

Embarazo: influencia de factores personales

Luz María Fernández Mateos

Antonio Sánchez Cabaco

Universidad Pontificia de Salamanca

Resumen

El artículo revisa diversas cuestiones ligadas al proceso de gestación, con especial atención a la influencia de las dimensiones personales. Además de revisar el concepto de estrés se analizan los estresores internos y externos (físicos y psicológicos). Finalmente, las conclusiones discuten los efectos positivos y negativos de las estrategias de afrontamiento personales en la adaptación al embarazo.

Palabras claves: Embarazo, factores personales, estrés.

Summary

Pregnancy: influence of personal factors.

This article reviews several questions related with gestation process, with special attention to the influence of personal factors. Besides reviews stress concept analyze the internal and external stress factors (physical and psychological). Finally, conclusions discuss positive and negative effects of personal strategies over the adaptation to the pregnancy.

Key words: Pregnancy, personal factors, stress.

Introducción

Una opción sistematizada, y que resulta operativa de cara a la determinación de indicadores de riesgo o vulnerabilidad, implica partir de un modelo teórico que guíe heurísticamente la investigación. A pesar de haber sido formulado hace más de dos décadas el modelo propuesto por Moos (1979) resulta útil para guiar la búsqueda de estos marcadores de vulnerabilidad. De los tres sistemas propuestos en el modelo, este artículo se centra sobre el primero (sistema personal) con las implicaciones fundamentales del mismo en la mujer gestante.

En las últimas décadas el interés de los psicólogos por los problemas de salud ha posibilitado el estudio de las misma desde tres grandes apartados: prevención tratamiento y rehabilitación. Para el cometido de nuestro estudio, tal y como se ha señalado, nos centraremos en el modelo sociocológico propuesto por Moos (1979), en el que se distinguen seis elementos fundamentales unidos entre sí, donde el status de salud y conducta relacionada con la misma, el sistema ambiental y el sistema personal son los principales conjuntos de variables explicativas.

El primer conjunto de variables hacen referencia al sistema personal que lo componen por una parte las variables sociodemográficas (edad, sexo, status socio-económico, inteligencia, etc.), los roles, las expectativas y otros factores limitadores de la capacidad de respuesta del individuo frente al ambiente. Una variable de especial importancia para Moos es el grado de activación que el sujeto mantiene ante las situaciones ambientales. Centrados en el proceso del embarazo se destacan las etapas evolutivas del mismo y la repercusión que dichas etapas tiene en la mujer tanto desde el punto de vista físico, como emocional y social. Y señalar en último lugar las características fundamentales a nivel de personalidad y de relaciones con el medio que influyen en el proceso de adaptación/inadaptación en función tanto de los cambios personales como de las exigencias psicosociales.

En segundo lugar, está el conjunto de variables del sistema ambiental, específicamente lo referido a elementos relacionales. Se aborda desde el concepto de red social y sus implicaciones para la salud de la mujer gestante, los efectos del apoyo social y los componentes y relaciones de un elemento más concreto: el apoyo social percibido por parte de la pareja que tan relevante puede resultar en determinados periodos de la gestación. En otros trabajos hemos abordado monográficamente este sistema (Fernández, 2003; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003).

Por último, el conjunto de variables del status de salud y la conducta relacionada con la misma que incluye desde el inicio de la enfermedad, su desarrollo y tratamiento, la adhesión al mismo, junto con la satisfacción y el bienestar percibido. Unido a ello irían los esfuerzos de adaptación al proceso gestacional, desde la negación de la crisis a los

ensayos de procedimientos capaces de superarla: búsqueda de información relevante, búsqueda de apoyo emocional, establecimiento de objetivos y metas, etc. En último lugar, el status de salud es contemplado desde los parámetros de los indicadores psicosociales, planteándose la aplicación y el análisis de algunos indicadores de disadaptación psicosocial, como tema de mayor interés, en la etapa gestacional. Para una revisión de la aplicabilidad del modelo en este campo puede verse otros trabajo de nuestro grupo (Fernández, 2003; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández y Cabaco, 2005; Fernández, 2005).

En el gráfico 1 se muestra de forma esquemática el desarrollo de los distintos sistemas e indicadores psicosociales del estatus de salud en la mujer gestante.

Criterios del sistema personal

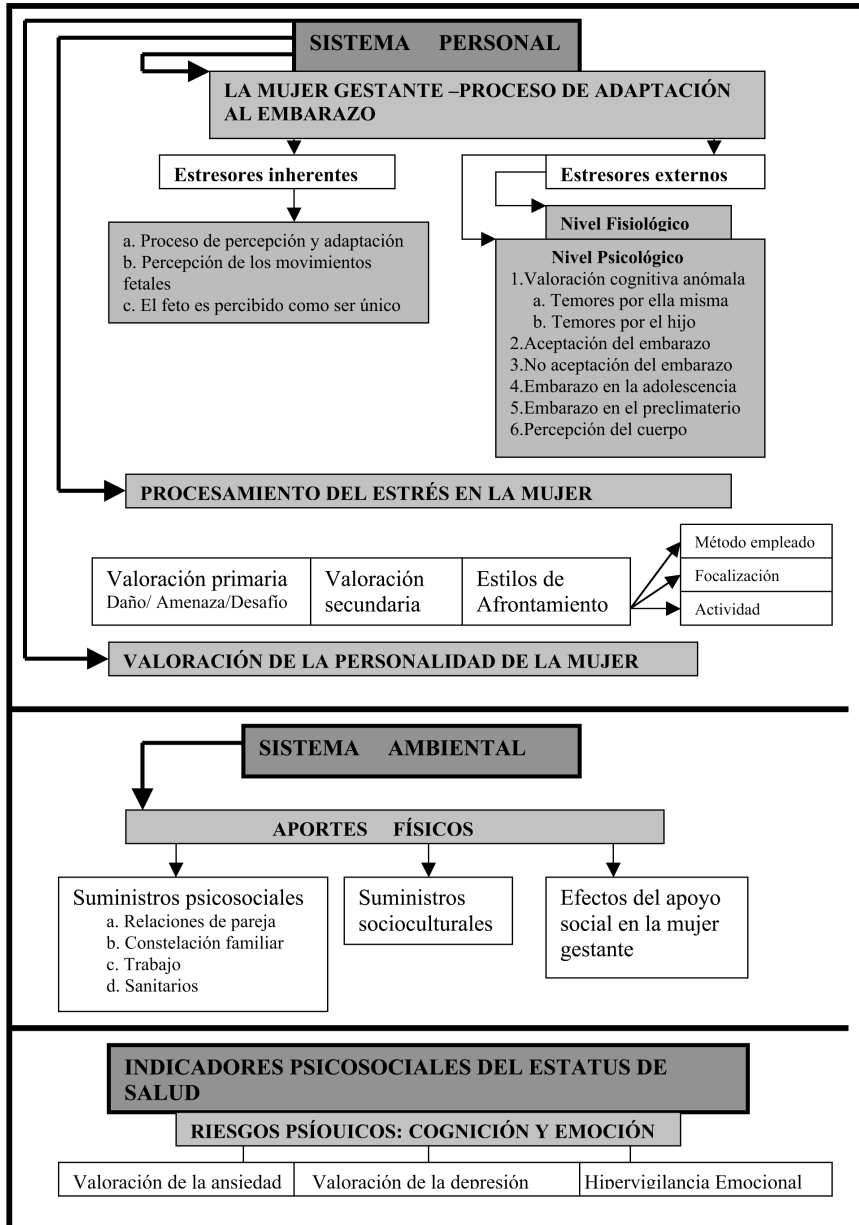
En la personalidad o sistema psicológico constitutivo de base hay que evaluar y valorar criterios estructurales, adaptativos y evolutivos por los que pasa la mujer gestante en el transcurso del embarazo. Los primeros hacen referencia a la estructura interna del sujeto (actitudes positivas hacia sí mismo y hacia el proceso del embarazo) y recursos frente a situaciones externas estresantes y hacia los propios cambios biopsicosociales que se producen con el embarazo y que pudieran provocar desequilibrios internos (reacciones desadaptativas).

En segundo lugar es necesario valorar criterios adaptativos y de relación con el entorno: capacidad de generar y mantener comportamientos después de una toma de decisiones, adaptación a la realidad (percepción objetiva individual y social) y al entorno y sus modificaciones (capacidad de solución de problemas).

Por último, los criterios evolutivos y procesales, en la medida que confieren la proyección del sujeto hacia su propio futuro. Estos criterios comparten tanto dimensiones de la estructura de personalidad (autoconcepto), como de adaptación al medio (relacionarse positivamente con los otros). La combinación adaptativa de ambos criterios da como resultado la diferenciación o individuación del sujeto respecto al grupo pero integrado plenamente en el mismo.

A continuación se esbozan las características de la estructura interna de la mujer gestante, los recursos de los que la misma dispone para hacer frente al proceso de adaptación al embarazo y las características de personalidad que favorecen o inhiben el proceso de adaptación al proceso gestacional.

GRÁFICO 1.
DESARROLLO DE SISTEMAS E INDICADORES DE RIESGO



La mujer gestante y el proceso de adaptación al embarazo

El embarazo, independientemente de la paridad (primípara o múltipara), y de las diferencias existentes entre el primer embarazo y los siguientes, es un periodo especial para una mujer gestante y su familia. La gestante, en el proceso de llegar a ser madre, atraviesa por una serie de estados transaccionales, como son el embarazo, parto y post-parto, que como tales estados generan turbulencias, crisis, que pueden ofrecer oportunidades positivas o negativas para el cambio, dependiendo de la forma en que la mujer evalúe esos estados transaccionales y de las circunstancias familiares y sociales que la rodean (Manger, 1995; Sarason, 1999; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández y Cabaco, 2004; Fernández, 2005).

El primer embarazo, que tiene carácter de evento único, y al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna, suscita muchas emociones que van a transformarse en preguntas de un madre poco segura de ella misma: ¿seré capaz de educar a mi hijo?, ¿estaré a la altura de las circunstancias?, ¿será mi hijo un niño normal?, ¿volveré a recuperar mi cuerpo de antes?, ¿será mi hijo un obstáculo para mi vida profesional o personal?. El segundo y el tercero suelen representar una sobrecarga (biológica y social), moderada. Desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada, conlleva una sobrecarga severa (Lafuente, 1995; Geissbuehler y Eberhard, 2002).

Todo embarazo, incluso los que se desarrollan con toda normalidad y han sido planeados y deseados, suscitan preguntas, nervios, angustia, sentimientos contradictorios, cambios en la percepción personal, cambios en la imagen corporal, ansiedad sobre las responsabilidades futuras, cambios en la conducta sexual, etc. (Olkin, 1993; Morrill, Nickols-Richardson, 2001, Geissbuehler y Eberhard, 2002). De ahí que, el embarazo se constituye, por sí mismo, en un elemento estresante, en una fuente de estrés, en cuyo proceso de adaptación al mismo influirá el cómo la mujer viva cada una de las etapas del proceso (Fernández y Cabaco, 2004). Los trabajos clásicos de Holmes y Rahe (citados por Revé, 1994) hallaron que el embarazo es el duodécimo suceso que más estrés produce en la vida, tras otros sucesos traumáticos como la muerte de la pareja, el divorcio ó la pérdida del trabajo. Levin y DeFrank, (1988) tras realizar una revisión sobre estrés y embarazo analizando una serie de trabajos sobre acontecimientos ajenos a la preñez, señalan que la propia gestación ocasiona en la mujer gestante estados de ansiedad y alteraciones emocionales (cambios bruscos de humor, alegría-tristeza, ira, irritabilidad, etc.).

Lo anterior resulta lógico si consideramos el estrés como

“un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual éste no tiene información para darle una respuesta adecuada, activando un mecanismo de

emergencia consistente en una activación psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente, y así permitir al organismo dar una respuesta adecuada a la demanda” (Fernández-Abascal, 1997, p. 254).

El **estrés** se traduce en un conjunto de reacciones físicas y psíquicas que se originan como resultado de la interacción de una serie de variables intermedias como son: los factores ambientales (demandas excesivas del medio, apoyos sociales con que cuenta) y personales (personalidad del sujeto, sus experiencias anteriores, su capacidad y entrenamiento para afrontar nuevas situaciones), con el fin de generar un proceso adaptativo encaminado a la supervivencia. Cuando se produce un desequilibrio entre individuo-medio, de acuerdo a la evaluación cognitiva que realiza el sujeto de las demandas ambientales, decimos que ese sujeto se encuentra bajo una situación de estrés (Maciá y Méndez, 1988; Salvatierra, 1989; Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997; Fernández-Abascal, 1997; Morris y Maisto, 2001; Ruíz, 2003; Fernández y Cabaco, 2005). Es importante resaltar la evaluación cognitiva ya que una situación objetivamente estresante para la mayoría puede no ser percibida como una amenaza por otros porque el sujeto cree que posee experiencia y habilidad para afrontar con éxito esa situación.

Las **fuentes de estrés** son múltiples y se pueden estructurar, siguiendo el modelo presentado por Maciá y Méndez (1988), de acuerdo al sistema personal (enfermedades físicas, alteraciones emocionales, personalidad, desempeño de rol, etc.), al sistema interpersonal (relación de pareja, familiar, social y laboral, la muerte de alguien cercano, un despido, situación socioeconómica, cambio de rol, etc.), y al sistema físico (ruido, temperatura, etc.). Cuando estas situaciones (personales, interpersonales y físicas), se manejan adecuadamente pueden proporcionar la fuerza necesaria para enfrentar nuevos desafíos y proporcionar una adecuada adaptación a la vida. La vida por sí misma es estrés y la ausencia de estrés es la muerte. El que estas situaciones se constituyan en situaciones de estrés depende de la valoración cognitiva que el propio sujeto realice de las mismas y de la intensidad que otorga a cada una de ellas (Fernández-Abascal, 1997; Ruíz, 2003).

Desde el punto de vista de la **intensidad del estrés**, y siguiendo el esquema propuesto por Fernández-Abascal (1997), se establecen tres grados: 1) estrés leve, serían los estresores cotidianos o microsucesos, de los que habla este autor, como la pérdida de un objeto, las tareas domésticas, problemas familiares puntuales, etc. que nos irritan en un momento dado y que pueden durar de segundos a horas; 2) estrés moderado, cuyos efectos duran de horas a días. En ellos podríamos incluir algunos de los estresores múltiples como serían, la enfermedad física temporal, cambios de residencia, relaciones interpersonales puntuales, situación laboral o escolar transitoria, etc. En estas

situaciones el estrés se mantiene hasta que se produce una acomodación a las nuevas condiciones; 3) estrés severo, puede durar semanas, meses e incluso años. Se incluirían en él los grandes acontecimientos interpersonales como puede ser la muerte de un ser querido, divorcio, separación, embarazos deseados o no deseados, precaria situación económica o laboral, etc. Podríamos incluir en este apartado los denominados estresores únicos (situaciones bélicas, cataclismos, víctimas de malos tratos o terrorismos, enfermedades terminales, etc.).

En la gestación, que se acompaña normalmente, de una serie de exigencias y molestias, podemos destacar distinta intensidad o niveles de estrés (dependiendo de la actitud y la forma de percibir el embarazo por parte de la mujer gestante) y fundamentalmente dos fuentes del mismo. Hablaríamos por una parte de molestias que son inherentes al propio embarazo y se constituirían en estresores inherentes al mismo, mientras que otras situaciones externas incrementan el estrés connatural al embarazo (Fernández, 2005). A continuación y basándonos en la clasificación de las fuentes de estrés realizadas por Maciá y Méndez (1988), anteriormente mencionadas, pasamos a describir las fuentes de estrés en la mujer gestante, haciendo referencia, en las inherentes, al sistema personal exclusivamente por ser constitutivo como tal de estresores internos, independientemente de la interrelación que se establezca con otras variables ambientales.

Estresores inherentes al embarazo

La mujer durante la gestación experimenta *cambios físicos* notables como son el aumento de peso, la deformación corporal o modificaciones metabólicas y hormonales. La gestante también experimenta una serie de molestias como son los vómitos, náuseas, cambio de apetito, vértigos, disurias, fatiga, hinchazones, dolores de espalda, etc., que cambian con el transcurso de la gestación y que pueden ser estresantes, especialmente cuando una mujer embarazada trata de hacer todo lo que hacía antes de manifestar dicho estado. Una mujer embarazada puede reducir su estrés reconociendo que estos síntomas son temporales, o también puede considerar la posibilidad de abandonar algunas actividades innecesarias cuando sienta molestias (Delgado, 1996).

Desde el nivel psicológico, el estrés inherente a la gestación, presenta dos características que se enmarcan dentro de los acontecimientos que pueden ser estresantes como son la inminencia (un embarazo aparece de forma insidiosa, con señales dudosas, con malestar físico), y la ambivalencia que ocasiona alteraciones emocionales (actitudes de aceptación-rechazo, entusiasmo-apatía, etc.) (Lazarus y Folkman, 1984; Salvatierra, 1989; Olkin, 1993; Geissbuehler y Eberhard, 2002). La crisis del embarazo es un disturbio temporal-

mente limitado por un hecho que, por sus características especiales (físicas, sociales, psicológicas) tiene un enorme impacto emocional en la mujer gestante. Cuando la mujer conoce la noticia de su embarazo, se encuentra confrontada a una crisis por ser una situación nueva y como tal requiere una adaptación, que en el proceso de la gestación, no ocurre repentinamente, sino que pasa por tres periodos críticos o reacciones específicas en los tres trimestres de embarazo. Gloger-Tippelt (1983) señala que, por sí mismos, esos tres periodos son estresante y generan un fuerte impacto emocional en la mujer gestante. A continuación exponemos las etapas, propuestas por dicho autor, centradas en la adaptación (desorganización y trastornos), centración, anticipación y preparativos.

a) Desorganización y trastornos en el proceso de percepción y aceptación del embarazo. En primer lugar, se genera estrés por la incertidumbre que ocasiona la sospecha de poder estar embarazada hasta la confirmación de dicho estado. Cuando se anuncia a la mujer y a su pareja que están esperando un hijo, la primera reacción es de euforia si el embarazo ha sido deseado y de disgusto, en primer término, si el embarazo no ha sido planeado. En condiciones normales, la futura madre acepta muy rápido la nueva situación y la percibe como una parte de ella misma. Desde esta actitud por parte de la madre podemos predecir que se establecerá un proceso de vinculación afectiva positiva. Su cuerpo sólo se ve tintado de ciertas molestias propias de los primeros meses (náuseas, vómitos, mareos...), y algunas mujeres se sentirán más cansadas, sensibles y tendrán tendencia a abandonar ciertas actividades exteriores para concentrarse en la vida del feto (Fernández y Cabaco, 2004; Fernández, 2005).

Este primer trimestres es una época de gran inseguridad, con reacciones emotivas que se centran en sensaciones de extrañeza o desapego, cambios de humor (de alegría a la tristeza), disminución del interés sexual; sentimientos opuestos ante el embarazo (Olkin, 1993), ante el nuevo rol a desempeñar como madre y mujer (compaginar vida familiar con laboral, madre, ama de casa y mujer trabajadora), y ante el nuevo cambio en las relaciones sociales (Méndez, Maciá y Olivares, 1993; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003). Por otra parte emergen dudas sobre si llegará a término y, si realmente hay un nuevo ser dentro de ella.

Al final del primer trimestre, se inicia una mayor toma de conciencia del propio cuerpo, el cual adquiere una mayor importancia. La vivencia de estos cambios comienzan a ser agradable y se experimenta una mayor sensación de plenitud (Olkin, 1993; Fernández, 2005).

b) Percepción de movimientos fetales alrededor del cuarto mes de gestación. Esa percepción directa del feto, primero a través de las ecografías y, posteriormente de los movimientos fetales, constituyen un fuerte impacto emocional en la gestante, que lleva, incluso a mujeres con gestación no deseada, a generar vínculos con el niño no

nacido (Olds, 1990; Kovacevic, 1993). Este periodo es considerado de tranquilidad y plenitud por la mujer (las náuseas y otros malestares del primer trimestre han desaparecido) experimentando sensación de gran bienestar.

La gestante presenta mayor conciencia del cuerpo, al manifestarse la evidencia corporal del embarazo con la forma redondeada que va adquiriendo el vientre, lo que hace a la mujer concentrar su atención en el nuevo ser que va creciendo y desarrollándose dentro de ella. La mujer se preocupa de la forma física de su hijo, piensa en su bienestar y se observa una mayor inclinación a desarrollar conductas protectoras (evita ambientes nocivos, reducción del número de cigarrillos, mejora los hábitos alimenticios, etc.) de salud fetal (Lafuente, 1995). A pesar de ello, suelen aparecer pensamientos temerosos sobre si el niño será normal o no, si tendrá todos los órganos, si estará bien (Geissbuehler y Eberhard, 2002). Este es un buen momento para iniciar la comunicación con el hijo (acariciarlo, hacerle masajes, comunicarle las emociones, hablarle, etc.) con el fin de empezar o incluso afianzar los vínculos afectivos ya generados (Marnie, 1990; Verny y Weintraub, 2003; Fernández, 2005).

c) *El feto es percibido como ser único.* Al final del embarazo, el futuro bebé es percibido como un ser único y real. La madre percibe los ritmos de sueño y vigilia del pequeño, se comunica con él a través del tacto y de la comunicación intrapsíquica (Veldman, 1993; Fernández, 2005). Por tanto, para la madre, el futuro niño ya no es un ser extraño a la familia. Esta forma de concebir al nuevo ser facilitará el proceso de adaptación a la maternidad, aún cuando en el día del nacimiento los padres tengan que recibir a un niño, a veces diferente de cómo lo habían imaginado. Es el momento también en que los padres desarrollan conductas de anticipación y se preparan para la llegada del nuevo ser: decoran la habitación, eligen el nombre, preparan todos los objetos de puericultura, etc. (Gloger-Tippelt, 1983; Mebert, 1991; Lafuente, 1995).

En la última etapa del embarazo, junto a estos sentimientos de plenitud, la madre experimenta malestar físico, cambios en la sexualidad, expectación mental de la vida con el futuro hijo, mayor ansiedad acerca del mundo desconocido (cuidados del niño físicos y emocionales), pérdida de la autoestima si la mujer deja de trabajar, miedo a perder el control en el momento del parto (¿irá todo bien?, ¿me dolerá mucho?, ¿sufrirá el niño?).

Ante la inminencia del parto la mujer sufre alteración de la percepción, de la conciencia, pérdida de raciocinio y perturbaciones del autocontrol, imagen distorsionada del cuerpo, oscilaciones dependencia/independencia, etc. Todo ello genera conflictos ya que la autosuficiencia se reduce por lo que la mujer necesita el apoyo exterior, fundamentalmente de personas cercanas a ella, como puede ser su pareja (Méndez, Maciá y Olivares, 1993; Canaval, 1998; Canaval, González,

Martínez-Schallmoser, Tovar y Valencia, 2000; Melender y Lauri, 2002; Canuso, 2003).

En definitiva, desde el sistema personal, a nivel fisiológico, los estresores inherentes al embarazo, se constituyen en base a los cambios físicos y hormonales. Éstos, a su vez, generan inestabilidad emocional (cambios de humor bruscos que se alternan con situaciones de plenitud, irritaciones, sensación de cansancio, apatía, etc.) propia de cada una de las etapas del embarazo. Esta inestabilidad emocional es normal, por lo que no es necesario preocuparse demasiado por ella. Sin embargo, se debe tener en cuenta que a veces esta inestabilidad y la interpretación que la mujer gestante realiza de ella, puede dificultar la tarea de luchar contra el estrés (Salvatierra, 1989; Blais y Becker, 2000; Leithner, Maar y Maritsch, 2002).

Estresores externos al embarazo

Partiendo de que la mujer gestante, al igual que cualquier ser humano, es un ente biopsicosocial, y que el nuevo ser que alberga en su seno comparte esas mismas características a través de las influencias que en él ejercen una serie de factores ambientales –microambiente, matroambiente y macroambiente– (Delgado, 1996), vamos a analizar los factores externos al embarazo, desde el punto de vista del sistema personal, interpersonal y físico. Estos sistemas se constituyen en estresores por sí mismos, o por las interrelaciones que se establecen entre ellos.

En el apartado anterior hemos puesto de manifiesto como toda gestante experimenta a lo largo del embarazo una serie de cambios y manifestaciones físicas connaturales al propio proceso. Sin embargo pueden existir una serie de complicaciones en el mismo debido a una serie de factores de riesgo que, además de alterar el proceso físico del mismo, producen estrés en la mujer gestante que sufre dichos riesgos como son: trabajar en un ambiente perjudicial desde el punto de vista ecológico, tener menos de 18 años o más de 35 en el caso de primíparas o más de 38 en caso de múltiparas, tener una alimentación deficiente, pesar más de 15 kilos del peso ideal, existencia de enfermedades graves (hígado, riñón, anemia, diabetes, etc.) el haber tenido problemas obstétricos (abortos, partos prematuros etc.) u otro tipo de intervenciones e ingresos hospitalarios con experiencias negativas (Flórez, 1999; Turton, Hughes, Bolton y Sedgwick, 1999; Dallas, Wilson y Salgado, 2000; Fernández, 2005).

En este apartado hacemos especial referencia a las enfermedades que ya posee la madre antes del embarazo, a las que adquiere durante el mismo, y a los problemas obstétricos derivados por consi-

derar que por sí solas son puramente fisiológicas. En posteriores apartados consideraremos las situaciones ambientales de trabajo, los problemas alimenticios y la edad a la que tiene lugar la gestación. Estas situaciones, además de partir y tener repercusiones fisiológicas, están muy mediatizadas por procesos o elaboraciones cognitivas que la mujer realiza tanto sobre su vida personal como posteriormente sobre su embarazo, sin perder de vista la influencia que el contexto social ejerce sobre los mismos.

A) Nivel fisiológico. Se destacan las enfermedades crónicas de la madre o prevalentes maternos (como la diabetes y la hipertensión), que originan estrés por los rigurosos controles médicos y tratamientos farmacológicos a que se ven expuestas las mujeres en dichas situaciones y que incluso en algunas pacientes se tiene que llegar al internamiento o incluso a adelantar el parto algunas semanas.

En cuanto a los problemas **prevalentemente fetales** destacan según algunos autores (Salvatierra, 1989; Delgado, 1996): 1) La Rubéola que si se contrae durante el primer trimestre ocasiona malformaciones o muerte fetal en un 10 a un 40%, ya que después de ese periodo el riesgo es menor. 2) Toxoplasmosis, aproximadamente 4 de cada 1000 mujeres embarazadas la contraen, y entre estas casi el 20% da a luz un niño disminuido. En estas situaciones se observan signos de activación neuroendocrina y un aumento de la ansiedad estado. 3) Incompatibilidad RH, ocasiona eritroblastosis fetal que puede conducir al aborto, a la muerte del feto o a anemia con ictericia en el momento del nacimiento. 4) Defectos congénitos del feto presentes ya en el momento de la concepción, provocados por alteraciones del patrimonio genético transmitidos de padres a hijos en base a leyes determinadas como son la talasemia, hemofilia ó distrofia muscular. Por otra parte encontramos las anomalías por defectos de células masculinas y femeninas que han dado origen al óvulo fecundado como son los retrasos mentales, síndrome Down, espina bífida, etc. El nacimiento de un niño con estas características o malformaciones graves desencadena en los padres un proceso de duelo que no es más que una situación de estrés ante la forma de cuidado y atención que necesita su hijo. 5) Defectos congénitos posteriores que ocurren durante el embarazo como pueden ser los producidos por agentes infecciosos, radiaciones, fármacos y sustancias químicas.

Estos tipos de embarazos pertenecen al grupo de los denominados embarazos de alto riesgo perinatal. Con esta nueva valoración del embarazo, éste pasa a considerarse como una enfermedad potencial en los cuales se requiere un cuidado intensivo con frecuentes exploraciones molestas, y en ocasiones hospitalizaciones prolongadas que ocasionan en la mujer repercusiones psicológicas, observándose una puntuación elevada en la ansiedad estado y en menor grado en la ansiedad rasgo. Además, en la mujer se produce pérdida de su locus de control interno, al pasar a depender de los servicios médicos, y elegir ellos la forma en que ha de vivir todo el proceso del embarazo y el

parto, impidiendo con ello desarrollar el embarazo placenteramente. Esta situación convierte la gestación en un estresor poderoso y perjudica la vinculación madre-hijo y la adaptación al embarazo, ya que la mujer se preocupa por la salud del niño, por la suya propia y por otros miembros de la familia. En este último caso, en relación a las primigrávidas aumenta el estrés (Salvatierra, 1989; Verny y Weintraub, 2003) como lo demuestran las investigaciones desarrolladas por diferentes autores (Flórez, 1999; Chacón, García y Flórez, 2000; Geissbuehler y Eberhard, 2002) al estudiar la reacción de mujeres gestantes hospitalizadas por presentar complicaciones en su gestación. Las pacientes señalaron como causa más importante de estrés la separación del hogar y la familia, cambios en las circunstancias familiares, preocupaciones por la salud. Como menos estresantes calificaron las referentes a la comunicación con profesionales y la influencia del ambiente hospitalario.

La clasificación de alto riesgo por un lado aumenta el estrés del embarazo con activación del sistema neuroendocrino e incremento de la ansiedad. El interés del embarazo se centrará en el feto y la mujer toma conciencia de que ella es la responsable de su bienestar. Todo esto puede tener un mayor efecto negativo si va unido a otro tipo de temores y preocupaciones, por experiencias negativas anteriores sobre experiencias de embarazos y partos. Las dos más relacionadas pueden ser:

1) *Abortos espontáneos*, el 60% de los casos se debe a alteraciones durante la concepción. En estos casos esta alteración predispone a la gestante para que su segundo embarazo sea vivido con más ansiedad, dando lugar en la misma a que pueda manifestar cuatro estados psíquicos, apuntados por Graves (1987): ansiedad manifiesta, depresión, conversión psicósomática ó adaptación. El 15%, de los mismos, se deben a causas de origen materno entre las que se puede encontrar un estrés emotivo grave. Distintos estudios (Westlander, 1991; García, Girón, Espinaco, 1996) ponen de manifiesto la psicogenia de los abortos espontáneos habituales, y encuentran patrones de personalidad característicos de dichas mujeres como son: déficit de control emocional, dependencia, sentimiento de culpa, predisposición neurótica, depresión, agresividad, inadaptación al papel femenino, histerismo, neuroticismo, etc. En otras situaciones se debe a enfermedades crónicas de la madre, a malformaciones uterinas, a la insuficiente producción de hormonas, etc.

2) *Partos prematuros*, los cuales se producen entre un 10% y un 15% de los embarazos. Algunos son debidos a situaciones de crecimiento intrauterino retardado, defectos congénitos del feto, etc., y otros son producidos por trabajos pesados, embarazos no deseados, consumo de sustancias tóxicas... (Delgado, 1996; Thadani, 2002; Fernández, 2005).

Estos acontecimientos dejan una profunda huella en la mujer y en su pareja (Holditch-Davis y Miles, 2000) y ocasionan un estado neurótico o neurosis traumática postobstétrica como fue denominada por Bydlowski y Papiernik (1978).

B) Nivel psicológico. Desde el abordaje psicológico es de suma importancia la forma en que la mujer asume las tres realidades que la propia gestación plantea a la consciencia de la gestante, y la forma en que son percibidas (Salvatierra, 1989). Una primera realidad es la aparición de un nuevo ser en su vida que modifica las estructuras de su sistema familiar cambiando las relaciones diádicas, triádicas, etc., que ya existían. La segunda realidad la constituyen los cambios biológicos que sufre su cuerpo, los cuales alteran la percepción sobre el mismo (Abrahams, 2001). La tercera realidad se configura entorno al cambio en el rol social que experimenta la mujer gestante centrado sobre todo en su vertiente profesional (trabajo-abandono del trabajo) y en los lazos o redes sociales (distanciamiento de amistades, adquisición de otras nuevas, etc.) (Sarason, 1999; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández y Cabaco, 2004).

Por tanto es importante valorar, desde este nivel, cómo acontece la transición desde una etapa a otra (mujer, embarazo, parto, madre, profesional), y tener en cuenta también la evaluación cognitiva que realiza de los procesos y cambios que el embarazo origina. Estas valoraciones tienen implicaciones en el desempeño del futuro rol de madre, como también en el desarrollo y cuidado del niño (Manger, 1995). La valoración cognitiva que la mujer realiza la basa en sus propias experiencias y en la educación recibida, y también por las informaciones que recibe a través de los medios de comunicación y las experiencias personales de otras personas (sus propios padres, amigas, compañeras de trabajo, etc.) (Canuso, 2003).

1.- La valoración cognitiva anómala sobre los cambios que se producen durante el embarazo tanto a nivel físico, como emocional o social conduce a la mujer gestante a desarrollar miedos y temores exacerbados ante situaciones que son normales en el proceso del embarazo. Estos temores o miedos que manifiestan la mayoría de las mujeres gestantes se pueden dividirse en dos grupos:

a) Temores por ella misma. Incluyen preocupaciones por la salud y complicaciones durante el embarazo y parto, miedo al dolor y a la muerte, estas valoraciones le llevan a la gestante a vivir el embarazo como una enfermedad. En este sentido, los cambios físicos y de salud naturales en el proceso del embarazo son vividos por algunas mujeres como enfermedad adoptando a lo largo del mismo el papel de enferma, presentando síntomas psicossomáticos, temores exacerbados, niveles de estrés permanente que ocasionan consultas periódicas al médico, y que aumentan el nivel de estrés por la discordancia entre la forma en cómo lo percibe el médico y cómo lo percibe la mujer. Este papel de enferma durante el embarazo deriva de una alteración en la

evaluación cognitiva del estrés por parte de la mujer. También aparecen preocupaciones económicas por la vivienda, preocupación por la nueva relación marital que se establece. Este tipo de preocupaciones es más acusado en mujeres que presentaban anteriormente al embarazo situaciones de inestabilidad emocional (Nonacs y Cohen, 2002; Marks, Siddle y Warwick, 2003) y que en estos momentos presentan mala adaptación al embarazo por la cronificación de las mismas (Foley, Thacker, Aggen, Neale y Kendler, 2001).

b) *Temor por el hijo.* Aparece el miedo al aborto, a malformaciones congénitas, a las consecuencias que puede tener para el feto, tanto el trabajo físico realizado por la madre, como su estado emocional. Existe también preocupación por si se trata de un embarazo gemelar o múltiple, o si se manifiesta algún tipo de alteración como macrosomía fetal, hidrocefalia, desfases econegativos. etc. (Geissbuehler y Eberhard, 2002)

Estas valoraciones cognitivas anómalas generan a su vez inestabilidad emocional que puede ser, aún mayor, si concurren otras circunstancias negativas como no aceptación del embarazo, relación de pareja defectuosa, etc. (Leithner, Maar y Maritsch, 2002; Bernazzani y Bifulco, 2003; Porter y Hsu, 2003; Fernández, 2005).

2.- La aceptación del embarazo y los sentimientos hacia el mismo, actúan como variables mediadoras entre el estrés del embarazo, otros acontecimientos vitales, el proceso de adaptación al mismo, y el resultado del embarazo y parto. La actitud es una variable que reúne las cogniciones que la mujer tiene del embarazo en base a las informaciones recibidas, creencias, experiencias, etc.; mientras que la adaptación es el resultado de un afrontamiento de la situación. Ambos términos caminan juntos en el transcurso del embarazo. La mujer desde el inicio de la gestación se va adaptando a los cambios físicos y emocionales que va manifestando y modificando (Salvatierra, 1989).

La aceptación del embarazo correlaciona positivamente con el deseo de tener un hijo. Dicho deseo se manifiesta mucho antes de estar embarazada, y es un deseo que ha evolucionado con el propio desarrollo de la personalidad de la mujer, desde la infancia, hasta la edad adulta. El hijo deseado y el embarazo planeado, satisface los deseos de maternidad, de feminidad, de fecundidad y de identificación con la madre. Las mujeres que desarrollan una mejor aceptación suelen tener menos molestias de tipo físico (vómitos, náuseas, mareos, etc.), y permite pronosticar además un mejor grado de adaptación a la maternidad (Shereshfky y Yarrow, 1973; Lafuente, 1995; Crockenberg y Leerkes, 2003; Fernández, 2005).

3.- No aceptación del embarazo. Junto a estos embarazos planeados encontramos otros que no lo son, y que incluso pueden ser rechazados en un primer momento, para pasar a ser aceptados después, o que incluso ni son planeados ni aceptados (porque para ellos es más importante la relación de pareja). En este tipo de embarazos que llegan

a término, aumenta la situación de estrés, con síntomas físicos y psicosomáticos durante la gestación y mala adaptación del papel materno, escasa o nula vinculación con el recién nacido que incluso en algunas situaciones deriva en maltrato físico o psicológico o abandono de los niños (Salvatierra, 1989; Delgado, 1996; Abrahams, Taylor y Conti, 2001).

Las causas que lo originan puede deberse a desconocimiento en los métodos de planificación, cuestiones económicas y de vivienda, conflicto conyugal y también a la vulnerabilidad psicológica que se manifiesta en dos periodos evolutivos de la mujer como son la adolescencia y el preclimaterio (Crockenberg y Leerkes, 2003; Verny y Weintraub, 2003) y que exponemos a continuación por ser situaciones que actualmente se dan con frecuencia en nuestra sociedad.

4.- Embarazo en la adolescencia. Es necesario tener en cuenta si el embarazo es deseado o no, medio social en el que ocurre, matrimonios forzados por el embarazo, o casada con embarazo deseado tras el matrimonio (Dallas, Wilson y Salgado, 2000).

El embarazo no deseado es el que más complicaciones aporta tanto desde el punto de vista psíquico como social. Desde el punto de vista psíquico la adolescente en un primer momento, por el deseo de impresionar a su compañero y al resto de iguales, o por afirmarse a sí misma, se embarca en mantener relaciones sexuales sin ningún tipo de protección. En otras ocasiones el rechazo a la menstruación, el haber padecido situaciones de abusos sexuales, la ansiedad, la depresión, las malas relaciones familiares o de compañeros, le llevan a esa situación (Aldana y Atkin, 1997). Estas situaciones, unidas a los cambios que por sí mismo ocasiona el embarazo, y lo que deriva de él en la adolescencia, tanto desde el punto de vista físico (el organismo sobre todo en edades tempranas de la adolescencia, aún no está lo suficientemente maduro como para que avance sin complicaciones el embarazo y el desarrollo fetal), como desde el punto de vista psíquico (la adolescente emocionalmente puede no encontrarse preparada para asumir dicho estado), unido a la no realización de revisiones periódicas, puede dar lugar a partos prematuros o niños de bajo peso. Por otra parte, la reacción negativa por parte de los padres (que en algunos casos deriva en rechazo hacia su hija embarazada), el abandono de la escuela, el matrimonio precipitado, el abandono por parte del padre del niño, el distanciamiento de los compañeros, la limitación de las salidas nocturnas, ocasiona una carencia de apoyo emocional y un estrés adicional al propio embarazo que en algunas ocasiones acaba en el aborto espontáneo o provocado, y el desarrollo de conductas anómalas por parte de la adolescente (Lafuente, 1995; Verny y Weintraub, 2003).

Si en estos momentos la joven madre no tiene un adecuado apoyo social, relación de confianza con su pareja, un amigo cercano, su madre, abuela o cualquier otra persona que pueda escucharla y aconsejarla, todas sus preguntas sin respuesta pueden acrecentar su

angustia y por lo tanto una no aceptación del embarazo y como consecuencia un rechazo del futuro hijo (Melender y Lauri, 2002; Canuso, 2003; Fernández, 2005).

5.- Embarazo en el preclimaterio. Hoy en día, debido a las circunstancias laborales, muchas mujeres posponen su embarazo hasta edades avanzadas como los 35 años. En estas situaciones el estrés no se debe tanto a las cuestiones psíquicas de la madre (son mujeres más seguras de sí mismas, con más autonomía personal y social, han alcanzado sus metas profesionales...) sino a las situaciones emocionales derivadas de su desventaja biológica. Es más frecuente la hipertensión, mayor probabilidad de parto prematuro y aborto espontáneo, como lo es el hecho de tenerse que someter a una amniocentesis, aumento de la duración del parto (Lafuente, 1995). En este periodo el embarazo suele ser aceptado a no ser que concurren situaciones adversas (embarazos de alto riesgo).

6.- Percepción del cuerpo. La valoración cognitiva que la mujer hace sobre su propio cuerpo sobre si es favorable o desfavorable influye en la forma de vivir su embarazo. Aquellas mujeres que no se encuentran satisfechas con su imagen corporal sufren a lo largo del embarazo situaciones de inseguridades (miedo al momento del parto y temores por el hecho de que se deforma su figura, tanto durante el embarazo, como en el periodo de la lactancia). Esta situación originan que algunas mujeres lleguen a padecer trastornos alimenticios durante dicho periodo con el consiguiente perjuicio para el desarrollo del feto (Lafuente, 1995; Delgado, 1996; Abrahams, 2001; Morrill y Nickol-Richardson, 2001; Cabaco, Capataz, González, Fernández-Rivas y Fernández, 2002; Fernández, 2005).

Conclusiones y perspectivas

Desde el punto de vista del sistema personal, la mujer gestante en el proceso de adaptación al embarazo pasa por una serie de etapas que, independientemente de la paridad, de las diferencias existentes entre cada uno de los embarazos, del desarrollo normal del mismo y de que haya sido planeado o no, genera en ella sentimientos contradictorios, cambios en la percepción personal y alteración de estados emocionales (ansiedad, depresión, etc.). Todas estas situaciones convierten al embarazo en una fuente de estrés, en cuyo proceso de adaptación al mismo influirá el cómo la mujer procese cognitivamente cada una de las etapas del embarazo. La combinación de estas variables señaladas del sistema personal junto a los provenientes del sistema ambiental (aportes físicos, suministros psicosociales y suministros socioculturales) y de forma interactiva, producirían el resultado final del status de salud tanto en la madre como en el niño.

Las conclusiones que resumen las investigaciones revisadas son, en primer lugar, que el embarazo constituye para la mujer gestante uno de los acontecimientos vitales más importante y el embarazo presenta componentes biopsicosociales que influyen en el desarrollo del mismo. Además, por sus propias manifestaciones físicas y emocionales se constituye en un elemento estresante para la mujer gestante, aunque dichas manifestaciones varían en función del periodo gestacional. Como fuente de estrés el embarazo se configura entorno a estresores inherentes al propio embarazo y estresores externos al mismo. La intensidad del estrés depende de la valoración cognitiva, de la personalidad y del apoyo social con que cuenta la mujer gestante.

Es importante destacar las características de personalidad de la mujer gestante las que influyen en la forma de procesar la información tanto cognitiva como emocionalmente. Así, la repetición de acontecimientos estresantes como abortos espontáneos, enfermedades maternas complicaciones en el parto, etc., originan en la mujer elevados índices de estrés que pueden derivar en situaciones de ansiedad o depresión. El estrés continuo provoca en la mujer gestante un nivel de arousal continuo que le lleva a reacciones de huida o lucha que pueden desencadenar en ansiedad o depresión. Además, las emociones negativas (fundamentalmente ansiedad y depresión) repercuten desfavorablemente sobre el curso de la gestación, sobre la vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento.

La actitud ante el embarazo predice en cierta medida el resultado del mismo y la vinculación que se establece con el niño nonato y recién nacido. La aceptación y actitud positiva favorece el deseo de tener un hijo, presentar menos molestias de tipo fisiológico y pronostica un mejor grado de aceptación a la maternidad. Por el contrario los embarazos no aceptados aumentan la situación de estrés con síntomas psicósomáticos y físicos durante la gestación, mala adaptación y escasa o nula vinculación con el niño por nacer, altos niveles de ansiedad rasgo y con variables como el pesimismo, desconfianza, resentimiento.

El soporte social es considerado como una variable protectora contra el estrés y los efectos de la sobreactivación orgánica que éste causa. Así, el apoyo social estimula y mejora las estrategias de afrontamiento y hace menos necesaria la utilización de mecanismos de defensa (como la negación, por ejemplo). Cuanto mayor es el aislamiento social, más frecuentes son las quejas somáticas y más probable el malestar psicológico. Además, la cultura determina la forma del apoyo social.

Especial atención debe prestarse al embarazo en la adolescencia y en el preclimaterio ya que se constituyen en momentos vulnerables. En el primer caso suele ser no deseado y acompañarse de vulnerabilidad psicológica, falta de apoyo familiar, de pareja e incluso social. En el segundo caso la vulnerabilidad emocional se da ante el riesgo que supone tener un hijo a edad avanzada.

Por último y como resumen general puede afirmarse que la personalidad de la mujer gestante, junto con su estilo de afrontamiento, pueden favorecer o inhibir el proceso de aceptación y adaptación de un embarazo no deseado. Factores de personalidad como neuroticismo, hipomanía, irritabilidad o ansiedad manifiesta, influyen negativamente en el proceso del embarazo, parto y vinculación afectiva con el niño. Por tanto los programas de preparación al parto y de prevención en general deberían priorizar gestantes que presenten estos indicadores de vulnerabilidad.

Bibliografía

- ABRAHAM, S., TAYLOR, A. y CONTI, J. (2001). Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 482-487.
- ABRAHAM, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 22 (3), 159-63.
- ALDANA, E. y ATKIN, L.C. (1997). Depresión in adolescent pregnancy. *Perinatal Reproduction Human*, 11(4), 184-189.
- BERNAZZANI, O. y BIFULCO, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1249-1260.
- BLAIS, M.A. y BECKER, A.E. (2000). Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 140-149.
- BUELA-CASAL, G., FERNÁNDEZ-RÍOS, L. y CARRASCO, T.J. (1997). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- BYDLOWSKI, M. y PAPIERNIK, E. (1978). La neurose traumatique postobstetricale -"siganl-symptome" dans la prophylaxie des accidents perinataux. *Medicine et Hygiene*, 1272, 352-354.
- CABACO, A.S., CAPATAZ, I., GONZÁLEZ, S. FERNÁNDEZ-RIVAS, S. y FERNÁNDEZ, L.M. (2002). Factores de riesgo psicológicos y socioculturales en los trastornos alimenticios: una revisión. *Temas de Psicología*, 9, 289-305.
- CANAVAL, G.E., GONZÁLEZ, M., MARTÍNEZ-SCHALLMOSER, L., TOVAR, C. y VALENCIA, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Medical*, 31, 4-10.
- CANUSO R. (2003). Low-income pregnant mothers' experiences of a peer-professional social support intervention. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1),37-49.
- CHACÓN, R., GARCÍA, W. y FLÓREZ, L. (2000). *Estudio descriptivo asociado al alto riesgo obstétrico en pacientes del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá*. Santafé de Bogotá: Publicaciones de la Universidad Nacional de Colombia.

- CROCKENBERG, S.C. y LEERKES, E.M. (2003). Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: mediating and moderating processes. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 80-93.
- CUENCA, S., FLORIDO, J. VALVERDE, M. y SALVATIERRA, V. (1983). Estudios psicológicos en mujeres con infertilidad. *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, 42, 44-54.
- DALLAS, C., WILSON, T. y SALGADO, V. (2000). Gender differences in teen parents' perceptions of parental responsibilities. *Public Health Nursing*, 17(6), 423-433.
- DELGADO, A. (1996). *Vida clandestina*. Bilbao: Ordesa.
- FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. (1997). *Psicología general: motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ, L.M. (2003). Influencia de variables emocionales y sociodemográficas en la adaptación al embarazo y la vinculación afectiva. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca.
- FERNÁNDEZ, L.M. (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- FERNÁNDEZ, L.M. y CABACO, A.S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- FERNÁNDEZ, L.M., CABACO, A.S. y CRESPO (2003). Factores ambientales y embarazo: influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicología e Educação*, 2(2), 5-14.
- FERNÁNDEZ, L.M. y CABACO, A.S. (2005). Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas. *Papeles Salmantinos de Educación*, 4, 193-208.
- FLÓREZ, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17, 107-126.
- FOLEY, D.L., THACKER, L.R., AGGEN, S.H., NEALE, M.C. y KENDLER, K.S. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins. *American Journal of Genetic*, 105(5), 426-431.
- GARCÍA, J.M., GIRON, B. y ESPINACO, M.J. (1996). Aspectos Psicológicos de la mujer abortadora habitual. Comunicación presentada en el I Congreso Internacional de Aprendizaje y Comunicación Pre y Postnatal celebrado en Valencia del 27 al 29 de junio.
- GEISSBUEHLER, V. y EBERHARD, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 23(4), 229-235.
- GLOGER-TIPPELT, G. (1983). A process model of the pregnancy course. *Human Development*, 26, 134-148.
- GRAVES, W.L. (1987). Psychological aspects of spontaneous abortion. En M.J. Bennett y D. Keith-Edmonds (Eds.) *Spontaneous and recurrent abortion* (pp. 214-235). Oxford: Blackwell.
- HOLDITCH-DAVIS, D. y MILES, M.S. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 19(3), 13-21.
- KOVACEVIC, M. (1993). The impact of fetus visualization on parents' psychological reactions. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 8(2), 83-93.
- LAFUENTE, M. J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Cúpula.

- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- LEITHNER, K., MAAR, A. y MARITSCH, F. (2002). Experiences with a psychological help service for women following a prenatal diagnosis: results of a follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 23(3), 183-192.
- LEVIN, J.S. y DEFRANK, R.S. (1988). Maternal stress and pregnancy outcomes: a review of the psychosocial literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 9, 316-325.
- MACIÁ, D. y MÉNDEZ, F.X. (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- MANGER, B. (1995). Birth as metaphor: Childbirth as initiation and transformation. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 7 (4), 465-474.
- MARKS, M.N., SIDDLE, K. y WARWICK, C. (2003). Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *Journal of Matern Fetal Neonatal Medicine* 13(2), 119-127.
- MARNIE, E. (1990). *Un comienzo con amor*. Barcelona: Urano.
- MEBERT, J. (1991). Variability in the transition to parenthood experience. En K. Pillemer y K. Mc Cartney (Eds.), *Parent-child relations throughout life*. New Jersey: LEA.
- MELENDER, H.L. y LAURI, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *International Journal Nursing Practic*, 8(6), 289-296.
- MÉNDEZ, F.X., MACIÁ, D. y OLIVARES, J. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- MOOS, R.H. (1979). Social ecological perspectives on health. En C.G. Stone; F. Cohen y F. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- MORRILL, E.S., NICKOLS-RICHARDSON, H.M. (2001). Bulimia nervosa during pregnancy: a review. *American Journal of Diet Association*, 101 (4), 448-54.
- MORRIS, CH. y MAISTO, A. (2001). *Introducción a la psicología*. Madrid: Prentice Hall.
- NONACS, R. y COHEN, L.S. (2002). Depresión during pregnancy: diagnosis and treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (suppl 7), 24-30.
- OLDS, D.L. (1990). The prenatal/early infancy project: a strategy for responding to the needs of high-risk mothers and their children. En R.P. Lorion (Ed.), *Protecting children: strategies for optimizing emotional and behavioral development*. Nueva York: The Haworth Press.
- OLKIN, S. (1993). *Embarazo en forma: guía para un embarazo y un parto más fáciles a través del ejercicio y la relajación*. Barcelona: Medici.
- PORTER, C.L. y HSU, H.C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: links to infant temperament. *Journal of Family and Psychology*, 17(1), 54-64.
- REEVE, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- RUIZ, J.A. (2003). *Psicología de la personalidad para psicopedagogos*. Madrid: Sanz y Torres.
- SALVATIERRA, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

- SARASON, B. (1999). Familia, apoyo social y salud. En J. Buendía (Ed.), *Familia y Psicología de la Salud* (pp.19-42). Madrid: Pirámide.
- THADANI, P.V. (2002). The intersection of stress, drug abuse and development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 221-230.
- TURTON, P., HUGHES, P. BOLTON, H. y SEDGWICK, P. (1999). Incidence and demographic correlates of eating disorders symptoms in a pregnant population. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 448-452.
- VERNY, T.R. y WEINTRAUB, P. (2003). *El futuro bebé. Arte y ciencia de ser padre*. Barcelona: Urano.
- WESTLANDER, G. (1991). The Psychological Background of Pregnancy outcome: A critical evaluation of research. *Women y Health*, 17 (3), 79-100.

