

Relación entre niveles de depresión, inteligencia emocional percibida y percepción de cuidados parentales en embarazadas.

Relationship between depression levels, perceived emotional intelligence and perception of parental care in pregnancy.

René Barraza López¹
Daniela Heise Burgos²
Sandro Giovanazzi Retamal³

Resumen: La depresión en el embarazo es un problema creciente atribuible a la variabilidad biológica y a aspectos psicosociales como la percepción de vinculación parental y las habilidades emocionales autopercibidas, no obstante estas últimas presentan poca evidencia empírica, siendo variables aún poco exploradas. El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre la depresión, inteligencia emocional percibida y percepción de cuidados parentales en embarazadas. Los resultados indican que la percepción de una alta atención emocional, baja claridad emocional y baja regulación emocional, además de la percepción de las embarazadas de haber sido sobreprotegida por su padre, evidencian correlaciones con la depresión en el embarazo. Esto permite proponer la hipótesis vinculada a que la inteligencia emocional percibida como la reconstrucción de las experiencias vinculares tempranas podrían actuar como factores protectores, tendientes a disminuir la depresión en el embarazo, no obstante esto habría que corroborarlo con nuevos estudios en muestras mayores y con análisis más complejos.

¹ Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Santo Tomás, La Serena, Chile. Correo electrónico: renebarrazalopez@gmail.com

² Escuela Sistemática de Chile, La Serena, Chile.

³ Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Santo Tomás, La Serena, Chile.

Palabras Clave: inteligencia emocional, embarazo, depresión, percepción de vínculo parental.

Abstract: Depression in pregnancy is attributable to biological variability and psychosocial aspects such as perception of parental bonding and emotional skills self-perceived growing problem, however the latter have little empirical evidence, being variables still little explored. The objective of this research was to determine the relationship between depression, perceived emotional intelligence and perception of parental care in pregnant women. The results indicate that the perception of high emotional care, low emotional clarity and low emotional regulation, plus the perception of pregnant women have been overprotected by her father, show correlations with depression in pregnancy. This allows proposing linked to the perceived emotional intelligence as the reconstruction of early attachment experiences could act as protectors, aimed at reducing depression in pregnancy factors hypothesis, however this should be corroborated with further studies in larger samples and analysis more complex.

Keywords: emotional intelligence, pregnancy, depression, perceived parental attachment.

Introducción.

El período de edad fértil es donde se presenta la mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres chilenas, alcanzando valores que van entre un 16,7 a un 35,2%, aumentando en el posparto a 40,5%, muchos de estos casos detectados en el puerperio comenzaron en realidad en la etapa de gestación (Marín-Morales y Carmona-Monge, 2014). En este sentido, el estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo (Oiberman, Santos, Nieri, 2011), ha propuesto el concepto de salud mental perinatal, en el cual se incluyen la observación por parte de los expertos de los riesgos psíquicos que surgen en la

mujer durante el periodo perinatal, dado que estos pueden afectar tanto a la madre como al hijo (Austin, 2003; Austin, 2004; Paolini, Oiberman y Balzano, 2012; Sophie, Truijens, Nyklícek, Van Son, Pop, 2015)

A este respecto, un fenómeno particularmente interesante de observar es la emergencia de la depresión en el embarazo (Grote, Bridge, Gavin, Melville, Iyengar, Katon, 2010; Jeong, Lim, Lee, Kim, Jung, Joe, 2013). En este sentido, la literatura establece como precursores de la depresión en el embarazo, aspectos de orden orgánico como: presencia de insomnio (Chan-Chan, Cisneros-Dorantes, Matín-Arceo, Reyes-León, 2013), déficit de vitamina D (Bertone-Johnson; 2009; Huang, Dodie, Chun-fang, Raymond, Michelle, Enquobahrie 2014), otros de orden psicológico como la ansiedad (Silva, Díaz y Mejías, 2013), y factores psicosociales (Sánchez-Jimenez, Trejo y Becerra, 2008; Quezada y González; 2012; Paolini *et al.*, 2012). En este mismo sentido, se reconoce que el embarazo produce en la mujer una mayor permeabilidad y vulnerabilidad psicosocial dado el gran dinamismo psicofisiológico que enfrenta el organismo durante el proceso. De esta forma, el ambiente biológico y psicológico generado por el estado de gravidez genera una interjección espacio temporal propicia para la reedición de la propia historia vincular, aumentando el riesgo de una depresión o una reactivación de patologías previas en la mujer gestante. (Babb, Deligiannidis, Murgatroyd y Nephew, 2015).

En este mismo sentido, el estudio realizado por Handa, Ito, Tsuda, Oshawa y Ogawa (2009), determinó que la prolongación de la depresión, especialmente las pacientes de sexo femenino, es probablemente resultado de niveles bajos de la atención paterna y bajo nivel de educación. De acuerdo a lo planteado por Bowlby (1969;1979; 1980; 1985), los lazos formados desde los primeros meses de vida pueden persistir en forma de modelos en el mundo representacional del adulto siendo enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital. Estas representaciones fueron denominadas por Bowlby como modelos operativos internos, los cuales se nutren de creencias complementarias y expectativas sobre la disponibilidad física y psicológica del cuidador, así como su nivel de responsabilidad ante las necesidades expresadas por el niño o niña. En este sentido, la evidencia disponible (Farkas, Santelices, Aracena, y Pinedo, 2008; Handa, *et al.*, 2009; Babb, *et al.*, 2015) da cuenta que la presencia de un modelo

operativo interno sano, se asocia con mayores índices de ajuste socioemocional durante el embarazo, permitiendo establecer relaciones más sanas con otros, enfrentar adecuadamente situaciones de estrés y ser menos vulnerable frente a situaciones de riesgo.

Por otra parte, existe evidencia que da cuenta de que la autopercepción de inteligencia emocional juega un rol determinante en la percepción de la depresión en embarazo, esto es cuando se presta excesiva atención a las emociones se incrementa la sintomatología depresiva, pensamientos desiderativos, resignación y autoculpa. Al aumentar la claridad y reparación emocional, disminuye la sintomatología depresiva y se emplean formas de afrontamiento adaptativas durante el embarazo (Beltrán-Jiménez y Ortiz, 2011). En esta misma línea, la tesis presentada por Woodard (2010), establece que las mujeres embarazadas tendrían mayor habilidad que las no embarazadas y las embarazadas deprimidas, para comprender y manejar las emociones, con lo cual concluye que el embarazo potencia la percepción de habilidades relacionadas a la inteligencia emocional. Esto respalda lo propuesto por Salovey y Mayer (1990) y Mayer, Caruso, y Salovey, (1999 en Davis y Humphrey 2012) en cuanto a que la inteligencia emocional-, la capacidad para atender a los estados emocionales, claridad para comprenderlos y habilidad para regularlos-, permite el uso adaptativo de las emociones y su aplicación a nuestro pensamiento para resolver problemas y facilitar la adaptación al medio.

A partir de esto que el presente estudio busca determinar la relación entre la niveles de depresión, inteligencia emocional percibida y la percepción de cuidados parentales en embarazadas, toda vez que estos elementos podrían actuar como factores protectores, tendientes a disminuir la depresión en el embarazo y por ende en el puerperio.

Materiales y método

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de tipo transversal y carácter correlacional, donde se busca constatar las siguientes hipótesis:

H_1 = A mayores niveles de cuidado parental, menores niveles de depresión en mujeres embarazadas.

H_2 = A mayores niveles de sobreprotección parental, mayores niveles de depresión en mujeres embarazadas.

H_3 = A mayores niveles de atención emocional, mayores niveles de depresión en mujeres embarazadas.

H_4 = A mayores niveles de claridad emocional, menores niveles de depresión en mujeres embarazadas.

H_5 = A mayores niveles de reparación emocional, menores niveles de depresión en mujeres embarazadas.

Participantes

La muestra estuvo compuesta de 100 participantes mujeres en estado de preñez, las cuales mediante un muestreo no probabilístico, de participantes voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) fueron reclutadas en cuatro Centros de Atención Familiar de la comuna de La Serena y Coquimbo.

Instrumentos

Para medir la percepción de cuidado y sobreprotección parental, se utilizó el Parental Bonding Instrument (P.B.I) (Gordon Parker, Hilary Tupling y L.P. Brown; 1979), basado en la teoría del apego de John Bowlby, mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, hasta los 16 años. El test original consta de 25 afirmaciones, las que componen dos escalas: Cuidado (12 ítem) y Sobreprotección (13 ítem); cada ítem se puntúa a través del método Likert. Este instrumento fue estandarizado para la población chilena por Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi, y Gloger (2001), reportándose una consistencia que fluctúa entre 0,78 y 0,93, por lo cual es posible que presente un adecuado índice de confiabilidad. La validez de constructo reporta que la proporción de la varianza total fue de 37.099% para el cuestionario de madres y de 36.841%, para el cuestionario de padres.

La Inteligencia Emocional será medida a través de TMMS-24, que está basado en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. Siendo uno de los instrumentos de medición más utilizados para la evaluación de la inteligencia emocional autopercibida dada su facilidad de aplicación y fiabilidad (Fernández y Extremera, 2005). La escala se compone de 24 ítems (8 ítems por cada factor o componente evaluado). En Chile dicho instrumento ha sido validado por Espinoza-Venegas, Sanhueza-Alvarado, Ramírez-Elizondo, & Sáez-Carrillo, (2015) evidenciando, a su vez aplicaciones en muestras de universitarios chilenos (Barraza López & González A., 2016), donde se reportan altos niveles de confiabilidad para cada una de sus subescalas: Atención, $\alpha = 0,87$; Claridad, $\alpha = 0,85$, y de Reparación, $\alpha = 0,87$. Respecto de la distribución de ítems en factores, la escala TMMS-24, arrojó tres factores (atención, claridad y reparación) que explicaban el 54,8% de la varianza total.

En cuanto a la depresión, estas variables serán medidas con la *depression anxiety and stress scale* (DASS-21) (Lovibond y Lovibond, 1995), en su versión adaptada y validada para Chile por Antúnez y Vinet (2012), la cual esta subdividida en tres factores: ansiedad, depresión y estrés. Esta versión está compuesta por 21 reactivos, tiene por objetivo medir las sintomatologías de la ansiedad, depresión y estrés de forma independiente. La validación en Chile informa que la escala de depresión exhibe un alfa de 0,85, estrés de un 0,83 y ansiedad un alfa de 0,73. Alcanzando un alfa total 0,91. Respecto a la validez de constructo, las autoras reportan convergencia y divergencia óptima en base a análisis estadísticos.

Procedimiento

Previa autorización de la dirección de los centros de salud, se coordinó con las matronas –a cargo de los talleres–, con las embarazadas de los distintos centros la aplicación de los instrumentos. Se explicó a las participantes los objetivos del estudio, términos referidos a la confidencialidad de las respuestas y el reporte de resultados individualizados a quienes desearan conocerlos, para finalmente proceder a la firma del consentimiento informado a quienes voluntariamente participen del estudio. Para el reporte de resultados individuales fue necesario

solicitar datos de identificación de las participantes e informar las vías de contacto con el investigador principal, no obstante ninguna de las participantes ha solicitado información respecto a su evaluación hasta la fecha. Una vez informados estos aspectos, se procedió al levantamiento de datos mediante tomas únicas auto-administradas, individuales de las escalas TMMS-24, PBI y DASS-21.

Análisis de datos

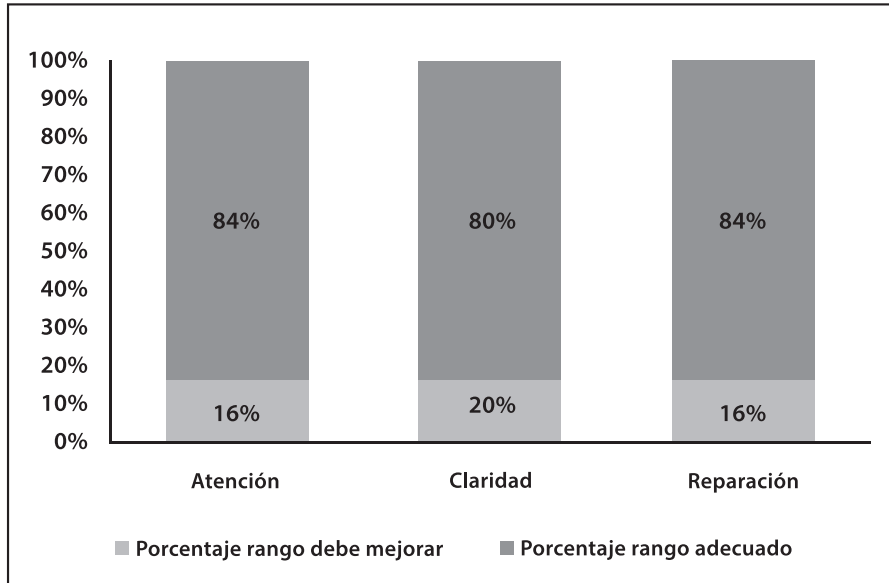
Se utilizaron medidas de tendencia central para dar cuenta de los puntajes promedio y desviación estándar para dar cuenta de los niveles de depresión, inteligencia emocional percibida y percepción de cuidado parental de las embarazadas participantes en el estudio.

Para determinar la relación asociativa entre la depresión, las dimensiones de la inteligencia emocional y la percepción de cuidado y sobreprotección parental en las embarazadas antes individualizadas, se procederá a utilizar el coeficiente de correlación de Pearson (r de Pearson). Los datos serán codificarlos en el programa computacional Microsoft Excel, traspasando luego la información y procesándola a través del Programa estadístico SPSS, versión 21.0.

RESULTADOS

Los resultados referidos a la autopercepción de inteligencia emocional sitúan a la muestra de mujeres embarazadas en una proporción que varía de 80% a 84% de adecuación en cuanto a los niveles de atención, claridad y reparación emocional, dejando un margen de entre un 16% a 20% de déficit en cuanto a la percepción de desarrollo de estas habilidades (ver gráfico 1). No obstante las tres ramas de la inteligencia emocional describen puntajes promedio que sitúan al global de la muestra en niveles adecuados (ver tabla 1).

Gráfico 1. Distribución porcentual de las ramas de inteligencia emocional en la muestra de embarazadas.



Fuente: Elaboración propia, 2016.

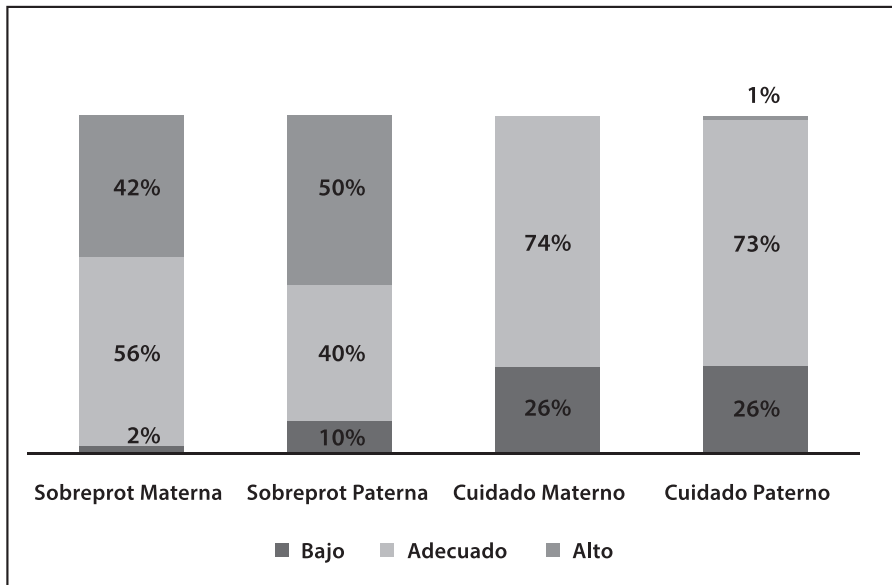
Tabla 1. Descriptivos respecto de las ramas de inteligencia emocional.

	Atención	Claridad	Reparación
Porcentaje rango debe mejorar	16%	20%	16%
Porcentaje rango adecuado	84%	80%	84%
Moda	26	29	29
Mediana	26	29	32
Media	26,5	28,9	30,6
Desviación estándar	6,96	6,58	6,79
N	100		

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Por otra parte, los resultados referidos a la autopercepción de cuidados y sobreprotección parental, indican que sólo la dimensión sobreprotección paterna presenta niveles promedio elevados, situando a un 50% de la muestra de embarazadas en condición de percepción de una alta sobreprotección por parte del padre (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución porcentual de la percepción de cuidados y sobreprotección parental en la muestra de embarazadas.



Fuente: Elaboración propia, 2016.

Respecto de las otras dimensiones evaluadas se aprecia que los puntajes promedio se ubican en niveles de adecuación (ver tabla 2).

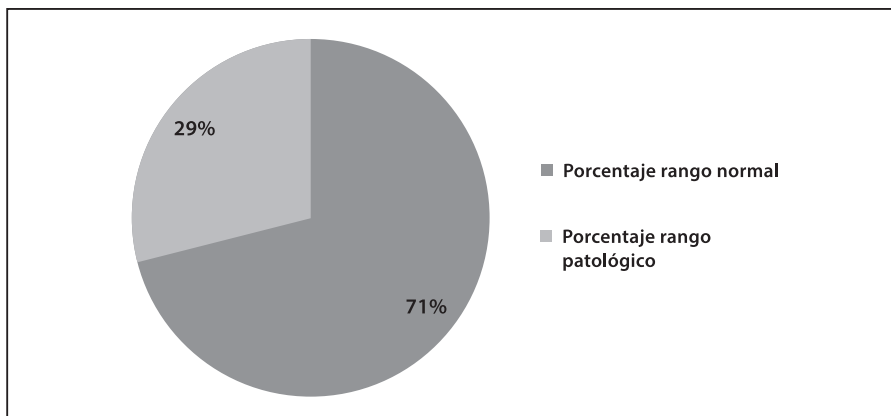
Tabla 2. Descriptivos respecto de la percepción de cuidados y sobreprotección parental en la muestra de embarazadas.

	Sobreprotección		Cuidado	
	Materna	Paterna	Materna	Paterna
Bajo	2%	10%	26%	26%
Medio	56%	40%	74%	73%
Alto	42%	50%	0%	1%
Media	17,96	17,23	22,36	21,23
Mediana	18	17	23	23
Moda	18	17	24	23
N	100			

Fuente: Elaboración propia, 2016.

A su vez los resultados referidos al autorreporte de depresión, ansiedad y estrés dan cuenta que un 29% de la muestra de embarazadas presenta niveles de depresión entre moderado a severo (ver gráfico 3), donde las medias se sitúan al límite de la normalidad en los puntajes promedio para depresión (ver tabla 3).

Gráfico 3. Distribución porcentual de los niveles de depresión en la muestra de embarazadas.



Fuente: Elaboración propia, 2016.

Tabla 3. Distribución porcentual de la muestra en base los rangos de depresión.

Depresión	
Porcentaje rango normal	79,1%
Porcentaje rango patológico	21,9%
Media	7,3
Desviación estándar	9,8
N	100

Fuente: Elaboración propia, 2016.

En cuanto a la relación entre las ramas de la inteligencia emocional percibida, los niveles de sobreprotección y cuidado materno y paterno y los síntomas depresivos, los resultados indican la presencia de una relación entre todas las de la inteligencia emocional con los síntomas depresivos, al igual que la percepción de sobreprotección paterna con la depresión. (ver tabla 3).

Tabla 4. Correlaciones entre variables psicológicas de las embarazadas y depresión.

			Depresión
Inteligencia emocional	Atención	Correlación de Pearson	,249*
		Sig. (bilateral)	,012
	Claridad	Correlación de Pearson	-,202*
Sig. (bilateral)		,044	
Percepción de apego	Reparación	Correlación de Pearson	-,240*
		Sig. (bilateral)	,016
	Sobreprotección Paterna	Correlación de Pearson	,298**
		Sig. (bilateral)	,003
		N	100

* significativa al nivel 0,05 ; ** significativa al nivel 0,01

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo el establecer el grado de relación entre los síntomas depresivos autoreportados por las embarazadas y su inteligencia emocional percibida, además de la percepción de cuidados parentales recibidos por sus figuras parentales. De las 5 hipótesis, las tres correspondientes a la relación de las dimensiones de la inteligencia emocional con la sintomatología depresiva en las embarazadas pudieron corroborarse, sin embargo de aquellas relativas a la percepción de cuidado y sobreprotección parental, solo aquella relacionada con la sobreprotección paterna pudo ser corroborada.

De esta forma –y a partir de los resultados obtenidos–, es posible establecer que las distintas ramas de la inteligencia emocional presentan relación con los niveles de depresión en embarazadas, en concreto se evidencia que a mayor atención emocional mayores niveles de depresión, en tanto que a mayores niveles de comprensión y regulación emocional, menores niveles de depresión. Estos resultados son concordantes con lo reportado por Beltrán-Jiménez y Ortiz (2011), lo cual reafirma el planteamiento referido a que la autopercepción de inteligencia emocional juega un rol importante en la percepción de la depresión en embarazo, esto es, cuando se presta excesiva atención a las emociones se incrementa la sintomatología depresiva, pensamientos desiderativos, resignación y autoculpa, no obstante al aumentar la claridad y reparación emocional, disminuye la sintomatología depresiva, permitiendo el uso de formas de afrontamiento adaptativas durante el embarazo. Estos resultados también aportan evidencia a favor de lo presentado por Woodard (2010), en cuanto a que las mujeres embarazadas tendrían mayor facilidad que las no embarazadas y las embarazadas deprimidas, para comprender y manejar las emociones, con lo cual se respalda la idea que el embarazo potencia la percepción de habilidades relacionadas a la inteligencia emocional.

Por otra parte, respecto a las hipótesis que vinculan la percepción de atención paterna temprana con la depresión en embarazadas, solo fue posible establecer una relación significativa entre la percepción de cuidado paterno con la presencia de síntomas depresivos, no evidenciando relación con la sobreprotección parental y el cuidado materno percibido en las participantes de la muestra. Estos

resultados concuerdan con lo planteado por Handa, *et al.* (2009) respaldando la idea referida a que la prolongación de la depresión, especialmente las pacientes de sexo femenino, es probablemente resultado de niveles bajos de la atención paterna. Igualmente estos resultados respaldan parcialmente la idea propuesta por Farkas *et al.*, (2009) y Babb, *et al.*, (2015) en cuanto a que un modelo operativo interno sano, se asocia con mayores índices de ajuste socioemocional durante el embarazo.

En este mismo sentido, si se presta atención a los cuatro cuadrantes propuestos por Linares (2000), el cuadrante relacional que surge del cruce de la *conyugalidad armoniosa* y una *parentalidad deteriorada*— donde las funciones parentales se encuentran primariamente deterioradas y no producto de una conflictiva conyugal— es calificado por el autor como un espacio *deprivador*. En este caso los padres perciben la parentalidad de forma amenazante y estresante, lo cual hace que antepongan sus propias necesidades a la de sus hijos; la pareja parental estará muy centrada en el vínculo conyugal descuidando la parentalidad y el cuidado de los niños. De esta forma, las mujeres embarazadas con depresión, estarían en el espacio de las deprivaciones, tanto en su historia como en su contexto relacional actual, por lo cual sería recomendable trabajar la intervención desde el fortalecimiento y reequilibrio de la vinculación sana con su hijo, integrando su historia para poder reformularse el devenir de madre.

Estos resultados ponen de relieve la importancia de una parentalidad sana, al servicio del desarrollo de factores protectores como la inteligencia emocional en etapas de vulnerabilidad y cambio biopsicosocial como lo sería el período de embarazo. En este sentido, el modelo operativo propuesto por Linares (2000; 2002; 2006a; 2006b) apunta en esa dirección, señalando que la articulación armoniosa entre el eje conyugalidad sana y parentalidad primariamente conservada, aporta elementos propios de la dinámica familiar sana que pueden ser potenciadores de esta relación protectora.

Una idea relevante para la prevención, sería poder comprender los elementos contextuales e históricos relacionales de la mujer embarazada accediendo a los componentes relacionales de la familia de origen, reconociendo si los elementos de la parentalidad como la nutrición emocional (función básica de la parentalidad) fue realizada por las figuras parentales de manera efectiva. Además de aquello

sería conveniente atender a los aspectos relacionales de pareja de la embarazada a fin de reconocer aspectos como la calidad del vínculo con la pareja, y a partir de ello reconocer si es que esta se constituye como un espacio de conyugalidad armoniosa, toda vez que este podría actuar como factor protector para la depresión en la embarazada.

Referencias

- Antúnez, Z. & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos, *Terapia Psicológica* 30 (3): 49-55.
- Austin, M.P. (2003). Perinatal mental health: opportunities and challenges for psychiatry. *Australasian Psychiatry* 11(4): 399-403.
- Austin, M.P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of women’s Mental Health* 7: 1-6.
- Babb, J., Deligiannidis, K., Murgatroyd C., & Nephew B. (2015). Peripartum depression and anxiety as an integrative cross domain target for psychiatric preventative measures. *Behavioural Brain Research*. Volume 276, 1, 32-44. doi:10.1016/j.bbr.2014.03.039
- Barraza, R., & González A., M. (2016). Rendimiento académico y autopercepción de inteligencias múltiples e inteligencia emocional en universitarios de primera generación. *Actualidades Investigativas en Educación*, 16(2). <http://doi.org/10.15517/aie.v16i2.23930>
- Beltrán-Jiménez, B.E., y Ortiz-Acosta, R. (2011). Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y Estrés* 17(2-3), 255-264.
- Bertone-Johnson, E.R. (2009). Vitamin D and the occurrence of depression: causal association or circumstantial evidence? *Nutrition Reviews*. 67:481–492. doi: 10.1111/j.1753-4887.2009.00220.x.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós. Brennan, K. A.,
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Chan-Chan, E., Cisneros-Dorantes, C., Martín-Arceo, S., & Reyes-León, A. (2013). El insomnio como factor de riesgo para la depresión en mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana* 27(3): 171-176.
- Davis, S., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences*, 52: 144–149.
- Espinoza-Venegas, M., Sanhueza-Alvarado, O., Ramírez-Elizondo, N., & Sáez-Carrillo, K. (2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermería* 23(1): 139-147. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535>
- Farkas, C., Santelices, M. P., Aracena, Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psyche*, 17(1) 65-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96717107>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado* 54: 63-94.
- Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., Katon, W.J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. (67), 1012–1024.doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111.

- Handa, H., Ito, A., Tsuda., Ohsawa, I., Ogawa, T. (2009). Low level of parental bonding might be a risk factor among women with prolonged depression: A preliminary investigation. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. 63 (6), 721-729. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.02018.x.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6° edición. Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Huang, J.Y., Dodie, A., Chun-fang, Q., Raymond M.S., Michelle, W.A., Enquobahrie, D.A. (2014). Association of Serum Vitamin D with Symptoms of Depression and Anxiety in Early Pregnancy. *Journal of Women's Health*. , 23(7): 588-595. doi:10.1089/jwh.2013.4598.
- Jeong, HG., Lim, JS., Lee, MS., Kim, SH., Jung, IK., & Joe, S.H. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: Focus on the role of emotional support. *Gen Hosp Psychiatry*. 35: 354–358. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.02.009.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J.L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J.L. (2006a). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En A. **Roizblatt** (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (166-178). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Linares, J.L. (2006b). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Lovibond, S. & Lovibond P. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Marín-Morales, D., & Carmona-Monge, F. (2014). Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in spanish pregnant spanish women. Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas]. *Anales de Psicología*, 30(3), 908-915. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.153101>
- Melis, F., Dávila, M., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C., y Gloger, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39(2), 132-139. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000200005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272001000200005.
- Oberman A, Santos S., & Nieri L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. *Boletín de la maternidad*, (11) 16-19.
- Paolini, C., Oberman, A., Balzano, S. (2012). Factores psicosociales asociados a un alto, medio y bajo riesgo de síntomas depresivos en el posparto inmediato. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 12(1), 65-73. Recuperado en 07 de agosto de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100007&lng=es&tlng=es.10.1590/S1519-38292012000100007.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.B. (1979). A parental Bonding Instrument. *Brit. J. Med. Psychol.* (52): 1-10. Disponible en: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1992/A1992JQ34600001.pdf>

- Quezada, L. D. C. y González, M. T. (2012). El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. *Psicología desde el Caribe*, 29(1) 19-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171003>
- Salovey, P., y Mayer, J. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality* 9: 158-211.
- Sánchez Jiménez, B., Trejo, M.H., & Becerra, T.L. (2008). Violencia conyugal y depresión durante el embarazo. *Salud Pública de México*. 50 (5), 353-354.
- Silva, E., Díaz, V., & Mejías, M.A. (2013). Ansiedad y Depresión durante el embarazo. *Informe Médico*. 15 (2), 51-56.
- Sophie E.M., Truijens, S., Nyklícek, I., Van Son, J., & Pop, V. (2015). Validation of a short form Three Facet Mindfulness Questionnaire (TFMQ-SF) in pregnant women Personality and Individual Differences. In *Press, Corrected Proof* doi: 10.1016/j.paid.2015.06.037.
- SPSS Inc. Released (2006). SPSS for Windows, Version 15.0. Chicago, SPSS Inc.
- Woodard, S. A. (2010). Pregnancy and the meta-mood experience: Differences on the trait meta-mood scale in pregnant and depressed women (Order No. 3453097). Available from ProQuest Dissertations and Theses A&I: *The Humanities and Social Sciences Collection*. (879546669). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/879546669?accountid=31175>.