	5.2	128.0
	% del total	45.4%	1.5%	46.9%
	Residuo corregido	.1	-.1	
Leve	Recuento	39	0	39
	Recuento esperado	37.4	1.6	39.0
	% del total	14.5%	0%	14.5%
	Residuo corregido	1.3	-1.3	
Moderado	Recuento	54	0	54
	Recuento esperado	53.2	0.8	54.0
	% del total	19.8%	0%	19.8%
	Residuo corregido	1.5	-1.5	
Severa y Extremadamente severa	Recuento	47	5	52
	Recuento esperado	43.7	8.3	52.0
	% del total	17%	1.8%	18.8%
	Residuo corregido	3.9	-3.9	
Total	Recuento	264	9	273
	Recuento esperado	264.0	9.0	273.0
	% del total	96.7%	3.3%	100%

χ^2 con un valor de: 17.76^a y 4 gl para una significancia asintótica de .002**

La tabla 23 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y embarazo de acuerdo a los controles. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron superiores a 1.96 en las casillas de niveles normal, y severo y extremadamente severo de depresión con el aspecto normal de acuerdo a los controles, lo que muestra más casos de lo esperado en esas casillas si las variables fueran independientes. De igual forma en las casillas con los mismos niveles (normal, y severo y extremadamente severo) de depresión pero con riesgo de pérdida de acuerdo a controles, se obtuvieron residuos tipificados corregidos inferiores a -1.96, lo cual muestra menos casos de los esperados en esas casillas si las variables fueran independientes. Es decir que los niveles leve y moderado de la depresión parecen ser independiente de los controles de embarazo normal o riesgo de pérdida.

La distribución de la muestra de acuerdo a los controles en el embarazo mostró que el 74.4% fue normal, mientras que el 25.6% tuvo riesgo de pérdida. La cantidad de mujeres embarazadas que tuvieron un embarazo normal presentaron variaciones en los niveles depresivos, 39.6% normal, 11.4% leve, 14.7% moderado, y 8.8% severa y extremadamente severa. El 34.8% de la muestra que tuvo un embarazo normal de acuerdo a los controles presentó un nivel depresivo. Del 25.6% que tuvo riesgo de pérdida de acuerdo a los controles, el 7.3% presentó nivel normal de depresión, mientras que el 18.3% de este mismo grupo tuvo alguno de los niveles depresivos considerados.

De acuerdo al control en el embarazo, $\frac{3}{4}$ fue normal y $\frac{1}{4}$ con riesgo de pérdida. Del porcentaje normal se observaron dos grupos muy similares, sin síntomas depresivos y otro con nivel depresivo. Del porcentaje con riesgo de pérdida de acuerdo a los controles menos de $\frac{1}{3}$ presentó nivel normal en la escala depresión, mientras que $\frac{2}{3}$ partes tuvieron nivel depresivo.

Se realizó la prueba de Chi^2 para conocer si la asociación entre los niveles depresivos y embarazo de acuerdo a los controles eran significativos. No se obtuvieron casillas con recuento esperado menor a 5. Para realizar la prueba Chi^2 se consideró un coeficiente de confianza del 99%, con nivel de significancia de 1% (.01); que permitió obtener una Sig. Asintótica (bilateral) es $.000 < .01$, lo que permite aceptar la existencia de asociación entre los niveles de depresión y el embarazo de acuerdo a los controles, notándose la relación entre riesgo de pérdida y los niveles depresivos.

Tabla 23.*Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos y embarazo de acuerdo a los controles*

Niveles depresivos		De acuerdo a los controles el embarazo es		Total
		Normal	Riesgo de perdida	
Normal	Recuento	108	20	128
	Recuento esperado	95.2	32.8	128.0
	% del total	39.6%	7.3%	46.9%
	Residuo corregido	3.6	-3.6	
Leve	Recuento	31	9	40
	Recuento esperado	29.7	10.3	40.0
	% del total	11.4%	3.3%	14.7%
	Residuo corregido	.1	-.1	
Moderado	Recuento	40	14	54
	Recuento esperado	39.9	14.1	54.0
	% del total	14.7%	5.1%	19.8%
	Residuo corregido	-.3	.3	
Severa y extremadamente severa	Recuento	24	27	18
	Recuento esperado	36.2	14.8	18.0
	% del total	8.8%	9.8%	18.6%
	Residuo corregido	2.3	-2.3	
Total	Recuento	203	70	273
	Recuento esperado	203.0	70.0	273.0
	% del total	74.4%	25.6%	100%

χ^2 con un valor de: 50.478^a y 4 gl para una significancia asintótica de .000**

La tabla 24 muestra la prueba bondad de ajuste entre niveles depresivos y sentirse emocionalmente bien o mal en el embarazo. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron superiores a 1.96 en las casillas de los niveles normal, y severo y extremadamente severo con sentirse emocionalmente bien para el primer nivel y mal para el segunda nivel. Lo que muestra más casos de los esperados en esas casillas si las variables fueran independientes. De igual en los mismos niveles (normal, y severo y extremadamente

severo), pero con sentirse emocionalmente mal para el primer nivel y bien para el segunda nivel, se obtuvieron residuos tipificados corregidos inferiores a -1.96, lo cual muestra menos de los casos esperados en esas casillas si las variables fueran independientes.

Al considerar cómo se sintieron emocionalmente las madres embarazadas se observó 72.9% bien y 27.1% mal. Cuando se analizan las casillas de los niveles depresivos con el sentirse emocionalmente bien o mal, se obtiene 46.9% normales con distribución de 45.4% se sintieron bien y 1.5% se sintieron mal; 14.7% nivel leve con distribución de 9.2% se sintieron bien y 5.5% se sintieron mal; 20.1% nivel moderado con distribución de 12.8% se sintieron bien y 7.3% se sintieron mal; 19.1% nivel severo y extremadamente severo con la distribución de 6.3% se sintieron bien y el 12.8% se sintieron mal.

Los resultados muestran 46.9% de las mujeres embarazadas con nivel normal depresión que mayoritariamente se sintieron bien. De igual forma el 27.5% de las mujeres que se sintieron bien emocionalmente mostraron nivel depresivo, de forma similar el 25.6% de las mujeres que se sintieron mal emocionalmente también mostraron nivel depresivo. No se puede observar una asociación clara entre los niveles depresivos sentirse emocionalmente bien o mal en el embarazo.

Se realizó la prueba de χ^2 para conocer si la asociación entre los niveles depresivos y el apoyo durante el embarazo eran significativos. No se obtuvieron casillas con recuento esperado menor a 5. Se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) de .000 con un coeficiente de confianza del 99%, y nivel de significancia de 1% (.01). El nivel de significado asintótica permite aceptar la existencia de asociación entre los niveles de depresión y cómo se sintieron emocionalmente las madres embarazadas. La diferencia parece estar en la casilla nivel normal depresión y sentirse bien emocionalmente, que reúne casi la mitad de la muestra (45.4%), mientras que el grupo que se sintió bien durante el embarazo (27.5%) y el grupo que se sintió mal durante el embarazo (25.45%) presentaron nivel depresivo similares.

Tabla 24.

Bondad de ajuste y χ^2 de niveles de depresión y sentirse emocionalmente bien o mal durante el embarazo

Niveles depresivos		Sentirse emocionalmente		Total
		Bien	Mal	
Normal	Recuento	124	4	128
	Recuento esperado	93.3	34.7	128.0
	% del total	45.4%	1.5%	46.9%
	Residuo corregido	8.4	-8.4	
Leve	Recuento	26	15	41
	Recuento esperado	29.2	11.8	41.0
	% del total	9.2%	5.5%	14.7%
	Residuo corregido	-1.6	1.6	
Moderado	Recuento	33	20	53
	Recuento esperado	37.1	15.9	53.0
	% del total	12.8%	7.3%	20.1%
	Residuo corregido	-1.7	1.7	
Severa y extremadamente severa	Recuento	15	36	51
	Recuento esperado	36.4	14.6	51.0
	% del total	6.3%	12.8%	19.1%
	Residuo corregido	-3.6	3.6	
Total	Recuento	199	74	273
	Recuento esperado	199.0	74.0	273.0
	% del total	72.9%	27.1%	100%

χ^2 con un valor de: 102.967^a y 4 gl para una significancia asintótica de .000

La tabla 25 muestra la prueba bondad de ajuste y χ^2 entre niveles depresivos y estado civil. Los residuos tipificados corregidos de Haberman (1971) fueron superiores a 1.96 en los niveles de depresión normal con estado civil convive, nivel leve con estado civil casada, y nivel leve y moderado, en el primero para las casillas casada y convive, mientras que en el segundo nivel fueron las casillas casada y soltera, lo que muestra más casos de los esperados en esas casillas si las variables fueran independientes.

De igual forma se obtuvieron residuos tipificados corregidos inferiores a -1.96 en los niveles de depresión normal y estado civil soltero, nivel leve y estado civil convive, niveles moderado, y severa y extremadamente severa con estado civil casada. Estas casillas muestran menos casos esperados que si las variables fueran independientes. No se puede observar una asociación clara entre los niveles depresivos y estado civil de las mujeres embarazadas.

Se realizó la prueba de Chi^2 para conocer si la asociación entre los niveles depresivos y la estado civil. Se obtuvieron dos (16%) casillas con recuento esperado menor a 5. Se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) de .000 con un coeficiente de confianza del 99%, y nivel de significancia de 1% (.01). El nivel de significado asintótico permite aceptar la existencia de asociación entre los niveles de depresión y el estado civil de las mujeres embarazadas.

De la muestra de estudio se observan dos grupos principales, las mujeres embarazadas solteras (49.4%) y las que conviven (44.6%). El 16.1% del primer grupo presentó nivel normal en la escala de depresión, mientras que el 27.8% del segundo grupo presentó el mismo nivel. Es decir, el 33.3% de las embarazadas solteras tuvieron un nivel depresivo, mientras que el 16.8% de las embarazadas que conviven tuvieron también un nivel depresivo.

Los resultados muestran el doble de embarazadas solteras con nivel depresivos que las embarazadas que conviven con su pareja.

Se realizaron tablas cruzadas para observar la asociación entre los sucesos significativos que vivieron o viven las mujeres embarazadas del estudio. Las asociaciones que resultaron significativas con la prueba de Chi^2 .

Tabla 25.*Bondad de ajuste y χ^2 de niveles depresivos según estado civil.*

Niveles Depresivos		Estado Civil			Total
		Casada	Soltera	Convive	
Normal	Recuento	8	44	76	128
	Recuento esperado	8.4	55.8	63.8	128.0
	% del total	2.9%	16.1%	27.8%	46.9%
	Residuo corregido	-.2	-2.9	3.0	
Leve	Recuento	8	21	8	37
	Recuento esperado	2.6	17.4	19.9	37.0
	% del total	2.9%	7.7%	2.9%	13.6%
	Residuo corregido	5.1	.9	-3.4	
Moderado	Recuento	0	33	20	53
	Recuento esperado	3.6	24.0	27.4	53.0
	% del total	0%	12.1%	7.3%	19.4%
	Residuo corregido	-2.2	1.8	-.7	
Severa y extremadament e severa	Recuento	0	34	15	49
	Recuento esperado	5.6	23.8	7.5	13
	% del total	0%	12.5%	5.5%	17.9%
	Residuo corregido	-2.8	2.8	1.3	
Total	Recuento	16	132	119	267
	Recuento esperado	18.0	119.0	136.0	273.0
	% del total	6.0%	49.4%	44.6%	100%

χ^2 con un valor de: 42.420^a y 8 gl para una significancia asintótica de .000**

Se estudió la asociación del estado civil y la condición de separada o no, en cuanto a la primera el 6% manifestó estar casada, el 49.4% soltera y el 44.6% convive; en cuanto a la condición de separación, el 56.7% manifestó que no se separó antes o durante el embarazo, mientras el 43.3% se separó antes o durante el embarazo. Los resultados muestran de acuerdo al estado civil que el grupo de solteras fue el que tuvo más casos, situación similar en el aspecto no haberse separado antes o durante el embarazo.

Las casillas que combinan ambos aspectos se caracterizan por 28.4% embarazadas solteras que no se separaron antes o durante el embarazo, 21% de embarazadas solteras se separaron antes o durante el embarazo, 25.5% conviven con su pareja no se separaron antes o durante el embarazo, 19.1% conviven con su pareja se separaron antes o durante el

embarazo. Se obtuvo 6% de embarazadas casadas de las cuales 2.8% no se separaron y el 3.2% si se separó.

Se realizó la prueba de Chi^2 para conocer si la asociación entre la separación antes o durante o el embarazo y el estado civil. Se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) de .345 con un coeficiente de confianza del 99%, y nivel de significancia de 1% (.01). El nivel de significado asintótico permite rechazar la existencia de asociación entre las separaciones antes o durante el embarazo y el estado civil de las mujeres embarazadas (Tabla 26)

Tabla 26.

Tabla cruzada, entre los aspectos estado civil y separaciones antes o durante el embarazo

Estado Civil	Separación		Total
	No	Si	
Casada	2.8%	3.2%	6%
Soltera	28.4%	21%	49.4%
Convive	25.5%	19.1%	44.6%
Total	56.7%	43.3%	100%

Chi^2 con un valor de: 1.238^a y 3 gl para una significancia asintótica de .345

En relación a la estabilidad emocional, los resultados muestran que la mayor parte del grupo de las madres embarazadas manifiestan estabilidad emocional durante el embarazo (76.6%), siendo los estados civiles soltera (36.5%) y conviven (35.2%) donde se ubican la mayor cantidad de las madres embarazadas. El mayor grupo de madres con inestabilidad emocional se observó en el estado civil soltera (12.9%), seguido por el estado civil convive (9.4%).

Se realizó la prueba de Chi^2 para conocer si la asociación entre la estabilidad emocional y el estado civil. Se obtuvo una Sig. Asintótica (bilateral) de .000 con un coeficiente de confianza del 99%, y nivel de significancia de 1% (.01). El nivel de significado asintótico permite aceptar la asociación entre los aspectos, estado civil y estabilidad emocional, el

estado civil soltero se asocia con estabilidad y con inestabilidad emocional, mientras que el convivir tiene relación directa con estabilidad emocional (Tabla 27).

Tabla 27.

Tabla cruzada entre la percepción de estabilidad / inestabilidad emocional y el estado civil

Estabilidad Emocional	Estado civil			Total
	Casada	Soltera	Convive	
Inestable	1.1%	12.9 %	9.4%	23.4%
Estable	4.9%	36.5 %	35.2%	76.6%
Total	6%	49.4 %	44.6%	100%

χ^2 con un valor de: 12.674^a y 3 gl para una significancia asintótica de .000

La tabla 28 muestra las situaciones significativas vividas por el grupo de madres del estudio, van de un mínimo 0 a un máximo de 9 situaciones significativas vividas, con un modo en 4 sucesos. En un análisis más profundo entre grupos, se observa que las mujeres que vivieron hasta 4 situaciones significativas puntuaron predominantemente en los niveles normales, leves y moderados de depresión, mientras que a partir de 5 sucesos significativos predominó en las mujeres embarazadas el nivel de la escala depresiva severo y extremadamente severo.

Tabla 28.*Niveles de depresión y N° de situaciones significativas vividos*

Niveles de depresión	N° de Situaciones significativas vividas										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Normal	19	21	16	26	23	12	6	3	1	1	128
Leve	4	3	4	11	15	0	0	0	0	5	42
Moderado	0	6	9	15	15	0	0	0	8	0	53
Severa y extramadamente severa	0	6	1	0	0	15	10	11	6	1	50
Total	23	36	30	52	53	27	16	14	15	7	273

5.11 Estudio 6

El estudio 6, comprende el objetivo VI, que buscó determinar la relación asociativa entre la presencia y niveles depresivos y las dimensiones de inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano, y sucesos significativos, en una muestra de mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

6.1. *Diseño de la investigación.*

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo correlacional (Hernández et al., 2014), para estimar la asociación entre las variables independientes: inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos, con la variable de estudio, niveles de la escala de depresión.

6.2 *Participantes*

Se empleó la misma muestra de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años (SD= 5.8).

6.3. *Materiales:*

Se utilizaron los siguientes instrumentos: TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale) versión abreviada de 24 ítems (8 ítems por cada factor o componente evaluado: atención, claridad y reparación); The depression anxiety and stress scale (DASS-21), versión compuesta por 21 reactivos tipo likert, tiene por objetivo medir la sintomatología de la ansiedad, depresión y estrés de forma independiente; el Parental Bonding Instrument (P.B.I), cuestionario desarrollado originalmente por Parker, Tupling y Brown (1979); y la Entrevista Psicológica Perinatal, trata de identificar los aspectos que pueden influir durante el embarazo y el parto, con el objetivo de atender psicológicamente a las pacientes e introducir la dimensión

psicosocial del nacimiento en las maternidades. Está compuesta por 3 partes: La primera parte (contempla 14 aspectos) se relacionan con los datos demográficos de la madre y de su grupo familiar, la segunda parte (contempla 5 aspectos) relacionados con situaciones de la pareja de la mujer embarazada. La tercera parte (contempla 12 situaciones) se relacionan con el proceso del embarazo.

6.4 Procedimiento

Debido a que se empleó la misma muestra, el procedimiento para este apartado fue el mismo que el empleado para esa muestra.

6.5 Análisis de datos y resultados

Para determinar la relación asociativa entre la depresión y las dimensiones de la inteligencia emocional, el estrés, la ansiedad, el vínculo parental temprano, y cantidad de sucesos significativos en las embarazadas, se procedió a utilizar el coeficiente de correlación de Pearson (r de Pearson).

Los datos fueron codificados en el programa computacional Microsoft Excel, traspasando luego la información y procesándola a través del programa estadístico SPSS, versión 22.0.

En relación a este estudio, se buscó estimar la asociación entre la variable niveles depresivos (considerando el puntaje obtenido en la escala DASS-21) y las variables: inteligencia emocional, vinculación parental temprana, ansiedad, estrés, sucesos significativos, y edad, mediante las dimensiones que componen las dos primeras y la sumatoria de los sucesos significativos divididos en positivos y negativos (Tabla 12).

En cuanto a la Inteligencia Emocional, analizada desde las dimensiones que la componen se pudo observar que la atención tuvo una correlación ($r=.261, p < .001$) positiva y fuerte, mostrando que las mujeres embarazadas con mayores puntajes de atención también

presentan mayores puntajes de depresión. Las dimensiones de claridad y reparación mostraron asociaciones ($r=-.026, p > .001$ y $r=.099, p > .001$) respectivamente con los niveles depresivos, siendo relaciones débiles y no significativas.

En cuanto a las variables vínculo parental, se apreciaron asociaciones fuertes y significativas en las dimensiones sobreprotección materna ($r=.266, p < .001$), sobreprotección paterna ($r=.185, p < .001$), cuidado maternal ($r=.172, p < .001$). La dimensión con menor asociación con los niveles depresivos fue cuidado paterno ($r=.021, p > .001$), no llegando a ser significativa la relación. Lo que significa que a mayor percepción del cuidado parental materno, percibiendo a la figura cuidadora materna como un significativo siempre disponible emocionalmente, con una sensación de sobreinvolucrada, generaría mayor presencia de depresión.

Las variables estrés y ansiedad mostraron asociaciones fuertes y positivas con los niveles depresivos ($r=.752, p < .001$ y $r=.687, p < .001$), respectivamente, lo que parece mostrar que a medida que las madres embarazadas presenten valores altos de ansiedad y/o estrés también presentan valores altos de depresión. Lo cual es consistente con las bases teóricas que consideran a los tres trastornos como los más habituales que atraviesan las personas, con síntomas y manifestaciones muy cercanas que son necesarias diferencias.

Por último, se obtuvieron asociaciones con los sucesos significativos, relación directa y positiva con el acumulado de estos sucesos negativos ($r=.303, p < .001$) y relación negativa o inversa con el acumulado de sucesos positivos vividos por las madres embarazadas ($r=-.489, p < .001$), lo cual parece mostrar que a medida que aumentan el número de sucesos significativos negativos las madres tienen mayores niveles de depresión y a la inversa, las madres embarazadas que tienen mayor número de sucesos significativos positivos presentan niveles más bajos de depresión y a la inversa.

Tabla 30.

Correlaciones entre niveles depresivos y Edad, Inteligencia Emocional, Vinculación Parental, Estrés, Ansiedad y Sucesos Significativos de Vida

	Niveles depresivos
Edad	-.162
Inteligencia Emocional - Atención	.261**
Inteligencia Emocional - Claridad	-.021
Inteligencia Emocional - Reparación	.099
Vínculo Parental - Cuidado Maternal	.225**
Vínculo Parental - Sobreprotección Materna	.266**
Vínculo Parental - Cuidado Parental	.021
Vínculo Parental - Sobreprotección Paterna	.185**
Estrés	.752**
Ansiedad	.687**
Nº de Sucesos Significativos negativos	.183
Nº de Sucesos Significativos positivas	-.489**

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

5.12 Estudio 7

El estudio 7, corresponde al objetivo VII, que busca la relación explicativa de las variables inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos, respecto de la presencia de la depresión en una muestra de mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo (Chile).

7.1. *Diseño de la investigación.*

El diseño de la investigación es no experimental, transversal de tipo correlacional (Hernández et al., 2014), para estimar la asociación entre las variables independientes: inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos, con la variable de estudio, niveles de la escala de depresión.

7.2 *Participantes*

Se empleó la misma muestra de 273 mujeres-madres gestantes entre 14 y 38 semanas de embarazo, con edades entre 18 y 38 años, para una media de 25.67 años (SD= 5.8).

7.3. *Materiales*

Para este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- TMMS-24 (Trait Meta-Mood Scale), mide Inteligencia Emocional, en una versión abreviada de 24 ítems (8 ítems por cada factor o componente evaluado: atención, claridad y reparación).
- Depression anxiety and stress scale (DASS-21), versión compuesta por 21 reactivos tipo likert, que permite la sintomatología de la ansiedad, depresión y estrés de forma independiente. Proporciona una concepción dimensional de cada trastorno psicológico.

- Parental Bonding Instrument (P.B.I), mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y hasta los 16 de la adolescencia. El test consta de 25 afirmaciones distribuidas en dos escalas: Cuidado (12 ítem) y Sobreprotección (13 ítem); cada ítem se puntúa a través del método Likert (de 1 a 4).

- Entrevista Psicológica Perinatal, trata de identificar los aspectos que pueden influir durante el embarazo y el parto, con el objetivo de atender psicológicamente a las pacientes e introducir la dimensión psicosocial del nacimiento en las maternidades. Está compuesta por 3 partes: La primera consta de 14 aspectos que identifican los datos demográficos de la madre y de su grupo familiar; la segunda se compone de 5 aspectos relacionados con situaciones de la pareja de la mujer embarazada; la tercera contempla 12 situaciones que se relacionan con el proceso del embarazo.

7.4 Procedimiento

Debido a que se empleó la misma muestra, el procedimiento para este apartado fue el mismo que el empleado para esa muestra.

7.5 Análisis de datos y resultados

En relación al objetivo específico n° VII y tras comprobar que se cumplían los supuestos básicos para el análisis de regresión lineal: a) linealidad (anexo 5), b) normalidad (anexo 5), c) homocedasticidad (anexo 5) e d) independencia de errores (anexo 5), se aplicó un análisis de regresión logística múltiple con el fin de determinar un modelo estadístico predictivo de la presencia o no de depresión en el embarazo, a partir de las variables inteligencia emocional, estrés, ansiedad, cuidado parental, y los sucesos significativos en la muestra de embarazadas.

La Escala de depresión se recategorizó en presencia o ausencia de depresión para realizar la regresión logística binaria.

La tabla 31 muestra el resumen del modelo de regresión logístico múltiple que logra predecir el 59.8% de la varianza de la presencia la depresión de las mujeres embarazadas, altamente significativo ($p < .001$). En un análisis más detallado se obtuvo un coeficiente de correlación (R) de .726, que indica el grado de relación entre la variable presencia de la depresión (dependiente) y las variables independientes: Inteligencia emocional, estrés, ansiedad, vínculos parentales tempranos y sucesos significativos; mostrando que existe una asociación lineal alta entre las variables. El coeficiente de correlación corregido (R^2) .598, que se interpreta como la proporción de la varianza de la variable dependiente (niveles depresivos) explicada por el conjunto de variables independientes (Inteligencia emocional, estrés, ansiedad, vínculos parentales tempranos y sucesos significativos).

El siguiente indicador es el R^2 ajustado de .611, inferior al R^2 al incorporar las cinco variables independientes y las 273 personas que participaron en el estudio, obteniéndose que el 61.1% de la variación de la presencia de la depresión de las madres embarazadas esta explicado por la inteligencia emocional, estrés, ansiedad, vínculos parentales tempranos y sucesos significativos. El R^2 ajustado es una corrección del coeficiente de determinación que sirve para controlar la sensibilidad de este estadístico cuando las muestras son de gran tamaño, cuantas más variables explicativas estén incluidas en el modelo, mayor es el R^2 , independientemente de que dichas variables sean o no relevantes para el modelo. En este caso el R^2 ajustado es .611 (61.8%) muy cercano al R^2 .598 (59.8%).

El siguiente parámetro de la tabla, es el error típico de la estimación (5.875), siendo la desviación típica de los residuos, es decir, la desviación típica de las distancias existentes entre las puntuaciones de la presencia o no de la depresión y los pronósticos efectuados con

la recta de regresión. Calcular el cuadrado de los residuos permite conocer la magnitud, y no en el signo de la diferencia entre el valor observado y el valor predicho.

Tabla 31.

Resumen del modelo explicativo de la presencia de la depresión en las mujeres embarazadas

<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en <i>R</i> ²	Estadísticos de cambio			Sig. Cambio en <i>F</i>
					Cambio en <i>F</i>	<i>g</i> / <i>l</i>	<i>g</i> / <i>l</i> ²	
.726 ^a	.598	.611	5.875	.594	44.25	5	216	.000
					9			

a. Predictores: Inteligencia emocional, estrés, ansiedad, vínculos parentales tempranos y sucesos significativos

b. Variable dependiente: presencia de la depresión

Para comprobar si los valores altos de inteligencia emocional, estrés, ansiedad, vínculos parentales tempranos y sucesos significativos, se asocian con valores altos de los niveles depresivos se realizó un análisis de varianza (Tabla 32).

La varianza permite conocer cuánto se desvía cada una de las observaciones hechas sobre la media de las observaciones, al ser una suma de cuadrados, siempre es un número positivo. El estadístico *F* (17.246) permitió contrastar la hipótesis nula que el valor poblacional de *R* es cero, lo que equivale a contrastar la hipótesis que la pendiente de la recta de regresión vale cero. El valor crítico (Sig.) muestra que suponiendo que el valor poblacional de *R* es cero, es improbable (.000) que *R* en esta muestra tome el valor de .726. Implicando que *R* es mayor que cero y que las variables dependientes y predictoras están linealmente relacionadas.

Tabla 32.*Anova*

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	330,451	9	36.717	45.236	.000 ^b
	Residuo	213,468	263	.812		
	Total	543,919	272			

a. Variable dependiente: presencia de la depresión

b. Predictores: Inteligencia emocional, estrés, ansiedad, vínculos parentales tempranos y sucesos significativos.

Para conocer los coeficientes que pudieran explicar los niveles depresivos en las mujeres embarazadas se incorporaron todas las variables (y las dimensiones que las componen) consideradas en el estudio, en el caso de inteligencia emocional y vínculo parental temprano se incorporaron las dimensiones: atención, claridad y reparación para la primera, y cuidado materno, sobreprotección materna, cuidado paterno y sobreprotección paterno, para la segunda. De igual forma se categorizaron los sucesos significativos en positivos y negativos para un análisis más detallado.

La tabla 33 presenta los mayores predictores de la depresión en el embarazo de la mujer: estrés ($t = 4.897$, $\beta = .482$, $p < .001$), ansiedad ($t = 3.145$, $\beta = .319$, $p < .005$), cuidado materno del vínculo parental ($t = 3.881$, $\beta = .273$, $p < .001$), y dimensión atención de la inteligencia emocional ($t = 2.684$, $\beta = .198$, $p < .005$). A su vez dos predictores negativos de la depresión en el embarazo fueron: la dimensión claridad de la inteligencia emocional ($t = -3.898$, $\beta = -.325$, $p < .001$), y sucesos significativos positivos ($t = -2.579$, $\beta = -.209$, $p < .005$).

Tabla 33.

Predictores de los niveles depresivos en mujeres embarazadas

Predictores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>
IE_Atención	.243	.072	.198	2.684*
IE_Claridad	-.146	.013	-.325	-3.898**
IE_Reparación	.019	.013	.128	1,381
Cuidado Materno	.481	.113	.273	3.881**
Sobreprotección Materna	.028	.016	.206	1.814
Cuidado Paterno	-.005	.017	-.078	-0.313
Sobreprotección Paterno	.019	.018	.112	1.077
Ansiedad	.291	.084	.319	3.145*
Estrés	.412	.079	.482	4.897**
Sucesos significativos negativos	.296	.221	.126	1.339
Sucesos significativos positivos	-.945	.366	-.209	-2.579*
Edad	-.085	.083	-.109	-1.026

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

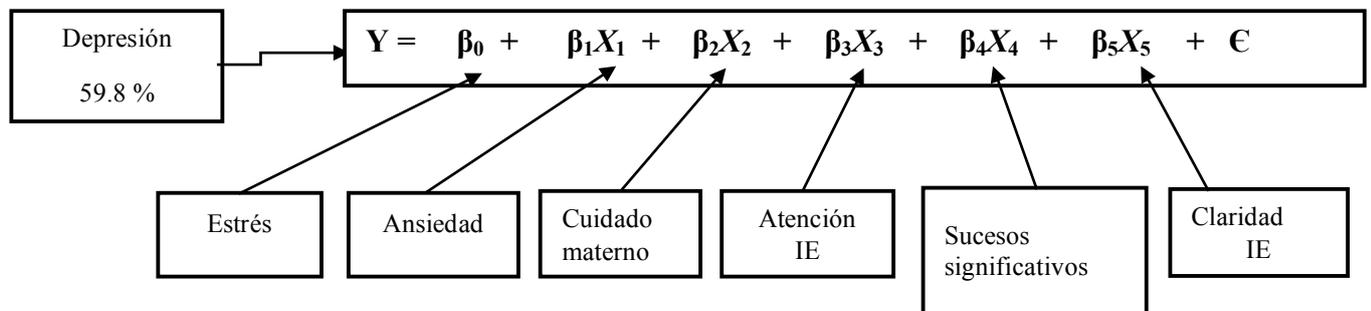


Figura 1. Expresión Matemática de la Regresión

La tabla 34 registra los resultados de las correlaciones de los coeficientes, mostrando que no se genera multicolinealidad. Es decir, las correlaciones que se dan a nivel multivariado entre las variables independientes incluidas en el modelo no se acercan de manera considerable al valor 1 como para que se cumpla la condición de multicolinealidad perfecta.

Esto implica que cada variable aporta con información nueva al modelo y posee poder explicativo. La correlación más alta se produce entre los variables estrés y ansiedad, con un valor de $r = .644$. Otras correlaciones altas se dan entre sucesos significativos positivos y sucesos significativos negativos ($r = -0.594$), entre las dimensiones cuidado materno y sobreprotección materno ($r = -0.570$).

Tabla 34.

Correlaciones de coeficientes

Correlaciones	IE Atención	IE Claridad	IE Reparación	Sobreprotección Paterna	Cuidado Paterno	Cuidado Materno	Sobreprotección Materno	Ansiedad	Estrés	Sucesos significativos negativos	Sucesos significativos positivos
IE_Atención	1.000	-.176	-.392	.131	.162	-.201	.180	-.069	-.118	-.210	.187
IE_Claridad		1.000	-.454	.123	-.008	-.045	-.215	.184	-.210	.110	-.017
IE_Reparación			1.000	-.016	-.509	-.049	-.191	.242	.110	-.168	.106
Sobreprotección Paterno				1.000	.179	-.392	-.383	.261	.048	-.045	-.097
Cuidado Paterno					1.000	-.210	-.045	.138	.059	.131	.037
Cuidado Materno						1.000	-.570	.168	.176	.106	-.065
Sobreprotección Materno							1.000	-.001	.189	.179	-.060
Ansiedad								1.000	.644	.198	.184
Estrés									1.000	.286	-.384
Sucesos significativos negativos										1.000	-.594
Sucesos significativos positivos											1.000

a. Variable dependiente: niveles depresivos

Capítulo 6

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar un modelo estadístico predictivo de la depresión en el embarazo, a partir de las variables inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano, y sucesos significativos en mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo, Chile. A partir de este objetivo se buscaba probar la hipótesis que altos niveles de ansiedad, estrés, cuidado parental (materno y paterna), sobreprotección parental (materna y paterna), inteligencia emocional (atención emocional), y mayor número de sucesos significativos negativos, además de bajos niveles de inteligencia emocional en claridad y reparación emocional, predicen la presencia de la depresión en mujeres embarazadas.

Para poder responder al objetivo planteado anteriormente, así como a los objetivos específicos que se desprenden del mismo, se realizaron siete estudios diferentes, en los cuales se emplearon metodologías distintas para lograr su desarrollo.

Primero se comenzó con la descripción de cada una de las variables independientes: inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano, y sucesos significativos con la variable depresión en el embarazo. Lo que permite ver como se distribuyen los valores de cada relación en forma particular. Luego se realizó también la correlación entre las variables independientes anteriormente mencionadas y la variable dependiente. Finalmente se diseñó un modelo de regresión para identificar entre las variables y sus dimensiones los que aportaban mayor varianza para predecir la presencia de la depresión en el embarazo.

A fin de lograr un mayor entendimiento se van a discutir los hallazgos de cada estudio por separado dando cuenta de la confirmación o refutación de las hipótesis planteadas, y luego se arribará a una conclusión general de la investigación efectuada delineando futuras

líneas de estudio así como también refiriendo algunas limitaciones que se evidenciaron en la presente investigación.

6.1. Conclusiones Estudio 1

Según los resultados de la presente investigación, la *inteligencia emocional* a través de las tres dimensiones que conforman el modelo de Salovey y Mayer (1990) mostró diferencias en el grupo de mujeres gestantes, pero no entre los grupos de estudio (sin y con síntomas depresivos).

En el caso particular de la dimensión atención de la escala de Inteligencia Emocional, Fernández et al., (2014) mencionan que mujeres durante el embarazo prestan excesiva atención a sus señales emocionales lo cual es un factor relevante en el surgimiento de la depresión durante este período.

Asimismo, estos resultados son concordantes con lo planteado por Beltrán-Jiménez y Ortiz (2011), quienes señalaron que la excesiva focalización emocional de estas mujeres hace que las mujeres embarazadas incrementan la sintomatología depresiva, los pensamientos desiderativos, la resignación y la autculpa.

Queda en evidencia en esta investigación, que las mujeres embarazadas con niveles de depresión, tendrían dificultades en comprender y manejar sus emociones, lo que es concordante con lo manifestado por Woodard (2010).

Por lo anterior, y desde el modelo propuesto por Salovey y Mayer (1990) y Mayer, Caruso, y Salovey, (1999, citado en Davis & Humphrey 2012) la dimensión atención emocional (del modelo de inteligencia emocional), entendida como la capacidad de las mujeres embarazadas para atender a sus estados emocionales, haría que al estar tan atentas a estos estados, tendría una implicancia en lo adaptativo de esta habilidad, transformándose

en una capacidad que más que ser positiva y beneficiosa para ellas, se transformaría en un factor de riesgo para la generación de un cuadro clínico psicopatológico como la depresión.

La inteligencia emocional, favorece la adaptación de las personas, ayudando a la correcta inclusión de las emociones en el pensamiento de los sujetos. Por lo anterior, en la muestra investigada se puede apreciar que las mujeres no estarían incluyendo en una medida adecuada sus emociones, sino que lo harían de manera desregulada con una alta inclusión de estas (Salovey y Mayer, 1990).

El repertorio emocional de las mujeres de la muestra, estaría basado en centrarse excesivamente en ellas, lo cual también se relaciona con lo planteado anteriormente en este mismo apartado, donde el funcionamiento de ellas es focalizado y dirigido hacia el sí mismo, dificultándoles la inclusión del otro. Esto podría generar problemas en la construcción de una relación vincular adecuada a la situación que está viviendo. Esto se sustenta por lo planteado por Bowlby (1993, 2003), en relación a que las mujeres embarazadas se les reactiva sus modelos operativos internos en un contexto o situación con carga emocional, reeditando su propia historia vincular (Gauthier et al., 1985).

Los resultados de la alta atención emocional, se relaciona con mujeres que se muestran más dependientes y pasivas, en donde es más probable la presencia de sentimientos de culpa y de tensión emocional excesiva.

Desde una visión positiva, se puede apreciar que las mujeres que regulan adecuadamente su inteligencia emocional, en lo relacionado a la atención emocional, actuaría como un factor protector ante el surgimiento de la depresión peri y post parto. Esto coincide con lo manifestado por Fernández y Ramos (1999), quienes refieren que las mujeres que poseen mayores niveles de inteligencia emocional autopercibida tienen menor posibilidad de padecer cuadros clínicos psicopatológicos.

A lo largo de la revisión teórica de esta tesis, se puede apreciar que este periodo se plantea como una etapa donde surgen presiones psicosociales y biológicas, que hacen que la mujer deba adaptarse a estos cambios. A diferencia de lo que se encontró en la presente investigación, una adecuada inteligencia emocional en lo relativo a la dimensión de la atención emocional, favorecería que las mujeres perciban de manera “sensata y equilibradas sus emociones”, sin recargar la vivencia, y así no generar desarrollos psicopatológicos.

En la muestra de mujeres embarazadas, queda en evidencia que las otras dimensiones de la inteligencia emocional, la claridad y la reparación emocional, se encuentran disminuidas. Esto se relaciona con lo planteado por Beltrán-Jiménez y Ortiz (2011), quienes mencionan que si se aumenta estas dimensiones de la inteligencia emocional, disminuiría la sintomatología depresiva de estas mujeres.

Una de las características de la inteligencia emocional es que no es innata, ni hereditaria, sino más bien, sus dimensiones crecen y maduran mediante la estimulación ambiental, logrando desarrollar de esta forma todo su potencial (Beceren, 2010). Por esto, se podrían vincular los resultados de la presente investigación, y como una forma de explicar la alta atención emocional, a que las mujeres de la muestra no han recibido una adecuada estimulación ambiental, sobre todo de su cuidadora o figura de apego, lo que repercute en no poder lograr un ajuste emocional adaptativo al entorno.

Reforzando lo dicho anteriormente, el modelo de habilidad de Mayer y Salovey considera que la inteligencia emocional está constituida por una serie de habilidades básicas, como son la “habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 1997 citado en Extremera & Fernández &, 2006, p. 85).

Según lo anterior, las madres gestantes de la muestra tendrían mayor habilidad de tener atención sobre sus estados emocionales, que interfiere el funcionamiento emocional y cognitivo, generando propensión al desarrollo de depresión. Asimismo, esta atención emocional alta, interfiere la atención en la identificación de las emociones de los otros, donde incluso podría llegar a estar comprometida la decodificación de señales emocionales de la expresión facial, de los movimientos corporales y de los tonos de voz.

La atención emocional alta, al igual que una percepción de cuidado parental materno alta (que será desarrollada más adelante), impediría una adecuada regulación emocional. Esto tendría efectos en el desarrollo del embarazo, haciendo que la mujer embarazada perciba predominantemente sus ritmos y señales biológicas, relegando la percepción adecuada de su bebé.

6.2. Conclusiones Estudio 2

Según los resultados de la presente investigación, el *estrés* presenta correlación fuerte con el surgimiento de los niveles depresivos de la muestra.

Lo anterior es coincidente con lo manifestado por Berthiaume et al. (1998) y Fernández Fernández et al. (2014), quienes mencionan que la experimentación de un alto número de factores de estrés y ansiedad del entorno, o la presencia de estrés prenatal intenso, hacen predecir la presencia de depresión en mujeres embarazadas. Asimismo, se ha mencionado que las experiencias emocionales negativas previas al embarazo, son variables que se asocian al incremento del nivel de depresión en ese periodo.

Autores como Celis et al. (2001), reconocen que existen ciertas similitudes entre los constructos de estrés y de ansiedad, porque en ambos casos se producen reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales parecidas. Sin embargo, al estrés se le considera como un proceso más amplio de adaptación a un medio de exigencias que produce tensión.

Considerando lo mencionado anteriormente, se puede apreciar que el embarazo es una etapa de cambios en la mujer y en su entorno, en la cual la mujer debe generar estrategias de adaptación para dar respuestas a estos cambios, se puede mencionar que en las mujeres de la muestra no ocurre esta adaptación a este entorno, el cual es vivenciado como amenazante, generando estrés. Por esto, las mujeres de la muestra serían incapaces de dar respuestas concretas a las presiones y demandas del ambiente.

Esto coincide con lo mencionado por Lancaster et al. (2010), quienes plantean que las mujeres embarazadas están sometidas a ciertos factores de estrés psicosocial, que hace probable el surgimiento de cuadros clínicos psicológicos.

Sumado a lo anterior, Baeza (2008), menciona que el estrés en las mujeres embarazadas, surge como consecuencia de un problema o situación crítica real, que está pasando o que acaba de pasar. Asimismo, el estrés desaparecería después que el motivo o causa (sobrecarga excesiva de problemas de índole personal, familiar, social, ambiental, académica, laboral, entre otras) que lo produce termina (Baeza, 2008).

Los resultados apoyan lo planteado por Records y Rice (2007), los cuales lo han mencionado como un factor predictor importante de la depresión durante el embarazo.

6.3. Conclusiones Estudio 3

Según los resultados de la presente investigación, la *ansiedad* presenta relación fuerte con el surgimiento de los niveles depresivos de la muestra.

Asimismo los resultados de la presente investigación se relacionan con las diversas investigaciones citadas en esta tesis, destacando que la presencia de malestar emocional, como lo son la ansiedad durante el embarazo, serían uno de los principales factores relacionados con la depresión en el pre y postparto (Gotlib et al., 1989; Saisto et al., 2001).

Celis et al. (2001) reconocen que existen ciertas similitudes entre los constructos de estrés y de ansiedad, porque en ambos casos se producen reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales parecidas. Sin embargo, la ansiedad es la reacción emocional de alerta ante una amenaza o situación de riesgo específica, real o imaginaria.

Siguiendo en la misma línea Friedman, (2004) al considerar la ansiedad como un estado emocional, en el cual se vivencia una sensación de angustia, preocupación y desesperación de manera permanente, involucra aspectos cognitivos de tensión y aprehensión; aspectos fisiológicos en los cuales se presenta un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que involucran comportamientos poco ajustados y desadaptativos.

También lo hallado en la presente investigación, se relaciona con lo manifestado por diversos autores que sostienen que es más probable que la ansiedad se manifieste en el segundo trimestre del embarazo (Sánchez et al., 2003), ya que esto es debido a que durante el segundo trimestre empiezan a ocurrir los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación. Este afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad.

6.4. Conclusiones Estudio 4

En relación al estilo vincular temprano, y a sus dimensiones cuidado y sobreprotección parental, se puede apreciar que la alta percepción de cuidado parental (materna) y una alta percepción de sobreprotección parental (materna) se relacionan con el surgimiento de los niveles depresivos en las mujeres de la muestra.

En este periodo de sus vidas, las mujeres se encuentran con una mayor permeabilidad psíquica que las hace vulnerables a reconectar su propia historia vincular con sus padres, en donde aparecería fuertemente la conexión de su identidad de hija, generando una sensación

de desesperanza que es parte de un proceso depresivo. Lo anterior es concordante con lo propuesto por Babb et al. (2015), quienes planteaban que el gran dinamismo psicofisiológico que enfrenta la mujer embarazada, hace altamente probable que esta conexión o reedición de pautas vinculares las lleven a la depresión.

Tomando en cuenta los resultados, la *alta percepción de cuidado parental* (materna) y *alta percepción de sobreprotección parental* (materna) hace interesante el análisis de que una relación con la figura de apego que tenga características de sobreinvolucramiento y de excesivos cuidados maternos, dificultaría el bienestar psíquico de la mujer embarazada y haría compleja la vinculación positiva con su bebé, ya que la mujer embarazada mantendría su identificación con su rol de hija, sin transitar a la constitución de un rol materno. Que haría que la percepción de estas mujeres de sus figuras de vinculación parental materna, sea sentida como sobreprotectora, intrusiva con un contacto excesivo, limitando sus conductas de autonomía.

Lo anterior es relevante y concordante con los planteamientos de Bowlby (1969;1979; 1980; 1985), quien plantea que los lazos formados desde los primeros meses de vida pueden persistir en forma de modelos en el mundo representacional del adulto siendo enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital.

En referencia a los modelos operativos internos que hace alusión Bowlby, se puede concluir que las mujeres embarazadas con depresión, al tener una alta percepción de cuidado parental (materno), le dificultaría la construcción de un rol materno, ya que presta excesivo focalización psíquica en ella misma. Esto influye en la dificultad de “no ver psíquicamente” al bebé, y se relaciona también con la evidencia encontrada por Farkas & Santelices (2008), quienes manifiestan que la presencia de un modelo operativo sano se asocia con mayores índices de ajuste socioemocional durante el embarazo, permitiendo establecer relaciones

más sanas con otros, enfrentar adecuadamente situaciones de estrés y ser menos vulnerable frente a situaciones de riesgo.

Asimismo, el efecto de la *alta percepción de cuidado parental materno*, hace que una dimensión vital que se genera en los primates, que es el mentalismo, que se entiende como la capacidad de atribuir intenciones, emociones y estados internos a los otros y a uno mismo, se pueda ver empobrecido.

Si pensamos que el mentalismo es una condición evolutiva para la supervivencia, ya que a través de esto se mantiene una coordinación recíproca en la especie (Ainsworth, 1969, 1989), y si las mujeres embarazadas que presentan niveles de depresión, tendrían dificultades para ver al otro (en la etapa gestacional) y para atribuir emociones y decodificar estados emocionales (ya cuando son madres), esto presentará directa relación con trastornos de la vinculación materna.

Como se menciona anteriormente, los resultados del presente estudio, tienen un efecto tanto en la mujer en el momento del embarazo, como en el momento del parto con su futuro hijo. Esto se relaciona con la constitución de los patrones y/o estilos de apego, que si bien es cierto se evidencian cuando nazca su hijo, también se aprecian en la vinculación y percepción con su futuro hijo, situación que se hace visible alrededor del segundo trimestre de embarazo.

Se refuerza lo anterior, con lo encontrado por diversos autores, quienes manifiestan que mujeres embarazadas con estilos de apego autónomos y no intrusivos de altos cuidados parentales maternos, como sería el caso de lo encontrado en la muestra, presentarían menos posibilidades de generar sintomatología ansiosa depresiva.

En esta misma línea Farkas & Santelices (2008), establecieron en una muestra de embarazadas que las mujeres con un estilo de apego predominantemente autónomo presentaron mayores niveles de ajuste socioemocional en general, así como una menor

frecuencia de sintomatología ansiosa depresiva (Chacón & García, 2000; Klieger & Cordner, 1990; Fernández, 1999; Campagne, 2004).

Lo mencionado anteriormente, está relacionado con la transgeneracionalidad del apego, y la percepción que toma la mujer embarazada con niveles depresivos con su cuidadora y el efecto en su hijo gestante y una vez nacido. Tal como menciona Bowlby (1980), la presencia de psicopatología clínica en las madres, generaría en los bebés presencia de alto riesgo psíquico de enfermar. Todo esto se transforma en un factor de riesgo para la seguridad de los vínculos en la infancia, dando cuenta de madres que generan estrategias de apego interferidas por una alta sensación personal, donde el psiquismo se focaliza solamente en ellas, relegando la visión del otro, que en este caso es el hijo que trae en su vientre (Dubois-Comtois & Moss, 2004; Edhborg et al., 2003; Raikes & Thompson, 2006; Teti, Gelfand, Messenger & Isabella, 1995 citado en Quezada & Santelices, 2010).

Lo anterior, también se relaciona con lo planteado por Adams (2005), quien señala que las madres deprimidas constituyen un grupo de alto riesgo, pues la depresión interfiere con su habilidad para darse cuenta de las necesidades de su hijo y proveer un cuidado emocionalmente nutritivo.

De igual manera se puede concluir que las madres de las mujeres embarazadas de la muestra, y que presentan alta percepción de cuidado parental materno, tuvieron un estilo relacional de excesiva focalización en la hija, casi a un nivel de no diferenciación – simbiótica, lo que impediría formar una relación de “espejo adecuada” entre ella y su bebé (Moura et al., 2004). Para evitar tal condición, autores como Brazelton y Cramer (1993) mencionan que las madres deben generar una destreza para identificar y reconocer las demandas de sus hijos, y así poder acoplarse a las necesidades del bebé.

La constitución de la relación de apego con la cuidadora, el alto cuidado parental materno, transmite una alta sensibilidad en las mujeres de la muestra a la proximidad “asfixiante” del

vínculo maternal, que haría que su “mundo” sea vivido como una simbiosis, pero esto más que ayudar a construir un vínculo adecuado, generaría una focalización en ella misma y en sus necesidades. Lo anterior es reforzado por autores como Dozier, Stovall y Albus (1999) y Fonagy, (2004), quienes mencionan que las mujeres con un estilo de apego predominantemente preocupado y centradas en ellas mismas, presentan menor nivel de ajuste socioemocional y mayor frecuencia de sintomatología ansiosa depresiva, generando dificultades en sus relaciones psicosociales y en la relación que establezca con su bebé (Farkas & Santelices, 2008).

Pareciera ser que a diferencia de lo que se cree comúnmente acerca del estilo de apego de la madre con su hijo, donde se busca un contacto cercano con su hijo, en el caso de las mujeres de la muestra, se hipertrofió, es decir, sus madres con ellas generaron un excesivo contacto físico, una excesiva sensibilidad de la madre ante las señales de ellas como bebés, lo que finalmente llevó a una desincronización de las intervenciones de sus madres con ellas como bebés. Esto refuerza la idea de Ainsworth (1989), quien indica que madres con un estilo sobre involucrado generaría un estilo de apego en sus hijos, que influiría en cómo ese hijo va construyendo el mundo y la interpretación que hace de las señales del medio ambiente.

Lo hallado en esta tesis en lo relativo al alto cuidado parental materno y la relación estadística con el surgimiento de la depresión en estas mujeres embarazadas, implica un efecto a largo plazo tanto para la generación de conductas de maternaje así como con el establecimientos de otros vínculos afectivos. Lo cual concuerda con lo planteado por Bradley y Cafferty (2001), quienes plantean que estos vínculos se mantienen hasta la vida adulta, manteniendo siempre la estructura central dada por la percepción que tiene las personas de su vinculación temprana con su cuidadora.

6.5. Conclusiones Estudio 5

Según los resultados de la presente investigación, los sucesos vitales significativos en las mujeres embarazadas, tendrían una relación asociativa y explicativa en el surgimiento de los niveles depresivos.

Lo anterior es coincidente con la revisión teórica citada en la presente investigación. Autores como Lancaster et al. (2010), mencionan entre aquellos la ansiedad materna, los acontecimientos vitales estresantes, los antecedentes personales de depresión, la falta de apoyo social (especialmente de la pareja), la violencia doméstica, el embarazo no deseado y la relación de pareja.

Estos resultados también se ven reforzados con lo mencionado por Chan-Chan et al. (2013); Paolini et al. (2012); Ferreira et al. (2012), quienes coinciden en que los factores psicosociales y acontecimientos vitales serían condiciones precursoras para la aparición de depresión durante el embarazo. Asimismo, estos sucesos significativos que aparecen en la presente investigación, son sucesos concretos del contexto ambiental de las mujeres embarazadas, que se vivencian como amenaza, por lo que hacen generar estrés en estas mujeres.

Los sucesos vitales significativos que aparecen en la presente investigación, que tienen mayor relación estadística a los niveles depresivos, están vinculados a las dimensiones microsociales e individuales de la muestra.

Dichos sucesos que han surgido en la presente investigación como significativos a nivel estadísticos, han sido ampliamente respaldados por los antecedentes empíricos, los que han coincidido en que son factores desencadenantes de depresión, estrés y otras alteraciones mentales (Green, Kafetsios, Statham & Snowdon, 2003).

Asimismo, se puede mencionar que la sumatoria de sucesos significativos en las mujeres embarazadas, ya sea previo al embarazo o durante el embarazo, contribuyen a predecir el surgimiento de los niveles de depresión. Esto se relaciona con lo planteado por Rouhe et al. (2011), quien menciona que las mujeres con falta de redes de apoyo, problemas en la relación de pareja y otros estresores psicosociales, presentan mayores grados de ansiedad y depresión.

6.6. Conclusiones Estudio 6

En cuanto a la relación de la ansiedad y el estrés con la depresión Bayrampour, Salmon, Vinturache, & Tough (2015), la diferencian de los factores de afecto positivo y afecto negativo, que ambas situaciones o carga pueden plantearse como estados de alto afecto negativo y poca correlación con el afecto positivo, mientras que la depresión sería un estado mixto de alto afecto negativo y bajo afecto positivo.

Como ambos constructos dan cuenta de estados de ánimo negativos, se puede establecer la existencia de un factor común que es la afectividad negativa, neuroticismo o malestar psicológico general. Un factor diferenciador entre ambos cuadros clínicos sería lo referente a la afectividad positiva, que tienden a correlacionarse negativamente, y de manera consistente, con el humor y la sintomatología depresiva, pero no así con el humor ansioso ni con los síntomas asociados con la ansiedad y/o el estrés. Así, la ausencia de experiencias placenteras, es decir, la anhedonia, es especialmente importante en la depresión (Agudelo et al., 2007).

Otra de las variables que correlacionó con los niveles depresivos fue el estilo vincular, donde diferentes estudios han encontrado una correlación entre los factores del cuidado parental y el estilo de apego. En específico, se ha encontrado que tanto la sobreprotección parental como la maternal se correlaciona de manera positiva con el estilo de apego inseguro-ambivalente o ansioso, mientras el cuidado materno está correlacionado negativamente con

el estilo de apego inseguro-evitativo, la ansiedad y la depresión (Craig, Gray & Snowden, 2013).

En esta misma línea otras investigaciones sugieren que una percepción del cuidado parental negativa en relación al nivel de cuidado (especialmente rechazo y negligencia) y de sobreprotección (padres controladores e intrusivos) está significativamente relacionado con la psicopatología en la adultez, sobretodo en la depresión y la ansiedad (Grotmol et al., 2010; Lima, Melo & Mari, 2010).

6.7. Conclusiones Estudio 7

La predicción de la depresión en diferentes grupos etarios y en diferentes períodos de la vida ha sido un área de interés en la salud mundial. Se han hecho cantidad de investigaciones que utilizan o proponen variables que aportan un elevado monto de varianza a la presencia de la depresión.

Una de las variables que se ha reportada como factor predictor de la depresión durante el embarazo es el estrés (Records & Rice, 2007). Se ha visto que las mujeres que han vivido episodios de estrés durante el año anterior al embarazo están 3 veces más propensas a sufrir depresión gestacional. Específicamente, el vivir en situaciones de estrés constante, como violencia doméstica (Holzman et al., 2006), falta de redes sociales (Glazier, Elgar, Goel & Holzapfel, 2004), problemas económicos (Hoffman & Hatch, 2000) y problemas en la cobertura de salud (Desse, Walcott, Mariella & Swanson, 2005), han demostrado incrementar entre un 2.5 y un 3.5 las probabilidades de desarrollar un episodio depresivo mayor durante el embarazo (Lancaster et al., 2010).

Un estudio realizado por Muñoz y Oliva (2009) encontró que los factores más influyentes en el desarrollo de cuadros de estrés crónico en mujeres adolescentes embarazadas fueron: problemas económicos, presencia de agresión psicológica familiar, presencia de algún

evento estresante y/o depresión, presencia de alguna enfermedad y/o hospitalización de un familiar de la adolescente, y presencia de violencia al interior del hogar, concluyendo que los estresores psicosociales familiares mantenidos en el tiempo se encuentran dentro de los factores más importantes para el desarrollo de esta patología.

En cuanto a la ansiedad se ha visto que la vigilancia adicional, vista como la atención fácilmente distraída o un eje de HPA hiperreactivo pueden haber sido adaptativos en un ambiente estresante durante la evolución, pero existen hoy a costa de la vulnerabilidad a los trastornos del neurodesarrollo (Talge, Neal & Glover, 2007).

6.8. Limitaciones de la investigación

Como principales limitaciones se puede mencionar las siguientes:

El empleo de una muestra no probabilística, imposibilita la representación con precisión de la población lo que restringe la generalización de los resultados a esta última.

La utilización de instrumento TMMS-24, que si bien es cierto ha sido utilizado en investigaciones acerca de la inteligencia emocional, en Chile dicho instrumento se encuentra en proceso de validación, no obstante es posible reconocer aplicaciones en muestras de universitarios chilenos (Barraza & González, 2016; Espinoza-Venegas et al., 2015), donde se reportan altos niveles de confiabilidad para cada una de sus subescalas. Respecto de la distribución de ítems en factores, la escala TMMS-24, arrojó tres factores que explicaban el 54,8% de la varianza total.

La Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), no se encuentra adaptada a la población chilena, por lo cual sus resultados deben ser utilizados con discreción.

El DASS-21 proporciona indicios de ansiedad y estrés con solo 7 ítems, requiriéndose una medida más expedita para poder tener mayor certeza de su presencia y características.

No haber podido hacer un estudio longitudinal que permita el seguimiento de la evolución de la enfermedad y las características relacionadas durante la misma.

6.9. Implicancias teóricas y líneas de investigación futura

Con respecto a las implicancias teóricas de la presente investigación, se puede mencionar que estas sugieren que el estrés, la ansiedad, la percepción de inteligencia emocional en su dimensión de atención emocional, los sucesos vitales significativos negativos, la percepción de cuidado parental materno y la percepción de sobreprotección parental materno, son predictores del surgimiento de los niveles depresivos en las mujeres embarazadas.

Lo anterior tiene una importante relevancia, ya que como estudio explicativo, esta investigación comprobó la hipótesis planteada, respondiendo a la explicación causal de un fenómeno como es los niveles de depresión en el embarazo, y explicando por qué ocurre este fenómeno.

Asimismo, estos resultados pueden ser útiles a nivel preventivo en las mujeres que se encuentran en esta etapa de vida, al focalizarse en estas variables independientes de la presente investigación para prevenir el surgimiento de los niveles depresivos. Esto es relevante, ya que los resultados de la investigación permiten proponer un modelo estadístico predictivo, ya que las variables en estudio, estrés, ansiedad, la percepción de inteligencia emocional en su dimensión de atención emocional, los sucesos vitales significativos negativos, la percepción de cuidado parental materno y la percepción de sobreprotección parental materno, permite explicar en un 62% la varianza del surgimiento de la depresión.

Ya sea para la promoción del apego precoz, con el bebé que se encuentra en su vientre, como con el bebé cuando ya nace, el prevenir los niveles depresivos en las mujeres embarazadas, por medio de la medición de las variables de la presente investigación, puede ayudar a que no generen este cuadro clínico de depresión, ya que según lo visto ampliamente

en la revisión bibliográfica, genera efectos biopsicosociales en las mujeres, presentando desde efectos biológicos como la propensión de tener partos prematuros, hasta efectos vinculares como el presentar problemas en la vinculación madre – hijo con el recién nacido.

Por otra parte, una línea de investigación que surge de la presente investigación, se relaciona con la predicción de cuadros clínicos psicopatológicos en mujeres embarazadas, a través de la profundización de las variables medidas en esta investigación.

Asimismo, sería de interés replicar este estudio con muestra de diferentes estratos socioeconómicos.

Por otra parte, estudios mixtos aportarían al enriquecimiento de los datos, desde lo cualitativo, logrando una mayor profundización en el conocimiento de las experiencias de estas mujeres embarazadas.

Se considera que para poder profundizar en las relaciones planteadas y realizar nuevas estimaciones, incorporar un diseño longitudinal sería de gran ayuda al conocimiento, prevención y tratamiento de la depresión de la madre durante el embarazo.

Por último, sería interesante también poder relacionar las diferentes variables investigadas en este estudio con la calidad del estilo vincular del recién nacido.

Capítulo 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index, third edition*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Acosta, E., & Varela, C. (2013). *El embarazo: cambios en las mujeres embarazadas, su repercusión psicológica*. En Oiberman, A. (Ed.), *Nacer y Acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal* (373-394). Buenos Aires: Lugar.
- Adams, C. (2005). Health visitors and adult mental health: The future begins here. *Community Practitioner, ProQuest Nursing Journals*, 78,11, p. 549.
- Adams, H. (2015). Review: Reproductive (in)capacities: new perspectives on pregnancy, maternity, sexual autonomy and gender. *College English*, 77.
- Adewuya, A. (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*, 193 (4)1522-1525.
- Agius, A., Xuereb, R., Carrick-Sen, D., Sultana, R., & Rankin, J. (2016). The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 36, 70-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.013>
- Agudelo, M., Casadiegos, P. & Sánchez Ortiz, D. (2007). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, vol. 1, núm. 1, 2008, pp. 34-39. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia
- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>

- Ainsworth, M.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Albala J, Sepúlveda P. (1997). *Adaptación del Cuestionario Parental Bonding Instrument (P.B.I.)* de G. Parker, H. Tupling y L. Brown para la población consultante mayor de 16 años del Gran Santiago. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Central, 1997.
- Alhusen, J., & Alvarez, C. (2016). Perinatal depression: A clinical update. *The Nurse Practitioner*, 41(5).
- Alhusen, J., Hayat, M., & Gross, D. (2013). A Longitudinal study of maternal attachment and infant development outcomes. *Arch Womens Ment Health*, 16(6), 521-529.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., & Neves, E. (1992). Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en un cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista Psiquiatría*, 38 (2), 1168-1176.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E. & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas. Construcción de un modelo causal. *Revista chilena de Neuro- Psiquiatría*, 38 (2), 84-93.
- Alvarenga, P., & Frizzo, G. (2017). Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(66), 51-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272766201707>
- Allister, L., Lester, B., Carr, S., & Liu, J. (2001). The Effects of Maternal Depression on Fetal Heart Rate Response to Vibroacoustic Stimulation. *Developmental Neuropsychology*, 20(3), 639-651. doi: <http://dx.doi.org/10.1207/875656401753549843>
- American Psychological Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Ammaniti, M. (1999). *Maternité et grossesse*. Paris: PUF.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Astrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189 (1) 148-154.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2004). Implications of Antenatal Depression and Anxiety for Obstetric Outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3), 467-476. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000135277.04565.e9>
- Antúnez, Z. & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30 (3), 49-55.
- Aral, I., Köken, G., Bozkurt, M., Sahin, F., & Demirel, R. (2014). Evaluation of the effects of maternal anxiety on the duration of vaginal labour delivery. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 41 (1) 32-36.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.
- Ariés, P & Duby, G. (eds.) (1985-1987). *Historia de la vida privada*. México: Taurus.
- Armengol, R., Chamarro, A., & García-Die, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología*, 23 (1), 25-32.
- Arranz, L.L., Ruiz, O. J., Aguirre, R.W., Carsi, B.E., Ochoa, M.G., Camacho, D.M., Gaviño, A.S., & Cervantes, C.J.F. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión

- posparto en un hospital de tercer nivel. *Rev. Española medica Quirúrgica*. 17 (2), 100-108. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122g.pdf>
- Arsenault, C. Bidlack, D., & Humm, A. (2001). Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 26(3):128-34.
- Asociacion Española de Neuropsiquiatría [AEN]. (2015). *Psiquiatría perinatal y del niño de 0-3 años* (1st ed.). Madrid: Im. Arenas.
- Association American Psiquiatric (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Association American Psiquiatric (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 5th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atalah, E., Cordero, M., Quezada, S., Carrasco, X., Romo, M., & Guerra, M. (2013). Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008-2011. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 78 (4), 310-316.
- Attie, A., & Morales-Carmona, F. (1992). Aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo: una revisión. La embarazada con cardiopatía congénita. *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 461-464.
- Austin, M. (2003). Perinatal mental health: opportunities and challenges for psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 11(4), 399-403.
- Austin, M. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here?. *Archives of women's Mental Health*, 7, 1-6.

- Austin, M. (2005). Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (2) 97-104. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00549.x
- Babb, J., Deligiannidis, K., Murgatroyd C., & Nephew B. (2015). Peripartum depression and anxiety as an integrative cross domain target for psychiatric preventative measures. *Behavioural Brain Research*. 276 (1), 32–44. doi:10.1016/j.bbr.2014.03.039
- Baeza, J. G. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Banti, S., Mauri, M., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., & Oppo, A. (2010). P02-373 - Prevalence, incidence, recurrence and new onset of depression durin pregnancy. results from the perinatal depression-research & screening unit (PND-RESCU) study. *European Psychiatry*, 25, 1389. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338\(10\)71375-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(10)71375-4)
- Bastidas M, Torres N, Arango A, Escobar G. & Peñaranda F. (2009). La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(5), 1919-1928.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence. Insights from the emotional quotient inventory. En: Bar-On, R.& Parker, J. D. A. (eds). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development assessment and application at home, school and in workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bas. 363-88.
- Barker, E., Kirkham, N., Ng, J., & Jensen, S. (2013). Prenatal maternal depression symptoms and nutrition, and child cognitive function. *British Journal Of Psychiatry*, 203(06), 417-421. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.129486>

- Barraza, R., Muñoz, N., & Behrens, C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55, (1), 18-25. doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100003>.
- Barraza, R. & González, M. (2016). Rendimiento académico y autopercepción de inteligencias múltiples e inteligencia emocional en universitarios de primera generación. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 16, 1-23. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44745615013>.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bayrampour, H., Salmon, C., Vinturache, A., & Tough, S. (2015). Effect of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on risk of obstetric interventions. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 41 (7)1040-1048. doi: 10.1111/jog.12683
- Becerén, B. (2010). Determining multiple intelligences pre-school children (4-6 age) in learning process. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2 (2), 2473-2480.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.
- Bejar, A. & Prego, M. (2015). *Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, España: AEN.
- Beltrán-Jiménez, B. & Ortiz-Acosta, R. (2011). Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 255-264.

- Bello, M., Puentes, E., Mora, M., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex*, 47, (1) 4-11.
- Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. & Einarson, T. (2004). *Depression During Pregnancy. Clinical Drug Investigation*, 24 (3),157-179.
- Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G., Pezzoli, A., Paltrinieri, E., Grazian, N., & Ferrari, G. (2002). Depression in primary care. A nation wide epidemiological survey. *Fam Pract*, 19 (4), 397-400.
- Bernazzani, O., & Bifulco, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Soc. Sci. Med*, 56 (6), 1249-1260.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 391-402.
- Berthiaume, M., David, H., Saucier, J. & Borgeat, F. (1998). Correlates of pre-partum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 45-56.
- Bertone-Johnson, E.R. (2009). Vitamin D and the occurrence of depression: causal association or circumstantial evidence?. *Nutrition Reviews*. 67, 481–492. doi: 10.1111/j.1753-4887.2009.00220.x.
- Bibring, G. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic study of the child*, 131-132.
- Bibring, G. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *Psychoanal Study Child* , 9-23.

- Bolvin, J., & Lancaster, D. (2010). Medical Waiting Periods: Imminence, Emotions and Coping. *Women's Health*, 6 (1), 59-69. doi: <http://dx.doi.org/10.2217/whe.09.79>
- Bonnin, A., Goeden, N., Chen, K., Wilson, M., King, J., & Shih, J. et al. (2011). A transient placental source of serotonin for the fetal forebrain. *Nature*, 472(7343), 347-350. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nature09972>
- Borders, A., Grobman, W., Amsden, L., & Holl, J. (2007). Chronic Stress and Low Birth Weight Neonates in a Low-Income Population of Women. *Obstetrics & Gynecology*, 109 (2), 331-338. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000250535.97920.b5>
- Borneskog, C., Sydsjö, G., Lampic, C., Bladh, M., & Svanberg, A. (2013). Symptoms of anxiety and depression in lesbian couples treated with donated sperm: a descriptive study. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 120(7), 839-846. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12214>
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos Afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1990). *Charles Darwin: A new biography*. London: Hutchinson.
- Bowlby, J. (1993). *La separación afectiva. El apego y la pérdida, 2*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2003). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Brackett, M., Rivers, S., & Salovey, P. (2011). Emotional Intelligence: Implications for Personal, Social, Academic, and Workplace Success. *Social And Personality*

Psychology Compass, 5(1), 88-103. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x>

Brackett, M., Rivers, S., Reyes, M., & Salovey, P. (2012). Enhancing academic performance and social and emotional competence with the rules feeling words curriculum. *Learning And Individual Differences*, 22(2), 218-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2010.10.002>

Bradley, J. & Cafferty, T. (2001). Attachment among older adults: current issues and directions for future research. *Attach Hum Dev*. 3 (2), 200-21.

Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1993). *La Relación más temprana*. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós.

Brummelte, S., & Galea, L. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones And Behavior*, 77, 153-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>

Burguière, A. et al. (1986). *Histoire de la famille*. Tomos 1 y 2. París: Armand Colin.

Bydlowski, M. (1997). *La deuda de vida*. Itinerario psicoanalítico de la maternidad. París: Presses Universitaires de France.

Cabaleiro, L.F. (1993). Algunas consideraciones preventivas en el desarrollo afectivo del niño y del adolescente. *Cuad Psiquiatr Psicoterap Niño Adolesc*, 15, 137-64.

Callagan, A., Brown, G., & Harris, T. (1981). Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women. *Journal Of Marriage And The Family*, 43(1), 215. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/351437>

Campagne, D. (2004). The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 116 (2), 125-30.

- Caniuqueo, A., Fernandes, J., Quiroz, G., & Rivas, R. (2014). Cinética de marcha, balance postural e índice de masa corporal durante el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 109-116.
- Cantalejo, C. (1995). Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio. *Psicopatología*, 15, 70-74.
- Carnelley, K., Hepper, E., Hicks, C., & Turner, W. (2011). Perceived parental reactions to coming out, attachment, and romantic relationship views. *Attachment & Human Development*, 13(3), 217-236. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2011.563828>
- Carro, T., Sierra, J.M., Hernández, J., Ladrón, E. & Antolín, E. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Revista Medica General*. 24, 452-6.
- Carvalho, E., Ríquez, D. & Ponce, L. (2012). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos*. En Aller, J. y Pagés, G. (Ed.), *Obstetricia Moderna* (461-468). Montevideo: McGrawHill.
- Castilla, M. (2009). Individualización, dilemas de la maternidad y desarrollo laboral: continuidad y cambios. *Intersecciones En Antropología*, 10, 343-358.
- Celik, C., Ozdemir, B., & Oznur, T. (2015). Suicide Risk Among Perinatal Women Who Report Thoughts of Self-Harm on Depression Screens. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 216-217. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000941>
- Celis, J. B. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos*, 62 (1) 25-30.
- Clatworthy, J. (2011). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 137, 25-34.

- Committee on Obstetric Practice. (2015). Committee Opinion No. 630. *Obstetrics & Gynecology*, 125(5), 1268-1271. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000465192.34779.dc>
- Compas, B. G. (2003). *Introducción a la Psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Cordero, M., Vergara, L., Arriet, F., & Torres, A. (2011). *La protección integral a la infancia y los desafíos de los servicios de salud*. En F. F. Cousiño, Políticas Públicas para la infancia (págs. 151-161). Santiago: Comisión Nacional Chilena de Cooperación con Unesco.
- Cornish, A., McMahon, C., Ungerer, J., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennet, C. (2006). Maternal depression, the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (2) 121-132.
- Correa, E., & Jadresic, E. (2000). *Psicopatología de la mujer*. Santiago: Ediciones de la sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150 (6) 782-786; doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
- Craig, R., Gray, N., & Snowden, R. (2013). Recalled parental bonding, current attachment, and the triarchic conceptualisation of psychopathy. *Personality And Individual Differences*, 55(4), 345-350. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.012>
- Crittenden, P. (1985). Social networks, quality of child rearing and child development. *Child Development*, 56, 1299-1313.
- Crittenden, P. (1988). *Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families*. En K. Browne, C. D. Stratton (Eds.), Early prediction and prevention of child abuse (161-189).

Londres: John Wiley & Sons Ltd.

Crittenden, P. (1993). An information processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 27-49.

Cruz, C. (2018). *Estres Significado y contexto*. Santiago. Retrieved from <https://www.amazon.fr/Estr%C3%A9s-Significado-y-contexto-Spanish-ebook/dp/B078WJN5SJ>

Currid, T. (2004). Improving perinatal mental health care. *Nursing Standard*, 19 (3) 40-43. doi:10.7748/ns2004.19.3.40.c3702

Chacón, R. & García, W. (2000). *Estudio descriptivo de los aspectos psicosociales asociados al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santa fé de Bogotá*. Recuperado el 14 de febrero del 2004, de: <http://alapsa.org/detalle/01>

Chan-Chan, E., Cisneros-Dorantes, C., Martín-Arceo, S., & Reyes-León, A. (2013). El insomnio como factor de riesgo para la depresión en mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*. 27(3): 171-176.

Chokka, P. (2002). Postpartum depression. *Contin. Med Educ.*, 37-45.

Davis, E., & Sandman, C. (2010). The Timing of Prenatal Exposure to Maternal Cortisol and Psychosocial Stress Is Associated With Human Infant Cognitive Development. *Child Development*, 81(1), 131-148. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01385.x>

Davis, S., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences*, (52) 144–149.

- De la Fuente, J., & Bustamante, R. (2017). Cambios fisiológicos durante el embarazo. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 23, 61. doi <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v0i23.941>
- Defey, D. (2009). *El trabajo Psicológico y Social con mujeres embarazadas y sus familias en los Centros de Salud*. Montevideo: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Uruguay.
- Delassus, J.M. (1998). *Devenir mère. Histoire secrète de la maternité*. Paris: Dunod
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Introduction: The discipline and practice of qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., 1-28). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Desse, D., Walcott, J., Mariella, A., & Swanson, M. (2005). Risk and protective factors associated with symptoms of depression in low income African American and Caucasian women during pregnancy. *Midwifery Womens Health*, 50, 405-10.
- Deustch, H. (1951). *La Psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada.
- Di Leonardo, M. (ed.) (1991). *Gender at the Crossroads of Knowledge. Feminist Anthropology in the Postmodern Era*. University of California Press, Berkeley.
- Di Pietro, J. (2012). Maternal stress in pregnancy: considerations for fetal development. *Journal of Adolescent Health*, 51, (2) 3-8.
- Di Pietro, N. (2016). Stressfull life events and pregnancy outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 19:559. doi: 10.1007/s00737-016-0630-8
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus online*, 17 (2) 32-40.

- Diego, M., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2005). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior And Development*, 28(2), 155-164. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.02.002>
- DiPietro, J. (2004). The Role of Prenatal Maternal Stress in Child Development. *Current Directions In Psychological Science*, 13(2), 71-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00277.x>
- DiPietro, J., Hilton, S., Hawkins, M., Costigan, K., & Pressman, E. (2002). Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 38(5), 659-668. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0012-1649.38.5.659>
- Dorca, A. B. (2015). *Estudio de la Parentalidad. En Bejar y Prego, Asociación Española de Neuropsiquiatría Psiquiatría Perinatal y del Niño de 0 - 3 años (23 - 45)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. (1999). *Attachment and psychopathology in adulthood*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research* (497-519). New York: Guilford.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2014). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives Of Women's Mental Health*, 18(2), 187-195 doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Dubois-Comtois, K. & Moss, E. (2004). Relation entre l'attachement et les interactions mère-enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire. [Relación entre el apego y las interacciones madre-hijo en edad escolar, en el medio natural y experimental]. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 36 (4), 267-279.

- Duijts, L., Jaddoe, V., Hofman, A., & Moll, H. (2010). Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*, *126*(1), 18-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-3256>
- Dunkel, C., & Tanner L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, *25* (2)141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e1283503680.
- Earls, M. (2010). Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*, *126*(5), 1032-1039. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-2348>
- Ebeid, E., Nassif, N., & Sinha, P. (2010). Prenatal depression leading to postpartum psychosis. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, *30*(5), 435-438. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/01443611003802321>
- Echegoyen, A. (1996). Interevenciones terapéuticas en el embarazo y el puerperio. Ponencia presentada en el X Congresos Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A). 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander, España.
- Edhborg, M., Lundh W., Seimyr LSeimyr L., & Widström A.Widström A. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Arch Womens Ment Health*, *6* (3):211-6.
- Eijkemans, M., Lintsen, A., Hunault, C., Bouwmans, C., Hakkaart, L., Braat, D., & Habbema, J. (2008). Pregnancy chances on an IVF/ICSI waiting list: a national prospective cohort study. *Human Reproduction*, *23*(7), 1627-1632. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/den132>

- Elek, S. & Hudson, D. (1997). Expectant parent's experience with fatigue and sleep during pregnancy. *Birth*, 24 (1) 49-54. doi:10.1111/j.1523-536x.1997.00049.pp.x
- Engelstad, H., Roghair, R., Calarge, C., Colaizy, T., Stuart, S., & Haskell, S. (2014). Perinatal Outcomes of Pregnancies Complicated by Maternal Depression with or without Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Therapy. *Neonatology*, 105(2), 149-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000356774>
- Enns, J. (2002). *Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins*. London: Press.
- Ertel, K., Koenen, K., Rich-Edwards, J., & Gillman, M. (2010). Antenatal and postpartum depressive symptoms are differentially associated with early childhood weight and adiposity. *Paediatric And Perinatal Epidemiology*, 24(2), 179-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2010.01098.x>
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N. & Sáez-Carrillo, K. (2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 23(1):139-147. doi: 10.1590/0104-1169.3498.2535.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323 (7307), 257-260.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2006). *El modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey: Implicaciones educativas para padres y profesores*. En las III Jornadas de Innovación Pedagógica: Inteligencia Emocional. Una brújula para el siglo XXI (132-145).

- Farkas, C. & Santelices, M. P. (2008). Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestas chilenas. *Summa Psicológica UST*, 15 (1), 13-20.
- Federación de Enseñanza de CC.OO. de Andalucía (2011). La Inteligencia Emocional. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 12.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., & Orozco, F. (2000). Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo. *Toko Gin Pract*, 59, 642.
- Fernández-Berrocal, P. & Ramos, N. (2002). *Evaluando la inteligencia emocional*. En P. Fernández-Berrocal & N. Ramos (Eds), *Corazones Inteligentes*. Barcelona: Kairós.
- Fernández, L., Sanchez, A., Mata, S., Cruz, M., & González, S. (2014). Hipervigilancia emocional en la mujer gestante: Factores psicosociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1) 229-242.
- Fernández, P. C. (1999). *Problemas de salud infantil: intervención de enfermería*. Santiago: Ediciones Universidad Católica.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. & Domenech-Llabería, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (2), 123-136.
- Field, T. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior And Development*, 27(2), 216-229. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-6383\(04\)00012-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-6383(04)00012-8).
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior And Development*, 34(1), 1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>
- Field, T., Pickens, J., Fox, N., Nawrocki, T., & Gonzalez, J. (1995). Vagal tone in infants of depressed mothers. *Development And Psychopathology*, 7(2), 227. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579400006465>.

- Fiszelew, R. & Oiberman, A. (1995). *Fuimos y seremos, una aproximación a la psicología de la primera infancia*. Buenos Aires: Ed. De La Universidad Nacional de La Plata.
- Fleddermann, S. (2010). *Musicoterapia individual con una mujer embarazada*. Chile: Ed. Universitaria.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Espax: Barcelona.
- Fortner, R., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. & Chasen-Taber, L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among hispanic women. *Maternal and Child Health Journal*, 15 (8) 1287-1295. doi:10.1007/s10995-010-0673-9.
- Fransson, E., Örténstrand, A., & Hjelmstedt, A. (2010). Antenatal Depressive Symptoms and Preterm Birth: A Prospective Study of a Swedish National Sample. *Birth*, 38(1), 10-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536x.2010.00441.x>
- Friedman, H. (2004). *Manual de diagnóstico médico*. Masson.
- García-Dié, M. T., & Palacín, C. (2001). *Intervención prenatal*. En C. Pérez Testor (Ed.), *La familia: nuevas aportaciones*. 135-149. Barcelona: Edebé.
- García-Esteve, L. & Valdés, M. (2017). *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia. Editorial Médica Panamericana.
- Garelli, J. C. & Montuori, E. (1998). Consideraciones sobre el enfoque de la teoría de attachment acerca del vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 96 (2), 122-125.
- Gauthier, Y., Molenat, F., Mangin, P. & Dudan, E. (1985). Grossesse et vulnerabilite. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 33 (2), 95-102.

- Geertz C. (1993). *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura*. En: Bohannan P & Glazer M (eds). *Antropología: lecturas*. 2a ed. Madrid: McGraw Hill/Interamericana. 547-568.
- Gélis, J. (1984). *L'Arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne*. París: Fayard.
- Gentile, S. (2012). Bipolar disorder in pregnancy: to treat or not to treat?. *BMJ*, 345(1), 7367-7367. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7367>.
- Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.001>.
- Gergely, G. (2003). The social biofeedback model of parental affect mirroring. *International Journal of psychoanalysis*. 77, 1181-1212.
- Glangeaud, M. (1994). Inpatient mother and child postpartum psychiatric care: Factors associated with improvement in maternal mental health. *European Psychiatry*, 26(4), 215-223.
- Glazier, R., Elgar, F., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 247-255. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01674820400024406>.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Glover, V. (2017). Prenatal stress and its effects on the neurodevelopment of the fetus and the child: the mediating role of the placenta. *Placenta*, 57, 232.

- Glover, V. (2017). Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *J. Child Psychol Psychiatry*; 52, 356–67.
- Glover, V. B. (2009). *Neurodevelopment of the Child*. In. Stone, S. & Menken, A., (Ed) Perinatal and Postpartum Mood Disorders. Perspectives and Treatment Guide for the Health Care Practitioner. New York: Springer Publishing.
- Godelier, M. (1986). *La producción de grandes hombres. Poder y dominación masculina entre los baruya de Nueva Guinea*. Madrid: Akal.
- Gojani, M., Kordi, M., Asgharipour, N., & Habibollah, E. (2018). Comparison of the effects of a positive reappraisal coping intervention and problem-solving skills training on depression during the waiting period of the result of intrauterine insemination treatment: A randomized control trial. *International Journal Of Fertility And Sterility*, 12(1), 13-18.
- Goldman, S. L., Kraemer, D. T., & Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 155-128.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2001). *What makes a leader?*. Harvard Business Review, November- December.
- Gómez, M. S. (2002). Patología Psiquiátrica en el puerperio. Psicosis puerperal. *Revista de neuropsiquiatría*, 65 (1), 32-46.
- Gómez, M., & Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas de la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17 (1) 53-61.
- Gómez, M., Aldana, E., Carreño, J., & Sánchez, C. (2008). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14 (2), 28-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321004>

- Gómez, R., Alonso, P., & Rivera, I. (2011). Relación materno fetal y el establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1) 425-434.
- González-Merlo. (2006). *Obstetricia*. (4 ed). Barcelona: Del Sol JR. Editores.
- Goodyer, I. (1990). Annotation: Recent Life Events and Psychiatric Disorder in School Age Children. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 31(6), 839-848. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00828.x>
- Gotlib, I., Whiffen, V., Mount J., Milne, K., & Cordy, N. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal Consult Clin Psychol*.57(2), 269-74.
- Green, J. M., Kafetsios, K, Statham, H., & Snowdon, C. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Scale in a pregnant population. *Journal of health Psychology*, 8(6), 753-764. doi:10.1177/13591053030086008
- Greenberg, N. H., Loesch, J. G., & Laken, M. (1959). Life situations associated with the onset of pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 21, 296-310.
- Grote, N., Bridge, J., Gavin, A., Melville, J., Iyengar, S., & Katon, W. (2010). A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Archives Of General Psychiatry*, 67(10), 1012. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Grotmol, K., Ekeberg, Ø., Finset, A., Gude, T., Moum, T., Vaglum, P., & Tyssen, R. (2010). Parental Bonding and Self-Esteem as Predictors of Severe Depressive Symptoms. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 198(1), 22-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181c8189c>

- Gurung, R. A., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C. & Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24* (4), 497-519.
- Haberman, S.J. (1971). *Tables based on imperfect observation*. Pennsylvania: ENAR.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 91*(2), 97-111. doi:10.1016/j.jad.2005.12.051
- Hayden, S., & Hallstein, D. (2010). *Contemplating maternity in an era of choice*. Lanham: Lexington Books.
- Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm, A. & Myllyla, V. (2002). Effects on pregnancy on mother's sleep. *Sleep Med., 3* (1), 37-42.
- Heidari, S., Berjis, K., & Ahmadi, L. (2017). The comparison of mental health and marital satisfaction of fertile and infertile women referred to infertility center of Jahad Daneshgahi. *European Psychiatry, 41*, 903-904. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1850>
- Hernández, R., Fernández, C., & Batista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Heron, J, O'Connor, T., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*(1), 65-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Hoffman, S., & Hatch, M. (2000). Depressive symptomatology during pregnancy: Evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychology, 19*(6), 535-543. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0278-6133.19.6.535>

- Holzman, C., Eyster, J., Tiedje, L., Roman, L., Seagull, E., & Rahbar, M. (2006). A Life Course Perspective on Depressive Symptoms in Mid-Pregnancy. *Maternal And Child Health Journal*, 10(2), 127-138. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-005-0044-0>
- Horowitz JA & Goodman J. A. (2004). Longitudinal Study of Maternal Postpartum Depression Symptoms. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*; 18 (2): 149-63.
- Huang, JY., Dodie, A., Chun-fang, Q., Raymond MS., Michelle WA. & Enquobahrie, D.A. (2014). Association of Serum Vitamin D with Symptoms of Depression and Anxiety in Early Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 23(7), 588-595. doi:10.1089/jwh.2013.4598
- Jadresic, E. (2014). Depresión Perinatal: Detección y Tratamiento. *Revista de Medicina Clínica Las Condes*, 25 (6), 1019-1028.
- Jadresic, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B., & Araya, R. (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatria*, 30, 99-106.
- Jadresic, E., Nguyen, D. & Halbreich, U. (2007). What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)?. *Journal Of Affective Disorders*, 102(1), 237-243. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.032>
- Jadresic, E., Nguyen, D. & Llalbreich, U. (2007). What does Chilean research tell us about pospartum depression?. *J. Affect Disord.*, 102, 237-243.
- Jadresic, M. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 48(4), 269-278. Recuperado de

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es&tlng=es.

Jafari, Z., Mehla, J., Kolb, B., & Mohajerani, M. (2017). Prenatal noise stress impairs HPA axis and cognitive performance in mice. *Scientific Reports*, 7(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-017-09799-6>

Johanson, R., Chapman, G. Murray, D. Johnson, I., & Cox, J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(2) 93-97.

Kazdin, A. (2015). Clinical Dysfunction and Psychosocial Interventions: The Interplay of Research, Methods, and Conceptualization of Challenges. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 11(1), 25-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112720>

Kendell, R., Chalmers, J., & Platz, C. (1987). Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal Of Psychiatry*, 150(05), 662-673. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.5.662>

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., & Merikangas, K. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. *JAMA*, 289(23), 3095. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>

Khashan, A., Abel, K., McNamee, R., Pedersen, M., Webb, R., & Baker, P. et al. (2008). Higher Risk of Offspring Schizophrenia Following Antenatal Maternal Exposure to Severe Adverse Life Events. *Archives Of General Psychiatry*, 65(2), 146. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.20>

- Kimelman, M. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y el puerperio. *Revista médica de Chile*. 128 (11).
- Kingsbury, M., Weeks, M., MacKinnon, N., Evans, J., Mahedy, L., Dykxhoorn, J., & Colman, I. (2016). Stressful Life Events During Pregnancy and Offspring Depression: Evidence From a Prospective Cohort Study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 709-716. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.014>
- Klaus, M. K. (1993). *Atendimento para pais de bebés prematuros ou doentes*. Porto Alegre: Artes Médicas.170-224.
- Kleinhaus, K., Harlap, S., Perrin, M., Manor, O., Margalit-Calderon, R., Opler, M. et al. (2012). Prenatal stress and affective disorders in a population birth cohort. *Bipolar Disorders*, 15(1), 92-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12015>
- Klieger, D. & Cordner, M. D. (1990). The Stroop task as measure of construct accessibility in depression. *Personality and Individual Differences*, 11 (1), 19-27.
- Knibiehler, Y. (2001). *La construction sociale de la maternité*. En Y. Knibiehler (Ed.), *Maternité, affaire privée, affaire publique* (387-393). Paris: Bayard.
- Kramer, M., & Kakuma, R. (2002). *The optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: Dept. of Nutrition for Health and Development, Dept. of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization.
- Kumar, R., & Brockington, I. (1988). *Motherhood and mental illness*. London: Wright.
- Lafuente, M. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: CEAC S. A.

- Lancaster C., Gold K., Flynn H., Yoo H., Marcus S., & Davis M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 202(1), 5-14. doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
- Langer, M. (1976). *Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y Psicosomático*. Buenos Aires: Paidós.
- Laget, M. (1982). *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*. París: Seuil.
- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29(1), 130-140. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0012-1649.29.1.130>
- Lartigue, T. (2001). Relación materno-fetal en México: aspectos transculturales. *Perinatol Reprod Hum.*, 15, 75-88.
- Lartigue, T., Maldonado-Durán, M., González-Pacheco, I., & Saucedo-García, J. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* , 22, 1-18.
- Lebovici, S. (1983). *El psicoanalista, el lactante y su madre*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lebovici, S. (1996). *La Transmission Transgénérationnelle (TGG)*. En Les relations précoces Parents-enfants et leurs troubles. Gêneve: Editions Médecine et Hygiene.
- Leboyer, F. (1976). *Birth without violence*. New York. Pinter & Martin Edith.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental PARTE II. La Teoría del Apego*. Santiago: LOM.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depresión and parenting stress. *BioMed Central Psychiatry*. 8:24. doi:10.1186/1471-244X-8-24

- León, L. (coord.) (2015). *Psiquiatría perinatal y del niño de 0 – 3 años*. Edita La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Madrid – España.
- Li, Z, Li, Y, Chen, L, Chen, P, & Hu, Y. (2015). Prevalence of depression in Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine* 94(31), 1317.
- Lima, A., Mello, M., & Mari, J. (2010). The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Current Opinion In Psychiatry*, 23(4), 383-387. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/yco.0b013e32833a51ce>
- Long, B. (1999). *Enfermería Médico Quirúrgica. Factores estresantes, estrés y manejo del estrés*. España: Editorial Hartcourt Brace.
- Lopes, E., Coin de Carvalho, L., Bernal, P., Mattar, R., Baptista, A., Fernandes, L. & Fernandes, G. (2004). Sleep disorders in pregnancy. *Arq Neuropsiquiátrica*, 62(2), 217
- Loux, F. (1978). *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris: Flammarion.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Lundy, B., Field, T., & Pickens, J. (1996). Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior And Development*, 19(4), 419-424. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-6383\(96\)90003-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-6383(96)90003-x)
- Luque-Coqui, M. (1999). *Alteraciones emocionales asociadas con complicaciones gineco-obstétricas. Propuesta de un modelo de evaluación y de un programa preventivo*. (Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de <http://www.remeri.org.mx/portal/REMERI.jsp?id=oai:tesis.dgbiblio.unam.mx:0002730>

- Main, M. & Solomon, J. (1986). *Discovery of a new, insecure-disorganized- desoriented attachment pattern*. En: Brazelton, T. B & Yogman, M. *Affective development in infancy*. (95-124). Norwood: Ablex.
- Maldonado-Durán, M. & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 100-110.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 5-14.
- Maldonado-Durán, M. & Feintuch, M. (2001). Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15 (1) 31-41.
- Maldonado, M., & Dickstein, J. (1997). *Nós estamos grávidos*. Sao Paulo: Saraiva.
- Mardomingo Sanz, M. (2010). *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid: Narcea.
- Markus, S., Barry, K., Flynn, H., Tandom, R., & Greden, F. (2001). Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Journal International of Gynecology and Obstetrics*, 72(1) 61-70.
- Marín, D., Bullones, M., Carmona, F., Carretero, M., Moreno, M. & Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, 37.
- Martínez A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.

- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality And Individual Differences, 49*(6), 554-564. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Martins, C., & Gaffan, E. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41* (6) 737-746.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Target articles: "Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications". *Psychological Inquiry, 15*(3), 197-215. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In P. Salovey & D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (3-31) Nueva York: Basic Books.
- Medina, S.E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum. 27* (3), 185-193.
- Medina, P., Figueras, M., & Gómez, L. (2013). El ideal de madre en el siglo XXI. La representación de la maternidad en las revistas de familia. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico, 20*, 487-504.
- Meites, T., Ingram, R., & Siegle, G. (2011). Unique and Shared Aspects of Affective Symptomatology: The Role of Parental Bonding in Depression and Anxiety Symptom Profiles. *Cognitive Therapy And Research, 36*(3), 173-181. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-011-9426-3>

- Melián, E. (2015). Útero, psiquis y climaterio: un acercamiento desde la endocrinología antropológica. *Investigaciones Feministas*, 6. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_infe.2015.v6.51500
- Melis, F., Dávila, M. A., Ormeño, V., Greppi, C., & Gloger, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 132-139.
- Mendoza, C. & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143 (7).
- Mestre, J.M., Guil, M.R., & Gil-Olarte, P. (2004). Inteligencia emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. *R.E.M.E.*, 7(16). Disponible en <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022906105/texto.html>
<http://reme.uji.es/articulos/avillj3022906105/texto.html>
- Mezreji, H., & Toozandehjani, H. (2016). Efficacy of Group Reality Therapy on Anxiety in Infertile Women Undergoing Treatment with Assisted Reproductive Techniques IUI. *Mediterranean Journal Of Social Sciences*. doi: <http://dx.doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n3s3p127>
- Ministerio de Salud de Chile. (2007). *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago.
- MINSAL. (2010). *Pauta de riesgo psicosocial (EPsA)*. *Crececontigo.gob.cl*. Recuperado en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Nota- Metodologica-EPsA_2010.pdf

- Misri, S., & Kedrick, K. (2010). Treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(8), 489-498.
- Molenat, F. (1999). *El bebé tiene la palabra: aproximaciones a la psicología perinatal*. Seminario Internacional. Secretaría de Extensión Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Moos, R. (1995). Development and Applications of New Measures of Life Stressors, Social Resources, and Coping Responses 1Presented at the 23rd International Congress of Applied Psychology in Madrid, Spain, July 1994. Preparation of the manuscript was supported by NIAAA Grants AA06699 and AA02863 and by Department of Veterans Affairs Health Services Research and Development Service funds. *European Journal Of Psychological Assessment*, 11(1), 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759.11.1.1>
- Morales-Carmona, F., González, C., & Valderrama, B. (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción humana*, 165-174.
- Moreno, A., Domingues, L., y Franca, P. (2004). Depresión post parto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* , 69 (3), 209-213.
- Moura, M., Ribas, A., Seabra, K., Pessôa, L., Nogueira, S., Fernandes, D., Rocha., M., & Vicente, C. (2004). Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. *Psicol. Reflex. Crit*, 21 (1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100009>
- Muñoz, M. & Oliva, P. (2009). Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista Chilena Obstetricia y ginecología*, 74(5), 281-285.

- Nadelson, C. (1993). Normal and special aspects of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 41 (4), 611-620.
- Navas, M.J. (1999). Un siglo utilizando test. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 4 (2), 1-12.
- Nereu, M., Neves de Jesús, S. & Casado, M. (2013). Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. *Beneficios para la salud. Clínica y Salud*, 24, 77-83. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a9>
- NICE (2009). *Depression: the treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90. NICE clinical guideline 23*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Noble, R. (2005). Depression in women. *Metabolism*, 54(5), 49-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.014>
- Non, A., Binder, A., Kubzansky, L., & Michels, K.. (2014). Genome-wide DNA methylation in neonates exposed to maternal depression, anxiety, or SSRI medication during pregnancy. *Epigenetics*, 9(7), 964-972. doi: <http://dx.doi.org/10.4161/epi.28853>
- O'Connor, T., Heron, J., & Glover, V. (2002). Antenatal Anxiety Predicts Child Behavioral/Emotional Problems Independently of Postnatal Depression. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470-1477. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200212000-00019>
- O'Connor, O'Donnell, K., & Glover, V. (2009). Prenatal Stress and Neurodevelopment of the Child: Focus on the HPA Axis and Role of the Placenta. *Dev Neurosci* , 31, 285–292. doi: <https://doi.org/10.1159/000216539>

- Oiberman, A. (2001). *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-bebé*. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A. (2008). *Observando a los bebés: técnicas vinculares madre-bebé y padre-bebé*. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A. (2009). De la práctica a la docencia: ¿Cómo enseñar Psicología Perinatal? *Aportes de la Psicología para el mejoramiento de la calidad educativa*, 109-126.
- Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Oiberman, A. (Comp.). (2005). *Nacer y después...aportes a la psicología perinatal*. Buenos Aires: J C E Ediciones.
- Oiberman, A. & Galíndez, E. (2005). Psicología perinatal: aplicaciones de un modelo de entrevista psicológica perinatal en el postparto inmediato. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24 (3), 100-109.
- Oiberman, A. S. (2015). 25 años acompañando el nacer y sus después: La Psicología Perinatal. 1-29. *Revista Interdisciplinaria*, 18 (1), 39-48.
- Oiberman, A. S. & Mercado, A. (2009). *Nacer, jugar y pensar. Guía para acompañar a los bebés*. Buenos Aires: Lugar.
- Oiberman, A., Fiszlelew, R., Galíndez, E. & Mercado, A. (1998). Un modelo de entrevista psicológica en situaciones críticas del nacimiento. *Revista Interdisciplinaria*, 15 (1), 39-48.
- Oiberman, A., Galíndez, E., Mansilla, M., Santos, S., Cantello, M., Dehollainz, I., Mercado, A., Lucero, A., & Echeverría, M. (2008). *Nuevos dispositivos en salud mental: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal*. Premio Facultad de

- Psicología Universidad de Buenos Aires, edición de la Facultad de Psicología. Bs Aires, Argentina, 122-139.
- Oiberman, A., Santos, S., & Misic, M. (2011). *Dispositivos de Intervención Perinatales (DIP): Instrumentos en Salud Mental Perinatal*. Primer Premio Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Oiberman, A., Santos, S., & Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. *Boletín de la maternidad*, 11, 16-19.
- Oiberman, A., Schneider, S., Vega, E., Galíndez, E., Mercado, A., Santos, S., Mansilla, M., & Grisolia, E. (2003). *Nacer y después. Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Ediciones Ciipme-Conicet.
- Oiberman, A., Schoham, C., Galíndez, E., Di Biasi, S., Vega, E., Mercado, A., Mansilla, M., & Grisolia, E. (2000). De la entrevista psicológica al diseño óptico: Detección de factores de riesgo psicosocial en momentos críticos del embarazo y el puerperio. VIII *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, UBA.
- Oiberman, A., Schoham, C., Galíndez, E., Di Biasi, S., Vega, E., Mercado, A., Mansilla, M., & Grisolia, E. (2000). De la entrevista psicológica al diseño óptico: Detección de factores de riesgo psicosocial en momentos críticos del embarazo y el puerperio. VIII *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, UBA.
- Oiberman, A., Vega, E., Galíndez, E., & Mercado, A. (1998). Detección de factores de riesgo psicosocial en el postparto inmediato. VI *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología*, UBA, 346-358.

- Oiberman, A., Vega, E., Galíndez, E., Mercado, A., Schoham, C., Mansilla, M., & Grisolia, E. (2000). Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA*, 5 (2), 77-89.
- Oquendo, M., Lartigue, B., González-Pacheco, I. & Méndez, C. (2008). Validez y seguridad de la escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22(3)195-202.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Trastornos mentales*. Ginebra: OMS.
- Orr, S., Blaze, D., James, S., & Reiter, J. (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 16(4), 535-542.
- Ortega, L., Lartigue, T. & Figueroa, M. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15 (1) 11-20.
- Ortner, S. (1974). *Is Female to Male as Nature is to Culture?*. En Zimbalist, M., Rosaldo, Z. & Lamphere, L. (eds.). *Woman, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press.
- Osuna, E. (1985). The psychological cost of waiting. *Journal Of Mathematical Psychology*, 29(1), 82-105. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-2496\(85\)90020-3](http://dx.doi.org/10.1016/0022-2496(85)90020-3)
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal Of Affective Disorders*, 65(1), 9-17. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00265-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00265-2)

- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y cultura. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 22, 35-67
- Paolini, C., Oiberman, A. & Balzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12(1), 65-73.
- Paris R., Bolton R.E. & Weinberg, M.K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Arch Women Mental Health*. 12, 309-21.
- Parker G., Tupling H., & Brown L. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*; Londres. The British Psychological Society.
- Pelechano, V. (1981). *El impacto psicológico de ser madre*. Valencia: Alfaplús.
- Pichardo, A. G. (2013). Abordaje psicoanalítico del primer embarazo. *Acta Médica grupo ángeles*, 11(2)112-115.
- Pierucci, N. & Pinzón, B. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13, (2), 215-225.
- Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 63, 311-319.
- Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. (2008). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertility And Sterility*, 89(6), 1603. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.03.002>
- Qiu, C., Williams, M., Calderon-Margalit, R., Cripe, S., & Sorensen, T. (2009). Preeclampsia Risk in Relation to Maternal Mood and Anxiety Disorders Diagnosed Before or During Early Pregnancy. *American Journal Of Hypertension*, 22(4), 397-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/ajh.2008.366>

- Quezada Berumen, L. & González Ramírez, M. T. (2012). El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. *Revista Psicología desde el Caribe*, 29(1) 19-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171003>
- Quezada, V. & Santelices, M. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(42), 53-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880005>
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2006). Family emotional climate, attachment security, and young childrens emotion understanding in a high-risk sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), 89-104.
- Raphael-Leff, J. (1982). Psychotherapeutic needs of mothers-to-be. *Journal of Child Psychotherapy*, 8, 3-13.
- Read, G. (1944). *Childbirth without Fear*. [Place of publication not identified]: Pan Books.
- Recamier, P. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum. En: *Observando a los bebés... Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Records, K., & Rice, M. (2007). Psychosocial Correlates of Depression Symptoms During the Third Trimester of Pregnancy. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(3), 231-242 doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00140.x>
- Reeder J., Martin L. & Koniak D. (1995). *Enfermería Materno-Infantil*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

- Ríos-Rial, B., García-Noblejas, Sánchez-Migallón, J & Sánchez-Cubas, S. (1999). *Depresión Postparto. En Trastornos Depresivos en la Mujer (Depresión en Patología Orgánicas)* (12-26). Madrid: Edicomplet, S.A.
- Riquelme, P. (2015). Ligazón-madre, estrago y efecto en madre: en torno a lo femenino y su articulación con lo materno. *Revista Sud Americana De Psicología*, 3 (2).
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Robles, E., Oudhof, H., Zarza, S. & Villafana, L. (2016). Validez y confiabilidad del instrument de vínculo parental en madres de familia de la ciudad de Toluca. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*. 19 (35), 19-27.
- Rode, J., Mooney, C., Arthaud-Day, M., Near, J., Rubin, R., Baldwin, T., & Bommer, W. (2016). An examination of structural, discriminant, nomological, and incremental predictive validity of the MSCEIT. *Intelligence*, 36, 350-366.
- Rodríguez, A., Pérez-López, C. & Brito de la Nuez, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de psicología*, 20 (1), 95-102.
- Rojas, I., Dembowski, N., Borghero, F., & Gonzalez, M. (2014). *Minsal.cl*. Recuperado en: <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
- Ross, L., & McLean, L. (2006). Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 67(08), 1285-1298. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v67n0818>

- Rouhe, H., Salmela-Aro, Gissler, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2011). Mental Health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An international journal of Obstetrics and Gynecology*, 1104-1111. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J., & Halmesmäki, A. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 80(1)39-45. doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C. & Palfai, T. (1995). Emotional Attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In: Pennebaker, J. W., *Emotion, disclosure, and health*. Washington D.C.: American Psychological Assn, 125-54.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 158-211.
- Sauvy, A., Bergues, H. & Riquet, M. (1960). *Historia del control de nacimientos*. Barcelona: Península.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez- Jiménez, B., Trejo, M.H., & Becerra, T.L. (2008). Violencia conyugal y depresión durante el embarazo. *Salud Pública de México*. 50 (5), 353-354.
- Sánchez, A., Bermúdez, M., & Buela-Casal, G. (2003). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 1, 157-161.
- Sarzuri, B. (2007). Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la C. N. S., La Paz-Bolivia. *Rev. Pachaña Med. Fam.*, 4 (5) 15-9.

- Schetter, C. (2009). Stress Processes in Pregnancy and Preterm Birth. *Current Directions In Psychological Science*, 18(4), 205-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01637.x>
- Schetter, C. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annual Review Of Psychology*, 62(1), 531-558. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>
- Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research and practice. *Behavioural Medicina*, 25(2).
- Schmidt, E., & Argimon, I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19 (43), 211-220. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200009>.
- Schneider, M., & Moore, C. (2000). *Effect of antenatal stress on development: a non human primate model*. In C. Nelson & N. Mahwah, *Minnesota Symposium on Child Psychology* (201-243). Erlbaum. USA.
- Selye H. (1974). *Stress sans détresse*. Montréal: Les Éditions La Presse.
- Sevon, E. (2005). Timing motherhood: Experiencing and narrating the choice to become a mother. *Feminism & Psychology*, 15 (4) 461-482. doi:10.1177/0959-353505057619
- Siddiqui, A., Hägglof, B., & Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1)67-74.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés. Tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10-59.

- Silva, E., Díaz, V. & Mejías, M.A. (2013). Ansiedad y Depresión durante el embarazo. *Informe Médico*. 15 (2), 51-56.
- Smith, C., Crowter, C., Beilby, J. & Dandeaux, J. (2000). The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 397- 401.
- Smith, D., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., & Russell, E. (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 279-84.
- Smith, C. (2006). *Netter: Obstetricia, Ginecología y Salud de la mujer*. Barcelona: Masson.
- Soifer, R. (2010). *Psicología del embarazo parto y puerperio*. Argentina: Ediciones Hormé, S.A.
- Sophie E.M., Truijens, S., Nyklíček, I., Van Son, J., & Pop, V. (2016). *Validation of a short form Three Facet Mindfulness Questionnaire (TFMQ-SF) in pregnant women*.
- Stern, D. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.
- Stern, D., Bruscheiler-Stern, N. & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Barcelona: Paidós.
- Sumano-López, M. & Vargas-Mendoza, J. (2014). Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. *E-Magazine Conductitlán*, 1(1), 33-47.
- Svanberg, P., Mennet, L., & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15 (3) 363-378. doi:10.1177/1359104510367584.

- Talge, N., Neal, Ch. & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3), 245-261. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x>
- Tharner, A., Luijk, M., Raat, H., IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., & Moll, H. et al. (2012). Breastfeeding and Its Relation to Maternal Sensitivity and Infant Attachment. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(5), 396-404. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/dbp.0b013e318257fac3>
- Thombs, B., & Stewart, D. (2014). Depression screening in pregnancy and postpartum: Who needs evidence?. *Journal Of Psychosomatic Research*, 76(6), 492-493. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.102>
- Torres, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 13 (3) 285-297.
- Urbina, C., & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos mentales y el embarazo. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 1067-1079. Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art108/art108.htm>
- Urizar, G., & Muñoz, R. (2010). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoendocrinology*, 36, 1480-1494.
- Valenzuela, P., Ahumada, S., González, A., Quezada, C., Valenzuela, S., Sougarret, A. & Martínez, L. (2003). Asistencia a padres de embarazos con recién nacidos con problemas vitales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68 (3), 214-220.
- Velásquez, A. (1995). *Ansiedad y depresión en primigestas adolescentes y años según la edad gestacional*. (Tesis de grado) Universidad Central de Venezuela, Caracas.

- Verdoux, H., Sutter, A., Glatigny-Dallay, E., & Minisini, A. (2002). Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand*, *106*(3), 212-219.
- Videla, M. y Grieco, F. (1980). *Maternidad: mito y realidad*. Buenos Aires.: Paidós.
- Vilagut, G., Forero, C., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLOS ONE*, *11* (5). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0155431>
- Visser, B., Ashton, M., & Vernon, P. (2006). Beyond g: Putting multiple intelligences theory to the test. *Intelligence* *34*, 487 – 502.
- Weaver, A. & De Waall, F. (2002). An index of relationship quality based on attachment theory. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. *116*, 93-106.
- Weller, A., & Weller, B. (2000). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J. Child Psychol Psychiatry*, *40* (6), 929-939.
- Wijma, K. (2003). Why focus on "fear of childbirth"?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *24* (3), 141-143.
- Wisner KL, Parry BL. & Piontek CM. (2002). Clinical Practice. Postpartum depression. *Medline*, *347*, 194-199.
- Woodard, S. A. (2010). *Pregnancy and the meta-mood experience: Differences on the trait meta-mood scale in pregnant and depressed women*. Available from ProQuest Dissertations and Theses A&I: The Humanities and Social Sciences Collection. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/879546669?accountid=31175>.

- Worley, L. (2001). Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychosomatics*, 42(5), 446-447. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.42.5.446>
- Zambrana, R., Scrimshaw, S., Collins, N., & Dunkel-Schetter, C. (1997). Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: The role of acculturation. *American Journal of Public Health*, 87(6), 1022-1026.
- Zayas, L., Cunningham, M., McKee, M., & Jankowski, K. (2002). Depression and negative life events among pregnant african-american and hispanic women. *Women's Health Issues*, 12(1), 16-22. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s1049-3867\(01\)00138-4](http://dx.doi.org/10.1016/s1049-3867(01)00138-4)
- Zhang, S. H. (2013). Prenatal anxiety and cesarean section with non-medical indication. *Journal of Central South University. Medical sciences*, 1070-1074.

ANEXO 1

P.B.I

Parental Bonding Instrument

Nombre:

Edad:

Sexo:

INSTRUCCIONES

Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a cómo usted recuerda tanto a su MADRE como a su PADRE, o CUIDADOR o CUIDADORA, en su infancia, hasta aproximadamente los 16 años.

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

Muy en desacuerdo : 1

Moderadamente en desacuerdo : 2

Moderadamente de acuerdo : 3

Muy de acuerdo : 4

Evalúe el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y encierre en un círculo la afirmación correcta. Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de cada uno de ellos.

PADRE/ CUIDADOR

MADRE/CUIDADORA

Me hablaba con voz amistosa y cálida. 1 - 2 - 3 - 4	Me hablaba con voz amistosa y cálida. 1 - 2 - 3 - 4
No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba. 1 - 2 - 3 - 4	No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba. 1 - 2 - 3 - 4
Evitaba que yo saliera solo(a) 1 - 2 - 3 - 4	Evitaba que yo saliera solo(a) 1 - 2 - 3 - 4
Parecía emocionalmente frío hacia mi. 1 - 2 - 3 - 4	Parecía emocionalmente frío hacia mi. 1 - 2 - 3 - 4
Parecía entender mis problemas y preocupaciones. 1 - 2 - 3 - 4	Parecía entender mis problemas y preocupaciones. 1 - 2 - 3 - 4
Era afectuoso conmigo 1 - 2 - 3 - 4	Era afectuoso conmigo 1 - 2 - 3 - 4

Le gustaba que tomara mis propias decisiones 1 - 2 - 3 - 4	Le gustaba que tomara mis propias decisiones 1 - 2 - 3 - 4
No quería que creciera. 1 - 2 - 3 - 4	No quería que creciera. 1 - 2 - 3 - 4
Trataba de controlar todo lo que yo hacía 1 - 2 - 3 - 4	Trataba de controlar todo lo que yo hacía 1 - 2 - 3 - 4
Invadía mi privacidad. 1 - 2 - 3 - 4	Invadía mi privacidad. 1 - 2 - 3 - 4
Se entretenía conversando cosas conmigo 1 - 2 - 3 - 4	Se entretenía conversando cosas conmigo 1 - 2 - 3 - 4
Me sonreía frecuentemente 1 - 2 - 3 - 4	Me sonreía frecuentemente 1 - 2 - 3 - 4
Me regaloneaba 1 - 2 - 3 - 4	Me regaloneaba 1 - 2 - 3 - 4
No parecía entender lo que yo quería o necesitaba 1 - 2 - 3 - 4	No parecía entender lo que yo quería o necesitaba 1 - 2 - 3 - 4
Me permitía decidir las cosas por mi mismo(a) 1 - 2 - 3 - 4	Me permitía decidir las cosas por mi mismo(a) 1 - 2 - 3 - 4
Me hacía sentir que no era deseado(a) 1 - 2 - 3 - 4	Me hacía sentir que no era deseado(a) 1 - 2 - 3 - 4
Tenía la capacidad de reconfortarme cuando estaba perturbado(a) 1 - 2 - 3 - 4	Tenía la capacidad de reconfortarme cuando estaba perturbado(a) 1 - 2 - 3 - 4
No conversaba mucho conmigo 1 - 2 - 3 - 4	No conversaba mucho conmigo 1 - 2 - 3 - 4
Trataba de hacerme dependiente de el. 1 - 2 - 3 - 4	Trataba de hacerme dependiente de el. 1 - 2 - 3 - 4
Sentía que no podía cuidar de mí mismo(a), a menos que el estuviera cerca. 1 - 2 - 3 - 4	Sentía que no podía cuidar de mí mismo(a), a menos que el estuviera cerca. 1 - 2 - 3 - 4
Me daba toda la libertad que yo quería. 1 - 2 - 3 - 4	Me daba toda la libertad que yo quería. 1 - 2 - 3 - 4
Me dejaba salir lo que yo quería	Me dejaba salir lo que yo quería

1 - 2 - 3 - 4	1 - 2 - 3 - 4
Era sobreprotector conmigo 1 - 2 - 3 - 4	Era sobreprotector conmigo 1 - 2 - 3 - 4
No me elogiaba 1 - 2 - 3 - 4	No me elogiaba 1 - 2 - 3 - 4
Me permitía vestirme como se me antojara. 1 - 2 - 3 - 4	Me permitía vestirme como se me antojara. 1 - 2 - 3 - 4

ANEXO 2

TMMS-24.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y decida la frecuencia con la que usted cree que se produce cada una de ellas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1		2		3		4		5				
Nada de Acuerdo		Algo de Acuerdo		Bastante de acuerdo		Muy de Acuerdo		Totalmente de Acuerdo				
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.							1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.							1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.							1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.							1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.							1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.							1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.							1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.							1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.							1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.							1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.							1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.							1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.							1	2	3	4	5

14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

ANEXO 3

DASS-21*

Sexo: Masculino Femenino Edad: _____ Rut: _____

Por favor lea cada frase y marque el número 0, 1, 2 o 3 para indicar en qué medida esa frase describe lo que le pasó o sintió durante la última semana. No hay respuestas buenas o malas. Marque según su primera impresión, no se detenga demasiado en cada frase.

Las opciones de respuesta son:

- 0 No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana
- 1 Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento.
- 2 Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces.
- 3 Si, esto me pasó mucho, o casi siempre.

1. Me costó mucho calmarme.	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3. No podía sentir nada positivo.	0	1	2	3
4. Tuve problemas para respirar. (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico).	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas.	0	1	2	3
6. Me descontrolé en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7. Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas)	0	1	2	3
8. Sentí que estaba muy nervioso/a.	0	1	2	3
9. Estuve preocupado/a por situaciones en las cuales podría sentir pánico y hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.	0	1	2	3
11. Noté que me estaba poniendo intranquilo/a.	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido/a.	0	1	2	3
14. No soporté que algo me apartara de lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Estuve a punto de tener un ataque de pánico.	0	1	2	3
16. Fui incapaz de entusiasarme con algo.	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar que no había hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20. Sentí miedo sin saber por qué.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

ANEXO 4

Entrevista Psicológica Perinatal (EPP)

I.- Identificación de la entrevistada:

RUT : Fecha :
Edad :

A continuación, debe marcar con una X o completar la información que se solicita, según la pregunta.

II.- Datos demográficos de la madre y grupo familiar:

Nivel educacional alcanzado:

Básica incompleta Básica completa Media incompleta Media completa

Técnica incompleta Técnica completa Profesional Otra

Trabaja: Sí No Estado civil: Casada Soltera Convive

- Ha tenido muertes de familiares cercanos en el último tiempo?: Sí No
- Ha tenido muertes de familiares lejanos en el último tiempo?: Sí No
- Ha tenido muertes de familiares en el último tiempo?: Sí No
- Ha vivido o vive situaciones de pobreza?: Sí No
- Ha vivido o vive situaciones de peligro en la comunidad donde habita (venta de drogas en las calles, delincuencia, violencia extrema, etc.)? Sí No
- Algún miembro de su familia, presenta problemas de salud física o emocional significativa?: Sí No
- Algún miembro de su familia, presenta problemas de desempleo que afecta la convivencia de la familia?: Sí No

- Algún miembro de su familia ha reaccionado de mala manera por su presente embarazo?: — —
 Sí No
- Algún miembro de su familia ha tenido algún accidente o desgracia últimamente?:
 Sí No
- En su infancia sufrió alguna de las siguientes situaciones familiares?:
- ✓ Violencia intrafamiliar hacia UD. a hacia alguno de sus hermanos Sí No
 - ✓ Abandono por parte de sus padres Sí No
 - ✓ Violencia intrafamiliar entre sus padres o cuidadores Sí No

III.- Relación de pareja:

-Tiempo de convivencia o de matrimonio:

-La relación de pareja es: Estable Inestable

-Ha experimentado alguna de las situaciones que se describen a continuación?:

Violencia emocional o física entre la pareja Sí No

Separación de pareja durante el embarazo o previo a este Sí No

Problemas de pareja en relaciones previa Sí No

IV.- Proceso de embarazo

Meses de embarazo: Nº de hijos previos:

-Fue planificado: Sí No

-El embarazo ha transcurrido: Con apoyo familiar Sin apoyo familiar

-De acuerdo a los controles este embarazo es: Normal Con riesgo de pérdida

-Durante el embarazo, UD. se ha sentido emocionalmente: bien Mal

-Durante el embarazo, UD. se ha sentido físicamente: bien Mal

-De haber tenido embarazos anteriores, estos fueron: Normales De riesgo

-Ha tenido abortos previos a este embarazo?: Si No

te su embarazo, UD. ha presentado alguno de los siguientes problemas:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|
| ✓ Internación durante el embarazo | <input type="checkbox"/> | ✓ Contracciones | <input type="text"/> |
| ✓ Hipertensión | <input type="checkbox"/> | ✓ Diabetes gestacional | <input type="text"/> |
| ✓ Pérdidas | <input type="checkbox"/> | ✓ ETS / VIH | <input type="text"/> |
| ✓ Infección urinaria | <input type="checkbox"/> | ✓ Otros: _____ | |

-Durante su embarazo, UD. ha presentado alguno de los siguientes problemas psicológicos:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| ✓ Temor por la salud del bebé | <input type="checkbox"/> | ✓ Presentimiento de que su embarazo | |
| ✓ Temor por su propia salud | <input type="checkbox"/> | terminará de mala manera | <input type="text"/> |
| ✓ Angustia o ansiedad | <input type="checkbox"/> | | |
| ✓ Temor a un parto prematuro | <input type="checkbox"/> | | |

- Cómo cree que será su hijo/a:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| ✓ Muy semejante a como lo imagino | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Diferente a como lo he imaginado | <input type="checkbox"/> |
| ✓ No lo he pensado | <input type="checkbox"/> |

Muchas gracias...

ANEXO 5

Carta de Solicitud Centros de Salud

Sra.: XXXX
Directora
Consultorio de Salud Familiar
La Serena / Coquimbo
PRESENTE

Estimada XXXX:

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. en mi calidad de investigador principal de la tesis doctoral de la Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina, que lleva por título: **“Relación asociativa de la inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y los sucesos significativos en la presencia de la depresión durante el embarazo”**.

Es en este contexto, le solicito la autorización para la aplicación de instrumentos psicológicos a el grupo de mujeres embarazadas que se controlan permanentemente en vuestro consultorio. Los instrumentos son el P.B.I. Parental Bonding Instrument, la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), el DASS-21 y el TMMS-24.

Cabe consignar que esta aplicación es voluntaria y se realizará resguardando los márgenes éticos de nuestra disciplina y velando por el bienestar y el derecho de todos los pacientes. Asimismo, en la aplicación estará presente la profesional matrona que controla permanentemente al grupo de embarazadas.

Esperando contar con su aprobación, y quedando a su disposición

Atte.

Mg. Ps. Sandro Giovanazzi
Director Escuela de Psicología
Universidad Santo Tomás
La Serena

ANEXO 6

Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Académico: Sandro Giovanazzi Retamal, investigador del doctorado en Psicología de la Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina, y académico y director de la Escuela de Psicología Sede La Serena de la Universidad Santo Tomás, Chile.

He sido informada que la meta de este estudio es establecer la relación predictiva conjunta de las variables medidas: inteligencia emocional autopercibida, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano, y los sucesos significativos, en los niveles depresivos durante el embarazo.

Para ello se utilizarán TMMS-24 (Trait Meta-MoodScale), el cual es un instrumento que arroja información acerca de la inteligencia emocional; el P.B.I. (Parental Bonding Instrument), que mide la percepción de apego infantil; la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), que entrega información de los sucesos significativos y el DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales), el cual mide depresión, ansiedad y estrés.

Me comprometo a proporcionar información veraz y me han informado que los datos recabados serán estrictamente confidenciales y no serán usados para otro propósito fuera de los objetivos de este estudio sin mi consentimiento. También he sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio para mi persona.

Se me informó que las respuestas a los test serán codificadas de forma anónima.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo ubicar al Profesor Sandro Giovanazzi Retamal en La Escuela de Psicología, en Ruta 5 norte # 1068, 1° piso, o al fono 473221, o al mail: sgiovanazzi@santotomas.cl

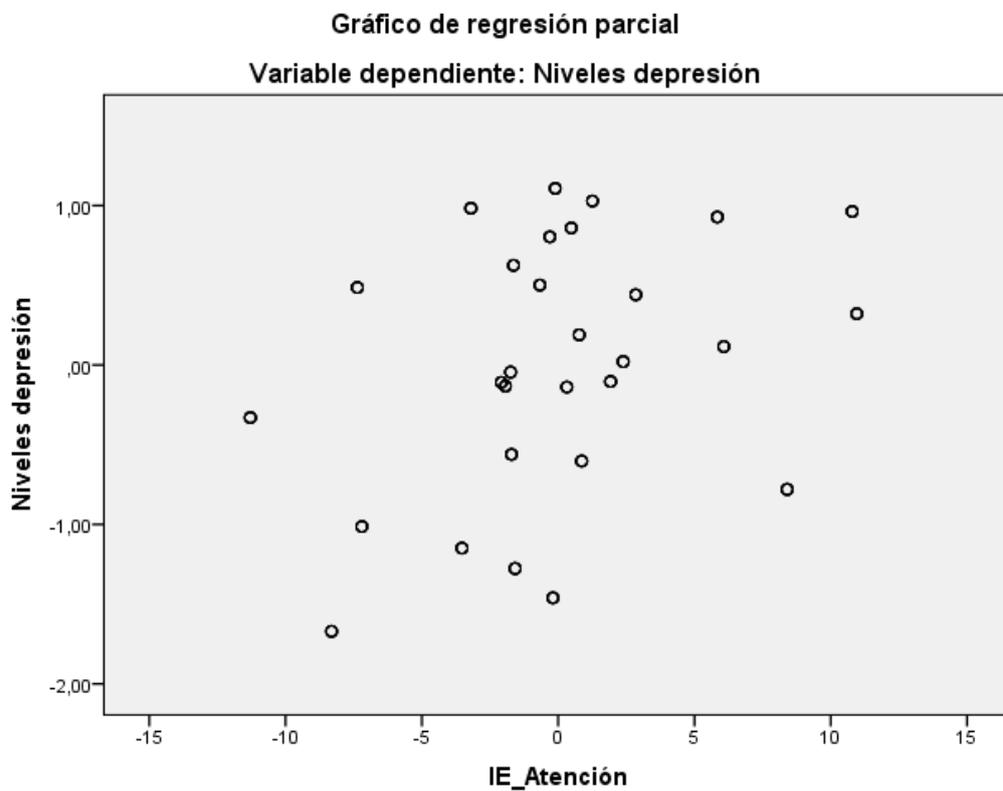
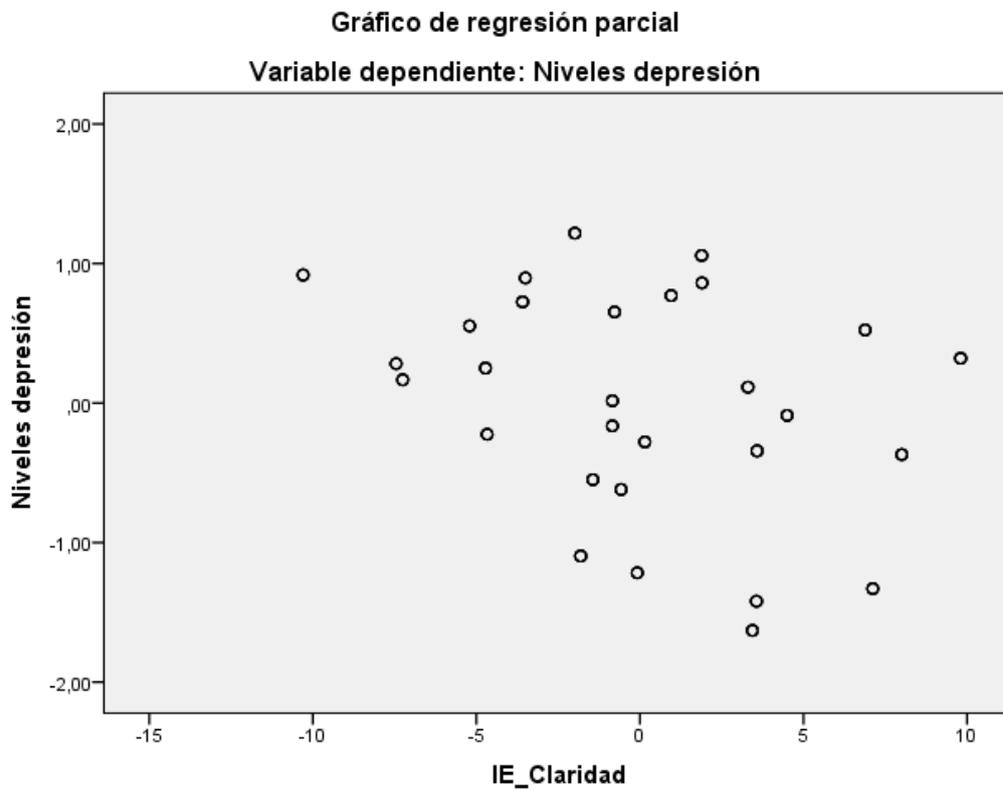
Firma Participante: _____

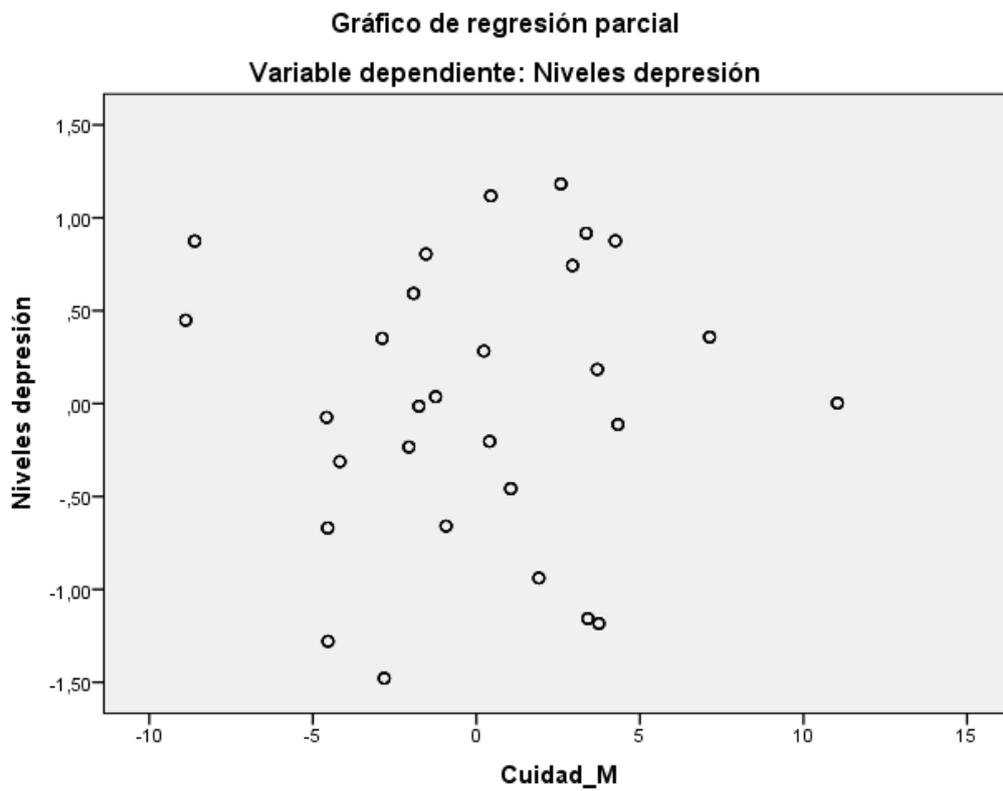
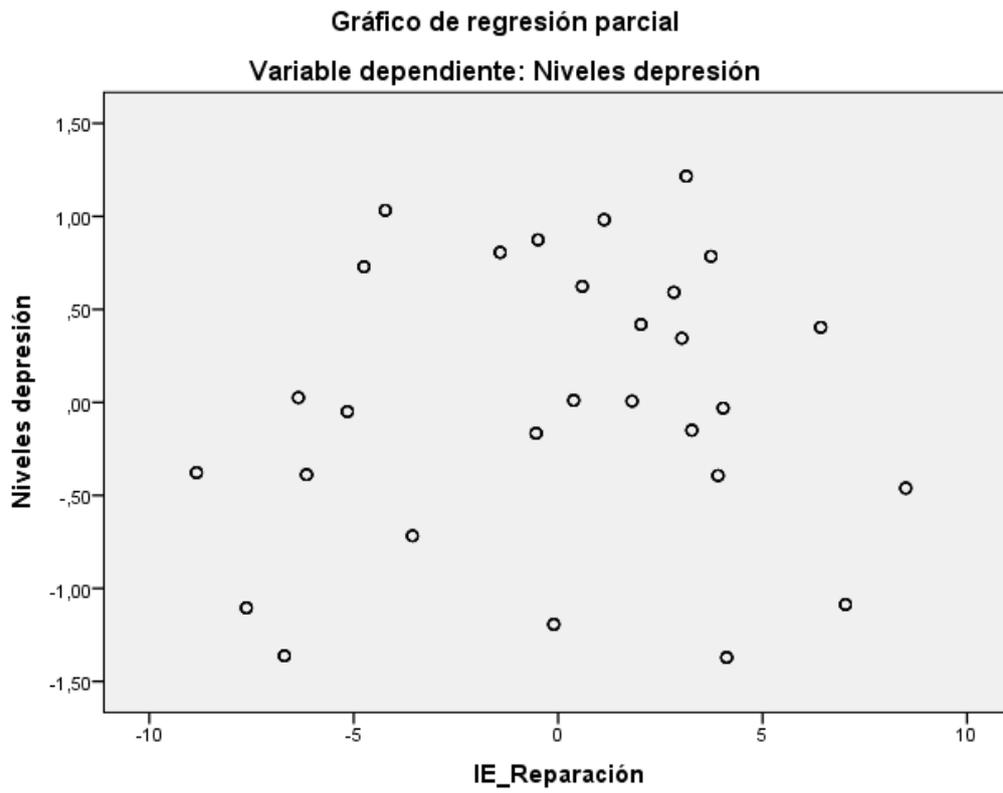
Fecha: _____

Gracias por su participación.

ANEXO 7

Gráficos de dispersión para comprobar supuesto de linealidad en la regresión lineal





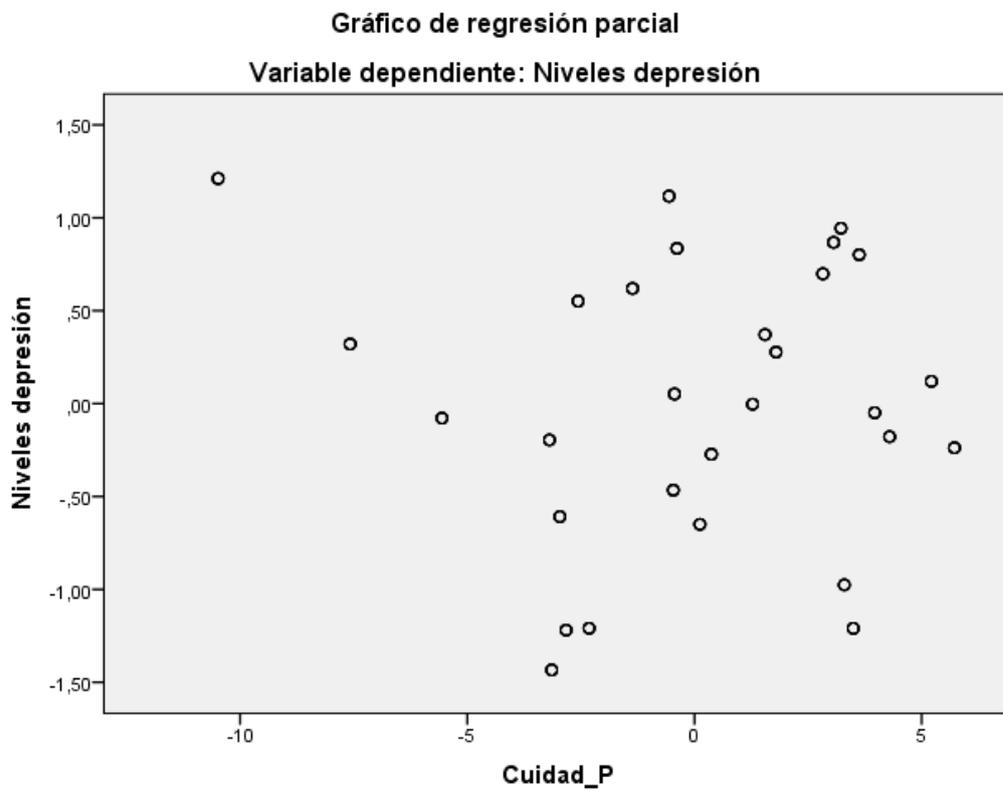
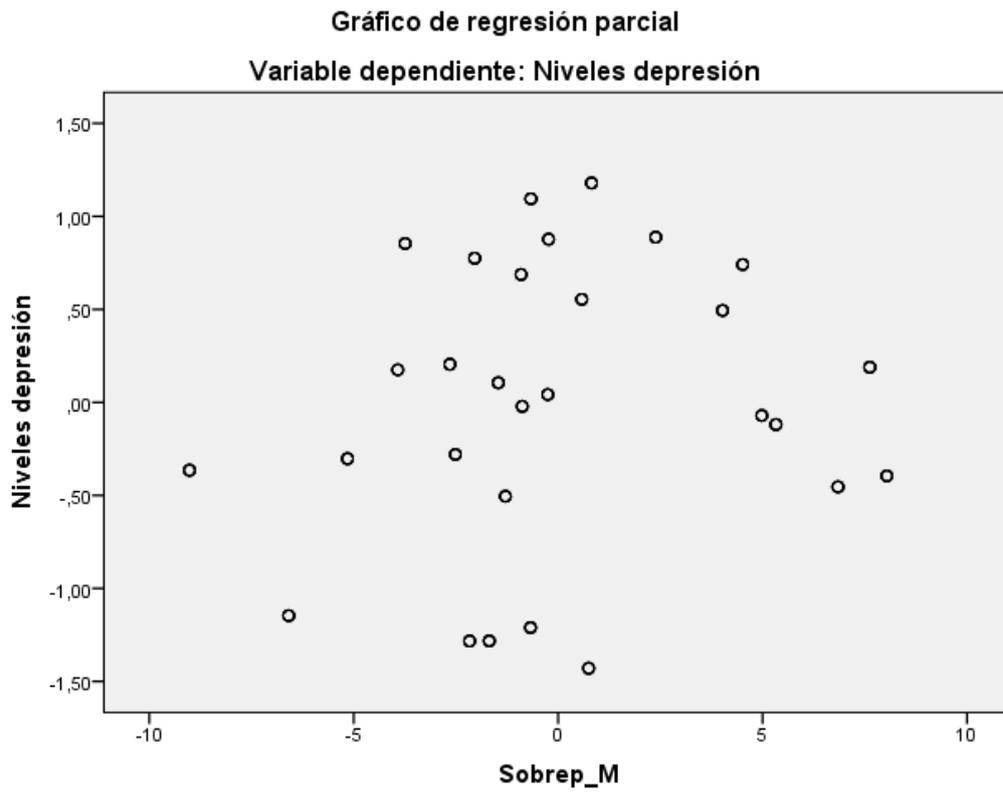


Gráfico de regresión parcial
Variable dependiente: Niveles depresión

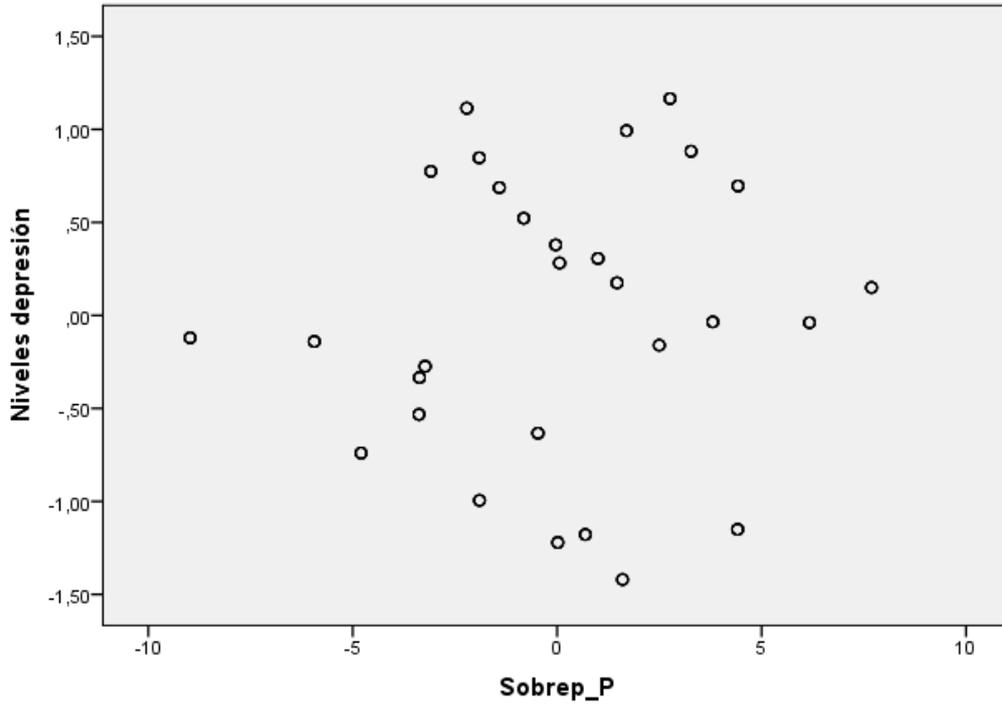
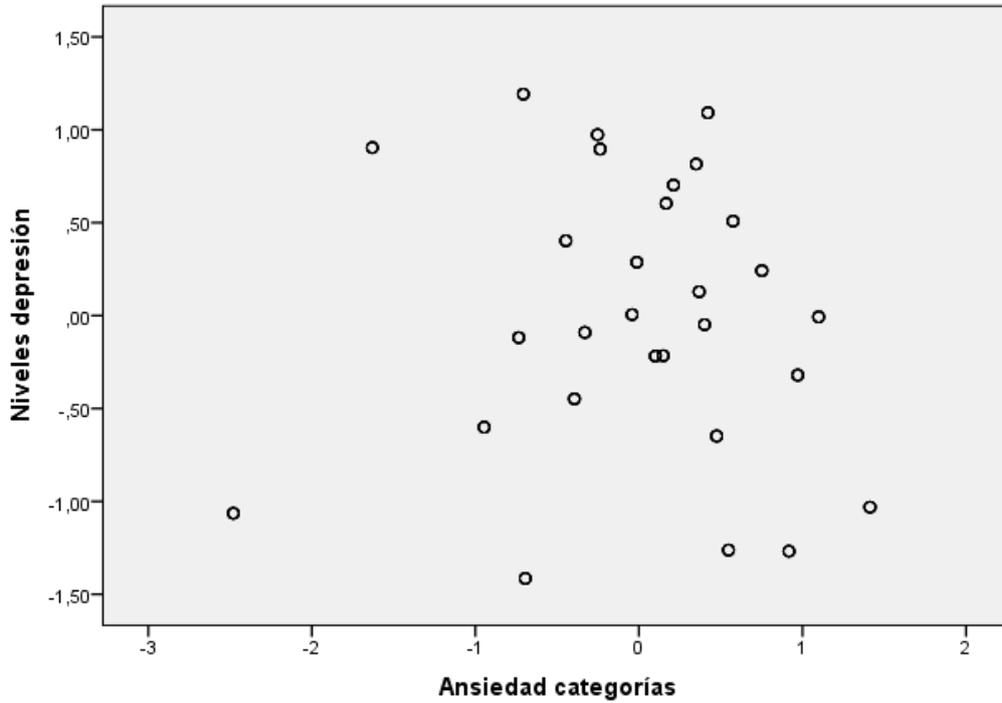
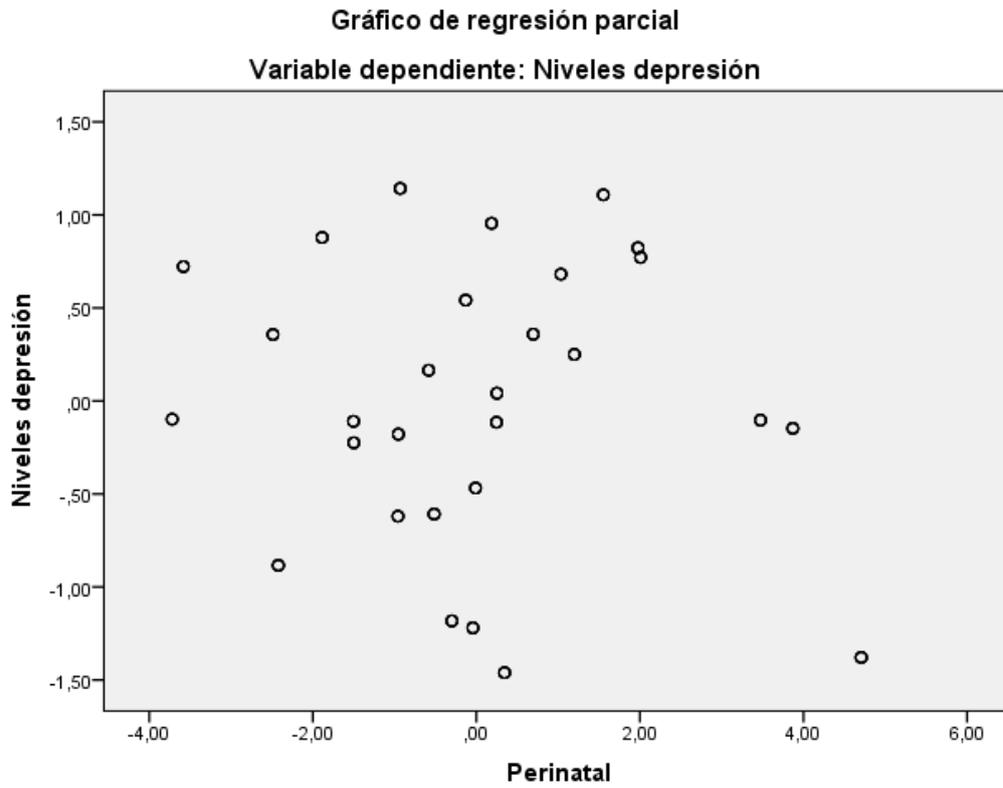
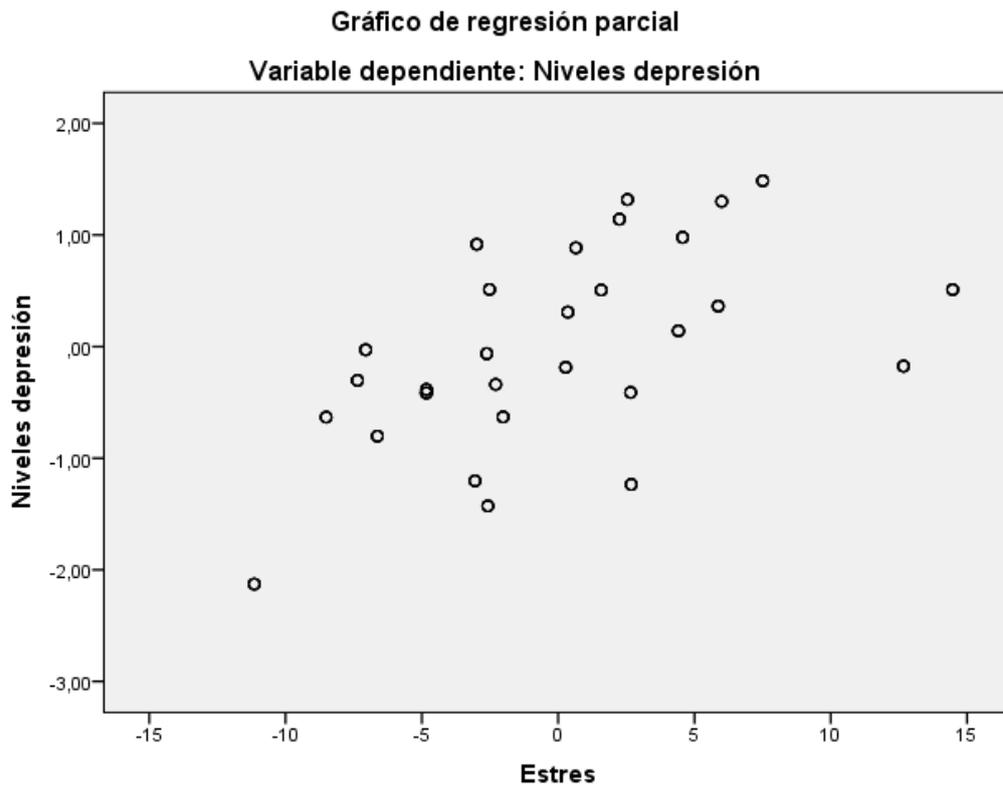


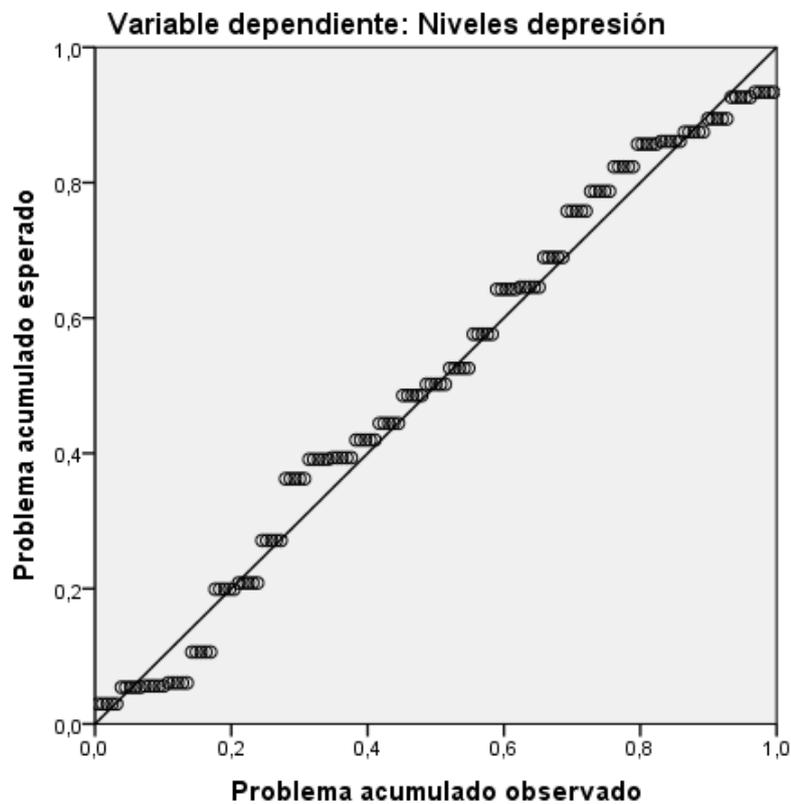
Gráfico de regresión parcial
Variable dependiente: Niveles depresión





Supuesto de Normalidad

Gráfico P-P normal de regresión Residuo estandarizado



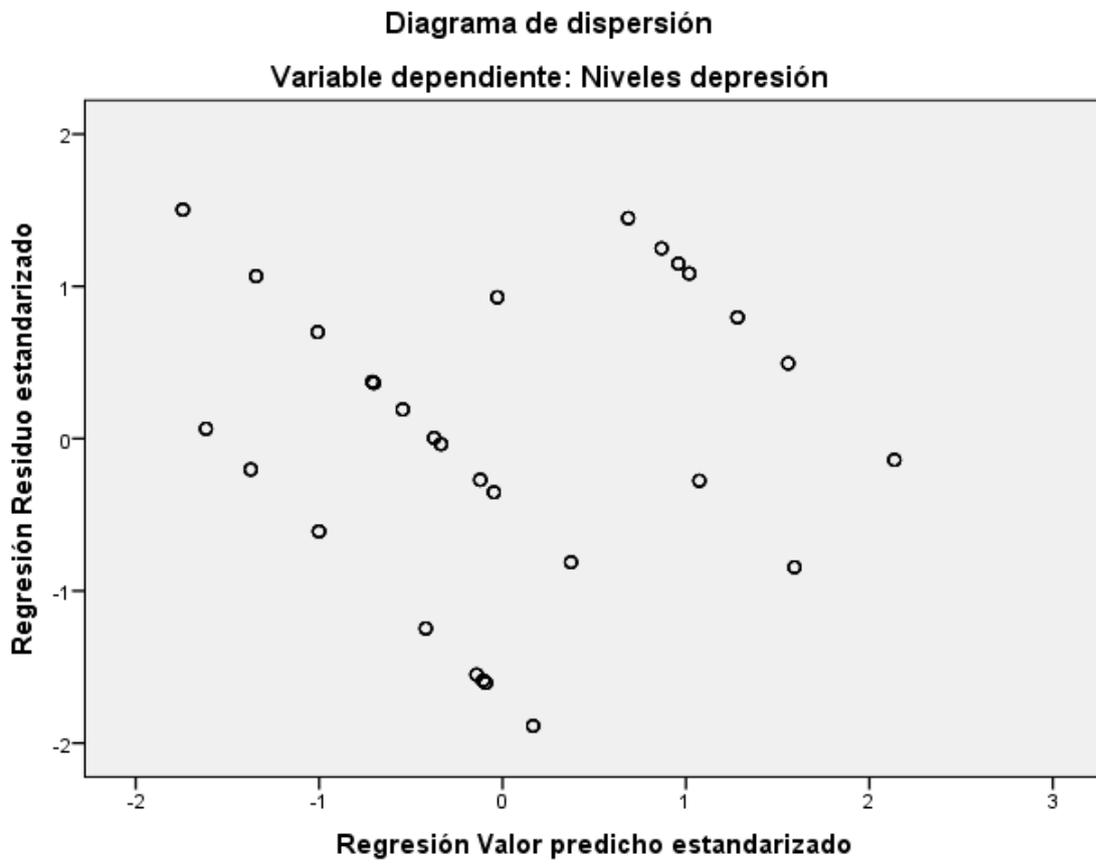
Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Niveles depresión
N		145
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,3103
	Desviación estándar	1,12124
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,264
	Positivo	,264
	Negativo	-,175
Estadístico de prueba		,264
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.

Supuesto de Homocedasticidad:



Independencia de los errores

Estadísticas de residuos^a

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	N
Valor pronosticado	1,8440	5,1077	3,3103	,84111	145
Valor pronosticado estándar	-1,743	2,137	,000	1,000	145
Error estándar de valor pronosticado	,154	,275	,209	,032	145
Valor predicho corregido	1,6961	5,1228	3,3091	,84681	145
Residuo	-1,45024	1,15597	,00000	,74142	145
Residuo estándar	-1,887	1,504	,000	,965	145
Residuo estudentizado	-1,938	1,597	,001	1,004	145
Residuo eliminado	-1,52951	1,30389	,00129	,80361	145
Residuo estudentizado suprimido	-1,958	1,607	,000	1,008	145
Distancia de Mahal.	4,808	17,471	9,931	3,300	145
Distancia de Cook	,000	,034	,008	,009	145
Valor de influencia centrado	,033	,121	,069	,023	145

a. Variable dependiente: Niveles depresión