FAM 28 (2004) 9-24

ESTUDIOS

Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino

Dra. Luz María Fernández Mateos
Escuela Universitaria Luis Vives (UPSA)
Dr. Antonio Sánchez Cabaco
Facultad de Psicología (UPSA)

La salud como un proceso adaptativo y cambiante

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) aportó en su Carta Magna de 1946 la primera definición de salud con la idea de unificar criterios y estrategias en torno a la misma. Para ello, se propuso una definición de Salud que, aparte de connotar un aspecto positivo (ausencia de enfermedad), incorporaba componentes sociales como constitutiva de la misma (Cabaco, 1995). En las sucesivas revisiones de la O.M.S., y desde una perspectiva más operativa, se ha ido perfilando un nexo más estrecho entre los componentes físicos y comportamentales de la salud. Se considera la salud como un estado de bienestar completo (físico y mental), que resulta de la ausencia de enfermedad, y que lleva a la persona a vivir en armonía con su ambiente y con los otros. La salud, por tanto, no es el objetivo, sino, un recurso para la vida diaria en el que se subrayarían, como concepto positivo, los recursos sociales y personales además de las capacidades físicas. Elementos importantes serían los suministros físicos (salario, vivienda, alimentación) además de apoyos del entorno social (WHO, 1984-1992). Esta nueva concepción de salud supone considerar aspectos relacionados con la

Universidad Pontificia de Salamanca

adquisición de habilidades personales, la creación de un entorno global que promueva y ofrezca oportunidades y condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico, así como la importancia de la interacción entre los individuos y su entorno y la necesidad de conseguir un cierto equilibrio dinámico entre ambas partes.

Así pues, y dentro del marco conceptual del modelo comunitario, se defiende el concepto integral de salud como un óptimo funcionamiento de todos los procesos de la vida (biológica, psicológica y social). Se rechaza la dicotomía salud física-salud mental, y ambas pasan a concebirse como un todo indisoluble producto de una adaptación al ecosistema humano en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales (Fedor-Freybergh, 1996; Cabaco, 1999).

Todas las personas necesitamos de ese bienestar bio-psico-social, pero existe una característica genética que diferencia a hombres de mujeres, como es la capacidad de engendrar hijos por parte de la mujer. La mujer, durante el periodo de gestación, se constituye, junto con el ser no nacido, en objeto especial de atenciones particulares tanto en el periodo prenatal, como en el parto y periodo postnatal.

Históricamente y en la cultura occidental, el proceso del embarazo y parto se han considerado como un trance doloroso, como una enfermedad física, como una "causa medicorum" sometida a intervenciones médicas en las cuales se ignoraban los aspectos psíquicos y sociales de la mujer gestante. Se ignoraba el papel de la pareja, del padre y lo que es más doloroso se consideraba al niño no nacido como un ser pasivo, vegetativo, cuya única función era crecer físicamente (Aguirre de Cárcer, 1993; Veldman, 1993). En la actualidad, con el desarrollo de la psicología prenatal, de otras ciencias afines (neonatología, fetología, etc.), y con los trabajos desarrollados por múltiples investigadores (Leboyer, Odent, Verny, Busnel, Martínez, Chamberlain, Fifer, van Heteren, etc.), se hace necesario considerar, al embarazo, nacimiento y puerperio como periodos vitales. Estos periodos, además de establecer el desarrollo del nuevo ser, desencadenan la estructuración del vínculo entre la madre y el hijo y, más en general, entre el nuevo ser y sus progenitores. Esta vinculación será más tarde decisiva para su desarrollo psicofísico, por ser la época en la que se gesta la salud física y psíquica del futuro adulto, salud que se formará con las experiencias vividas durante el mismo y en la que radica la importancia de su prevención. Además, los resultados de la investigación ponen de manifiesto las capacidades que posee el feto, de cómo su comportamiento fetal puede variar de acuerdo a los cambios fisiológicos y emocionales de la madre, y al contrario cómo el comportamiento de la madre puede modificarse de acuerdo a las reacciones fetales percibidas por ella (Marnie, 1990; Verny y Kelly, 1991; Relier, 1994; Chamberlain, 1996; Martínez y Villarraga, 2001; Monk, Myers, Sloan, Ellman y Fifer, 2003; Verny y Weintraub, 2003).

Universidad Pontificia de Salamanca

Así, con la intención actual de humanizar el proceso del embarazo y la llegada del nuevo ser, la OMS en 1985 promulgó una serie de recomendaciones matizando que es fundamental, para prestar una atención perinatal adecuada, tener en cuenta, en el proceso del embarazo los factores sociales, emocionales y psicológicos por los que atraviesa la mujer gestante en dicho periodo, así como valorar el apoyo social con el que cuenta la mujer en todo el proceso y fortalecer los vínculos entre la madre, el hijo y su familia.

Partiendo de las dimensiones biopsicosociales desde las que ha de ser entendido el periodo gestacional, y también teniendo en cuenta el nuevo concepto de salud mental, tenemos que considerar la salud mental de la mujer gestante como un proceso dinámico que se desarrolla evolutivamente (fundamentalmente a través de los nueve meses de gestación pero teniendo en cuenta la salud previa y posterior a dicho periodo), y en relación interactiva con su entorno.

Considerando todos los aspectos anteriores, el concepto de salud mental positiva reúne una serie de criterios que la definen: los referidos a la estructura interna del individuo, los adaptativos y de relación con el entorno y los criterios evolutivos o procesales (crecimiento, desarrollo y adaptación).

Así, los atributos personales (criterios o dimensiones de la personalidad) de la mujer gestante, y el entorno social o cultural de la misma, pueden facilitar o dificultar la consecución de metas en salud mental, relativamente estables con relación a la valoración social del grupo y como un continuo con dos polos, uno positivo de salud y otro negativo de enfermedad. Por tanto se hace necesario, para obtener una imagen correcta y apropiada de la salud mental de una mujer gestante, una evaluación multidimensional por la realidad biospicosocial que supone el embarazo (Salvatierra, 1989; Canaval, 1998; Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovar y Valencia, 2000; Chou, Lin, Cooney, Walker y Riggs, 2003). Además, las visiones unidimensionales (por ejemplo el criterio o la dimensión social) estarían potencialmente sujetas a la distorsión valorativa-subjetiva de la parte correspondiente en función de sus intereses y de las relaciones que mantiene con el sujeto evaluado (subjetiva, objetiva-funcional u objetiva-estructural). De ahí, que sea necesario completar el análisis con dos nuevos conceptos, la competencia y el apoyo social, surgidos con el desarrollo comunitario. Estos conceptos ofrecen la complementariedad necesaria de la mujer gestante en relación con el medio, y las posibilidades de potenciar y optimizar la salud de la misma, y como consecuencia la de futuro niño, previniendo, de este modo, la aparición de patologías en ambos (Janus, 1996; Verny y Weintraub, 2003).

El concepto de competencia, está en íntima relación con el de "empowerment" (potenciación o fortalecimiento) que significa que mediante los procesos de competencia y fortalecimiento los individuos –y las comunidades– aprenden a interactuar efectivamente con

Universidad Pontificia de Salamanca

su entorno y a adquirir dominio y control sobre los asuntos o temas de interés que les son propios (Rappaport, 1977). Mientras, el concepto de apoyo social es más amplio ya que se refiere a una dimensión subjetiva individual –"apoyo social percibido"– y a una dimensión objetiva y socio-estructural –"redes de apoyo"–. La literatura sobre el tema refleja la constatación de la asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas junto a la comunalidad de ausencia de lazos o grupos sociales previamente existentes. Estas redes de apoyo funcionan como una especie de pequeña "comunidad personal" protectora o mediadora de los efectos del estrés y de los recursos para afrontarlo (Buela-Casal, Fernández Ríos y Carrasco, 1997; Condon y Corkindale, 1997; Sarason, 1999).

Procesamiento del estrés en las mujeres gestantes

A partir de todo lo analizado, hemos podido comprobar cómo el embarazo se constituye en un proceso temporal que ocasiona cambios en la vida de una mujer a nivel biopsicosocial. Todo cambio genera una crisis que requiere de un proceso de adaptación a la nueva situación. Para conseguir esa adaptación y por tanto una óptima salud biopsicosocial, el organismo psicofísico de la mujer gestante, está en continua actividad procesando información que procede de distintos ambientes: el microambiente (propio organismo de la mujer gestante), matroambiente (información que proviene de la cavidad uterina, percepción del feto, etc.) y macroambiente (sistema de relaciones familiares y sociales, ambiente físico, cultural, social, etc.). El procesamiento de la información de los distintos ambientes requiere de la utilización de los propios subprocesos cognitivos (atención, percepción, memoria) y emocionales (miedo, felicidad, hostilidad, ira, sorpresa, etc.), dependiendo de la utilización de los mismos el proceso de adaptación (Maciá y Méndez, 1988; Cabaco y Fernández, 2001; DeCatanzaro, 2001).

Cuando la mujer gestante no consigue procesar adecuadamente la información surge el estrés. El estrés supone tanto una experiencia subjetiva como objetiva, de tal forma que son las características de personalidad de la mujer gestante las que determinan de qué forma procesa la información tanto cognitiva como emocionalmente (Cabaco y Fernández, 1996; Reeve, 1994; Ruíz, 2003).

Desde el punto de vista de la reacción emocional, cuando a una mujer se le confirma su embarazo, se producen dos reacciones: de satisfacción o aceptación si el mismo ha sido deseado, o de sorpresa si el mismo no ha sido programado. Ambas emociones, que surgen de una forma súbita, originan en la gestante incertidumbre hacia el nuevo estado. Ahora bien, la reacción de sorpresa, constituida por el patrón de respuesta funcional orientación-defensa dará lugar a dos tipos de emociones:

Universidad Pontificia de Salamanca

1) *Emociones positivas* (felicidad, satisfacción, humor, etc.), como consecuencia de una respuesta de orientación, que estarían indicando una aceptación de dicho estado y prepararían al organismo para su recepción y análisis (proceso fisiológico/cognitivo).

2) *Emociones negativas* (ansiedad, miedo, desesperación, ira, hostilidad, negación, etc.) que se constituirían en respuesta de defensa o de rechazo hacía la situación estimular del embarazo desencadenándose respuestas defensivas del organismo (Fernández-Abascal, 1997). A partir de aquí se pone en marcha un proceso psicológico de afrontamiento basado en la evaluación que la mujer gestante realiza de la gestación como experiencia emocional negativa, que tendría dos componentes: valoración primaria y valoración secundaria, considerados por Lazarus (1966) como dos componentes universales del afrontamiento.

1. *Valoración primaria de la situación estresante*

La primera valoración de la situación es una evaluación personal centrada en el bienestar psicológico, status socio-laboral y relaciones interpersonales que se pueden poner en juego en el transcurso del embarazo. Esta primera valoración, cuando se constituye en relevante para la gestante, puede ser percibida o valorada por ella de tres formas diferentes: daño, amenaza o desafío. De acuerdo a estas tres formas la mujer gestante emitirá respuestas no adaptativas a través de la activación psicofisiológica que prepara al organismo para dar una respuesta más intensa de estrés (Reeve, 1994; Fernández-Abascal, 1997). A continuación analizamos las tres formas indistintamente:

a) *Valoración como daño o pérdida.* Está relacionada con experiencias traumáticas que haya podido sufrir la gestante, como puede ser un aborto espontáneo, parto prematuro, embarazo de alto riesgo, etc. En esta valoración no media ningún proceso cognitivo-emocional, simplemente de forma inmediata ante la confirmación de la gestación, se movilizan los patrones de respuesta al estrés.

b) *Amenaza.* Si la mujer valora el embarazo como una amenaza por impedir éste conseguir sus metas en su vida profesional, social, de pareja, etc., se está produciendo una valoración cognitiva del potencial lesivo del embarazo, con respuestas emocionales negativas específicas (culpa, ira, hostilidad, etc.).

c) *Desafío.* Desde esta óptica el embarazo es percibido como un reto, como un fin, una oportunidad para solucionar otros problemas como puede ser para mejorar la relación de pareja, conseguir una pareja, resolver problemas sociales o laborales, etc. En esta situación se realiza una valoración

Universidad Pontificia de Salamanca

cognitiva de los beneficios que el embarazo puede acarrear para lograr los propósitos de la gestante pero con frecuencia se olvida al futuro niño. En esta situación la gestante controla la situación y puede adoptar el papel de enferma durante todo el proceso con el único fin de conseguir atención, o bien adoptar el papel de supermujer con el mismo fin.

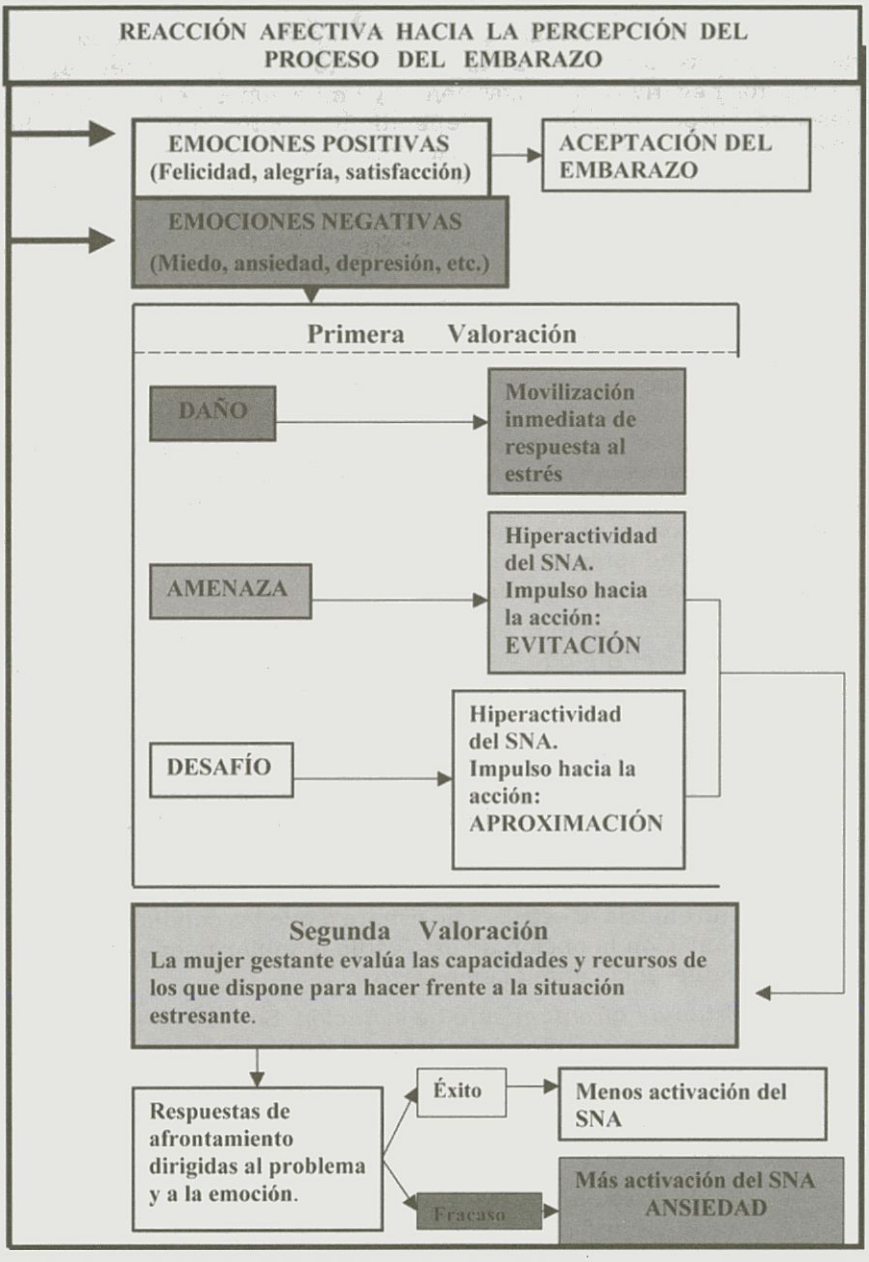
2. *Valoración secundaria de la situación estresante*

Tanto si la mujer percibe y valora el embarazo como una amenaza o un desafío, realiza una segunda valoración, una búsqueda cognitiva, centrada en las capacidades y recursos que ella posee para afrontar con éxito la situación. Del resultado de esta valoración, mediatizada por la valoración primaria, la gestante puede considerar que posee estrategias eficaces para afrontar la situación, en cuyo caso seleccionará la respuesta adecuada para conseguir adaptarse a la situación (afrontamiento positivo); o bien puede valorar cognitivamente que no posee estrategias para evitar el daño. Si la mujer mantiene constantemente un incremento de la actividad cognitiva sin encontrar recursos en ella misma para afrontar la situación, transcurrido un tiempo, se movilizaran las respuestas de estrés produciéndose un agotamiento de los procesos cognitivos-afectivos (por la alta demanda atencional de la situación estimular para conseguir decidir la respuesta de afrontamiento), y una alteración del sistema fisiológico y motor.

A continuación presentamos un cuadro resumen (gráfico1), adaptado de Reeve (1994) y Fernández-Abascal (1997), en el que se ponen de manifiesto los mecanismos y respuestas emocionales implicadas en la valoraciones primaria y secundaria, aplicados al tema que aquí nos ocupa.

Universidad Pontificia de Salamanca

GRÁFICO 1.



Universidad Pontificia de Salamanca

3. *Estilos de afrontamiento*

Los procesos psicológicos que se ponen en funcionamiento para desarrollar las estrategias de afrontamiento al estrés, pueden producir efectos negativos de fatiga mental y limitaciones de las capacidades de procesamiento, independientemente de que dicho afrontamiento haya tenido resultado positivo (aceptación del proceso de gestación en embarazos no deseados) o negativo (negación del la gestación en embarazos no deseados). Así, existen estrategias de afrontamiento que unido a otros aspectos estructurales –como los estilos de afrontamiento basados en las predisposiciones y preferencias personales para hacer frente a las situaciones a través de estrategias estables en el tiempo y situación–, pueden favorecer o inhibir el proceso de aceptación y adaptación de un embarazo no deseado. A continuación y basándonos en las tres dimensiones básicas de estilos de afrontamiento propuestas por Fernández-Abascal (1997), y las dieciocho estrategias de afrontamiento recogidas a lo largo de la literatura científica, establecemos un cuadro relacional (gráfico 2) entre estrategias, estilos de afrontamiento y vinculación afectiva, en tres categorías de embarazos no deseados: embarazos no deseados que terminan aceptándose y adaptándose a ellos, no aceptados pero se adaptan, y los que no lo aceptan ni se adaptan.

Los estilos de afrontamiento se centran en tres dimensiones básicas en función del método empleado, de la localización del afrontamiento y del tipo de actividad. Según el método empleado aparecen tres estilos característicos:

— *Estilo de afrontamiento activo*. Se orienta hacia el cambio de la fuente de estrés. La gestante movilizaría todos los recursos cognitivos y conductuales de los que dispone para solucionar la situación.

— *Estilo de afrontamiento pasivo*. La mujer gestante no se enfrentaría al estrés, sólo espera a que las condiciones cambien. Con la opción de este estilo la mujer puede caer en la indiferencia ante el embarazo.

— *Estilo de afrontamiento de evitación*. Se orienta a la supresión de los efectos negativos del estrés. La gestante quiere huir de la situación de forma física o mental.

En segundo lugar en base a la focalización del afrontamiento surgen tres estilos diferentes:

— *Estilo de afrontamiento dirigido al problema*. La mujer manipula las condiciones responsables de la amenaza.

— *Estilo de afrontamiento dirigido a la respuesta emocional*. La gestante elimina o reduce la respuesta emocional derivada de la situación.

Universidad Pontificia de Salamanca

— *Estilo de afrontamiento dirigido a realizar una reevaluación del problema inicial.* En este estilo los esfuerzos de la gestante se centran en las dimensiones cognitivas del problema.

Por último, en base a la actualidad resultante aparecen:

— *Estilo de afrontamiento cognitivo* o elaboración de planes y metas.

— *Estilo de afrontamiento conductual* o comportamiento manifiesto.

GRÁFICO 2.

RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y VINCULACIÓN AFECTIVA

MODELO ACTIVO: EMBARAZO ACEPTADO Y ADAPTADO			
	COGNITIVO	***CONDUCTUAL***	***VINCULACIÓN***
EVALUACIÓN	***Reevaluación positiva.*** La mujer gestante impregna de significado positivo el embarazo.	***Supresión de actividades distractoras.*** La mujer gestante se centra activamente en los cambios que ocasiona el embarazo e intenta acomodarse a ellos.	***Conductas de protección*** de salud fetal ponen de manifiesto un proceso de vinculación bio-afectiva positiva hacia el feto (Mehl, 1992; Lafuente, 1995)
TAREA	*PLANIFICACIÓN.* La gestante a través de una aproximación analítica y racional de las molestias y cambios físicos, psíquicos y sociales, que origina el embarazo, planifica las medidas que ha de tomar para mitigar o eliminar el estresor (Reeve, 1994).	***Resolver tareas.*** La gestante afrontando objetivamente el embarazo, estudia minuciosamente los recursos disponibles y las acciones a desarrollar (establecer prioridades, organizar el tiempo, etc.), para conseguir una mejor adaptación a la situación de estrés (Salvatierra, 1989; Reeve, 1994)).	***Conductas de anticipación*** (preparar la habitación y ropa del niño, adquirir conocimientos sobre el embarazo, parto y crianza etc.), desarrollan una vinculación afectiva positiva hacia el no nacido (Lafuente, 1995).
EMOCIÓN	***Desarrollo personal.*** La situación estresante, embarazo, se valora como autoestímulo y aprendizaje positivo. El embarazo proporciona a la gestante un encuentro consigo misma, una clarificación de sentimientos y relaciones objetales con las personas cercanas, fundamentalmente con su pareja (Shereshefsky y Yarrow, 1973; Reeve, 1994)..	***Expresión emocional.*** Cuando la mujer gestante expresa las ambivalencias y sentimientos tanto positivos como negativos, que experimenta a lo largo de embarazo, hacia ella misma, hacia el futuro hijo, hacia su pareja, hacia otros hijos o hacia otras situaciones personales, familiares o sociales, la mujer libera ansiedad (Verny y Weintraub, 1992; 2003).	***Fantaseo con el futuro niño*** (imaginar cómo será la crianza, las relaciones con su hijo, etc.) pensamientos de cómo será como futura madre y verbalizaciones afectivas hacia el futuro niño, ayudan a concebir al ser no nacido como individuo y vincularse a él afectivamente ((Mebert, 1991; Verny y Weintraub, 2003).

Universidad Pontificia de Salamanca

MODELO PASIVO: EMBARAZO NO ACEPTADO PERO ADAPTA A LOS CAMBIOS			
	COGNITIVO	**CONDUCTUAL**	**VINCULACIÓN**
EVALUACIÓN	***Reacción depresiva.*** Se desencadena a partir de la primera valoración considerada como amenazante, y no encontrar recursos (personalidad, autoconcepto, capacidad) para abordar la situación. La mujer gestante genera pensamientos de autoconcepto negativo (Condon y Corkindale, 1997)	***Refrenar el afrontamiento.*** Lleva a la mujer gestante al convencimiento de que no puede hacer nada para adaptarse al embarazo (Seligman, 1975).	Se ve mermado el proceso de vinculación prenatal, y se genera apego ansioso postnatalmente (Lafuente, 1996; Díaz, Pérez, Martínez, Herrera y Brío, 2000)
TAREA	***Conformismo.*** Optar por esta opción es optar por la pasividad. Desde esta óptica el embarazo puede ser percibido como una situación no estresante (ni positiva, ni negativa) que simplemente tiene que ocurrir en un periodo de tiempo limitado.	***Apoyo social al problema.*** La mujer gestante busca en los demás (pareja, matrona, ginecólogo, etc.) informaciones y consejos para solucionar las situaciones de estrés que el embarazo le está ocasionando (Condon y Corkindale, 1997; Canaval y cols. 2000).	Desde ***el conformismo*** no se puede valorar realmente la implicación afectiva para con el futuro hijo.
EMOCIÓN	***Control emocional.*** La mujer gestante oculta sus propios sentimientos hacia el embarazo por sentir dudas, desconfianza hacia sí misma y hacia los otros (Fonagy, Steele, y Steele, 1991).	***Apoyo socio- emocional*** .La mujer gestante busca en personas cercanas, afectivamente, comprensión para su estado emocional negativo derivado este de su actitud hacia el embarazo, y de su autoconcepto (Molfese, Bricker, Manion, 1987).	La percepción por parte de la gestante de un insuficiente apoyo emocional y social, desencadena en la misma deterioro de su salud psíquica – física, una inadecuada adaptación al proceso del embarazo y por tanto un desajuste en la vinculación afectiva prenatal (Condon y Corkindale, 1997).

MODELO EVITACIÓN: EMBARAZO NO ACEPTADO NI ADAPTACIÓN			
	COGNITIVO	**CONDUCTUAL**	**VINCULACIÓN**
EVALUACIÓN	***Negación.*** Surge de una valoración amenazante de la situación estimular, por ser esta una situación no deseada. Desde el primer momento el embarazo es rechazado generándose actitudes negativas hacia el propio proceso (Relier, 1994).	***Evitar afrontar.*** La mujer valora la situación como irresoluble y dice no hacer nada para evitar la valoración cognitiva de la negación (Fernández-Castro y Edo, 1994; Fernández-Abascal, Palmero, Chóliz y Martínez, 1997)	Se impide o niega toda vinculación afectiva con el futuro niño. Desde esta situación se producen partos prematuros, abortos espontáneos, y después del nacimientos una vinculación negativa con el niño (Goldenberg, Cliver Cutter, Hoffman, Cooper, Gotlieb y Davis, 1991; Newport, Wilcox y Stowe, 2002).
TAREA	***Desconexión mental.*** La mujer gestante prefiere pensar en otras situaciones para no pensar ni centrarse en el proceso del embarazo.	***Desconexión comportamental.*** Implica la evitación de cualquier tipo de respuesta o solución de problemas.	La actitud de indiferencia lleva, al igual que la negación, a un inadecuado proceso de aceptación, adaptación y alteración del vinculo afectivo pre y postnatal (Mebert, 1991)
EMOCIÓN	***Distanciamiento.*** Genera una supresión cognitiva de los efectos emocionales hacia el futuro niño, indiferencia hacia el mismo. Esta actitud le impide integrar al futuro niño como parte de su imagen corporal, de su yo, para posteriormente percibir al ser no nacido como individuo (Lafuente, 1995).	***Respuesta paliativa.*** Constituyen el conjunto de conductas sustitutivas que la mujer gestante desarrolla para evitar la situación estresante, desarrollando conductas no protectoras (fumar, ingerir bebidas alcohólicas ó excitante, conductas alimenticias anormales, adoptar el papel de enferma, etc.) de salud materno-fetal (Picone, Allen, Olsen y Ferris, 1982) .	Desde el distanciamiento la mujer gestante no genera una integración psicológica y afectiva del futuro niño , evitando y rechazando sueños o fantaseos con el futuro niño. (Mebert, 1991).

Universidad Pontificia de Salamanca

Las consecuencias que el estrés, y por tanto los mecanismos de afrontamiento que se generan para luchar contra el mismo, producen en la gestante alteración de su estado fisiológico, emocional y cognitivo (Leithner, Maar y Maritsch, 2002). Vamos a revisar las implicaciones de estos tres planos:

— **Alteración del estado fisiológico.** El estrés provoca un arousal continuo del Sistema Nervioso Autónomo responsable de activar las reacciones de huída o de lucha. La hiperactividad simpática, con descarga de catecolaminas, actúa sobre el útero que es el órgano central sobre el que se centra el estrés durante el embarazo. Este se encuentra bajo control neurohormonal para realizar la función de contractilidad uterina y flujo sanguíneo. La actividad que las hormonas ejercen en el útero hacen que se restrinja el flujo de sangre hacia la placenta, impidiendo así que el feto reciba los nutrientes y el oxígeno que necesita para su desarrollo y crecimiento óptimo. Estas mismas hormonas también cumplen un papel importante en el inicio del parto. Por lo tanto, el incremento de los niveles de estas hormonas puede aumentar el riesgo de un parto prematuro, de crecimiento intrauterino retardado (Lobel, Dunkel-Schetter y Scrismhaw, 1992; Wadhwa, 1993; Monk, Myers, Sloan, Elman y Fifer, 2003) y, posiblemente, de un aborto espontáneo (Fenster, 1995).

— **Alteraciones del estado emocional.** Esta alteración se manifiesta por ansiedad, irritabilidad culpabilidad, ira o depresión. La ansiedad (rasgo-estado), como emoción anticipatoria hacia los cambios biopsicosociales que origina el proceso del embarazo, y la depresión como emoción que se produce por los esfuerzos derivados de afrontamiento contra el estrés y ansiedad derivados de la valoración cognitiva que la mujer realiza del proceso de gestación, han sido las alteraciones más prevalentes manifestadas por mujeres gestantes y por tanto hablaremos de ellas en el apartado de indicadores de riesgo emocional (Reeve, 1994; Monk, Fifer, Myers, Sloan, Trien y Hurtado, 2000; Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal, 2000).

— **Alteración cognitiva.** A medida que el estrés aumenta, genera pensamientos confusos que inciden en realizar autoevaluaciones negativas, se limita el foco de atención del sujeto aumentado la atención autodirigida hacia la fuente de estrés. Estaríamos hablando del fenómeno descrito como la hipervigilancia emocional (Eysenck, 1992) que por su importancia vamos a desarrollar más detenidamente como un indicador objetivable.

En definitiva, podemos concluir que, aunque existen estresores inherentes y externos al propio embarazo, este en sí mismo no produce estrés patológico, sino que es la forma en que el proceso del embarazo y circunstancias concomitantes al mismo, son evaluadas e interpretadas por la mujer gestante lo que influyen en que la misma perciba la realidad bio-psico-social del embarazo como una situación

Universidad Pontificia de Salamanca

amenazante o no (Salvatierra, 1989; Callico-Cantalejo, 1995; Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal, 2000; Ruíz, 2003).

Implicaciones para la prevención

La interdisciplinariedad desarrollada por distintas ciencias del campo de la salud y las relaciones humanas (embriología, neonatología, obstetricia, psicología, antropología, endocrinología, etc.), ponen de manifiesto que la vida de todo ser humano presenta una continuidad e indisolubilidad (desde el SNC, inmunológico, emocional, neurológico, neuroendocrinológico, etc.) entre el periodo de la vida prenatal y el desarrollo posterior de la persona hasta la vida adulta. Para **el niño intrauterino** la experiencia comienza en la cavidad uterina materna, donde tiene lugar su proceso de desarrollo en interacción continua con la madre, mientras la madre está en un cambio constante con su ambiente específico y ecológico. De ahí que, lo que ocurre a una mujer gestante y, cómo ella lo experimenta se trasmite al niño intrauterino (Janov, 2000). Existe evidencia empírica sobre la conexión existente entre dificultades psicológicas tempranas, y la repercusión de problemas en la vida adulta (Strain, 1981). Esta nueva óptica de pensar abre el horizonte hacia lo que representa la vida prenatal como prevención primaria de desórdenes físicos, emocionales y psicológicos. Con el desarrollo, además, de procedimientos preventivos desde la realidad sanitaria, psicológica y social se pueden disminuir los partos prematuros, mortalidad perinatal, los abortos provocados y espontéos, desórdenes emocionales en la mujer gestante, etc. (Fedor-Freybergh, 1996; Janus, 1996; Martínez y Villagarra, 2001; Canuso, 2003; Crockenberg y Leerkes, 2003). Una de las líneas, centro de este artículo, es la prevención de estrategias ineficaces de afrontamiento en base a técnicas de vinculación afectiva, apoyo marital e integración socioafectiva. Las posibilidades de optimización y potenciación de conductas promotoras de salud, tanto para la gestante como para el niño, pueden abrir una perspectiva aplicada de enorme importancia, como se ha analizado ampliamente en el trabajo que se viene desarrollando en esta línea (Fernández, 2003). La complementariedad de programas de vinculación afectiva con los de psicoprofilaxis obstrétrica pueden contribuir a paliar las dificultades de afrontamiento ineficaz del estrés en el periodo gestacional y producir una mejora significativa en la adaptación y en la estabilidad emocional del núcleo familiar.

Universidad Pontificia de Salamanca

Referencias bibliográficas

Aguirre de Cárcer, A. (1993). Maternidad y realidad social. Comunicación presentada en el I Congreso Mundial de Educación Prenatal: la madre, su hijo, nuestro futuro, celebrado en Granada del 13 al 19 de Junio.

Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco, T.J. (1997): *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.

Cabaco, A.S. (1995). *Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia*. Salamanca: Universidad Pontificia.

Cabaco, A. S. (1999). Influencias del estrés, afrontamiento y apoyo social en la salud. *Investigación en Salud, 2* (1-2), 62-72.

Cabaco, A. S. y Fernández, L. M. (1996). Procesos psicológicos en el periodo prenatal. Resultados de dos décadas de investigación (1975-1995). Comunicación presentada al I Congreso Internacional de Aprendizaje y Comunicación Pre y Postnatal celebrado en Valencia del 27 al 29 de Junio.

Cabaco, A. S. y Fernández, L. M. (2001). Memoria prenatal: desarrollo y estimulación. En A.S. Cabaco y M.S. Beato (Coords.), *Psicología de la Memoria: Ámbitos Aplicados* (pp.87-101). Madrid: Alianza.

Callico-Cantalejo, G. (1995). Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio. *Psicopatología, 15*, 70-74.

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.

Canaval, G.E. (1998). Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería, 16*, 753-770.

Chamberlain, D.(1996). La vida en el seno materno: peligros y oportunidades. Comunicación presentada en el I Congreso Internacional de Aprendizaje y Comunicación Pre y Postnatal celebrado en Valencia del 27 al 29 de Junio.

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

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

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

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

Universidad Pontificia de Salamanca

Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, N. J.: Erlbaum.
Fedor-Freybergh, P. (1996). Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: A new approach to Primary Prevention. *International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, 8,* 17-28.
Fenster, L. (1995). Stress in the workplace and spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology, 142* (11), 1176 - 1183.
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-Abascal, E. (1997). *Psicología general: motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
Fernández-Abascal, E., Palmero, F., Chóliz, M. y Martínez, F. (1997). *Cuadernos de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
Fernández-Castro, J. y Edo, S. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología, 61,* 25-32.
Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62,* 891-905.
Goldenberg, R., Cliver, S., Cutter, G.,Hoffman, H., Cooper, R., Gotlieb, S., Davis, R. (1991). Maternal psychological characteristics and intrauterine growth retardation. *Pre-and Peri-Natal Psychology Journal, 6*(2), 129-134.
Janov, A. (2000). *The biology of love*. Amherst, Nueva York: Prometheus Books.
Janus, L. (1996). The prenatal experience: psychotherapeutic situation and possibilities for prevention. *International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8 (suppl),* 29-38.
Lafuente, M. J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Cúpula.
Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
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.
Lobel, M., Dunkel-Schetter, Ch. y Scrismhaw, S. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology, 11* (1), 32 - 40.
Maciá, D. y Méndez, F.X. (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
Marnie, E. (1990). *Un comienzo con amor*. Barcelona: Urano.
Martínez J.C. y Villarraga, S. (2001). Gestación y nacimiento, atención desde una perspectiva humanizante. Comunicación presentada en el 5º curso de actualización de enfermería, celebarado en Cafam, Mayo.

Universidad Pontificia de Salamanca

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.

Mehl, L.E. (1992). Women´s birth experience and subsequent infant motor development. *Pre and Peri-Natal Psychology Journal, 6*(4), 295-316.

Molfese, V.J., Bricker, M.C., Manion, L. G. (1987). Anxiety, depression and stress in pregnancy: a multivariate model on intrapartum risks and pregnancy outcomes. *Journal Psychosomatic Obstetrics Gynecology, 7*, 77-92.

Monk, C., Fifer, W., Myers, M., Sloan, R., Trien, L. y Hurtado, A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: Effects on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology, 36*(1), 67-77.

Monk, C., Myers, M.M., Sloan, R.P., Ellman, L.M. y Fifer, W.P. (2003). Effects of women's stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. *Journal of Developmental Behaviour Pediatric, 24*(1), 32-38.

Picone, T.A., Allen, L.H., Olsen, P.N. y Ferris, M.E. (1982). Pregnancy outcome in North American women. I. Effects of diet, cigarette smoking and psychological stress on maternal weight gain. II. Effects of diet, cigarette smoking, stress and weight gain on placenta and on neonatal physical and behavioral characteristics. *American Journal of Clinical Nutrition, 36*, 1205-1213 y 1214-1222.

Rappaport, J.L. (1977). *Community psychology: values, research, and action*. Nueva York: Holt, Rinehard y Winston.

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

Relier, J. P. (1994). *Ama a tu hijo antes de que nazca: la importancia del vínculo madre-hijo y de los estímulos afectivos durante el embarazo*. Barcelona: Martínez Roca.

Ruíz, 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.

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

Sarason, B. (1999). Familia, apoyo social y salud. En J. Buendía (Ed.), *Familia y Psicología de la Salud* (pp.19-42). Madrid: Pirámide.

Seligman, H. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.

Shereshefsky, P.M. y Yarrow, L.J. (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. Nueva York: Raven Press.

Strain, P.S. (Ed.) (1981). *The utilization of classroom peers as behavior change agents*. New York: Plenum Press.

Veldman, F. (1993). Afectividad confirmante, alba de la vida humana. Comunicación presentada en el I Congreso Mundial de Educación Prenatal: la madre, su hijo, nuestro futuro, celebrado en Granada del 17 al 19 de Junio.

Universidad Pontificia de Salamanca

Verny, T. y Kelly, J. (1991). *La vida secreta del niño antes de nacer.* Barcelona: Urano.
Verny, T.R. y Weintraub, P. (2003). *El futuro bebé. Arte y ciencia de ser padre.* Barcelona: Urano.
Wadhwa, P.D. (1993). The association between prenatal stress and infant birthweight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 169* (4), pp. 858-865.
World Health Organitation (1984). *Targets in support of the regional streteng towards health for all by the year 2000.* Ginebra: O.M.S.
World Health Organitation (1985). *Targets for health for all.* Copenhagen: O.M.S.
World Health Organitation (1986). *Curret patterns of training for primary health care workers in Europe in child mental health and psychosocial development.* Copenhagen: O.M.S.
World Health Organitation (1987). *Mental health services in pilot study areas.* Copenhagen: O.M.S.
World Health Organitation (1992). *The ICD-IO Classification of mental and behavioral disorders.* Geneve: World Health Organization Pub.

Universidad Pontificia de Salamanca