

Factores Ambientales y Embarazo: Influencias Físicas, Psicosociales y Socioculturales

Luz María Fernández Mateos*

Antonio Sánchez Cabaco**

Antonio Crespo León***

El artículo revisa diversas cuestiones vinculadas al proceso de gestación, con especial atención a la influencia de las dimensiones ambientales. Se analiza la influencia que ejercen un conjunto de factores físicos, psicosociales y socioculturales. Los factores físicos se refieren a las condiciones necesarias para asegurar el desarrollo corporal (vivienda, alimentación...). Las dimensiones psicosociales abarcan las relaciones de la pareja, el ambiente familiar, el contexto laboral y los servicios sanitarios. Finalmente, el ambiente sociocultural (mitos y creencias) son poderosos determinantes de la maternidad. Las conclusiones discuten los efectos positivos y negativos que el apoyo social ejerce sobre la adaptación al embarazo.

Palabras clave: embarazo, factores ambientales

Environmental Factors and Pregnancy: Physical, Psychosocial and Sociocultural Influences

This article reviews several issues related with gestation process, paying special attention to the influence of environmental factors. Physical, psychosocial and socio-cultural dimensions are analyzed. Physical dimensions refer to material conditions (housing, food...) that are necessary to corporal development. Psychosocial dimensions include couple relationships, familiar and working environment, and sanitary services. Finally, motherhood is been influenced by cultural environment embracing beliefs and myths. Conclusions discuss positive and negative effects of social support over the adaptation to the pregnancy.

Key words: pregnancy, environmental factors

Introducción

El medio ambiente, que dentro de nuestro ámbito se refiere a los factores psicológicos y sociales del entorno, incide sobre la formación de respuestas adaptativas o desadaptativas del individuo al medio. Dentro

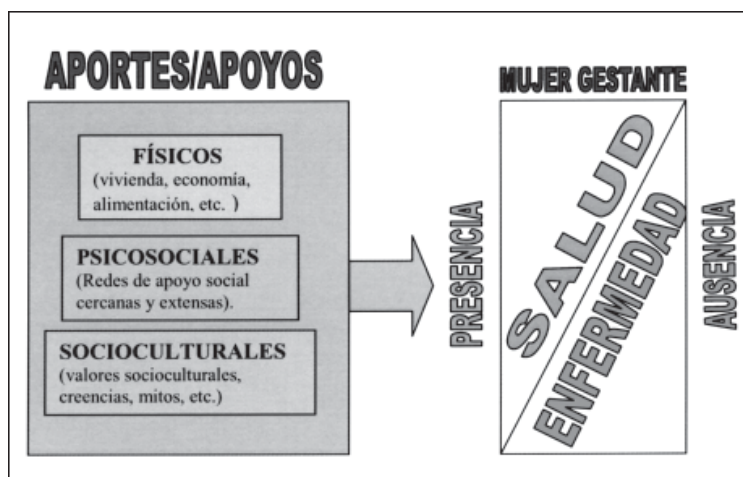
del modelo de provisión de Caplan (1993) correspondería a los aportes físicos, psicosociales y socioculturales necesarios para el desarrollo armónico del individuo. De forma esquemática se representan en el gráfico 1 los tres grupos principales para comentarlos con más amplitud a continuación.

* Escuela Universitaria de Magisterio Luis Vives (Universidad Pontificia de Salamanca). Avda. Champagnat, 121-133 37007 Salamanca (España).

** Facultad de Psicología (Universidad Pontificia de Salamanca)

*** Facultad de Psicología (U.N.E.D.).

Gráfico 1. Elementos relacionales del sistema ambiental



1. Aportes Físicos

Los aportes físicos se refieren a las condiciones materiales (vivienda, alimentación, estimulación sensorial, etc.) precisos para el crecimiento y desarrollo corporal (salud física).

Diversas características sociales, como un índice socioeconómico bajo, influyen en el proceso del embarazo y repercuten en la salud fetal (Turton y cols., 1999). Así los ponen de manifiesto los estudios realizados sobre una muestra de 1500 mujeres con índice social, económico y cultural bajo. Se evaluaron seis características psicosociales específicas (estrés, apoyo social, ansiedad, autoestima, depresión y maestría) y su relación con el crecimiento intrauterino retardado, pudiéndose comprobar que las mujeres que no presentaban riesgo psicosocial tenían un 11% de oportunidad de tener un IUGR, mientras que las mujeres que presentaban 5 o más riesgo psicosocial tenían un 26 % más de probabilidad de tener un IUGR (Goldenberg y cols., 1991). Por otra parte, la desnutrición de la madre bien por falta

de recursos económicos o por alteraciones de la conducta alimentaria produce en el feto un subóptimo desarrollo cerebral (Castiñeiras, 1992; Morris y Nickol-Richardson, 2001).

Además, la profesión, el nivel educativo, la edad, y la experiencia de partos anteriores tienen un gran poder diferencial sobre la vivencia de la gestación, observándose un mayor impacto emocional (sintomatología de tipo somático, miedos asociados al embarazo parto y crianza) en mujeres con niveles socio-educativos bajos, con una edad inferior a 20 años y experiencias negativas de partos anteriores (Pelechano y Matud, 1990; Canaval y cols., 2000).

2. Suministros Psicosociales

Dichos suministros serían aquellos que, siendo menos tangibles que los materiales, promueven en la mujer embarazada un adecuado desarrollo del proceso gestacional para que concluya felizmente su embarazo. Incluyen la estimulación y desarrollo

intelectual y afectivo de una persona por medio de la acción interpersonal de miembros significativos (familia, trabajo, personal sanitario, relaciones sociales, etc.). Éstos se constituyen como redes de apoyo social que acompañan a la mujer gestante mitigando las situaciones de riesgo y, en otras ocasiones, en sentido contrario provocando mayor vulnerabilidad. Entre dichas redes, las más cercanas la constituyen la pareja, los hijos y el resto de la familia. Entre las redes sociales más amplia encontramos las circunstancias laborales y sanitarias. A continuación, por su importancia, pasamos a describirlas sucintamente.

a) *Relaciones de pareja.* Dichas relaciones pueden ser origen de estrés con frecuencia cuando entre los miembros no existe una relación armoniosa por falta de comunicación, maltrato, tensiones laborales o económicas, confusión en el desempeño de los roles como pareja y como padres, personalidad insegura y mentalidad tradicional de la pareja -en la que se manifiesta que el embarazo y el tener un hijo- es cosa de mujeres (Hock, Schirtzinger, Widaman y Lutz, 1995; Segarra, 1996; Cloutier, Martín, Moracco, Garro, Clark y Brody, 2002; Bernazzani y Bifulco, 2003; Crockenberg y Leerkes, 2003). En otras ocasiones las buenas relaciones ocasionan el efecto contrario siendo la pareja un factor importante para reducir el nivel de estrés y ansiedad de la mujer durante todo el embarazo y el momento del parto (Copstick, Taylor, Hayes y Morris, 1986; Morales, 1999; Gage y Kirk, 2003), y conseguir una buena adaptación maternal, y una buena adaptación conyugal postnatal tanto a nivel físico, personal y social (Condon y Corkindale, 1997; Sarason, 1999).

En esta situación, cuando la pareja colabora en los cuidados del niño (establecidos de mutuo acuerdo, aceptando los nuevos cambios que se producen con la presencia del recién nacido, y sintiéndose aceptado por su mujer sin necesidad de tener que competir con el niño por el cariño de la madre), la interacción con el nuevo miembro así como con los ya existentes en la vida familiar es positiva (Shereshfsky y Yarrow, 1973; Gage y Kirk, 2003).

b) *Constelación familiar.* Las relaciones con el resto de la familia, fundamentalmente con los padres de la mujer (por constituir un apoyo emocional más cercano e intenso), ocasiona en determinadas situaciones estrés debido a la distancia geográfica. Este hecho es vivido por la mujer gestante con sentimiento de soledad, o por el contrario la cercanía física que puede coartar la independencia de la mujer gestante y de su pareja. La relación madre-hija es esencial para la adaptación al papel de madre. Según las teorías psicoanalíticas el proceso de aceptación o rechazo de la figura materna, por parte de la mujer gestante, origina en la misma una situación de crisis, de estrés, al realizar la gestante un proceso de regresión en el que se identifica con su propio hijo reviviendo de esta forma las etapas de su propio desarrollo. Si existe una fijación materna, la mujer gestante reclamará durante el proceso de embarazo y parto a dicha figura o una sustituta de la misma, como puede ser la matrona; mientras que si existe un rechazo de la figura materna rechazará a aquellas figuras que representen el papel de madre para con ella e incluso afectará a su propio proceso de adaptación como madre (Salvatierra, 1989;

Collins, Dunkel-Schetter y Scrimshaw, 1993; Relier, 1994). Incluso sin tener en cuenta estas interpretaciones de tipo psicodinámico, desde el punto de vista de la red de apoyo, la calidad del mismo es determinante del proceso de adaptación a esta nueva etapa (Sarason, 1999; Bondas, 2002).

- c) *Trabajo*. Los factores ambientales de trabajo tales como ambiente físico, químico, organizacional, etc., son estresores de naturaleza física y psíquica (Westlander, 1991; Canuso, 2003). La conexión ambiente físico-químico en el trabajo y estrés se ha investigado considerando la percepción que la mujer tiene de los apoyos. Así una percepción negativa de los mismos y en concreto con respecto a sus compañeros o supervisores ocasiona en la gestante un aumento de la ansiedad estado en el 2º trimestre de gestación. Esta percepción se encuentra en estrecha relación con la actitud negativa o ambivalente hacia el embarazo (Westlander, 1991).

En algunas ocasiones a la mujer se le plantea un conflicto de roles entre el papel de madre, el de trabajadora o profesional y en algunas ocasiones incluso se plantea que su trabajo es incompatible con la maternidad y con la nueva vida familiar. En estas situaciones el embarazo es visto como un freno a su carrera profesional (Segarra, 1996).

El embarazo normal no impide que la mujer siga desarrollando su trabajo, sin embargo existen condiciones ambientales y tareas que pueden influir negativamente tanto en la salud de la gestante como en el niño por nacer, como son los esfuerzos físicos (la actividad física fatigosa aumenta la probabilidad de abortos espontáneos, partos prematuros, etc.). Los horarios y ritmos con cambios continuos en los hábitos de sueño ó no tener unos minutos de descanso

durante la actividad laboral, conducen a un continuo estrés. Sustancias químicas, condiciones ambientales (un ambiente contaminado por polvo, gases, humos, frío extremo o demasiado calor, ruidos etc. la distancia del trabajo a casa) también son fuente adicional de riesgo (Lafuente, 1995; Delgado, 1996; Rice, 1997).

- d) *Sanitarios*. Los servicios sanitarios de obstetricia y ginecología tienen como objetivo promocionar la salud de la mujer, pero en ocasiones la necesidad de acudir a instancias sanitarias (médico de cabecera, matrona, ginecólogo, analista, etc.) y de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener documentación sanitaria (altas o bajas laborales, permisos por ausencia del trabajo para revisiones periódicas, etc.) incrementan la tensión en la gestante (Salvatierra, 1989).

Por otra parte, actualmente la mayoría de los partos se realizan en centros hospitalarios donde la mujer pierde el control interno de la situación y queda en manos del personal médico, ocasionando estrés y perturbando el proceso de adaptación, incluso cuando es un parto espontáneo (Salvatierra, 1989; Melender y Lauri, 2002). El parto puede ser generador de estrés dependiendo de la actitud de la mujer y de su pareja, y de factores cognitivos como informaciones, ideologías ó experiencia en partos anteriores. En los partos domiciliarios la mujer presenta un mayor locus de control interno, mejor satisfacción y una mayor ligazón con el niño con una mejor adaptación maternal (Fleming, Ruble, Anderson y Flett, 1988).

3. Apoyos Socioculturales

La cultura, la familia, el espacio social en el que se encuentra inmersa la mujer (con sus normas, valores y expectativas)

influyen sobre sus acciones, sus sentimientos, su percepción social - actitudes, opiniones, valores, nivel de aspiración- y sobre la maternidad. De ahí que la maternidad está culturalmente determinada (Maturana, 1997). No olvidemos la protección a la que la mujer gestante era sometida en culturas como los Vedas (donde la gestante era apartada de la sociedad conflictiva y recluida para que se relajase con sonidos musicales). También en la antigua civilización china (hace mil años pusieron en marcha las primeras clínicas prenatales, para cuidar y mimar a la mujer gestante) o las mujeres indígenas (que se retiran en el momento del parto con personas de su confianza por considerar que es un momento íntimo en el que ellas son las protagonistas). En cambio, en occidente, hasta tiempos recientes, la mujer gestante desarrollaba un papel pasivo en el proceso del embarazo. Es necesario respetar la percepción social que de la maternidad tiene la mujer gestante, ya que ello le reporta seguridad externa y recompensa, para prevenir la desadaptación. El cuidado de la mujer durante el proceso del embarazo tendría como objetivo asegurar y mantener, tanto social como individualmente, el nivel adecuado de esos aportes. Sería desde la Acción Social (intervención política, legislativa, social, etc.) la destinada a mantener el suministro social de estos aportes, mediante la adopción de las medidas oportunas.

La influencia negativa que puede acarrear desequilibrios en distintos momentos evolutivos del embarazo, es lo que se viene denominando el estrés psicosocial, del cual hablamos en el segundo apartado de este capítulo. Los acontecimientos ambientales (estresores externos) amenazan la existencia y bienestar del organismo. El significado psicológico o subjetivo que la

mujer gestante otorga al estresor, así como otros parámetros (sentimiento de potencia o impotencia, lugar de control, autoestima) constituirán importantes elementos disposicionales, que actuarán como mediadores en el proceso de adaptación ó confrontación de la mujer gestante a la nueva realidad (Salvatierra, 1989; Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal, 2000). Los programas dirigidos a paliar las consecuencias nocivas del estrés psicosocial se basan en identificar los acontecimientos o situaciones que lo producen, estudiar las consecuencias y desarrollar programas de intervención (atenuación, fortalecimiento e intervención en crisis). Toda mujer embarazada debe identificar las causas de su estrés, tanto en el trabajo como en su vida personal, y desarrollar una manera eficaz de afrontarlas. Cualquier mujer puede manejar mejor el estrés de su vida si se encuentra sana y en buen estado físico. Desde los distintos servicios (sanitarios y sociales), actualmente, se llevan a cabo programas dirigidos a paliar el estrés en la mujer gestante centrados en diferentes recomendaciones físicas o fisiológicas (consumir una dieta saludable, dormir bien, evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas y hacer ejercicios regularmente -bajo control médico-). Sin embargo no se tiene en cuenta el aspecto psicológico y emocional de la mujer gestante para poder realizar un adecuado afrontamiento del estrés (Aguirre de Cárcer, 1993; Veldman, 1993; Melender y Lauri, 2002; Bondas, 2002; Leithner, Maar y Maritsch, 2002). Desde un plano positivo o favorecedor, las líneas de investigación se centran en tres conceptos que desde distintos planos son determinantes como influencias externas en el proceso de adaptación-desadaptación del individuo: las redes sociales, el apoyo y el clima social. Se ha podido evidenciar

la asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales (desintegración social, status matrimonial, movilidad geográfica, etc.) al aparecer como elemento común la falta de lazos o apoyos sociales adecuados (Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992; Morales, Kornblit, Páez y Asún, 2002). Una adecuada red de apoyo (familiar, institucional, social, etc.) atenúa los efectos de problemas psicosociales y demandas físicas del embarazo en mujeres de riesgo psicosocial derivados de deprivaciones económicas, afectivas, maltrato, etc. (Condon y Corkindale, 1997; Canaval y cols., 2000). La red social desempeña una función mediadora entre los factores personales, ambientales y el apoyo social. De este modo, las características estructurales y relacionales de la red social personal están influyendo directamente sobre el apoyo social. Ello mediaría los efectos de los factores personales y ambientales sobre la mayor o menor probabilidad de encontrarse con eventos vitales y de disponer de estrategias adecuadas para la resolución de problemas. Todo ello influiría además sobre el nivel de salud paliando los efectos negativos que producen ciertas situaciones de aislamiento en el bienestar (Sarason, 1999; Maturana, 2000; Martínez y Villarraga, 2001). A continuación, de forma independiente, se analiza el concepto de apoyo social ya que si bien todo sistema de apoyo es, o forma parte de una red social, no toda red social tiene que constituir necesariamente un sistema de apoyo. En definitiva, mientras que la red social hace más énfasis en los aspectos estructurales (densidad, homogeneidad, etc. por ejemplo) el apoyo social incide sobre los aspectos funcionales de las redes -provisión de ayuda emocional, instrumental, informacional, etc.- (Buela-Casal, Fernández Ríos y Carrasco, 1997).

4. Efectos del Apoyo Social en la Mujer Gestante

La historia del apoyo social y de los conceptos relacionados con él es relativamente reciente. Los antecedentes se encuentran en las investigaciones realizadas acerca de la "ecología de la salud", donde se pone de manifiesto que los factores socioculturales (la pobreza, la desorganización sociocultural, la desintegración social, la ausencia de sentimiento de afiliación, el aislamiento social, etc.) influyen en la etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales (Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992; Pelechano, 1999). En el transcurso de su delimitación conceptual, y considerando las distintas definiciones dadas sobre el apoyo social, prima una estructura común a todas ellas que podemos agrupar en cuatro categorías: conductas de sustento o apoyo emocional, conductas de solución de problemas, influencia personal indirecta y acción ambiental (Buela-Casal, Fernández Ríos y Carrasco, 1997).

En cuanto a las funciones del apoyo social que versan sobre los mecanismos o procesos a través de los cuales el apoyo social surte **efectos positivos**, podemos señalar en general que para que la mujer gestante afronte mejor los eventos vitales estresantes concomitantes al embarazo, se le debe ayudar a realizar una reevaluación de los mismos, al tiempo que se realiza en ella la autoestima, el sentimiento de seguridad, de ser querida, de ser eficaz, de ser útil, etc. Por tanto, cuando una mujer gestante tiene sistemas de apoyo disponibles, accesibles y adecuados puede desarrollarse de forma saludable. La relevancia del apoyo social en la mujer gestante pone de manifiesto que actúa como factor protector para la prevención

del desarrollo de patología mental, como la depresión y ansiedad a lo largo del mismo (Condon y Corkindale, 1997; Sarason, 1999; Martínez y Villarraga, 2001; Melender y Lauri, 2002).

Ahora bien, no siempre el apoyo social produce efectos positivos en la mujer gestante al proveer consejo y acceso a servicios que le permiten establecer contactos sociales (informaciones de otras mujeres embarazadas a través de los cursos de psicoprofilaxis obstétrica, etc.) que facilitan ayuda, la integración social, reducción de los síntomas patológicos físicos y mentales, etc., ya que también, produce **efectos negativos** cuando la ayuda proveída por el apoyo social es ineficaz (sobre todo en el área sanitaria). En este campo, los cursos de preparación al parto se diseñaron partiendo de un supuesto proceso preventivo de tipo fisiológico y psicológico (por cuanto se pretende que la mujer adopte conductas saludables durante todo el embarazo, y comportamientos adecuados para controlar la ansiedad y el dolor durante el proceso del parto). Sin embargo, se observa que para el proceso preventivo psicológico no ha existido un apoyo sistematizado -sí ocasional en algunos centros-. En este sentido, y como han señalado diferentes investigadores (Aguirre de Cárcer, 1976; Beck, Siegel, Davidson, Kormeier, Breitenstein y Hall, 1980; Pelechano, 1981; García Moreno, 1985; Marnie, 1990; Verny y Weintraub, 1992; Panthuraamphorn, 1993), hay que poner el acento no sólo en la reducción de la ansiedad y dolor durante el parto, sino que es necesario un acompañamiento a la mujer gestante en todo el proceso del embarazo para prevenir situaciones de ansiedad, depresión y generar vínculos positivos con el futuro niño (Bondas, 2002). El procesamiento competente del estrés por parte de la

gestante puede verse favorecido por el apoyo del medio (Fernández, Cabaco y Crespo, en prensa).

Además, es necesario valorar también la ineficacia que puede ocasionar el apoyo excesivo. Éste puede generar, o incluso elevar, las amenazas de bienestar, fomentando la dependencia de otros y reduciendo los recursos de afrontamiento, bien en la persona que le da o en la que recibe apoyo social, generando un efecto negativo en la mujer gestante. Ocurre igual con los procesos de interacción no placenteros o no queridos (relación disfuncional de la pareja, situación laboral pésima, etc.), ya mencionados en apartados anteriores, que pueden causar rechazo ó interacciones competitivas, contribuyendo a disminuir el bienestar (Avia, 1999). Por último, el apoyo social puede producir un proceso de “regulación negativa” de la interacción con otros. Se pueden fomentar actos de desviación social estimulando la ejecución de roles inestables y patología conductual, a través de refuerzo de conductas inapropiadas, por modelados inadecuados, etc. (Cabaco, 1995; Buela-Casal, Fernández Ríos y Carrasco, 1997; Fernández, 2003).

A pesar de las consideraciones anteriores, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de implementar programas de intervención, la perspectiva de la teoría y práctica del apoyo social son positivas, como lo demuestran los resultados obtenidos por la aplicación de distintos programas diseñados para: mitigar las molestias físicas y mentales durante el embarazo (García Moreno, 1985; Jiménez, Merino y Sánchez, 1993), los diseñados para fortalecer vínculos afectivos con el niño (Weintraub y Verny, 1992; Panthuraamphorn, 1993), y las observaciones sistemáticas realizadas por distintos autores (Condon y Corkindale, 1997; Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal,

2000; Chacón, García y Flórez, 2000; Canaval y cols. 2000; Melender y Lauri, 2002; Canuso, 2003) en base a la percepción del apoyo social con el que cuenta la mujer gestante. (Fernández y Cabaco).

□

Referências bibliográficas

- Aguirre de Cárcer, A. (1976). Psicopedagogía Obstétrica y Sofrología. Actas II Congreso Mundial de Sofrología. Barcelona.
- 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.
- Avia, D. (1999). Amortiguadores del estrés y salud familiar. En J. Buendía (Ed.), *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Beck, N.C., Siegel, L.J., Davidson, N.P., Kormeier, S., Breitenstein, A., y Hall, D.G. (1980).
- The prediction of pregnancy outcome: maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 343-351.
- 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.
- Bondas, T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*, 18(1),61-71.
- 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.
- 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.
- Caplan, G. (1993). Psicología orientada a la población: teoría y práctica. En J. Navarro, A. Fuertes y F.J. Bustamante (Coords.), *Ensayos y conferencias sobre prevención e intervención en salud mental*. Salamanca: Junta de Castilla y León.
- Castiñeiras, J. (1992). Malnutrición y desarrollo infantil. *Psiquis*, 13(1), 11-20.
- 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.
- Cloutier, S., Martin, S.L., Moracco, K.E., Garro, J., Clark, K.A. y Brody, S. (2002). Physically abused pregnant women's perceptions about the quality of their relationships with their male partners. *Women Health*, 35(2-3),149-163.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, M. y Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- Condon, J.T. y Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment

- in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.
- Copstick, S., Taylor, K., Hayes, R. y Morris, N. (1986). Patner support and the use of coping techniques in labour. *Journal of Psychosomatic Research*, 30 (4), 497-503.
- 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.
- Delgado, A. (1996). *Vida clandestina*. Bilbao: Ordesa.
- Fernández, L.M. (2003). *Influencia de variables emocionales y socio-demográficas en la adaptación al embarazo y la vinculación afectiva*. Tesis doctoral no publicada, 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 el niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- Fernández Ríos, L., Torres, M. y Díaz, L. (1992). Apoyo social: implicaciones para la psicología de la salud. En M.A. Simón (Ed.), *Comportamiento y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Fleming, A.S., Ruble, D.N., Anderson, V. y Flett, G.L. (1988). Place of childbirth influences feelings of satisfaction and control in first-time mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 8, 1-17.
- Gage, J.D. y Kirk, R. (2003). First-time fathers: perceptions of preparedness for fatherhood. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(4), 15-24.
- García Moreno, A. (1985). El parto y sus problemas. Psicología y psicoprofilaxis obstétrica. En J.A. Carrobbles (Ed), *Análisis y Modificación de Conducta II. Aplicaciones Clínicas* (vol. 2). Madrid: UNED.
- 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.
- Hock, E., Schirtzinger, B., Widaman, K. y Lutz, W.J. (1995). Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. *Journal of Family Psychology*, 9, 79-88.
- Jiménez, F., Merino, G. y Sánchez, G. (1993). La ansiedad en la mujer embarazada. *Psiquis*, 14, 45-55.
- Lafuente, M. J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Cúpula.
- 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.
- 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, celebrado en Cafam, Mayo.
- Maturana, H. (1997). *Biología y violencia. Violencia en sus distintos ámbitos de expresión*. Santiago de Chile: Dolme.
- Maturana, H. (2000). *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile: Dolme.
- 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.

- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Barcelona: Paidós.
- Morales, J.F., Kornblit, A., Páez, D. y Asún, D. (2002). *Psicología social*. Madrid: Prentice Hall.
- Morrill, E.S., Nickols-Richardson, H.M. (2001). Bulimia nervosa during pregnancy: a reiew. *American Journal of Diet Association*, 101 (4), 448-54.
- Panthuraamphorn, C. (1993). Prenatal infant stimulation program. In: T. Blum (ed.), *Prenatal perception, learning, and bonding* (pp. 187-220). Hong Kong: Leonardo.
- Pelechano, V. (1981). *El impacto psicológico de ser madre*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1999). Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: datos y sugerencias para un modelo. En J. Buendía (Ed.), *Familia y Psicología de la Salud* (pp. 133-177). Madrid: Pirámide.
- Pelechano, V. Y Matud, M.P. (1990). Concomitantes psicológicas en la gestación. *Psicogemas* 4(8),267-305.
- 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.
- Rice, PH. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Madrid: Prentice Hall.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez, A.I., Bermúdez, M.P. y Buelacasa, 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.
- Segarra, J. (1996). Maternidad y relaciones humanas. Comunicación presentada en el I Congreso Internacional de Aprendizaje y Comunicación Pre y Postnatal, celebrado en Valencia del 27 al 29 de Junio.
- Shereshefsky, P.M. y Yarrow, L.J. (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. Nueva York: Raven Press.
- 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. y Weintraub, P. (1992). *El vínculo afectivo con el niño que va a nacer: un programa de nueve meses para tranquilizar, estimular y comunicarse con su bebé*. Barcelona: Urano.
- Westlander, G., (1991). The Psychological Background of Pregnancy outcome: A critical evaluation of research. *Women y Health*, 17 (3), 79-100.