



Facultad de Psicología

**Trabajo de
fin de grado**

Modalidad 2

“Proyecto de investigación empírica y/o desarrollo
de un estudio piloto”

**Efecto del funcionamiento
social en la sintomatología
depresiva y ansiosa
en mujeres gestantes**

Autor/a del TFG

Lidia Gómez Sánchez

Directora del TFG

Carmen Senra Rivera

Grado en Psicología

Año 2013

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Psicología

Índice

Resumen / Abstract	3
1. Introducción.....	5
<i>1.1. Rumiación.....</i>	<i>9</i>
<i>1.2. Preocupación.....</i>	<i>14</i>
<i>1.3. Funcionamiento social.....</i>	<i>18</i>
<i>1.4. Justificación del estudio.....</i>	<i>21</i>
2. Objetivos e hipótesis.....	23
3. Método.....	26
<i>3.1. Participantes.....</i>	<i>26</i>
<i>3.2. Instrumentos.....</i>	<i>27</i>
<i>3.3. Procedimiento.....</i>	<i>29</i>
<i>3.4. Análisis de datos.....</i>	<i>31</i>
4. Resultados.....	32
5. Discusión.....	40
6. Conclusiones	46
7. Referencias bibliográficas.....	48
8. Índice de tablas.....	57

Resumen

Los síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo constituyen un problema clínico relevante, no sólo por el malestar emocional que generan en ese período sino también porque pueden prolongarse y agravarse en el posparto. Por ello, conocer las variables de riesgo que puedan explicar estos cuadros clínicos sería de gran interés. Hasta el momento la literatura se ha centrado en el estudio de variables de carácter interpersonal y ha prestado mucha menos atención a las variables cognitivas. Así pues, el objetivo general de este trabajo es conocer el papel de dos procesos cognitivos, rumiación y preocupación, estrechamente ligados a la depresión y la ansiedad, y del funcionamiento social, en la presentación de sintomatología depresiva y ansiosa preparto. Participaron en el estudio 104 mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación. Todas las participantes cubrieron autoinformes sobre las variables de interés. Los resultados mostraron que las mujeres embarazadas que presentan un funcionamiento social más elevado, tienden a rumiar significativamente menos y a preocuparse también menos que las que manifiestan un funcionamiento social más pobre. Este resultado se relacionó significativamente con menor presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Los hallazgos de este trabajo podrían ayudar a orientar hacia estrategias de prevención y tratamiento más específicas durante el embarazo.

Palabras clave: Gestación, síntomas depresivos, síntomas ansiosos, rumiación, preocupación, funcionamiento social.

Abstract

Depressive and anxiety symptoms during pregnancy are an important clinical problem, not only for the emotional distress they create in that period but also because they can aggravate and prolonge the postpartum. Thus, knowing the risk variables that may explain these clinical symptoms would be of great interest. So far the literature has focused on the study of interpersonal character variables and has paid less attention to the cognitive variables. Thus, the objective of this study was to determine the role of two cognitive processes, rumination and worry, which are closely linked to depression and anxiety, respectively, and social functioning in antepartum depressive and anxious symptoms. The study involved 104 pregnant women in their third trimester of pregnancy. All participants filled out self-reports regarding variables of interest. The results showed that pregnant women who have a higher social functioning tend to brood and worry significantly less than women who show a poorer social functioning. This result was significantly related to lower frequency of depressive and anxious symptoms. The findings of this study could help us guide prevention strategies and specific treatment during pregnancy.

Key words: Pregnancy, depressive symptoms, anxious symptoms, rumination, worry, social functioning.

Introducción

La depresión es una de las complicaciones perinatales más comunes. Aunque las tasas publicadas en distintos estudios no coinciden, posiblemente por diferencias en el momento de la evaluación y los instrumentos utilizados, todos los autores están de acuerdo en el interés y la repercusión clínica de este problema. Así, Beck en 2001 refiere un 13% de casos de depresión posparto y Gaynes et al. (2005) afirma que este trastorno afecta aproximadamente a entre el 5 y el 13% de mujeres durante el primer año después del parto. Según Gavin et al. (2005) un 19.2%, de las mujeres experimenta sintomatología depresiva en los tres primeros meses después del parto y un 7.1% sufre un trastorno depresivo mayor. Las estimaciones publicadas por estos autores indican que al menos un 18.4% de mujeres embarazadas presentan sintomatología depresiva durante la gestación y que un 12.7% de éstas experimenta un episodio de depresión mayor. En una revisión efectuada por Ryan, Milis y Misri (2005) se informa que la depresión durante la gestación se sitúa en una tasa del 20% y que, frecuentemente, la depresión posparto es la continuación del trastorno iniciado durante el embarazo.

Otros estudios han documentado que la prevalencia de la depresión perinatal (desde la concepción hasta los 12 meses posparto) se sitúa entre el 10-15% en población general con tasas más elevadas para ciertos grupos como son aquellos que han presentado depresión mayor con anterioridad o que tienen historia previa de depresión posparto (Gavin et al., 2005; Gaynes et al., 2005; Meltzer-Brody, 2011; O'Hara &

Swain, 1996).

Los datos encontrados no identifican un determinado trimestre de gestación o un determinado mes en el posparto susceptible de mayor riesgo de sufrir depresión aunque, las cifras apuntan a que el segundo y el tercer mes del posparto tienen una prevalencia superior. Tampoco existe evidencia que señale que la incidencia de la depresión o de la sintomatología depresiva es mayor en el periodo de gestación y el posparto que en otras etapas de la vida (Gavin et al., 2005). Así mismo, no se considera diferente la etiología en este periodo respecto a otras etapas de la vida de la persona (Phillips, Sharpe, Matthey & Charles, 2010), pudiendo encajar igualmente la depresión posparto dentro del modelo de vulnerabilidad-estrés en el cual el nacimiento del bebé sería el estresor desencadenante (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003).

Sin embargo, la depresión posparto aunque no difiere de la de los otros periodos de la vida, tiene la particularidad de que la madre en ese momento, no solo necesita cuidarse a sí misma sino cuidar al bebé. Las consecuencias para ella y para los que la rodean también son diferentes (Almond, 2009). Así, la depresión en este periodo tiene consecuencias para el bebé, la pareja y los otros hijos, afectando negativamente a la relación madre-hijo (Logsdon, Wisner & Pinto-Foltz, 2006). Las parejas de las mujeres con depresión posparto experimentan más conflictos en su vida y en su relación de pareja, más miedo, confusión e incerteza sobre el futuro y mayor riesgo de problemas de salud mental (Meighan, Davis, Thomas & Droppleman, 1999; Zelkowitz & Milet, 2001). Además, estas madres tienen mayores dificultades con el resto de hijos y éstos adoptan prematuramente el rol de adultos asumiendo el papel de cuidador de los

hermanos y de la madre depresiva (Beck, 1996a).

Los factores de riesgo de desarrollo de depresión posnatal incluyen depresión y ansiedad preparto, historia de depresión previa, falta de apoyo social y acontecimientos vitales estresantes (Milgrom et al., 2008). Aunque se ha señalado que la depresión prenatal es un factor de riesgo para la depresión posparto, no todas las mujeres que desarrollan depresión posparto han tenido experiencias de depresión durante la gestación (Clatworthy, 2012).

Como se ha comentado anteriormente, los resultados de Milgrom et al. (2008) señalan que la depresión y la ansiedad durante la gestación puede convertirse en un factor de riesgo para la depresión posparto. Sin embargo, la ansiedad en este periodo de la vida de una mujer ha recibido menor atención en la literatura que la depresión (Ross & McLean, 2006). La gestación, el parto y el posparto son periodos sensibles en el ciclo vital de una mujer que pueden acentuar sentimientos normales de preocupación sobre la salud del feto y miedo sobre la anticipación del dolor del parto que deben ser considerados normales (Ross & McLean, 2006) y diferenciarse de aquellos que se convertirán en patológicos cuando son desproporcionados e irracionales respecto a los hechos que los provocan o no se encuentra ninguna razón específica que los cause (Leonetti & Martins, 2007).

Concretamente en el estudio de Ross y McLean (2006) se ha visto que la prevalencia más alta de los trastornos de ansiedad recae en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). El TOC tiene una

mayor prevalencia en el posparto que en el preparto siendo ésta entre un 2.7-3.9% en el posparto y del 0.2-1.2% en el preparto y, con el TAG ocurre lo contrario. Su prevalencia en el preparto se sitúa en un 8.5% durante el tercer trimestre de gestación y decrece ligeramente en el posparto situándose entre el 4.4-8.2% (Ross & McLean, 2006).

El estudio realizado por Leonetti y Martins en 2007 concluye que altos niveles de ansiedad en el preparto se asocian con complicaciones obstétricas que comprometen el desarrollo fetal con un mayor número de anormalidades y altas tasas de latidos cardíacos y problemas emocionales y comportamentales en la infancia y en la adolescencia. Así mismo, otros autores han estudiado que la sobreactivación del sistema neuroendocrino de la madre y la exposición fetal a niveles elevados de hormonas como el cortisol, pueden relacionarse con un parto prematuro (Sandman et al., 1994; Wadhwa et al., 1993).

Recientemente, Alicja Fishell en 2010 aporta datos sobre el impacto de la depresión y la ansiedad no tratadas tanto en la madre como en el bebé. Los riesgos para la madre son: nutrición deficitaria y un mal cuidado de sí misma, fracaso para seguir prescripciones médicas, empeoramiento de enfermedades médicas comórbidas, incremento del riesgo de exposición a tabaco, alcohol y drogas, complicaciones psiquiátricas posparto e impacto en el resto de miembros de la familia. Con respecto al recién nacido señala como algunos de los riesgos: parto prematuro, aumento del riesgo de aborto, aumento del riesgo de un parto instrumental, disminución del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, evidencia de puntuaciones inferiores en el test de Apgar y en la medida de la circunferencia craneal, crecimiento retardado y desarrollo mental más

lento, llanto, irritabilidad, hostilidad y sueño errático excesivo, afecto negativo madre-hijo, dificultades emocionales y comportamentales y alta prevalencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y de impulsividad a los 14-15 años.

1.1. Rumiación

De acuerdo con la Teoría de los Estilos de Respuesta (*Response Style Theory, RST*) de Nolen-Hoeksema (1991), la rumiación se define como un conjunto de pensamientos y conductas que focalizan la atención de una persona en sus síntomas depresivos y en las consecuencias de estos síntomas. La *RST* señala que las personas tienden a mostrar patrones estables y consistentes ante aquellas situaciones en las que se sienten deprimidas. De este modo, dan vueltas repetidamente a pensamientos sobre lo tristes que están y sobre las causas y consecuencias de su malestar, en vez de intentar cambiar la situación o corregir los problemas (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). La rumiación ha sido vista como un estilo de respuesta desadaptativo ante situaciones negativas en las que las personas se involucran en la rumiación porque creen que rumiar sobre su estado de ánimo y sobre sus síntomas les capacitará para entenderse mejor a sí mismas y a las causas que les llevaron a su malestar (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, 2000).

La característica clave de la rumiación es la repetición improductiva de pensamientos negativos sin avanzar hacia una posible solución. Se trata, por tanto, de un estilo de respuesta desadaptativo que incrementa y prolonga los síntomas depresivos porque focaliza la atención de la persona en su afecto negativo, en lugar de ayudarle a

entender mejor la causa de su estado de ánimo (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, 2000). La rumiación aumenta la vulnerabilidad para la aparición de nuevos episodios depresivos o agrava y prolonga la duración de los mismos, de tal forma que existe un importante apoyo empírico consistente en que el estilo de respuesta rumiativo contribuye a las dificultades de adaptación social y a problemas interpersonales en personas vulnerables (Nolen-Hoeksema, 2000). Desde este punto de vista, se describe un círculo vicioso entre rumiación, afectividad negativa y múltiples consecuencias adversas como pensamientos negativos sesgados, inadecuada resolución de problemas, deterioro de la motivación, comportamiento inhibido, problemas de concentración y cognición y mayor estrés. En definitiva, mediante la activación de déficits cognitivos, motivacionales y conductuales, la rumiación exacerba los problemas elevando el nivel de estrés y reforzando los síntomas depresivos (Lyubomirsky & Tkach, 2004).

La *RST* especifica cuatro posibles mecanismos por los cuales la rumiación aumenta la vulnerabilidad a la depresión. Primero, la rumiación incide sobre el pensamiento intensificando los sesgos cognitivos negativos. Segundo, la rumiación obstaculiza la resolución de problemas al afectar a la atención y a la concentración provocando que las personas sean más pesimistas y fatalistas, es decir, la rumiación no facilita la solución de problemas de forma activa para cambiar las circunstancias que rodean a los síntomas. Tercero, la rumiación interfiere en el comportamiento instrumental aumentando las situaciones estresantes y, cuarto, la rumiación crónica erosiona el apoyo social pudiendo contribuir a los síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999).

El estilo rumiativo crónico lleva asociada una serie de características negativas. Se ha visto que las personas con tendencia rumiativa suelen tener historia de depresión clínica y son más propensas a informar de síntomas depresivos graves que las personas que no tienen este estilo de respuesta. Además son personas más autocríticas y se autoculpan de sus problemas, son más dependientes de los otros, limitan su confianza, perciben pérdida de control, tienen más distorsiones y rigidez cognitiva, son más pesimistas y tienen mayor dificultad para resolver sus problemas. También creen que los estresores que se les presentan a lo largo de su vida son más difíciles y complejos que los del resto de las personas (Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994).

La rumiación, tal como se define desde la *RST*, se puede evaluar con la Escala de Respuesta Rumiativa (*Ruminative Response Style, RRS*) o con el Cuestionario de Estilos de Respuesta (*Response Style Questionnaire, RSQ*). Dado que la primera es la más utilizada vamos a referirnos únicamente a ella. La *RRS* (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), consta de 22 ítems que describen distintas respuestas rumiativas centradas en el estado depresivo, y las posibles causas y consecuencias del mismo. Con el fin de profundizar en la naturaleza de la relación entre depresión y rumiación, Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003) realizaron un análisis factorial de la *RRS* y el *BDI* (*Beck Depression Inventory*; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Estos autores llegaron a la conclusión de que existe solapamiento entre algunos ítems de la *RRS* y los síntomas depresivos y por esta razón propusieron eliminar 12 de los 22 ítems de la *RRS*. Además, encontraron apoyo para un modelo bifactorial de rumiación y, a uno de los factores lo denominaron “*brooding*” siendo un factor desadaptativo con tendencia a meditar y reflexionar sobre los síntomas depresivos que

se están experimentando y, al otro factor lo denominaron “*reflection*”, más adaptativo y autorreflexivo orientado a la solución del problema. A su vez se observó que el primer factor precedía a un aumento de los síntomas depresivos y el segundo factor a una disminución de los mismos (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

La rumiación también se ha estudiado en función de las diferencias de género. Desde esta perspectiva se observó una mayor propensión de las mujeres a mostrar estilo de respuesta rumiativo cuando cursan con sintomatología depresiva (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999). Por ello, la rumiación tiene importancia en el rol de la depresión prenatal y las mujeres con altos niveles de rumiación en el embarazo pueden tener un riesgo más elevado de desarrollar depresión en el posparto (O’Mahen, Flynn & Nolen-Hoeksema, 2010).

A pesar del interés que puede tener la investigación de la rumiación perinatal, sigue estando poco estudiada. O’Mahen et al., (2010) analizaron el papel de la rumiación en la depresión perinatal y encontraron que la rumiación se relacionaba con mayor sintomatología depresiva. Por tanto, ésta es una variable implícita en el curso de la depresión perinatal, pero aún no está claro en qué medida afecta durante el embarazo a la incidencia de la depresión posparto debido a que existe poca investigación al respecto.

Algunos trabajos sobre las consecuencias interpersonales negativas de la rumiación sugieren que tiene un impacto negativo en la capacidad de las madres para construir una sólida relación con el bebé. Las pacientes con depresión que informan de

niveles altos de rumiación tienen más dificultades en la relación madre-hijo y tienen más problemas interpersonales en las relaciones entre adultos (Lam, Schuck, Smith, Farmer & Checkley, 2003).

Müller, Teismann, Havemann, Michalak & Seehagen en 2012 demostraron que la rumiación durante el embarazo es un predictor significativo de dificultades expresadas por la madre en la relación madre-hijo. Partieron de la hipótesis de que la rumiación en la gestación estaría asociada a síntomas de depresión posparto y a mayores dificultades en la capacidad de la madre para desarrollar una buena relación con el recién nacido. Los hallazgos encontrados indicaron que la rumiación se asoció con más dificultad de las madres y mayor incertidumbre en la relación madre-hijo. Las mujeres con estilo rumiativo eran más propensas a sentirse distantes de su bebé, menos contentas y se mostraron más ansiosas en su cuidado. A su vez y contrariamente a lo esperado, la rumiación no se asoció con mayores síntomas de depresión posparto, lo que contrasta con investigaciones anteriores, como la de Nolen-Hoeksema et al. (2008). Es posible que esto se deba a las diferencias metodológicas entre ambos estudios pero, sin embargo, sí que se produjo una relación significativa entre los síntomas de depresión posparto y la percepción de la madre de un deterioro en el vínculo con su hijo (Müller et al., 2012).

Por lo tanto, en un momento de transición tan importante en la vida de una mujer, la rumiación tiene un papel particularmente relevante en la depresión perinatal. Si la mujer responde en este período con altos niveles de rumiación, puede encontrarse en un estado poco favorable para enfrentarse a los cambios que se experimentan durante

el embarazo pudiendo construir argumentos negativos sobre la naturaleza de la situación que está viviendo (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

1.2. Preocupación

Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree (1983) definen la preocupación como una cadena de pensamientos o imágenes negativas, repetitivas e incontrolables, que representan el intento de resolver un problema sobre un tema cuyo resultado es incierto y existe la posibilidad de uno o más resultados negativos. También Barlow en 2002 señala la preocupación como un estilo desadaptativo de hacer frente a una situación ansiosa o una ansiedad crónica provocada por la anticipación de acontecimientos futuros de carácter negativo. Desde entonces hasta hoy, aunque han surgido distintas definiciones de la preocupación, básicamente todas coinciden en que se trata de un fenómeno cognitivo que se refiere a acontecimientos futuros sobre los que existe incertidumbre acerca de su resultado, de modo que el futuro es visto como algo preocupante y amenazante y esta visión se acompaña de síntomas de ansiedad (Carter, 2010; MacLeod, Williams & Bekerian, 1991).

Por lo tanto, la motivación personal subyacente a este proceso cognitivo es que uno se preocupa porque cree que a través de la preocupación puede llegar a descubrir la manera de evitar esos acontecimientos negativos y se prepara así para posibles amenazas. Además, la preocupación está estrechamente vinculada con los procesos de miedo (Borkovec et al., 1983).

La preocupación surgió como constructo de interés asociada a la investigación sobre la ansiedad, y fue Borkovec quien comenzó a estudiar este tipo de pensamiento intrusivo en relación con otras alteraciones (Roemer & Borkovec, 1994). Paralelamente a estas investigaciones, en 1987 se publicó la tercera edición revisada del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM-III-R, APA, 1987) en el cual se incluye la preocupación crónica, exagerada e irracional como criterio diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada. Desde entonces, en las sucesivas ediciones revisadas del manual, sigue siendo la preocupación crónica e inmotivada el principal criterio para diagnosticar los cuadros de ansiedad generalizada (DSM-IV, APA, 1994; DSM-IV-TR, APA, 2000).

El análisis de la preocupación durante el embarazo se ha convertido en un tema importante de estudio debido a la estrecha relación entre variables psicológicas y complicaciones obstétricas, problemas psicológicos posparto y desarrollo del recién nacido (Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). El interés sobre el impacto de la preocupación en el bienestar de la mujer embarazada se ha centrado en aspectos como el contenido de las preocupaciones, su intensidad, su evolución a lo largo de la gestación y sus efectos.

Los estudios publicados sobre la relación entre intensidad de la preocupación y variables obstétricas y sociodemográficas han puesto de manifiesto que haber tenido un parto previo reduce la intensidad de la preocupación, sin embargo, haber sufrido un embarazo previo no satisfactorio la aumenta (Petersen, Paulitsch, Guethlin, Gensichen & Jahn, 2009; Statham, Green & Kafetsios, 1997).

Un estudio longitudinal de Peñacoba-Puente, Monge y Morales realizado en Madrid en 2011, sobre las preocupaciones de una muestra de 285 mujeres españolas embarazadas, demuestra que las mujeres primíparas tienen mayor número de preocupaciones que las multíparas, sin embargo, en este estudio no encontraron que el contenido de las mismas difiera de un grupo a otro. La preocupación más importante para ambos grupos es la idea de que algo pueda salir mal con el bebé, aunque como afirman los autores, esta preocupación va disminuyendo a medida que avanza el embarazo. Otro tipo de preocupaciones se refieren al parto o incluso a la posibilidad de sufrir un aborto espontáneo (Peñacoba-Puente et al., 2011). Estos hallazgos se corresponden con otros datos encontrados en mujeres de otros países europeos como Reino Unido (Green, Kafetsios, Statham & Snowdon, 2003), Alemania (Petersen et al., 2009) y Suecia (Öhman, Grunewald & Waldenström, 2003).

En relación a la intensidad, la preocupación de la muestra española es la más alta seguida de la inglesa, alemana y sueca. Así, cabe señalar que no solo la preocupación por el estado del recién nacido o un posible aborto están presentes sino que variables culturales o del contexto de las embarazadas también pueden influir (Green et al., 2003, Öhman et al., 2003; Peñacoba-Puente et al., 2011; Petersen et al., 2009). Así mismo, en todos los estudios mencionados se constata que la intensidad de la preocupación va disminuyendo desde el primer trimestre de gestación hasta el tercer trimestre e, incluso, llega a cambiar el contenido de la misma. En el primer trimestre la preocupación se centra en la idea de sufrir un aborto espontáneo y en el tercero se focaliza en el momento del parto. Si bien las mujeres que habían sufrido un aborto previo tenían más preocupación sobre la salud del feto, sobre todo en el primer trimestre y ésta se redujo a

medida que avanzaba la gestación e iba disminuyendo el riesgo de aborto (Peñacoba-Puente et al., 2011).

Además, en las mujeres multíparas, las investigaciones de estos autores han encontrado otro tipo de preocupaciones en las madres como la aceptación del nuevo hijo por parte de su hermano mayor o la posible existencia de celos de los otros hijos con respecto a la llegada de un nuevo hermano (Green et al., 2003; Öhman et al., 2003; Peñacoba-Puente et al., 2011).

De la misma forma, la planificación o no del embarazo puede tener impacto en el tema de las preocupaciones. Si éste había sido deseado, las mujeres exhibían menos preocupaciones socioeconómicas durante la gestación y, aquellas que se habían mantenido activas laboralmente durante el embarazo, aumentaron sus puntuaciones en la preocupación referida a variables socioeconómicas en el tercer trimestre de gestación (Peñacoba-Puente et al., 2011).

En las investigaciones mencionadas no se han encontrado relaciones concluyentes de otras variables sociodemográficas con la preocupación.

Por otra parte, en la última década han surgido algunas investigaciones que tratan de averiguar las semejanzas y diferencias que existen entre la preocupación y la rumiación. Según Fresco, Heimberg, Mennin y Turk (2002), aunque ambos tipos de pensamientos están relacionados son constructos diferentes. Ambos son procesos cognitivos repetitivos, negativos e incontrolables, pero mientras que la rumiación está

anclada en el pasado, la preocupación mira al futuro anticipando posibles amenazas. Además, aunque tradicionalmente se ha asociado la preocupación con la ansiedad y la rumiación con la depresión, nuevas investigaciones sugieren que la preocupación también puede tener relación con la depresión y que, a su vez, la rumiación puede asociarse con la ansiedad (Fresco et al., 2002; Nolen-Hoeksema, 2000).

1.3. Funcionamiento social

En los años 70 empezó a subrayarse la importancia que tienen las relaciones sociales en el bienestar psicológico de las personas, después de ponerse de manifiesto la relación entre problemas psicológicos y psiquiátricos y la falta de vínculos o un apoyo social inadecuado. Desde entonces se realizaron numerosos estudios sobre apoyo social y se concluyó que podía funcionar como amortiguador de situaciones estresantes en función de alguna de sus características como la cantidad e intensidad del apoyo percibido (Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig, 1993).

Dado que el embarazo y el posparto implican un incremento de las demandas a las que tiene que enfrentarse la madre, esta etapa ofrece una oportunidad interesante para investigar el papel que puede jugar el apoyo social.

Una buena parte de las investigaciones al respecto han examinado la importancia del apoyo social proporcionado por la pareja en esta etapa del ciclo vital de la mujer (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002; Patel, Rodrigues &

DeSouza, 2002). Estos estudios concluyeron que la provisión de apoyo social por parte de la pareja es un factor protector para no padecer depresión posparto y que la intimidad marital tiene un efecto amortiguador del estrés sobre la salud mental materna (Morinaga & Yamauchi, 2003). De esta forma, una elevada calidad del apoyo recibido por parte de la pareja durante el embarazo puede contribuir a mejorar el bienestar materno y del recién nacido durante el posparto (Stapleton et al., 2012).

Otras investigaciones demostraron que otros tipos de apoyo social también pueden ser muy beneficiosos para la mujeres en este período de sus vidas. Por ejemplo, el apoyo telefónico dado por otras madres a las mujeres durante el posparto ha demostrado ser eficaz para la prevención de depresión posparto en mujeres de alto riesgo (Dennis et al., 2009). En este estudio se menciona que el riesgo de sufrir depresión posparto en mujeres vulnerables se ve incrementado si no disponen de nadie con quien hablar abiertamente, alguien que esté en unas condiciones similares, un confidente, o alguien a quien preguntar diferentes cuestiones cuando se sienten solas.

Una revisión efectuada por Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, y Weston (2011), con una amplia muestra de más de 15.000 mujeres de 15 países diferentes puso de relieve que el apoyo durante el trabajo de parto, entendido éste como apoyo emocional, información y medidas de comodidad y defensa, puede incrementar los sentimientos de control y de competencia de la mujer y reducir la necesidad de intervención obstétrica.

Esta revisión también destacó que el apoyo proporcionado por el personal del hospital como son las matronas, o mujeres ajenas a los profesionales del hospital, como

pueden ser las doulas¹ y las personas que forman parte de la red social más íntima de la mujer como la pareja, la familia y los amigos, aumenta las probabilidades de un parto espontáneo y reduce las intervenciones obstétricas como la cesárea y el número de partos instrumentalizados con fórceps o ventosa. Además, el apoyo recibido puede reducir la cantidad de analgesia durante el parto, disminuir la duración del mismo y aumentar la satisfacción de la madre con la experiencia, ayudando a mitigar las consecuencias del miedo y su malestar al encontrarse en un ambiente desconocido en el momento de dar a luz.

Recientemente O'Mahen et al. (2010) analizaron el papel moderador del funcionamiento social sobre la rumiación y la depresión durante el embarazo. En este estudio se diseñó una nueva escala de funcionamiento social, a partir de un instrumento más amplio que contiene dos subescalas: "*sensibilidad al rechazo*" y "*calidad de las relaciones externas*". La medida resultante examina, a partir de 10 ítems, diferentes aspectos del funcionamiento social como frecuencia, calidad, tipo de contactos, etc., con los miembros de la familia y fuera de la familia. A partir de esta escala se puede conocer si las personas presentan alto o bajo funcionamiento social. En la investigación de O'Mahen et al. se hipotetizó que un alto funcionamiento social moderaría la variable cognitiva rumiación y consecuentemente la sintomatología depresiva a los tres meses posparto. Para ello se estudió una muestra de 110 embarazadas que presentaban un riesgo elevado de padecer depresión. Las participantes fueron analizadas en el parto y a los tres meses posparto. Los resultados indicaron que en las mujeres que mostraron

¹ Doula: mujer que ha recibido una modesta formación para orientar y ayudar a la mujer embarazada. Su labor es la de acompañar a la embarazada durante la gestación, el proceso de parto, posparto y lactancia. En España esta figura todavía no es muy conocida pero ya existen asociaciones donde se imparten seminarios y cursos de capacitación.

un alto funcionamiento social fueron menores los efectos de la rumiación sobre la depresión. Los autores concluyeron que las mujeres con tendencia a un estilo de respuesta rumiativo pero con buen funcionamiento social, se ven empujadas a sobreponerse a la rumiación y a adoptar estrategias de resolución de problemas más adaptativas (O'Mahen et al., 2010).

1.4. Justificación del estudio

Según lo comentado hasta aquí, la sintomatología depresiva y ansiosa son dos síndromes clínicos que no sólo aparecen en el posparto sino que también están presentes durante la gestación. Además, cuando esta sintomatología aparece en el preparto tiende a alargarse y mantenerse en el posparto. Al mismo tiempo, existen dos procesos cognitivos que son la rumiación y la preocupación que contribuyen a agravar y prolongar los síndromes depresivos y ansiosos. Hasta la fecha, son muy escasos los estudios que hayan relacionado los procesos cognitivos mencionados con la presencia y prolongación de la sintomatología emocional, ya que se ha dado más importancia al estudio de variables interpersonales.

Lo que se ha encontrado en la literatura revisada es un estudio sobre el papel de la rumiación, concretamente de la rumiación-*brooding*, sobre la sintomatología depresiva en el embarazo y durante el posparto. La preocupación, sin embargo, no ha sido estudiada en relación con la sintomatología ansiosa y depresiva en dichos periodos, al menos que tengamos conocimiento.

Además, se ha analizado el funcionamiento social, entendido como la capacidad de las mujeres gestantes de proveerse de apoyo social que, aunque es una variable interpersonal, es una forma de apoyo de momento muy poco investigada; solamente el estudio de O'Mahen et al. (2010) abordó el papel protector del funcionamiento social en la relación entre rumiación y sintomatología depresiva.

En suma, teniendo en cuenta que las variables cognitivas, rumiación y preocupación, y el funcionamiento social pueden tener un papel importante en el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo con el consabido riesgo de continuidad y agravamiento en el postparto y que, además, estas variables han sido, de momento, poco investigadas en la literatura, el objetivo general de este estudio es analizar cómo se relacionan estas tres variables con la sintomatología depresiva y ansiosa en el tercer trimestre de gestación. Este objetivo general se desglosa, tal como parece a continuación, en los siguientes objetivos específicos.

Objetivos e hipótesis

1. Conocer la relación entre las características sociodemográficas de la muestra y las variables psicológicas estudiadas.

Hipótesis 1: Se predice que las mujeres más jóvenes presentarán puntuaciones más altas en todas las variables analizadas (rumiación, preocupación, funcionamiento social, sintomatología depresiva y ansiosa).

Hipótesis 2: Se predice que las mujeres casadas tendrán puntuaciones más bajas en rumiación-brooding, preocupación, sintomatología depresiva y ansiosa y, por el contrario, obtendrán puntuaciones más altas en funcionamiento social.

Hipótesis 3: Se predice que las mujeres con una situación laboral activa presentarán puntuaciones más bajas en rumiación, preocupación, sintomatología depresiva y ansiosa y, por el contrario, obtendrán puntuaciones más altas en funcionamiento social.

Hipótesis 4: Se predice que las mujeres primíparas tendrán puntuaciones más altas en rumiación, preocupación, funcionamiento social, sintomatología depresiva y ansiosa.

Hipótesis 5: Se predice que las mujeres con menos semanas de gestación obtendrán puntuaciones más altas en rumiación, preocupación, funcionamiento social, sintomatología depresiva y ansiosa.

Hipótesis 6: Se predice que las mujeres que han sufrido uno o más abortos previos presentarán puntuaciones más altas en rumiación, preocupación, funcionamiento social, sintomatología depresiva y ansiosa.

2. Averiguar la relación entre las variables dependientes (sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa) e independientes (rumiación, preocupación y funcionamiento social) del estudio.

Hipótesis 7: Se predice que habrá correlaciones significativas y positivas entre sintomatología depresiva, ansiosa, rumiación-brooding y preocupación.

Hipótesis 8: Se predice que habrá correlaciones significativas y negativas entre la sintomatología depresiva y ansiosa y la rumiación-reflection y el funcionamiento social.

3. Conocer el papel del funcionamiento social en la rumiación y la preocupación en mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación.

Hipótesis 9: Se predice que las mujeres con alto funcionamiento social presentarán menor nivel de rumiación-brooding y de preocupación.

4. Conocer el papel del funcionamiento social en los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación.

Hipótesis 10: Se predice que las mujeres con alto funcionamiento social presentarán menor nivel de sintomatología depresiva y ansiosa.

5. Saber cuál es la variable que mejor explica la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa.

Hipótesis 11: Se predice que la rumiación-brooding será la variable que mejor explicará la sintomatología depresiva.

Hipótesis 12: Se predice que la preocupación será la variable que mejor explicará la sintomatología ansiosa.

Método

1. Participantes

En el presente estudio participaron 104 mujeres embarazadas que estaban en el tercer trimestre de gestación y seguían el protocolo ordinario de preparación al parto en la Maternidad Belén de A Coruña. La edad de las participantes oscila entre 26 y 42 años, con una edad promedio de 33.6 años ($SD = 3.37$). En cuanto al estado civil, el 76% de las mujeres están casadas y el 24% solteras. En relación al nivel de estudios de la muestra, un 84.5% tiene estudios superiores, un 13.5% estudios secundarios, y un 2% estudios primarios. Por lo que se refiere al lugar de residencia, la mayoría (86.5%) reside en núcleo urbano y sólo el 13.5% en ambiente rural.

Las características referidas a la gestación, señalaron que se encontraban entre la semana 24 y 39 del embarazo con una media de 32 semanas de gestación para el total de la muestra. El 83% de la muestra era primípara y un 17% de las mujeres ya había tenido un hijo previamente y estaba esperando el segundo. El 24% de las participantes en el estudio había sufrido uno o más abortos previos.

Por último, indicar que todas las mujeres participantes en el estudio manifestaron que el embarazo había sido deseado y sólo un 4% de las mismas había presentado algún tipo de complicación médica durante el proceso de gestación. En relación con el tipo de

parto, un 91% respondió que le gustaría tener un parto vaginal con anestesia epidural, un 4% deseaban un parto vaginal sin anestesia y un 5% de la muestra ya conocía que iban a dar a luz con una cesárea programada.

2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables analizadas en el estudio son:

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996b), consta de 21 ítems autoinformados que evalúan aspectos relacionados con sintomatología depresiva en las dos últimas semanas. Cada síntoma se explora mediante un grupo de 3 o más afirmaciones, puntuables de 0 (e.g., “no me siento triste habitualmente”) a 3 (e.g., “me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo”). Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 63 puntos; a mayor puntuación, mayor presencia de sintomatología depresiva actual. En este estudio se utilizó la versión adaptada al español de Sanz, Navarro y Vázquez (2003). El coeficiente alfa obtenido en este estudio fue de 0.85.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Se utilizó, únicamente, la parte del Inventario que analiza la ansiedad rasgo (e.g., “pierdo oportunidades por no decidirme pronto”, “veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas”). Se trata de 20 ítems, valorados en una escala tipo Likert de 0 (casi nunca) a 3 (casi siempre), de los cuales, 7 están redactados de forma indirecta (e.g., “me siento bien”, “soy una persona estable”), y se puntúan de forma inversa, de 0 (casi siempre) a 3 (casi nunca). La puntuación total es indicativa de

la disposición del sujeto a la ansiedad. Las puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 60 donde a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad rasgo. En este estudio se utilizó la versión española de Virella, Arbona, y Novy (1994) que demostró adecuadas propiedades psicométricas. El valor del coeficiente alfa del *STAI*-rasgo en el presente estudio fue de 0.90.

Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; Meyer, Millar, Metzger y Borcovec, 1990), consta de 16 ítems, que examinan la tendencia a preocuparse de forma excesiva, generalizada e incontrolable (*e.g.*, “se preocupa por todo”, “sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo”). Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 0 (nada) a 5 (mucho). La puntuación total oscila entre 0 y 80 puntos; a mayor puntuación, mayor tendencia a preocuparse. El coeficiente de consistencia interna para la escala en este estudio fue de 0.96.

Escala de Respuesta Rumiativa (Ruminative Response Scale, RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), se compone de 22 ítems que examinan el estilo de respuesta rumiativo (*e.g.*, “piensas en lo triste que te sientes”, “analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido”). Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 4 (siempre). Un análisis factorial exploratorio llevado a cabo por Treynor et al. (2003) demostró que 12 de los ítems de la *RRS* se solapan con síntomas depresivos y, por tanto, decidieron eliminarlos, el resultado fue una escala de 10 ítems de los cuales 5 miden rumiación-*brooding* y otros 5 rumiación-*reflection*. En el presente estudio se utilizó la versión abreviada de 10 ítems adaptada y validada al español por Hervás

(2008). La puntuación total oscila entre 0 y 40 puntos; a mayor puntuación, mayor tendencia a la rumiación. En este estudio el coeficiente de fiabilidad para *RRS* total fue de 0.86, para la subescala de rumiación-*brooding*: 0.80 y para la subescala de rumiación-*reflection*: 0.77.

Escala de Funcionamiento Social (Social Functioning Scale, SFS; O'Mahen, Flynn & Nolen-Hoeksema, 2010), se compone de 7 ítems que examinan el funcionamiento social (e.g. “¿Con qué frecuencia habla con los miembros de su familia?”, “¿Trata de entablar relaciones con otras personas?”). Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 0 (nunca, nadie o insatisfactorias) a 3 (muy frecuentemente, mucha gente, muy buenas). Los ítems de la *SFS* se extraen de la *Social Adaptation Self-Evaluation Scale, SASS* (Bosc, Dubinin & Polin, 1997) usada para medir aspectos funcionales del apoyo social percibido. Ésta consta de 21 ítems que puntúan en una escala tipo Likert también de 4 puntos. La *SASS* contiene dos subescalas, *Rejection Sensitivity* y *External Relationship Quality*. Los 7 ítems que teóricamente se relacionaron con el funcionamiento social se combinaron para crear la *SFS*. La puntuación total oscila entre 0 y 21 puntos; a mayor puntuación, mayor funcionamiento social. En este estudio el valor del coeficiente de fiabilidad para la *SFS* fue de 0.66.

3. *Procedimiento*

La investigación ha sido realizada en la Maternidad Belén perteneciente al Grupo Hospitalario Modelo de A Coruña para lo cual se solicitó la autorización pertinente a la dirección del centro.

Una vez obtenido el permiso de la dirección, se acudió a las clases de Educación Maternal impartidas por las matronas para explicarles el propósito de la investigación y pedirles su colaboración. Todas las matronas se mostraron interesadas y aceptaron de buen grado la colaboración, permitiendo que se pasaran los cuestionarios empleados en el estudio al final de la clase. Todas las mujeres que acuden a la Educación Maternal lo hacen en el tercer trimestre de gestación. Las clases son grupales con una media de 15 mujeres por clase a la que suelen ir acompañadas de su pareja.

Al final de la clase de Educación Maternal, la autora del presente trabajo les daba una explicación del objetivo del estudio y del interés por conocer datos relacionados con el malestar emocional y el funcionamiento social en este periodo de sus vidas con la intención de mejorar el abordaje psicológico de dichos síntomas durante la gestación.

A todas las mujeres se les insistió en que la participación en el estudio era voluntaria y anónima y se pidió que firmaran un consentimiento informado. A continuación, se invitaba a las parejas a abandonar la sala, y se daban las instrucciones precisas sobre la cumplimentación de los distintos cuestionarios. Se les entregaba un cuadernillo de evaluación formado por una hoja con datos sociodemográficos y clínicos referidos a la gestación y a su historia obstétrica (semana de gestación, tipo de parto deseado, número de partos previos, historia de abortos, etc.) y los autoinformes sobre las variables estudiadas. Para evitar sesgos de presentación se alternó el orden de los mismos.

La duración media de la cumplimentación de las pruebas fue aproximadamente de 15 minutos. La persona encargada de la investigación estaba presente mientras duraba el proceso, para resolver cualquier duda que pudiera surgir.

Se acudió a la maternidad seis días en tres semanas distintas en los meses de febrero y marzo de 2013 con la intención de contactar con grupos de embarazadas distintos, ya que las clases de Educación Maternal se imparten miércoles, viernes y sábados con 2 grupos de mujeres cada día. Finalmente, la muestra se compuso de 104 mujeres que desearon participar en el estudio y que cumplimentaron todo el protocolo correctamente. Ninguna de las mujeres contactadas rehusó participar.

4. *Análisis de los datos*

Para el análisis de datos se utilizó la versión 20.0 para Windows del paquete estadístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*. Mediante la aplicación del mencionado paquete se realizaron las siguientes pruebas: estadísticos descriptivos (análisis de frecuencias, puntuaciones medias y desviaciones típicas), correlaciones bivariadas de Pearson para las variables estudiadas, pruebas *t* de Student para muestras independientes o prueba de U de Mann-Whitney, según el caso, para conocer las diferencias entre mujeres con alto y bajo funcionamiento social, y análisis de regresión lineal para averiguar cuáles de las variables independientes predicen mejor la sintomatología depresiva y ansiosa. Para todos los análisis, la significación estadística se computó a partir de una probabilidad $\leq .05$.

Resultados

Los resultados se presentarán siguiendo el orden establecido en el apartado de objetivos e hipótesis.

Objetivo 1: Conocer la relación entre las características sociodemográficas de la muestra y las variables psicológicas estudiadas.

Hipótesis 1: Para averiguar si existían diferencias significativas en las variables analizadas en función de la edad, se hicieron dos grupos correspondientes a las mujeres menores de 32 años ($N = 42$) y mayores de 35 años ($N = 39$) y, a continuación, se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes. Los resultados mostraron que únicamente hay diferencias significativas entre los grupos de edad en relación con el funcionamiento social [$t = 1.92, p \leq .05; M_{\text{joven}} = 16.8 (SD = 2.2), M_{\text{mayor}} = 17.7 (SD = 1.7)$], en el resto de las variables, a pesar de no haber diferencias significativas, se observó que, en todos los casos, las puntuaciones del grupo de mujeres jóvenes eran más altas. Por lo tanto, se cumple la *Hipótesis 1* en la que se predecía que serían las mujeres jóvenes las que presentarían puntuaciones más altas en rumiación, preocupación, sintomatología depresiva y ansiosa y, sin embargo, no se cumple la predicción para el funcionamiento social, ya que son las mujeres mayores las que de forma significativa puntúan más alto.

Hipótesis 2: Para averiguar si existían diferencias significativas en las variables de interés en función del estado civil se dividió de nuevo la muestra en dos grupos

correspondientes a mujeres solteras (N=25) y a mujeres casadas (N=79). Para ello se aplicaron pruebas no paramétricas para dos muestras independendientes (Prueba de U de Mann-Whitney) y se encontraron diferencias significativas entre solteras y casadas en la sintomatología depresiva [$z = -1.93, p \leq .05; M_{\text{solteras}} = 14.1 (SD = 7.1), M_{\text{casadas}} = 11.1 (SD = 6.2)$] y en la rumiación-*brooding* [$z = -2.15, p \leq .05; M_{\text{solteras}} = 21.7 (SD = 10.9), M_{\text{casadas}} = 17.03 (SD = 8.5)$]. Las mujeres solteras puntuaron más alto también en sintomatología ansiosa y en preocupación, pero estas diferencias no fueron significativas. Sin embargo, en el funcionamiento social las mujeres casadas obtuvieron una puntuación mayor, que de nuevo no resultó significativa. Por lo tanto se confirma la *Hipótesis 2* en la que se predice que las mujeres casadas presentarían menos rumiación-*brooding*, preocupación y sintomatología depresiva y ansiosa y a su vez presentarían un mejor funcionamiento social.

Hipótesis 3: Se ha tenido en cuenta la situación laboral para conocer si existían diferencias significativas en las variables de estudio. Para ello se aplicaron las pruebas no paramétricas para dos muestras independendientes y en este caso no se han encontrado diferencias significativas en las variables estudiadas entre el grupo de mujeres que estaba trabajando (N=92) y el grupo de mujeres que estaba en paro (N=12). Por lo tanto, se acepta que hay una distribución similar de las variables de interés en ambos grupos y se rechaza nuestra *Hipótesis 3* que predecía que serían las mujeres en paro las que presentarían puntuaciones más altas en rumiación, preocupación y sintomatología depresiva y ansiosa y las mujeres en activo las que puntuarían más alto en funcionamiento social.

Hipótesis 4: Se analizó si había diferencias significativas en las variables de estudio entre las mujeres primíparas y las multíparas. Para ello se dividió la muestra en dos

grupos correspondientes a las mujeres que se enfrentaban a su primer parto (N=86) y a aquellas que ya habían tenido uno o más hijos (N=18). Para ello se aplicaron de nuevo pruebas no paramétricas para dos muestras independientes. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, pero las puntuaciones medias del grupo de mujeres primíparas fueron más elevadas en todas las variables incluyendo también el funcionamiento social, confirmándose así la *Hipótesis 4* de este estudio.

Hipótesis 5: Para conocer si existen diferencias significativas en las variables analizadas en función de la semana de gestación, se dividió la muestra en dos grupos correspondientes a aquellas que se encontraban en una semana de gestación inferior a la 30 pero dentro del tercer trimestre de embarazo (N=30) y a aquellas que superaban la semana 35 de gestación (N=21). Se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes. En este caso las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas, aunque las puntuaciones observadas fueron más altas en todas las variables para el grupo de mujeres que estaba en una semana de gestación inferior a la 30, con excepción de la variable síntomas depresivos donde las puntuaciones fueron superiores en las mujeres con un embarazo superior a la semana 35. Por lo tanto, se confirmó parte de la *Hipótesis 5* que predecía que las mujeres con un embarazo menos avanzado presentarían más rumiación, preocupación, funcionamiento social y sintomatología ansiosa y no se cumplió para la sintomatología depresiva ya que fueron las mujeres con un embarazo más avanzado las que puntuaron más alto.

Hipótesis 6: Para poner a prueba esta hipótesis se dividió la muestra en dos grupos correspondientes a mujeres que sí habían sufrido uno o más abortos previos (N=25) y mujeres que nunca habían tenido ningún aborto (N=79). Se aplicaron las pruebas no paramétricas para muestras independientes y se observaron diferencias significativas

intergrupo en la variable funcionamiento social [$z = -2.30, p \leq .05; M_{\text{abortos}} = 18.0 (SD = 1.9), M_{\text{no abortos}} = 17.0 (SD = 1.9)$] siendo las mujeres que habían sufrido uno o más abortos previos las que presentaron un mejor funcionamiento social. En el resto de variables de estudio no se observaron diferencias significativas pero, todas las mujeres que tuvieron abortos previos puntuaron más alto en rumiación, preocupación y sintomatología depresiva. Por lo tanto, se confirmó parte de la *Hipótesis 6* que predecía que las mujeres con abortos previos puntuarían más alto en rumiación, preocupación, funcionamiento social y sintomatología depresiva y no se cumplió para la sintomatología ansiosa donde puntuaron más alto las mujeres sin abortos.

Objetivo 2: Averiguar la relación entre las variables dependientes (sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa) e independientes (rumiación, preocupación y funcionamiento social) del estudio.

Para conocer la relación entre las distintas variables del estudio se realizaron correlaciones de Pearson. Tal como aparece en la Tabla 1 existen correlaciones positivas y significativas entre sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, rumiación-*brooding* y preocupación confirmándose la *Hipótesis 7* de este estudio. Así mismo, hay relación significativa y positiva entre los dos tipos de rumiación (rumiación-*brooding* y rumiación-*reflection*). Sin embargo, no se confirmó la *Hipótesis 8* que predecía una relación significativa y negativa entre rumiación-*reflection* y funcionamiento social con la sintomatología depresiva y ansiosa. Como se puede ver en la Tabla 1 la rumiación-*reflection* correlaciona de forma positiva y no significativa con la sintomatología depresiva y ansiosa y el funcionamiento social sí correlaciona de

forma negativa con la sintomatología depresiva y ansiosa pero dicha relación tampoco se muestra significativa.

Tabla 1 Correlaciones de Pearson entre las variables analizadas

	<i>M (SD)</i>	1	2	3	4	5
1. <i>BDI-II</i>	11.8 (6.5)					
2. <i>STAI</i>	18.2 (9.3)	0.71***				
3. <i>PSWQ</i>	26.1 (15)	0.60***	0.61***			
4. <i>RRS-Brooding</i>	8.8 (2.6)	0.57**	0.53**	0.59**		
5. <i>RRS-Reflection</i>	8.0 (2.6)	0.29	0.31	0.44	0.63***	
6. <i>SFS</i>	17 (2.0)	-0.24	-0.34	-0.16	-0.22	-0.12

Nota. *BDI-II*: *Inventario de Depresión de Beck*; *STAI*: *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*; *PSWQ*: *Cuestionario de Preocupación de Pensilvania*; *RRS*: *Escala de Respuesta Rumiativa*; *SFS*: *Escala de Funcionamiento Social*.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Objetivo 3: Conocer el papel del funcionamiento social en la rumiación y la preocupación en mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación.

Para averiguar el efecto del funcionamiento social en la rumiación y la preocupación se dividió a las participantes en dos grupos en función de sus puntuaciones, altas o bajas, en funcionamiento social. Así, uno de los grupos estuvo formado por las participantes con puntuaciones inferiores a 16 (grupo 1, $N = 43$) y el otro grupo por mujeres con una puntuación en funcionamiento social superior a 18 (grupo 2, $N = 50$). Para saber si existen diferencias significativas entre ambos grupos se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para muestras independientes.

Tal como se muestra en la Tabla 2, las mujeres que presentaron un funcionamiento social alto obtuvieron menores puntuaciones en rumiación-*brooding*, en rumiación-*reflection* y en preocupación. Cumpliéndose la *Hipótesis 9*, la relación que

se mostró significativa fue entre funcionamiento social y rumiación-*brooding*, ya que las mujeres con mejor funcionamiento social puntuaron más bajo [$t = 2.20, p \leq .05; M_{\text{alto}} = 8.3 (SD = 2.5), M_{\text{bajo}} = 9.5 (SD = 2.8)$]. En relación a la preocupación, siguiendo igualmente la predicción de la *Hipótesis 9* pero sin llegar a ser significativa, las mujeres con alto funcionamiento social puntuaron más bajo en preocupación [$M_{\text{alto}} = 26.5 (SD = 15.5), M_{\text{bajo}} = 27.7 (SD = 15.1)$].

Tabla 2 Comparación del funcionamiento social con las variables analizadas

Variables	Funcionamiento Social	$M (SD)$	t	p
<i>BDI-II</i>	Bajo	13.9 (7.6)	2.38	0.02
	Alto	10.7 (5.4)		
<i>STAI</i>	Bajo	21.6 (9.8)	3.20	0.002
	Alto	15.6 (8.5)		
<i>PSWQ</i>	Bajo	27.7 (15.1)	0.46	n.s
	Alto	26.5 (15.5)		
<i>RRS-Brooding</i>	Bajo	9.5 (2.8)	2.20	0.03
	Alto	8.3 (2.5)		
<i>RRS-Reflection</i>	Bajo	8.4 (2.3)	0.96	n.s
	Alto	7.9 (2.8)		

Nota. *BDI-II*: Inventario de Depresión de Beck; *STAI*: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; *PSWQ*: Cuestionario de Preocupación de Pensilvania; *RRS*: Escala de Respuesta Rumiativa; n.s: no significativo.

Objetivo 4: Conocer el papel del funcionamiento social en los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas en el último trimestre de gestación.

Tal y como se aprecia en la Tabla 2, las puntuaciones medias del grupo 1 (mujeres con peor funcionamiento social), fueron más elevadas en sintomatología depresiva y ansiosa existiendo diferencias significativas con el grupo de mujeres con alto funcionamiento

social. Por lo tanto, se confirmó la *Hipótesis 10* que predecía que las mujeres con mejor funcionamiento social presentarían menor sintomatología depresiva [$t = 2.38, p \leq .05; M_{\text{alto}} = 10.7 (SD = 5.4), M_{\text{bajo}} = 13.9 (SD = 7.6)$] y menor sintomatología ansiosa [$t = 3.20, p \leq .05; M_{\text{alto}} = 15.6 (SD = 8.5), M_{\text{bajo}} = 21.6 (SD = 9.8)$].

Objetivo 5: Saber cuál es la variable que mejor explica la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa.

Para conocer cuál de las variables independientes es la que mejor explica la sintomatología depresiva y la sintomatología ansiosa se llevó a cabo un análisis de regresión lineal controlando la sintomatología ansiosa y la sintomatología depresiva, respectivamente.

Como se muestra en la Tabla 3, los resultados indican que la rumiación-*brooding* y la preocupación conjuntamente son significativas para explicar la sintomatología depresiva. En el segundo paso del análisis, cuando se analizaron cada una de estas variables por separado, se observó que la preocupación es la que mejor explica la sintomatología depresiva seguida por la rumiación-*brooding*. Por lo tanto, sólo se confirmó parte de la *Hipótesis 11* de este estudio en la cual se predecía que sería la variable rumiación-*brooding* la que explicaría un mayor porcentaje de la sintomatología depresiva.

Tabla 3 Resumen del modelo de regresión lineal (variable dependiente: sintomatología depresiva)

	VARIABLES	R^2	ΔR^2	β
Paso 1	Covariable (sintomatología ansiosa)	.12	.12**	.34**
Paso 2		.43	.32**	
	Sintomatología ansiosa			.03 (n.s)
	Preocupación			.38**
	Rumiación- <i>brooding</i>			.33*

* $p \leq .001$; ** $p \leq .0001$; n.s: no significativo

Para comprobar cuál de las variables del estudio explica mejor la sintomatología ansiosa se llevó a cabo el mismo análisis anterior. Como se presenta en la Tabla 4, la rumiación-*brooding* y la preocupación explican, conjuntamente, de forma significativa la sintomatología ansiosa. Sin embargo, cuando se analizó cada una de estas variables por separado se observó que solamente la preocupación predice la sintomatología ansiosa. Por lo tanto, en este caso sí se confirmó la *Hipótesis 12* de este estudio en la cual se predecía que sería la variable preocupación la que explicaría un mayor porcentaje de la sintomatología ansiosa.

Tabla 4 Resumen del modelo de regresión lineal (variable dependiente: sintomatología ansiosa)

	VARIABLES	R^2	ΔR^2	β
Paso 1	Covariable (sintomatología depresiva)	.12	.12**	.34**
Paso 2		.24	.12*	
	Sintomatología depresiva			.04 (n.s)
	Preocupación			.38*
	Rumiación- <i>brooding</i>			.15 (n.s)

* $p \leq .001$; ** $p \leq .0001$; n.s: no significativo

Discusión

El propósito de este estudio fue averiguar el papel de la rumiación, la preocupación y el funcionamiento social en la sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación. Los resultados obtenidos en relación con las variables sociodemográficas, en concreto los referidos a la edad, indicaron que las mujeres embarazadas de más edad presentaron un mejor funcionamiento social. Lamentablemente no hemos encontrado ningún estudio que haya examinado esta cuestión, por tanto no tenemos posibilidad de contrastar nuestro resultado. No obstante, una posible explicación que puede dar cuenta de este hallazgo es que las mujeres de más edad pueden disponer de una red social más amplia, más experiencia y más recursos que incrementen su capacidad instrumental de funcionamiento social.

Con respecto al estado civil, los resultados mostraron que las mujeres casadas tenían menos sintomatología depresiva y ansiosa. Este resultado coincide con lo publicado por otros autores que demuestran que la provisión de apoyo proporcionado por la pareja amortigua la sintomatología depresiva (Eberhard-Gran et al., 2002; Pate et al., 2002) y que un apoyo social de calidad mejora el bienestar de la madre y del recién nacido (Stapleton et al., 2012).

En relación con las variables obstétricas hemos encontrado que las mujeres primíparas tienen niveles más elevados de sintomatología emocional, de rumiación y de

preocupación aunque, cabe señalar, que las diferencias no alcanzaron significación estadística. Con respecto a la variable preocupación, nuestro resultado se corresponde con lo encontrado por otros autores (Öhman et al., 2003; Peñacoba-Puente et al., 2011; Petersen et al., 2009; Statham et al., 1997) que confirmaron que las mujeres primíparas presentan mayor preocupación que las multíparas. En relación a la rumiación, el funcionamiento social, y la sintomatología depresiva y ansiosa no se han encontrado estudios que relacionen dichas variables con el número de partos. Podemos hipotetizar que dado que la preocupación mantiene una relación positiva con la rumiación y ambas con la sintomatología depresiva y ansiosa, es posible que al puntuar más alto en preocupación también se presenten niveles más elevados en el resto de variables. Y, debido a esto, sean las mujeres primíparas, que se enfrentan a una experiencia nueva en su vida como es el primer parto, las que presenten un mejor funcionamiento social y de forma más activa busquen un mejor apoyo.

En el aspecto referido a la semana de gestación, pese a no ser significativo, se ha encontrado que las mujeres en una semana de gestación inferior a la número 30 manifiestan más preocupación. Esto se corresponde con lo encontrado en la literatura donde se menciona que la intensidad de la preocupación va disminuyendo desde el primer al tercer trimestre de gestación (Green et al., 2003; Peñacoba-Puente et al., 2011). Por ello, es de esperar que las mujeres que se encuentran en las semanas finales del embarazo tengan menores niveles de preocupación dado que el riesgo de que algo pueda salir mal con el desarrollo del feto ha ido decreciendo.

Por lo que se refiere a haber sufrido o no uno o más abortos previos, encontramos una relación significativa con el funcionamiento social. Lamentablemente tampoco se dispone de literatura con información sobre este hallazgo, pero podríamos sugerir que las mujeres que han sufrido algún aborto, cuando están de nuevo embarazadas hacen un mayor uso de su red social y buscan activamente la provisión de apoyo. A su vez, y aunque en nuestro estudio no alcanzó un valor significativo, las mujeres con abortos previos puntúan más alto en preocupación y este resultado va en la línea de lo encontrado en la literatura, donde se ha puesto de manifiesto que estas mujeres tienen mayor preocupación sobre la salud del recién nacido, que esta preocupación es mayor en el primer trimestre de gestación y que va disminuyendo su intensidad conforme avanza el embarazo de forma favorable (Green et al., 2003; Peñacoba-Puente et al., 2011).

Por otra parte, los resultados obtenidos al analizar la relación entre las variables dependientes (sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa) e independientes (rumiación, preocupación y funcionamiento social) mostraron que es significativa y positiva entre sintomatología depresiva y ansiosa, rumiación-*brooding* y preocupación. Como ya se ha señalado a lo largo de este trabajo, la sintomatología depresiva y ansiosa están estrechamente relacionadas tanto en la gestación como en cualquier otro periodo de la vida de la una persona. De tal forma que, durante el embarazo tanto la sintomatología depresiva como la ansiosa son factores que hacen más vulnerable a la mujer para desarrollar depresión posparto y trastornos ansiosos perinatales (Clatworthy, 2012; Milgrom et al., 2008; Ross & McLean, 2006).

Al mismo tiempo, la rumiación ha sido ampliamente relacionada con la sintomatología depresiva y se le ha otorgado el papel de incrementar y prolongar la duración de la misma (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Nolen-Hoeksema et al., 1994), constituyendo un factor de riesgo para desarrollar depresión (O'Mahen et al., 2010). A su vez, se ha confirmado una relación significativa y positiva entre rumiación-*brooding* y rumiación-*reflection* y esto puede ser debido a que ambos tipos forman parte del modelo bifactorial de rumiación propuesto por Treynor et al. (2003). También, al igual que lo encontrado en la literatura, es la rumiación-*brooding* y no la rumiación-*reflection* la que presenta una relación significativa con la sintomatología depresiva y ansiosa. En consonancia con Nolen-Hoeksema et al. (2008) la rumiación-*brooding* es desadaptativa porque empuja a reflexionar sobre los síntomas depresivos y la rumiación-*reflection* es adaptativa porque orienta hacia la búsqueda de soluciones. Recientemente se ha publicado un artículo de Barnum, Woody y Gibb (2013) que concluye que la rumiación-*brooding* se relaciona con cambios en la sintomatología depresiva desde el tercer trimestre de gestación a los dos meses posparto. Por lo tanto, vuelve a quedar constancia de que es la rumiación-*brooding* y no la rumiación-*reflection* la que está ligada a la sintomatología depresiva. En nuestro estudio la rumiación-*reflection* no es determinante ni en la aparición ni en la disminución de dicha sintomatología.

La preocupación se ha relacionado tradicionalmente con la ansiedad siendo la preocupación crónica el principal criterio para el diagnóstico del TAG (DSM-IV-TR, APA, 2000). Aunque la ansiedad durante el embarazo ha sido menos estudiada que la depresión, en nuestro trabajo se ha confirmado una relación importante entre la

preocupación y la sintomatología ansiosa y depresiva, por este orden, al igual que otros trabajos realizados con población normal (Calmes & Roberts, 2007; Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz & Van Os, 2008). También encontramos relación significativa entre rumiación-*brooding* y sintomatología depresiva y ansiosa en este orden (Barnum et al., 2013; Nolen-Hoeksema, 2000).

A pesar de que inicialmente en la literatura se ha estudiado la rumiación en relación a la depresión y la preocupación en relación a la ansiedad, los resultados de líneas de investigación posteriores a la *RST* de Nolen-Hoeksema en 1991 apuntan, igual que se encuentra en nuestro estudio, que tanto la rumiación-*brooding* como la preocupación están estrechamente relacionadas cada una de ellas tanto con la sintomatología depresiva como con la sintomatología ansiosa (Carter, 2010; Lyubomirsky et al., 1995) y que existe una importante relación entre rumiación, preocupación, depresión y ansiedad (Blagden & Craske, 1996; Calmes & Roberts, 2007; Fresco et al., 2002).

Finalmente se ha observado una relación negativa aunque no significativa entre el funcionamiento social y el resto de variables estudiadas (rumiación, preocupación, sintomatología depresiva y ansiosa). Estos resultados se corresponden en parte con los hallazgos de O'Mahen et al. (2010) donde se demuestra que el funcionamiento social es un factor amortiguador de la rumiación y de la sintomatología depresiva en mujeres gestantes. De tal forma que en nuestro estudio, un mejor funcionamiento social se relacionó con menor rumiación-*brooding* y con menor preocupación.

Sin embargo, a diferencia de O'Mahen et al. (2010), en nuestro estudio se ha prestado también atención a la sintomatología ansiosa y se ha comprobado como el funcionamiento social tiene una función amortiguadora incluso más importante de la sintomatología ansiosa que de la depresiva. Así, una vez más queda constancia de la estrecha relación entre estos dos cuadros clínicos.

Por último, nuestros resultados en relación con las variables que mejor dan cuenta de la sintomatología depresiva y ansiosa mostraron que la preocupación es la variable que mejor explica ambas, quedando en segundo lugar la rumiación-*brooding*. Este hallazgo replica el resultado obtenido por otros autores Muris, Roelofs, Rassin, Franken, y Mayer (2005) en una muestra de estudiantes universitarios y discrepa del publicado en el estudio de Roelofs et al. (2008) con una muestra clínica; es posible que las discrepancias entre estudios puedan deberse, al menos en parte, al tipo de muestra utilizada. En este sentido, podríamos sugerir que durante el embarazo es más probable la presencia de distintas preocupaciones acerca de cómo se desarrollará este período que la cadena de pensamientos rumiativos más restringida al estado de ánimo disfórico.

En conclusión, las ventajas de este trabajo son tanto de carácter teórico como de carácter práctico. Por una parte, nos permite conocer mejor los procesos de vulnerabilidad subyacentes a la sintomatología emocional y, por otra parte, nos orienta sobre el diseño de programas de prevención y de tratamiento más específicos sobre la rumiación y la preocupación.

Conclusiones

- Las mujeres embarazadas de la presente muestra, mayores de 35 años, presentaron mejor nivel de funcionamiento social que las más jóvenes.
- Las mujeres embarazadas casadas manifestaron menores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa que las solteras.
- Las mujeres primíparas mostraron niveles más elevados de preocupación que las multíparas, aunque la diferencia no alcanzó significación estadística.
- Las mujeres embarazadas que habían tenido con anterioridad uno o más abortos mostraron un nivel más alto de funcionamiento social, lo que parece apuntar a que buscan apoyo más activamente.
- Existe una relación significativa y positiva entre el malestar emocional (sintomatología depresiva y ansiosa) y los procesos cognitivos rumiación-*brooding* y preocupación.
- Existe una relación significativa y positiva entre los dos tipos de rumiación *brooding* y *reflection*.
- En las mujeres de la muestra, mientras mayor es el funcionamiento social menores son los niveles de rumiación-*brooding*, preocupación, sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa.

- El proceso cognitivo que mejor da cuenta de la sintomatología depresiva y ansiosa en la muestra de mujeres embarazadas de este estudio es la preocupación.

Referencias bibliográficas

- Almond, P. (2009). Postnatal depression: A global public health perspective. *Perspectives in Public Health*, 129(5), 221-227.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Barnum, S. E., Woody, M. L. & Gibb, B. E. (2013). Predicting Changes in Depressive Symptoms from Pregnancy to Postpartum: The Role of Brooding Rumination and Negative Inferential Styles. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 71-77.
- Beck, C. T. (1996a). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, 45(2), 98-104.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996b). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Blagden, C. & Craske, M. G. (1996). Active and passive distraction and rumination: A replication in anxious mood. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*, 243-252.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, *21*(1), 9-16.
- Bosc, M., Dubini, A. & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation self-evaluation scale. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *7 Suppl 1*, S57-70; discussion S71-73.
- Calmes, C. A. & Roberts, J. E. (2007). Repetitive Thought and Emotional Distress: Rumination and Worry as Prospective Predictors of Depressive and Anxious Symptomatology. *Cognitive Therapy Research*, *30*, 343-356.
- Carter, J. A. (2010). *Worry and rumination: measurement invariance across gender* (Degree of Doctor of Philosophy in Psychology). Utah State University, Logan, Utah.
- Clatworthy, J. (2012). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, *137*(1-3), 25-34. doi:10.1016/j.jad.2011.02.029; 10.1016/j.jad.2011.02.029
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E. & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: Multisite randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *338*, a3064. doi:10.1136/bmj.a3064
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(6), 426-433.

- Fishell, A. (2010). Depression and anxiety in pregnancy. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology = Journal De La Therapeutique Des Populations Et De La Pharamcologie Clinique*, 17(3), e363-369.
- Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennin, D. S. & Turk, C. L. (2002). Confirmatory factor analysis of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 313-323.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071-1083.
- doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G. & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence report / technology Assessment (Summary)*, (119), 1-8.
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E. & Snowden, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the cambridge worry scale in a pregnant population. *Journal of Health Psychology*, 8(6), 753-764. doi:10.1177/13591053030086008
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(2), 111-121.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2):CD003766. doi(2), CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3;10.1002/14651858.CD003766.pub3
- Lam, D., Schuck, N., Smith, N., Farmer, A. & Checkley, S. (2003). Response style, interpersonal difficulties and social functioning in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 279-283.

- Logsdon, M. C., Wisner, K. L. & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG*, 35(5), 652-658.
- doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00087.x
- Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190.
- Lyubomirsky, S. & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. En C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: nature, theory, and treatment* (pp. 21-41). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- MacLeod, A. K., Williams, J. M. & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 478-486.
- Martin, L. L. & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. En Wyer, Robert S., Jr. (Ed), *Ruminative thoughts. Advances in social cognition, Vol. 9*, (pp. 1-49) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Meighan, M., Davis, M. W., Thomas, S. P. & Droppleman, P. G. (1999). Living with postpartum depression: The father's experience. *MCN.the American Journal of Maternal Child Nursing*, 24(4), 202-208.
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: Pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 89-100.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.

doi:10.1016 / j.jad.2007.10.014

Morinaga, K. & Yamauchi, T. (2003). Childbirth and changes of women's social support network and mental health. *Shinrigaku Kenkyu : The Japanese Journal of Psychology*, 74(5), 412-419.

Müller, D., Teismann, T., Havemann, B., Michalak, J. & Seehagen, S. (2013). Ruminative Thinking as a Predictor of Perceived Postpartum Mother–Infant Bonding. *Cognitive Therapy and Research*, 37(1), 89-96.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105–1111.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (1996). Chewing the cud and other ruminations. En Wyer, Robert S., Jr. (Ed), *Ruminative thoughts. Advances in social cognition, Vol. 9*, (pp. 135-145) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.

Nolen-Hoeksema, S. & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072.

Nolen-Hoeksema S. & Morrow J. (1991). A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 105-121.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 92-104.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.

Öhman, S. G., Grunewald, C. & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: Testing the cambridge worry scale on 200 swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.

O'Mahen, H. A., Flynn, H. A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Rumination and interpersonal functioning in perinatal depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 646-667.

Patel, V., Rodrigues, M. & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in goa, india. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.

Penacoba-Puente, C., Monge, F. J. & Morales, D. M. (2011). Pregnancy worries: A longitudinal study of spanish women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 90(9), 1030-1035.

doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01208.x; 10.1111/j.1600-0412.2011.01208.x

Petersen, J. J., Paulitsch, M. A., Guethlin, C., Gensichen, J. & Jahn, A. (2009). A survey on worries of pregnant women-testing the german version of the cambridge worry scale. *BMC Public Health*, 9, 490-2458-9-490.

doi: 10.1186/1471-2458-9-490; 10.1186/1471-2458-9-490

Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S. & Charles, M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and de novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 67-75.

doi:10.1016/j.jad.2009.04.011; 10.1016/j.jad.2009.04.011

Riecher-Rossler, A. & Hofecker Fallahpour, M. (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica.Supplementum*, (418)(418), 51-56.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006

Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.

Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A. & Van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1283–1289.

Roemer, L. & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 467-474.

Ross, L. E. & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1285-1298.

Ryan, D., Milis, L. & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 51, 1087-1093.

- Sandman, C. A., Wadhwa, P. D., Dunkel-Schetter, C., Chicz-DeMet, A., Belman, J., Porto, M. & Crinella, F. M. (1994). Psychobiological influences of stress and HPA regulation on the human fetus and infant birth outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 739, 198-210.
- Sanz, J., Navarro, M. E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test Manual*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stapleton, L. R., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J. & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology: JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 26(3), 453-463. doi:10.1037/a0028332; 10.1037/a0028332
- Statham, H., Green, J. M. & Kafetsios, K. (1997). Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 24(4), 223-233.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Virella, B., Arbona, C. & Novy, D. M. (1994). Psychometric properties and factor structure of the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 63, 401-412.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C. & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169(4), 858-865.

Zelkowitz, P. & Milet, T. H. (2001). The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 575-582.

Índice de tablas

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre las variables analizadas.....	36
Tabla 2. Comparación del funcionamiento social con las variables analizadas.....	37
Tabla 3. Resumen del modelo de regresión lineal (variable dependiente: sintomatología depresiva).....	39
Tabla 4. Resumen del modelo de regresión lineal (variable dependiente: sintomatología ansiosa).....	39

