



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Asociaciones entre la Depresión Perinatal y el Desarrollo del Temperamento

Infantil.

Artículo científico de revisión bibliográfica.

Trabajo Final de Grado.

Stefani Dayuto Soria - 5.323.218-9.

Tutora: Prof. Adjunta, Verónica Nin.

Revisora: Asistente Antonella Arrieta.

Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Montevideo, Uruguay.

Febrero, 2026.

Contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | 5 |
| Los Efectos de la Depresión Perinatal en el Desarrollo del Temperamento Infantil | 7 |
| Selección de Estudios | 13 |
| Resultados | 16 |
| Asociación entre depresión prenatal y desarrollo del temperamento | 19 |
| Asociación entre Depresión posparto y desarrollo del temperamento | 25 |
| Discusión | 39 |
| Principales hallazgos | 39 |
| La influencia del contexto familiar en la asociación depresión perinatal-temperamento | 40 |
| Implicancias para el contexto nacional | 42 |
| Implicancias para el trabajo profesional del psicólogo perinatal | 43 |
| Limitaciones de la revisión | 44 |
| Recomendaciones para futuras investigaciones | 45 |
| Conclusiones | 46 |
| Referencias | 47 |

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. <i>Diagrama de flujo PRISMA para revisiones sistemáticas.</i> | 14 |
|--|----|

Lista de tablas

| | |
|------------------------------------|----|
| Tabla 1. <i>Resultados.</i> | 28 |
|------------------------------------|----|

Agradecimientos

A papá, que como buen constructor, levantó los cimientos que sostienen este recorrido, regalándome con mucho esfuerzo la tranquilidad de poder dedicarme completamente a mi formación.

A mamá, por sostenerme en cada duda, celebrar cada logro y brindarme la confianza incondicional que impulsó cada etapa superada.

A mis abuelas, que soñaron tanto este momento y cuyas huellas estarán siempre presentes en mi trayectoria.

A Verónica, que me otorgó una tutoría llena de constancia, compromiso y seguridad, volviendo esta etapa final mucho más disfrutable.

Resumen

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo el análisis de la evidencia contemporánea respecto a los efectos de la depresión perinatal (dividida para su análisis en pre y posnatal) en el desarrollo temprano del temperamento infantil. Se seleccionaron 18 publicaciones empíricas de diseño longitudinal que evaluaron a díadas integradas por bebés y madres mayores de 18 años, con al menos una medida de sintomatología depresiva y dos de temperamento. El cuerpo de trabajos revisados apoyan la existencia de una asociación entre la presencia de depresión perinatal y el temperamento infantil. En particular, los bebés de madres con depresión presentan mayores puntajes en las dimensiones de afectividad negativa y reactividad y menores puntajes en regulación. De manera adicional, se destaca la ausencia de estudios sobre este tema en nuestro país y la región.

Palabras Clave: Depresión Prenatal, Depresión Posnatal, Desarrollo del Temperamento Infantil.

Abstract.

This systematic review aimed to analyze contemporary evidence regarding the effects of perinatal depression—examined separately as prenatal and postnatal depression—on early infant temperament development. Eighteen longitudinal empirical studies were selected, including mother–infant dyads in which mothers were aged 18 years or older and at least one measure of depression and two measures of temperament were administered. Overall, the reviewed studies support a consistent association between perinatal depression and infant temperament. Specifically, infants of mothers experiencing perinatal depression showed higher levels of

negative affectivity and reactivity, as well as lower levels of regulatory capacity. Additionally, a notable lack of research on this topic was identified in Uruguay and the broader regional context.

Key Words: Prenatal Depression, Postnatal Depression, Infant Temperament Development.

Los Efectos de la Depresión Perinatal en el Desarrollo del Temperamento Infantil

Según la define el National Institute of Mental Health [NIMH] (2024), la depresión perinatal se entiende como el trastorno del estado de ánimo que abarca el periodo transcurrido desde la prenatalidad hasta el posparto. La mayoría de los episodios de depresión perinatal transcurren en el posparto temprano, es decir, entre las cuatro y las ocho semanas posteriores al nacimiento. La severidad de los síntomas varía de forma gradual y pueden llegar a representar un considerable riesgo tanto para la madre como para el lactante. Algunas de sus principales manifestaciones son la tristeza o ansiedad persistente (al menos por dos semanas), junto a sentimientos de desesperanza, irritabilidad y culpa. Suele también acompañarse con trastornos del sueño y molestias físicas como dolores de cabeza o calambres sin aparente causa. Una de las características más destacables es la presencia de dificultades en el vínculo con el bebé y la inseguridad y/o rechazo a la hora de llevar a cabo los cuidados del neonato. (NIMH, 2024).

Conforme a reportes de la OMS (s.f), un 10% de mujeres a nivel mundial padecen depresión prenatal y un 13% depresión posparto. En países en desarrollo, las cifras escalan a 15.6% de mujeres con depresión prenatal y 19.8% con depresión posparto. Por su parte, el Observatorio del Sistema de Salud del Uruguay (2025), establece que cerca de un 10% de la población uruguaya son afectados por trastornos de depresión o ansiedad, sin embargo, no existe un relevamiento de datos actual sobre cifras de la depresión perinatal en específico.

Como se señaló previamente, hay una carencia importante en el relevamiento de datos actuales sobre la problemática, junto a una escasez de investigaciones que profundicen las consecuencias bien establecidas que la depresión materna tiene tanto en la vida de la mujer, como en la del infante. Los antecedentes que se registran a nivel nacional se tratan inicialmente, de un estudio sobre la prevalencia de la depresión materna en el primer año posparto, realizado

en servicios de salud públicos y privados, en el departamento de Montevideo en el año 2011. Los resultados obtenidos revelaron que la prevalencia de síntomas de depresión posparto era de un 16.5%. (Corbo et al., 2011, como se citó en González, 2016).

Posteriormente, Arrieta Laurent (2017) estudió en su Tesis de grado la relación entre las variantes polimórficas del sistema oxitocinérgico con las actitudes maternas y el estado emocional postparto. En su estudio, se evaluó la sintomatología depresiva prenatal y posnatal en una población de 150 mujeres, de las cuales un 23% presentó síntomas de depresión en etapa prenatal mientras que sólo un 11% los presentó en la posnatalidad. El estudio, por lo tanto, presentó una disminución de la sintomatología depresiva en el posparto. Cabe resaltar que a su vez, la sintomatología depresiva prenatal se asoció a una mayor concentración de la madre en los aspectos negativos del bebé. Esta línea de investigación abre interesantes interrogantes respecto a posibles ventanas de mayor incidencia respecto a repercusiones de la depresión perinatal con respecto al infante.

Por último, se registra una revisión bibliográfica descriptiva de herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención por parte de Valdés y Cristoforone (2023), donde se destaca a la Escala de Edimburgo como una de las herramientas más usadas y validadas a nivel mundial. Sin embargo, aunque en Uruguay forma parte los protocolos de atención y prevención, todavía es usada la validación de la misma a nivel regional (de países como Chile). De tal forma, se plantea como relevante la continuación de estudios sobre la calidad de los controles puerperales y de validar la Escala de Edimburgo a nivel nacional.

El proceso gestacional implica profundas transformaciones bidireccionales a nivel fisiológico y psicoafectivo que pueden permanecer en el tiempo, como sucede con la especialización del cerebro de la gestante. Más específicamente, Pritschet et al. (2023)

encontraron que el embarazo se caracteriza por reducciones en el volumen de la materia gris, adelgazamiento cortical y mayor integridad en la micro sustancia blanca que se van desarrollando semana a semana. Los estudios con humanos demostraron que la disminución de volumen en la materia gris se da en áreas del cerebro relevantes para la cognición social, relacionándose así la magnitud de estos cambios con un mayor apego parental.

Está bien establecido que el bebé, dependiente de la madre para la nutrición y las primeras orientaciones para la vida, será especialmente sensible al entorno y vivencias respecto al embarazo que la gestante transite, los cuales “dejan su huella en el guión de vida y se imprimen en el cuerpo, a nivel epigenético y en la memoria celular” (Fernández y Olza, 2020). Respecto a esto, existe un pronunciado incremento en estudios que constatan que el estrés materno durante el embarazo influye sobre las emociones y conducta del niño, perdurando incluso hasta la edad adulta (Olza y Gainza, 2007).

Garstein y Skinner (2018), argumentan que la exposición a factores ambientales que pueden cambiar la fisiología materna durante el embarazo y producir efectos en el feto se conoce como “Programación”, y es entendida en términos de adaptación, pudiendo ser ésta tanto beneficiosa como perjudicial en sus efectos postnatales. Los mismos serían perjudiciales cuando la programación uterina no coincide con el ambiente al que el bebé se enfrentará en la post natalidad, poniéndolo en una condición de vulnerabilidad a la adversidad (Hochberg et al., 2011, como se citó en Garstein y Skinner, 2018). Originalmente, esta teoría fue introducida como la “Hipótesis de Barker” quien se inspiró en los contextos de desnutrición pero posteriormente, pasó a ser conocida como la “Hipótesis de los orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad”. Las consecuencias de la programación fetal han sido más que nada estudiadas respecto a desenlaces de manifestaciones físicas/médicas (Roseboom et al., 2011, como se citó

en Garstein y Skinner, 2018) con base a estudio en modelos animales en lo que a las manifestaciones conductuales se refiere (Babenko, Kovalchuk, y Metz, 2015, citados por Garstein y Skinner, 2018). Sin embargo, investigaciones emergentes en las últimas décadas han comenzado a relacionar la programación fetal con la salud mental materna. Lewis et al. (2015) establece que existen varios mecanismos a través de los cuales los trastornos mentales maternos podrían afectar el desarrollo del feto, siendo el cortisol uno de los más estudiados; sin embargo, las variaciones de medidas y diseños dificultan la interpretación de los resultados. Lewis et al. (2015) destaca al temperamento infantil como una de las principales áreas que podrían ser afectadas por la salud mental materna gestacional, junto al crecimiento y la salud mental infantil. Pallarés y Antonelli (2017), refieren también a déficits emocionales y cognitivos en los infantes como consecuencia al estrés materno prenatal y una posible mayor incidencia de depresión, ansiedad y esquizofrenia en la vida adulta. Si bien la comprensión de los mecanismos que permiten estos efectos aún es escasa, las autoras coinciden en que tanto el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HPA) de la madre y el feto, así como la placenta, serían de los candidatos principales para explicar los cambios producidos en la morfología del cerebro infantil por el estrés materno.

En cuanto al posparto, las capacidades de las madres con depresión de responder a las señales de sus hijos suele verse afectada (Con et al., 1986, como se citó en Olhaberry et al., 2015). En respuesta a la receptividad disminuida de las madres, los bebés suelen tornarse menos comunicativos (Paris et al., 2009, como se citó en Ramírez, 2022). Estos desencuentros llevan a una menor sintonía en la díada, donde la percepción de los bebés suele ser más negativa que la de aquellas madres que no están deprimidas, siendo común que refieran que sus hijos son menos interesantes o más difíciles de criar que el resto (Murray et al., 1996, citado por Ramírez, 2022).

Siguiendo estas líneas argumentales, esta revisión buscará sistematizar los hallazgos sobre el vínculo entre la depresión materna y el desarrollo del temperamento. Los estudios del temperamento tienen una larga historia, que comenzó con los estudios de Thomas y Chess (1977), quienes se enfocaron en el “temperamento difícil” que se manifestaba con altos niveles de afectividad negativa, pocas emociones positivas y una regulación pobre (Garstein y Skinner, 2018). Más autores se han unido a las discusiones sobre el temperamento, generando distintos modelos. En la junta de la Sociedad de la Investigación del Desarrollo Infantil de 1985, Goldsmith instó a los principales investigadores del temperamento (Rothbart, Thomas y Chess, Buss y Plomin, y Goldsmith) a responder preguntas existenciales sobre el mismo. La discusión fue sintetizada en el artículo clásico titulado “*What is temperament? Four Approaches*” (¿Qué es el temperamento? Cuatro enfoques) (Shinner et al., 2012). Robert McCall, al final del artículo, llegó a una definición que engloba estos cuatro enfoques. Esta definición concebía el temperamento como las disposiciones básicas, inherentes y relativamente consistentes que modulan las manifestaciones de la actividad, reactividad y sociabilidad. Estos elementos estarían fuertemente influenciados por los factores biológicos y solo al avanzar el desarrollo serían influenciados por la experiencia y el contexto (McCall, 1987, citado por Shinner et al., 2012).

Sin embargo, en los años posteriores surgieron nuevas perspectivas sobre estas teorías iniciales. Los cuestionamientos sobre la estabilidad temprana del temperamento, las diferencias individuales dentro del mismo y las dicotomías entre las influencias biológicas y ambientales han llevado a que esta definición inicial deba replantearse y actualizarse. Shinner et al. (2012), sintetizan los avances de los últimos trabajos sobre el temperamento en una definición más amplia:

Los rasgos temperamentales son disposiciones básicas que emergen tempranamente en los dominios de la actividad, la afectividad, la atención y la autorregulación. Estas disposiciones son el producto de complejas interacciones durante el tiempo entre factores genéticos, biológicos y ambientales (p.437).

El modelo de Mary Rothbart destaca por ser uno de los más fuertes y usados en el transcurso de los años. El temperamento en este modelo se entiende como las diferencias individuales en la reactividad y la autorregulación, de base constitucional. Con constitucional se refieren al relativamente estable organismo biológico influido por la heredabilidad, la maduración y la experiencia (Rothbart y Derriberry, 1981). Este modelo buscó ampliar la perspectiva respecto al temperamento, incluyendo las diferencias motivacionales en la participación de actividades, la activación motora y la atencional (Mira y Vera-Nuñez, 2017). El análisis de Rothbart le permitió crear instrumentos para evaluar el temperamento, sus cuestionarios contienen más de 20 facetas detalladas que indican el desarrollo del temperamento temprano, desarrollo emocional y personalidad adulta (Shinner et al., 2012). A partir del análisis de datos recogidos con estos instrumentos los autores identificaron las tres dimensiones principales del temperamento, denominadas “Surgencia/Extraversión”, “Afectividad Negativa” y “Control Esforzado”. La surgencia integra la disposición a las emociones positivas, como la impulsividad, la falta de timidez, el placer de alta intensidad y la anticipación. La afectividad negativa comprende el miedo, la rabia, la tristeza y la incapacidad para calmarse. El control esforzado incluye la focalización de la atención, el control inhibitorio, el placer de baja intensidad y la sensibilidad perceptual (Rothbart, 2011, como se citó en Mira y Vera-Nuñez, 2017).

A partir de lo antedicho, la presente revisión bibliográfica se plantea como objetivo analizar y sintetizar la literatura contemporánea en torno a la relación entre depresión perinatal materna y el desarrollo del temperamento infantil. Busca también ser un aporte relevante para quienes planeen realizar estudios empíricos en torno a este tema que aún es poco abordado a nivel nacional. La literatura revisada se organiza en primer lugar en dos secciones, la primera referida a depresión prenatal y la segunda a depresión posnatal. Esta división se estableció para identificar posibles diferencias en el temperamento del bebé cuando este se enfrenta con las señales de depresión materna desde el útero, a cuando se enfrenta a ella mediante sus primeras experiencias interaccionales. A la interna de ambas secciones, se presentan hallazgos que permiten ahondar en aspectos biológicos, contextuales y propios de la experiencia subjetiva como mecanismos mediadores de la relación entre depresión y temperamento.

Metodología

Selección de Estudios

La búsqueda se efectuó mediante la base de datos Pubmed, caracterizada por ser de libre acceso y gratuita, desarrollada por la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, que contiene citaciones y resúmenes de literatura biomédica y de ciencias de la vida (National Library of Medicine, s.f).

Se realizaron dos búsquedas en la mencionada base de datos utilizando palabras clave en inglés “*postnatal depression*” (depresión postparto) AND “*infant temperament development*” (desarrollo del temperamento infantil), la cual arrojó 102 resultados que iban desde 1989 hasta 2025. En la segunda búsqueda, se cambiaron las primeras palabras claves por “*prenatal depression*” (depresión prenatal) y se mantuvo el AND “*infant temperament development*”, de esta surgieron 66 resultados comprendidos entre 1992 y 2025. Adicionalmente, se realizó una

búsqueda en español en la plataforma Scielo con las mismas combinaciones, tanto en español como en inglés de las cuales no se obtuvieron resultados y otra en la plataforma Focó-Timbó. En esta última, se obtuvieron 25 resultados en la búsqueda de “*postnatal depression*” usando el filtro de “publicaciones académicas (arbitradas)” y 21 resultados de “*prenatal depression*”, usando nuevamente el último filtro. adición los de “*prenatal depression*” y “*temperament*”. La adición de estos filtros se realizó para obtener una muestra más fina, dado que la búsqueda inicial arrojaba una suma muy amplia de resultados.

Se definió usar la palabra clave “*temperament*” en lugar de facetas temperamentales específicas (como “*negative affect*” (afectividad negativa) o “*high reactivity*” (reactividad alta)) con la finalidad de no sesgar la búsqueda hacia alguna dimensión particular. Los criterios de selección fueron:

(1) artículos publicados en revistas arbitradas, (2) publicaciones de producción empírica original, (3) diseño longitudinal (medidas longitudinales de depresión postparto o perinatal o de temperamento) (4) mujeres mayores de 18 años, (5) niños pertenecientes a primera infancia (entre 0 y 6 años).

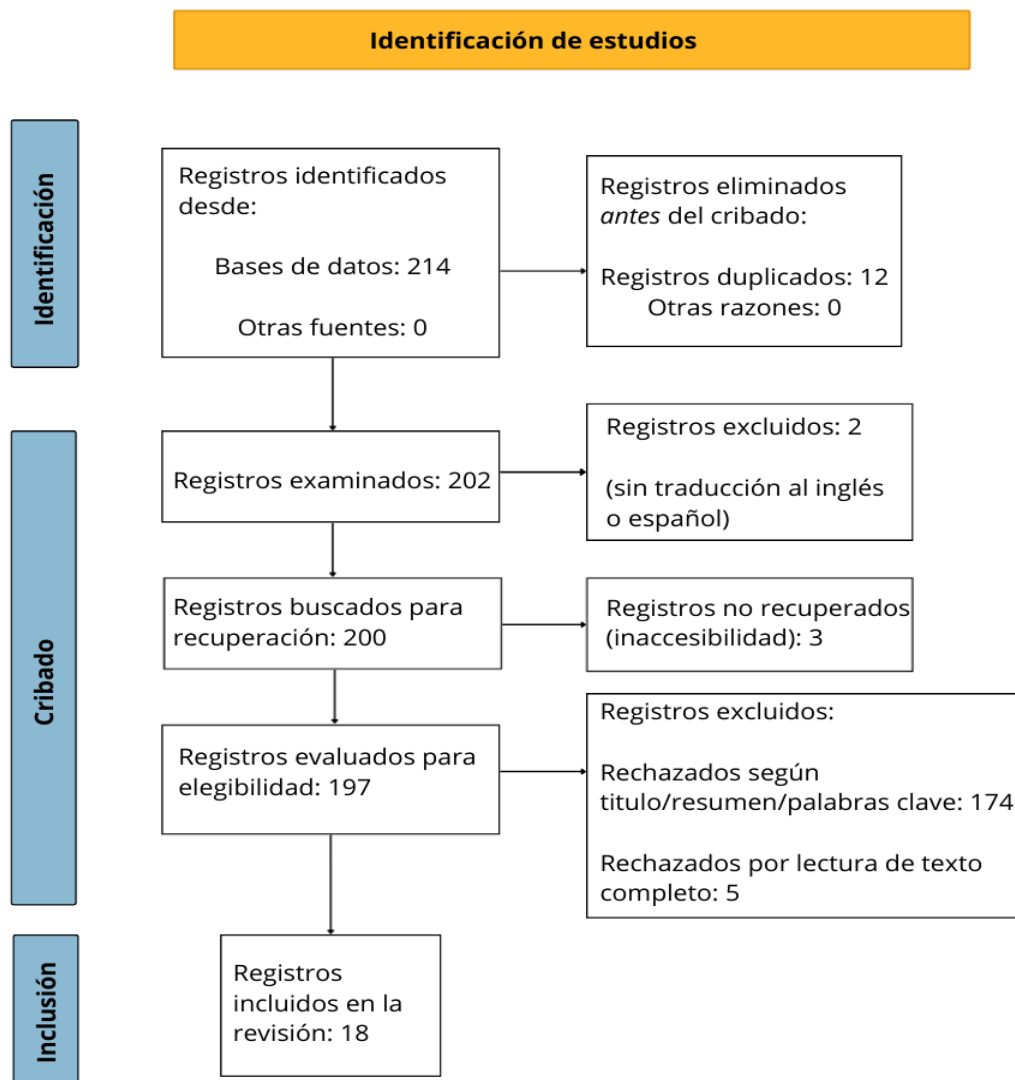
De los 214 trabajos identificados, 174 fueron eliminados con base en el título, palabras claves o resumen de los mismos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Adicionalmente, se eliminaron 12 duplicados. A continuación se procedió a leer los 28 artículos restantes. Cabe destacar que no fue posible acceder a 3 de éstos a través de las plataformas Sci-hub, Foco-Timbó o Google Scholar, por lo que no pudieron ser incluidos. De igual forma, 2 no pudieron ser incluidos al no existir traducciones al inglés o el español. En base a la lectura de los textos completos, otros 5 fueron descartados por no cumplir con los criterios de inclusión. Por ejemplo, fueron excluidos aquellos que a pesar de incluir alguna medida de temperamento, tenían como

objetivo principal evaluar otras variables de interés teórico y por lo tanto, o no reportaban la relación entre temperamento y depresión perinatal, o la evaluaban en función de otras variables. Este grupo de trabajos tenían como tema central alguno de los siguientes: (1) la pandemia de SARS-Covid19, (2) desastres naturales, (3) violencia doméstica previa o durante el embarazo, (4) depresión de la figura paterna, (5) incluían ansiedad o estrés sin medidas de depresión, (6) la variable depresión no se empleaba como variable independiente sino como variable mediadora o moderadora. En la segunda ronda de evaluación sobre la pertinencia de los artículos para este trabajo de revisión, finalmente, se seleccionaron 18 trabajos de investigación para conformar la muestra final, tal como muestra la Fig.1.

Los estudios seleccionados constan con descripciones de: (1) características de las muestras incluidas (edades, localidades, diagnósticos o historiales clínicos), (2) descripciones de los instrumentos utilizados para medir depresión materna y temperamento infantil, (3) cantidad de veces que se aplicaron las evaluaciones y en qué momentos (4) conclusiones pertinentes a las que se llegó a partir del análisis de los resultados.

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA para revisiones sistemáticas.



Resultados

Las investigaciones seleccionadas se caracterizaron por estar todas escritas en idioma inglés. Las muestras de los estudios provenían de localidades de Estados Unidos (8), Corea del Sur, España, Polonia, Reino Unido (2), Finlandia (2), Australia, República Checa, y Japón. Los estudios fueron publicados entre el 2007 y el 2025.

El promedio ponderado de la edad de las participantes de los diferentes estudios fue de aproximadamente 30.4 años (N total de mujeres=2604). Esta aproximación considera a los 15 artículos que contaban con los datos necesarios, de un total de 18.

Instrumentos

Entre los instrumentos utilizados para caracterizar la sintomatología depresiva, tres de ellos destacaron por repetirse una mayor cantidad de veces. La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS, (Cox et al., 1987)) fue usada 12 veces, tanto en el transcurso del embarazo como en el periodo puerperal. La misma consiste en un cuestionario de autoinforme de diez preguntas para la detección de depresión posparto, pensadas para ser respondidas en unos 5 minutos aproximadamente, que pueden ser administradas en contextos ambulatorios, visitas domiciliarias, entre otros. Las respuestas son puntuadas en una escala likert con 0, 1, 2 o 3 de acuerdo a la severidad del síntoma, siendo la puntuación total la suma de los 10 ítems y el puntaje de corte una suma de 9 puntos (American Psychological Association [APA], 2025).

La escala del Centro de Estudios Epidemiológicos sobre la Depresión (CES-D, (Radloff, 1977)) le sigue, apareciendo en 5 trabajos. La CES-D es una escala corta de auto reporte diseñada para medir los síntomas depresivos más actuales en la población general, que fue también validada en mujeres embarazadas. Cuenta con 20 ítems, orientados a la frecuencia en la que en la última semana han sentido falta de sueño, apetito o soledad. Al igual que la escala de Edimburgo las respuestas van de 0 a 3; 0 siendo rara vez o nunca, 1 algunas o pocas veces y 3 moderadamente o mucho

Por último, 3 trabajos utilizaron la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (BDI- II, (Beck et al., 1996)). El mismo consiste en un inventario autoadministrado orientado a

la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos en distintos tipos de poblaciones de adultos y adolescentes, indicando a los mismos que respondan de acuerdo a cómo se sintieron en las últimas dos semanas, incluido el día actual. Cada pregunta tiene 4 opciones de respuestas, ordenadas de forma creciente según el grado de intensidad. (Dozois y Covin, 2004).

Para la evaluación del temperamento, el instrumento más usado fue el Cuestionario del comportamiento del infante (*Infant Behavior Questionnaire*, IBQ por sus siglas en inglés), en su versión revisada y corta (IBQ-R, (Gartstein y Rothbart, 2003)), empleado en 10 de los trabajos realizados. Ambos son cuestionarios dirigidos a los padres para que estos indiquen la frecuencia en sus hijos de comportamientos asociados a distintas facetas del temperamento. Están diseñados para medir el temperamento de bebés entre 3 y 12 meses, evaluando las siguientes dimensiones: nivel de actividad, malestar ante limitaciones, aproximación (a veces traducido como tendencia de acercamiento), miedo, duración de la orientación a estímulos, sonrisa y risa, reactividad vocal, tristeza, sensibilidad perceptiva, placer de alta intensidad, placer de baja intensidad, afectividad (también se traduce como agradabilidad al contacto físico), facilidad de consuelo (puede traducirse también como capacidad de ser consolado), o, disminución de la reactividad / tasa de recuperación del malestar.

El Cuestionario de las Características del infante (*Infant Characteristics Questionnaire*, ICQ por su sigla en inglés) (Bates et al., 1979) fue usado 2 veces. Consiste en 24 ítems que conforman 4 subescalas (irritabilidad, inadaptabilidad, aburrimiento e impredecibilidad) que se responden con escalas Likert de 7 puntos, siendo el 1 un temperamento óptimo y el 7 uno difícil (Bates et al., 2016).

3 investigaciones usaron la Batería de Evaluación de Temperamento de Laboratorio (Lab-TAB) (Goldsmith y Rothbart, 1996), que consiste en una serie de 17 episodios diseñados

para evaluar 5 dimensiones de temperamento en un ambiente de laboratorio, con infantes de 6 meses (Waisman Center, s.f.).

Finalmente, 5 trabajos evaluaron además variables biológicas, en particular 3 realizaron medidas de cortisol, 1 medidas de citoquinas y 1 medidas de presión arterial.

Asociación entre depresión prenatal y desarrollo del temperamento

Con respecto al contenido de los resultados, los estudios reportan una asociación significativa entre la presencia de síntomas depresivos maternos durante el embarazo y la presencia de elementos que contribuyen a un temperamento difícil en los bebés. Sin embargo, la magnitud de estos efectos y la forma específica de manifestarse varía entre estudios.

De los trabajos revisados, el trabajo seminal de Davis et al. (2007) fue el primero en evaluar las consecuencias del estado emocional materno en el desarrollo del temperamento, por lo que destaca como un antecedente relevante. El trabajo encuentra que la depresión prenatal, no así el estrés percibido, se asocia con el temperamento del infante incluso luego de controlar por la presencia de depresión posnatal. Adicionalmente, los autores encontraron que los niveles elevados de cortisol en el tercer trimestre (30 a 32 semanas) de embarazo se relacionaron con un mayor reporte materno de reactividad negativa del bebé (inquietud aumentada, llanto y expresiones faciales negativas). Esta evidencia sugiere que la exposición uterina a glucocorticoides influye en el desarrollo cerebral (Antonow-Schlorke et al., 2003, Uno et al., 1994, como se citó en Davis et al., 2007), de hecho el cortisol atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica, pudiendo influir en el desarrollo de estructuras del sistema límbico, particularmente en las amígdalas cerebrales, fundamentales en las respuestas emocionales (Dunn y Berridge, 1990, citado por Davis et al., 2007). Sin embargo, una línea de investigación posterior contribuyó con aportes que difieren respecto a la temporalidad de esta asociación.

Rouse y Goodman (2014), reportaron que si bien los síntomas depresivos tanto durante el segundo como el tercer trimestre de gestación estuvieron asociados a una mayor afectividad negativa a los tres meses de vida del infante, es la sintomatología experimentada en el segundo trimestre la de mayor incidencia en el temperamento.

Investigaciones más recientes realizan aportes novedosos que profundizan sobre los mecanismos biológicos que median la relación entre depresión prenatal y temperamento. Gustafsson et al. (2018), se interesaron en la participación de las citoquinas inflamatorias maternas, especialmente vinculadas a las medidas de miedo y tristeza. Al igual que la investigación previa de Rouse y Goodman (2014), este trabajo reporta una asociación entre la depresión prenatal en el segundo trimestre de gestación y la presencia de afectividad negativa en los infantes, en particular en las subescalas del instrumento de tristeza y problemas regulatorios. La novedad del trabajo consiste en aportar evidencia que muestra que los niveles de las citoquinas maternas inflamatorias median la asociación. Los autores sugieren que la depresión puede producir una activación del sistema inmunológico materno, que a su vez podría alterar la expresión genética placentaria y ejercer cambios en el ambiente intrauterino, lo que influiría sobre el desarrollo cerebral del feto (Ballabh et al., 2004, Hsiao y Patterson, 2011, Rees y Harding, 2004 y Urakubo et al., 2001, citados por Gustafsson et al., 2018).

Complementariamente, Nomura et al. (2014) proponen evaluar si la preeclampsia y la depresión prenatal tanto de manera independiente como combinadas tienen efectos negativos en el temperamento infantil. La preeclampsia es considerada una condición única de los embarazos humanos, se define como la aparición repentina de hipertensión después de las 20 semanas de gestación (McCalla et al., 1998 y Williams et al., 2010, citados por Nomura et al., 2014). Los autores encontraron que la preeclampsia incidió en las subescalas temperamentales de búsqueda

de placer y reactividad vocal. Sin embargo, cuando las madres presentaban preeclampsia en combinación con depresión prenatal, los bebés presentaron niveles de puntuación inferiores en las subescalas de sonrisa/risa, comportamiento de búsqueda de placer, sensibilidad perceptiva y tendencia a acercamiento del instrumento. Por lo tanto, si bien por sí misma la preeclampsia no tiene los mismos efectos que la depresión prenatal, la coexistencia de ambas profundiza los rasgos de temperamento difícil. Estos resultados evidencian que los cuadros obstétricos adversos son también un factor de riesgo a tener en cuenta en los efectos de la depresión materna en el temperamento infantil.

Por otro lado, una serie de trabajos indagan mecanismos psicológicos que median los efectos de la depresión prenatal en el temperamento. En esta línea, Nolvi et al. (2016) destacan a la ansiedad específica del embarazo como un aspecto distintivo del estrés prenatal, por sus efectos particulares en los infantes. En su estudio, hallaron que los hijos de madres con estrés prenatal alto tuvieron mayores puntajes en todas las subescalas de la reactividad emocional negativa y que la ansiedad específica del embarazo predecía negativamente el miedo infantil y la recuperación de la angustia. Con esto, se sugiere que este tipo de ansiedad podría ser un factor con efectos específicos en la configuración de la reactividad emocional negativa. Los autores plantean así, que la ansiedad específica del embarazo podría representar una mayor sensibilidad al estrés gestacional, que afecta la forma en que estas madres evalúan a sus hijos.

Continuando los estudios sobre el estrés, Pham et al. (2025) tomaron medidas en relación al estado afectivo materno incluyendo cuestionarios de depresión, ansiedad, ansiedad específica del embarazo, estrés percibido y medidas de cortisol. Mediante un análisis de perfiles latentes, los autores distinguieron dos grupos: uno en el que todas las medidas dan puntajes bajos y otro en el que los dan altos. Así, encontraron que los infantes hijos de madres que pertenecen a los

grupos de estrés prenatal más bajos, a los 2 meses presentaban mayor facilidad para recuperarse luego de la experiencia de angustia y a los 6 meses, menor emocionalidad negativa, menor malestar ante limitaciones (entendido como las señales de irritación o irritabilidad del bebé cuando se siente limitado por el lugar o posición, o inhabilitado a hacer alguna acción deseada), mayor capacidad de calmarse con las técnicas empleadas por su cuidador y mayor reactividad vocal. Estos resultados, convergen con los hallazgos de Davis et al. (2007) respecto a la asociación entre los niveles altos de cortisol, entre las 30 y 32 semanas de embarazo, con la reactividad negativa infantil. No obstante, en cuanto a la ansiedad específica del embarazo difieren de Nolvi et al. (2016), al no haberse presentado diferencias significativas entre los grupos evaluados respecto a ella. Por lo tanto, Pham et al. (2025) consideran que este tipo de ansiedad podría ser una experiencia habitual del embarazo ya que la mayoría de mujeres podría experimentar síntomas parecidos como por ejemplo, el miedo al parto, sin que esto represente necesariamente grupos de riesgo.

Posteriormente, Nolvi et al. (2019), amplian sus estudios previos, evaluando si la relación depresión prenatal-temperamento es moderada por el sexo del bebé. Se toma esta variable considerando las posibles diferencias entre los sexos biológicos respecto a la sensibilidad de la placenta a los glucocorticoides y del cerebro en desarrollo a la programación hormonal. A partir de evaluaciones de los síntomas depresivos y medidas temperamentales tanto de forma observada (Lab-TAB) como de reporte materno, los autores concluyen que el sexo del bebé resulta una variable moderadora solo en el caso de el estrés prenatal, asociándose éste con un mayor miedo observado en las niñas que en los niños. Adicionalmente, las niñas que fueron expuestas de forma continua a estrés materno durante el período pre y posnatal mostraron menos miedo que aquellas que solo estuvieron expuestas en la pre natalidad.

Siguiendo esta línea de investigación, Savory et al. (2020) también indagan sobre la incidencia del sexo biológico del bebé. Sin embargo, se diferencian de Nolvi et al. (2019) en que las asociaciones obtenidas entre los síntomas maternos y el temperamento de los niños -evaluado a partir de observaciones directas- fueron mínimas en el caso de las niñas, comparado con los varones, en quienes se observaron dificultades temperamentales y de lenguaje. No obstante, las percepciones maternas de madres con depresión prenatal resultaron ser lo opuesto, es decir, significativamente negativas en las niñas (escalas de tristeza, angustia y capacidad de consuelo) que en los niños (tendencia al acercamiento). Los autores interpretan estos resultados a partir de dos líneas argumentales: por un lado, sugieren que las expectativas de género pueden distorsionar las percepciones maternas, por otro, en evidencia neurobiológica que sugiere que la transmisión intergeneracional en lo que refiere a estructura y función de circuitos límbicos es más robusta entre madres e hijas que hijos (Yamagata et al., 2016, como se citó en Savory et al., 2020).

Por su parte, McGrath et al. (2008) estudian si el apoyo familiar modula la relación depresión prenatal-temperamento. Los resultados de este grupo confirman que la depresión en el tercer trimestre de embarazo se vincula con temperamentos más difíciles a los 2 y 6 meses. Cabe destacar que sin embargo, esta relación no se vio modificada por la presencia de apoyo familiar ni por el estrés asociado a los cuidados infantiles.

Takács et al. (2019) también indagan sobre el lugar de los procesos familiares, en este caso, el rol de las competencias parentales (medida mediante cuestionario de autoestima) en la asociación de la depresión prenatal y el temperamento infantil. Los autores constatan que además de influir en el temperamento, la depresión prenatal tiene efectos negativos sobre la percepción materna de las competencias parentales. Con esto, se puede concluir que la depresión prenatal

influye tanto en la efectividad autopercibida por la madre para los cuidados, como también en una baja satisfacción con el bebé. Por lo tanto, habría una relación de retroalimentación constante, donde los bebés que portan un temperamento difícil contribuyen a una menor percepción de competencia parental, lo que a su turno influye en el estado de ánimo materno.

Finalmente, Bang et al. (2020) aportan una visión con un componente idiosincrático de la cultura coreana, la práctica del “Taekyo”. La misma consiste en una práctica de cuidado prenatal basada en las acciones de pensar y actuar positivamente durante el embarazo para influir positivamente en el feto y generar una conexión emocional mediante la interacción temprana. Los autores buscan evaluar si la práctica del Taekyo modula la relación depresión prenatal-temperamento. Tras haber evaluado desde la semana número 16 de embarazo la frecuencia de esta práctica y la sintomatología materna, encontraron que el taekyo estaba significativamente asociado con un mayor apego de la madre hacia el feto. Sin embargo, la práctica no contribuyó en disminuir los síntomas de depresión posparto. De manera consistente con los resultados presentados hasta aquí, la depresión posparto se asoció con signos de temperamento infantil difícil (menos expresiones de afectividad positiva) De esta forma, podemos decir que si bien esta práctica tiene sus efectos positivos en la instauración de un vínculo afectivo fuerte con el feto durante la gestación, no es suficiente para moderar los efectos de la depresión en el temperamento infantil.

En síntesis, a partir del recorrido de la evidencia presentada se puede ver un aumento en la complejidad con la que se aborda el tema que deja atrás posturas reduccionistas para darle lugar a entrecruzamientos entre la neurobiología, factores contextuales y psicológicos que forman parte de los intercambios de la díada y forman las bases del temperamento infantil.

Asociación entre Depresión posparto y desarrollo del temperamento

En esta sección se centra la revisión de la literatura del periodo posparto. Abrimos este recorrido con los aportes de Shapiro et al. (2020), quienes realizaron un seguimiento del desarrollo de la depresión posparto al seleccionar únicamente mujeres próximas a dar a luz que no presentaran síntomas depresivos. Los autores reportaron que la depresión detectada en el posparto temprano (3 semanas) se asoció de forma significativa con una menor presencia de expresiones de alegría infantiles a los 6 meses de vida. En los casos en donde los síntomas depresivos prevalecían en el posparto tardío (6 meses), se observó respuestas más marcadas de miedo infantil en el episodio del juguete sorpresivo del Lab-TAB. Por otro lado, si los síntomas maternos eran altos a las 3 semanas, pero disminuían hacia los 6 meses, los bebés mostraban puntajes más altos de inestabilidad e inquietud a los 6 meses, lo que sugiere que una posible repercusión de la depresión materna sobre los niños incluso después de que la madre se recupera de la misma.

Siguiendo esta línea de investigación, Rigato et al. (2022) amplían estas evidencias al encontrar que los síntomas de depresión posnatal maternos no solo eran predictores del temperamento infantil durante el primer año de vida si no que, adicionalmente, también se asociaban con problemas de conducta a los 3 años. Tanto la afectividad negativa como la positiva influyen en el desarrollo del comportamiento en la edad preescolar, sin embargo, no fueron predictoras de otros posibles desenlaces, como problemas emocionales o de interacción social. Este estudio ofrece un importante aporte al considerar los posibles desenlaces a largo plazo pero también, al destacar que no solo se deben considerar los factores de la afectividad negativa a la hora de estudiar las posibles consecuencias del temperamento infantil.

En cuanto a las moderaciones que pueden influir en la asociación depresión posnatal - temperamento, los aportes realizados por Parade et al. (2018), difirieron de los de McGrath et al. (2008) quien previamente estudió esta asociación con la depresión prenatal, encontrando así que el funcionamiento familiar si modera positivamente la relación de la depresión materna con el temperamento. Sin embargo, cabe destacar que mientras McGrath et al. (2008) se había basado en medidas de autoreporte materno para afirmar que esta moderación no ocurría, Parade et al. (2018) utilizó solamente medidas observacionales (mediante videos) y entrevistas presenciales, lo que aporta una perspectiva más objetiva. Así, sus resultados evidenciaron que la depresión materna sí influye en el temperamento infantil pero solamente cuando la misma se acompaña de dinámicas de disfuncionalidad en el entorno familiar.

Siguiendo la línea de las moderaciones, Peñacoba et al. (2021) si la evitación de las madres en las primeras etapas del embarazo, moderaba la relación de la depresión posparto y las primeras interacciones madre e hijo. Cuando las madres presentaban niveles elevados de evitación prenatal, la depresión posparto se asoció con la percepción del bebé como inestable, de temperamento difícil y especialmente irritable durante la lactancia. Sin embargo, cuando el mecanismo evitativo era bajo, la depresión posparto y la percepción del bebé como inestable ya no estaban relacionadas. A su vez, los síntomas depresivos se asociaron con una falta de seguridad en la lactancia y en general con respecto a los cuidados del bebe, comprometiendo por lo tanto la autoeficacia materna. De esta forma, la investigación identifica que las estrategias de afrontamiento también influyen en las interacciones madre e hijo que moldean el temperamento infantil.

Introduciéndonos ahora en la temporalidad de los nacimientos, Kmita et al. (2022) encuentra que en los casos de las madres de bebés prematuros (menos de 34 semanas de

gestación) los niveles de síntomas depresivos en el posparto eran más altos a los 3 meses que a los 6 y que cuando se consideró el temperamento infantil, fue la orientación/regulación (evaluada según reporte materno) la que se correspondió con mayores niveles de depresión a los 6 meses posparto. Esto puede corresponderse a que los bebés prematuros presentan una maduración más lenta del sistema autónomo y menos capacidad de mantener estados de alerta (Feldman y Eidelman, 2007, citados por Kmita et al., 2022). Existe por lo tanto un riesgo doble en la interacción, considerando la disminuida capacidad interaccional del bebe y las capacidades comprometidas de la madre para coordinar sus propios comportamientos de interacción con el mismo.

Ampliando esta perspectiva, Gray et al. (2013) tomaron en cuenta los niveles de estrés en madres de bebés muy prematuros (menos de 3 semanas), considerando un grupo de control de madres cuyos bebés nacieron a término. Así, encontraron que un año después el estrés parental de las madres de bebés muy prematuros era significativamente mayor que las madres de embarazo a término. Sin embargo, en cuanto a temperamento refiere, no se encontraron grandes diferencias en la comparación de ambos grupos de bebés aunque en los bebés muy prematuros se ha reportado percepciones de que estos sean menos persistentes que aquellos nacidos a término, lo cual se corresponde con los hallazgos de Kmita et al. (2022) acerca de que la orientación/regulación se ve comprometida en los bebés prematuros y que a su vez, la misma estaría relacionada a las sintomatologías maternas.

Más recientemente Hiraoka et al. (2024) realizaron interesantes aportes acerca del vínculo madre e hijo, la depresión posnatal y el temperamento infantil, donde se destacó que los incrementos de las dificultades en el vínculo a nivel intra individual predijeron un aumento en los síntomas depresivos postnatales, especialmente cuando se trataba de dificultades relacionadas

con enojo o rechazo hacia el bebé. Esta relación fue unidireccional, ya que los cambios en los síntomas de depresión posparto, no predijeron cambios en las dificultades de vínculo madre e hijo. A su vez, se constató que la percepción de un temperamento difícil en el bebé exacerbaba los síntomas depresivos, debido a que la dificultad del infante para calmarse se presenta como un importante estresor para las madres. Estos hallazgos, al destacar que las dificultades en la vinculación pueden anteceder a los síntomas depresivos y no solo tratarse de una consecuencia de los mismos, se corresponden con los aportes de Bang et al. (2020) sobre la relevancia del fortalecimiento de prácticas que fomenten un vínculo materno fetal fuerte desde etapas tempranas de la gestación. A su vez, al tener las dificultades de vinculación efectos parecidos a los que tienen la percepción de bajas competencias parentales, como el rechazo y/o baja satisfacción con el bebé, refuerzan los aportes retomados por Takács et al. (2019) respecto a que los bebés son tanto resultado como contribuidores de estas dificultades.

De esta forma, se subraya la necesidad de considerar tanto la salud mental materna como el desarrollo emocional de los infantes de forma dinámica y recíproca al estarse co-construyendo mutuamente en sus interacciones entre sí y con el ambiente. Los distintos moderadores biológicos (Gray et al., 2013, Kmita et al., 2022) y psicológicos (Parade et al., 2018, Peñacoba et al., 2021) evidenciaron los diferentes mecanismos en los que esta relación puede verse modulada y en qué magnitud pueden afectar la emocionalidad de la díada en estas etapas iniciales, constitutivas del temperamento infantil.

Tabla 1.*Resultados.*

| Temporalidad | Referencia | País de la muestra | Muestra | Objetivos | Instrumentos (Depresión y Temperamento) | Resultados principales |
|---------------------|------------------------|-----------------------------|--|---|--|--|
| Prenatalidad | Davis et al. (2007) | California, Estados Unidos. | 247 mujeres reclutadas antes de la semana 18 de gestación. | Examinar si el estado psicológico materno y el cortisol materno tiene efectos conjuntos o independientes en la negatividad reactiva del bebé, y si hay un periodo sensible para estos efectos en el desarrollo fetal. | <ul style="list-style-type: none"> - Medida de cortisol en saliva - CES-D; (Santor y Coyne., 1997) - STAI; (Spielberger, 1979) - PSS; (Cohen et al., 1983) - IBQ; (Gartstein and Rothbart, 2003) | Asociación de cortisol materno en el tercer trimestre con la reactividad negativa del infante. El estado psicológico materno tuvo efectos independientes en el temperamento. |
| Prenatalidad | Rouse y Goodman (2014) | Georgia, Estados Unidos. | 77 mujeres cursando el segundo trimestre de embarazo. | Entender qué aspectos de la depresión materna aportan en el desarrollo de la afectividad negativa infantil. | <ul style="list-style-type: none"> - IBQ; (Gartstein and Rothbart, 2003) -Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje 1 del DSM IV - STAI; (Spielberger, 1979) -Inventario de Depresión de Beck-II; (A. T. Beck, Steer, y Brown, | Los síntomas depresivos evaluados en el segundo trimestre predijeron afectividad negativa infantil significativamente. La afectividad negativa no difirió con respecto a como la depresión prenatal estaba definida. |

| | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|--|--|---|
| | | | | | 1997) -Cortisol en muestras de orina de la mañana. | |
| Prenatalidad | Gustafsson et al. (2018) | Portland, Estados Unidos. | 62 mujeres cursando el segundo trimestre. | Averiguar si los síntomas depresivos del segundo y tercer trimestre predicen negatividad afectiva infantil a los 6 meses del bebé y si las citoquinas maternas median la asociación. | - Muestras de sangre materna - CES-D; (Radloff, 1977) - IBQ-R; (Gartstein y Rothbart, 2003) - Paradigma del rostro inmóvil (Moore y Calkins, 2004; Moore et al., 2009; Tronick et al., 1978) - Prueba de restricción de brazo; (Calkins et al., 2002; Stifter and Braungart, 1995) - Codificación de comportamiento observado; (Holochwost et al., 2014; Moore et al., 2009) | Asociación entre depresión materna con afectividad negativa y con dificultades regulatorias. La asociación fue mediada por las citoquinas maternas, en relación a la tristeza infantil. |

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------------------------|---|---|---|--|
| Prenatalidad | Nomura et al. (2014) | Nueva York, Estados Unidos. | 233 mujeres cursando el segundo semestre. | Analizar si la preeclampsia y depresión prenatal están asociadas con índices de desarrollo infantil en el nacimiento y con el temperamento a los 3 meses. | - Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje 1 del DSM I - IBQ-R versión corta, (Rothbart, Chew, y Gartstein, 2001) - Medidas de presión arterial para el diagnóstico de preeclampsia | Asociación de Preeclampsia con riesgo de mortalidad infantil y partos complicados. En conjunto a la depresión, la preeclampsia afectó varias subescalas de temperamento |
| Prenatalidad | Nolvi et al. (2016) | Turku, Finlandia. | 282 mujeres cursando el primer trimestre (172 de grupo control) | Examinar la asociación entre estrés prenatal (en sus diferentes tipos) y reactividad emocional infantil en sus distintas dimensiones en dos grupos cohorte. | - EPDS; (Cox et al., 1987) - Lista de verificación de síntomas 90 (SCL-90);(Derogatis 1983) -Cuestionario de Ansiedad del embarazo 2; (Huizink et al., 2015) - IBQ-R; (Gartstein y Rothbart, 2003) | Bebés de madres con estrés severo y ansiedad específica del embarazo resultaron con negatividad reactiva alta. Miedo infantil y recuperación de la angustia se asociaron exclusivamente a la ansiedad específica del embarazo. |

| | | | | | | |
|---------------------|------------------------|-----------------------------|--|---|--|--|
| Prenatalidad | Pham et al. (2025) | Washington, Estados Unidos. | 67 mujeres en su tercer trimestre de embarazo. | Examinar las diferentes facetas de la reactividad negativa y la regulación en relación a los efectos del estrés prenatal materno. | - EPDS; (Cox et al., 1987) - STAI; (Spielberger et al., 1970) -Cuestionario de Ansiedad del embarazo-Revisado ; (Huizink et al., 2004) -PSS; (Cohen et al. 1983) - Muestras de cortisol en pelo. -IBQ-R; (Gartstein and Rothbart, 2003) | Estrés, ansiedad y depresión alta predijo temperamentos más difíciles que grupo de madre cuyos puntajes fueron bajos en estas áreas. |
| Prenatalidad | Nolvi et al. (2019) | Turku, Finlandia. | 391 madres cursando el primer trimestre. | Examinar trayectorias de síntomas de ansiedad y depresión y de cómo diferencialmente afectan el miedo infantil según reporte materno y observación externa. Analizar si estas asociaciones se ven moderada por el sexo del infante. | - EPDS; (Cox et al., 1987) - Lista de verificación de síntomas 90 (SCL-90) ; (Derogatis, 1983) - Subescala de miedo del IBQ-Versión corta; (Putnam et al.,2014) -Episodio de mascarar del Lab-TAB; (Goldsmith y Rothbart, 1999) | Distress materno prenatal fue asociado con mayor miedo observado en niñas que niños. |

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------|--|---|---|--|
| Prenatalidad | Savory et al. (2020) | Cardiff, Reino Unido. | 348 mujeres con embarazos a término. | Estudiar la posibilidad de que los síntomas del humor materno esten asociados con diferencias específicas por sexo en la percepción materna del temperamento de los infantes comparado con el temperamento observado. | - EPDS; (Cox et al., 1987) - STAI; (Spielberger et al. 1970) - Lab-TAB; (Goldsmith and Rothbart, 1996) - IBQ-R-Versión corta; (Rothbart, Chew, y Gartstein, 2001) -Cuestionario de vínculo posparto; (Brockington et al., 2006) | La depresión y ansiedad prenatal alta se asoció con varias subescalas del temperamento percibido por la madre y con mínimas en caso de los niños. En observación de laboratorio, solo una subescala de temperamento fue afectada en las niñas y varias en los niños. |
| Prenatalidad | McGrath et al. (2008) | Estados Unidos. | 139 mujeres cursando el tercer trimestre de embarazo. | Comparar si hay diferencias en el temperamento de los hijos de mujeres con depresión en el último trimestre con mujeres sin depresión y explorar los cambios de las percepciones maternas con el tiempo. | - EPDS; (Cox et al., 1987) -Cuestionario de salud en el embarazo; (Records y Rice, 2004) - CES-D;(Radloff, 1977) -Inventario de Predictores de depresión posparto; (Beck, 2002) | Las percepciones maternas del temperamento infantil estuvieron asociadas a la presencia de depresión y no se vieron alteradas por el apoyo familiar. |

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|
| Prenatalidad | Takátcs et al. (2019) | Praga, República Checa. | 282 mujeres embarazadas. | Explorar las relaciones longitudinales entre los síntomas depresivos maternos, competencia parental y temperamento infantil. | - EPDS; (Cox et al., 1987) -Inventario de autoreporte materno; (Shea E y Tronick E. 1988) - Cuestionario de Características del Infante (ICQ); (Bates et al., 1979) | Las relaciones longitudinales resultaron en que el temperamento infantil difícil afectó las percepciones maternas de competencia parental. Las variables maternas no se asociaron con cambios en el temperamento infantil. |
| Prenatalidad | Bang et al. (2020) | Seúl, Corea. | 97 mujeres cursando el segundo trimestre de embarazo. | Confirmar la relación entre la práctica <i>taekyo</i> , la depresión prenatal y posnatal, apego madre-feto, temperamento infantil y colicos. | - EPDS; (Cox et al., 1987) -Instrumento de Anh (modificada para medir los subdominios del taekyo) -Escala de apego materno-fetal de Cranley's; (Lee, K.S. 2013) - Como es mi bebé (WMBIL); (Pridham et al., 1994) | Asociación entre la práctica de taekyo con la interacción materno fetal que sin embargo, no significó una disminución en la depresión materna. |

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------------|---|---|---|---|
| Posnatalidad | Shapiro et al. (2020) | Seattle, Estados Unidos. | 16 díadas madre-bebé, seguidas desde el octavo mes de embarazo. | Examinar la influencia de la depresión posparto temprana (3 semanas) en el temperamento observado y por reporte materno, de bebés de 6 meses. | - EPDS; (Cox et al., 1987) -La escala de detección de depresión posparto; (Beck y Gable, 2000) -ICQ; (Bates. et al., 1979) - Lab-TAB; (Goldsmith y Rothbart, 1996) | Depresión posparto a las 3 semanas predijo temperamentos difíciles tanto en la observación de laboratorio como en el auto reporte materno, a los 6 meses de los infantes. |
| Posnatalidad | Rigato et al. (2022) | Reino Unido. | 50 madres. | Investigar el rol de la salud mental materna y el temperamento infantil evaluados en múltiples periodos del primer año de vida, en relación a desenlaces de edad preescolar. | -IBQ- Versión muy corta- Revisada; (Putnam et al., 2014) -Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ); (Goodman, 1997) -Inventario de Depresión de Beck-II; (Beck et al., 1996) | Depresión posparto se asoció con afectividad negativa infantil y con problemas conductuales a los 36 meses. |

| | | | | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------|---|--|--|---|
| Posnatalidad | Parade et al. (2018) | Estados Unidos. | 197 familias contactadas prenatalmente. | Estudiar la asociación de la depresión materna con el temperamento infantil en el tiempo y si la sensibilidad materna y el funcionamiento familiar son moderadores de estos efectos. | <ul style="list-style-type: none"> - 8 observaciones de video de las interacciones madre e hijo en tres periodos de tiempo - Evaluación de la tríada de adjetivos del temperamento; (Seifer et al., 1994) -Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R; (Spitzer et al., 1990) -Evaluación de seguimiento longitudinal por intervalos (LIFE); (Keller et al., 1987) -Cuestionario de conducta materna (Pederson y Moran, 1995) -Video de la cena familiar -Sistema de codificación de la interacción en la comida; (Dickstein et al., 1994) | El temperamento infantil tendió a volverse menos difícil con el tiempo, sin embargo la concurrencia de la depresión materna, la inestabilidad familiar y la baja sensibilidad materna hace que estas dificultades perduren más allá del primer año. |
|---------------------|-------------------------|-----------------|---|--|--|---|

| | | | | | | |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|---|--|---|---|
| Posnatalidad | Peñacoba et al. (2021) | Madrid, España. | 116 madres de bajo riesgo obstétrico. | Analizar la evitación materna como una variable moderadora en la depresión posparto temprana y las interacciones madre-infante. | -Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CAE); (Sandín y Chorot 2003) - EPDS- Versión española, (Garcia-Esteve., et al., 2003) -Escala Madre y Bebé;(Wolke y James-Roberts, 1987) | El mecanismo de evitación materna alto se relaciona con depresión posparto asociada a percepciones temperamento difícil en el bebé |
| Posnatalidad | Kmita et al. (2022) | Varsovia, Polonia. | 64 infantes nacidos antes de la semana 34 de gestación, y sus padres. | Analizar la relación entre la intensidad de los síntomas depresivos de padres de bebés prematuros y su percepción del temperamento de sus bebés a los 3 meses (edad corregida) | - IBQ-R; (Gartstein and Rothbart, 2003) - EPDS; (Cox et al.,1987) | Los síntomas depresivos maternos a los 3 meses estuvieron asociados al temperamento infantil, siendo la regulación/orientación las dimensiones más afectadas. |

| | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------------|--|---|--|--|
| Posnatalidad | Gray et al. (2013) | Brisbane, Australia. | 105 madres, que dieron a luz 124 bebés con menos de 30 semanas de gestación. | Medir niveles de estrés y depresión posparto en madres de bebés muy prematuros comparadas a madres con bebés a término. Estudiar la relación de la depresión posparto y los datos demográficos con el temperamento. | -Índice de Estrés Parental- Versión corta; (Abidin RR. 1995) - EPDS; (Cox et al., 1987) -Escala corta de temperamento para niños pequeños; (Pedlow et al., 1993) | El estrés parental en madres de bebés muy prematuros al año es significativamente mayor que en madres con bebés a término. En madres de bebés prematuros, la depresión posparto y el temperamento infantil fueron factores de riesgos independientes. |
| Posnatalidad | Hiraoka et al. (2024) | Tokyo, Japón. | 360 mujeres contactadas en el primer trimestre de embarazo. | Examinar la influencia bidireccional del vínculo madre e hijo, en relación a los síntomas de depresión posparto. | -Escala de vínculo madre-bebé; (Taylor et al., 2005) - EPDS; (Cox et al., 1987) - CES-D; (Santor and Coyne, 1997) | La variabilidad en el vínculo madre e hijo como el rechazo y el enojo predijeron síntomas de depresión posparto, pero la relación inversa no fue significativa. La depresión prenatal y el temperamento infantil difícil se asoció también con la depresión posparto y vínculo difícil |

Nota: Lista de abreviaciones.

CES-D: Escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos/ STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo/ PSS: Escala de Estrés Percibido/ IBQ: Cuestionario del Comportamiento Infantil/ EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo/ Lab-TAB: Batería de Evaluación de Temperamento en Laboratorio

Discusión

Principales hallazgos

La literatura revisada deja en evidencia la existencia de una asociación consistente entre la depresión materna perinatal y el temperamento infantil. La “Hipótesis de los orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad” (En inglés: *Developmental origins of health and disease*), postula que durante el embarazo, las señales fisiológicas que se producen en respuesta al ambiente materno pueden producir modificaciones epigenéticas en el feto, con consecuencias de largo plazo (Garstein y Skinner, 2018). Esta propuesta teórica permite integrar resultados a nivel biológico y psicológico de manera coherente y proponer mecanismos biológicos que expliquen la relación entre depresión perinatal y temperamento infantil.

De los artículos revisados, el cortisol emerge como un posible mediador en la programación que el estrés materno podría ejercer en el feto primero y el lactante después, extendiendo de esta forma hipótesis de los orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad más allá de la salud física hacia el terreno del desarrollo psíquico. Entre un 10 a 20% de glucocorticoides maternos atraviesa de manera intacta la barrera placentaria dependiente de la enzima 11β hidroxisteroide deshidrogenasa tipo 2 (11β -HSD-2), que convierte glucocorticoides activos (cortisol y corticosterona) a inactivos (cortisona y dehidrocorticosterona) (Seckl y Meaney, 2004). El eje hipotálamo hipofisario adrenal fetal (HPA, por sus siglas en inglés) y el hipotálamo, su principal regulador límbico, son particularmente sensibles a los niveles de glucocorticoides. De esta manera la exposición del feto a niveles elevados de cortisol materno puede modificar la responsividad de los sistemas neuroendocrinos de respuesta al estrés.

El momento de la gestación en la que el cortisol modularía en mayor medida el desarrollo de los sustratos neurales que luego subyacen al temperamento infantil es tema de debate. Si bien algunos estudios afirmaron que los niveles altos de estrés en el tercer trimestre de embarazo eran los que tenían un efecto significativo en la reactividad negativa, otros afirman que los síntomas depresivos en el segundo trimestre son los que presentan una correlación más significativa.

Estudios en modelos animales utilizando el glucocorticoide sintético dexametasona (que atraviesa la placenta relativamente fácil), han permitido demostrar que el efecto de los glucocorticoides sobre la actividad del eje HPA dependen de la temporalidad de su administración. La exposición tanto en corto como largo plazo a dexametasona, resultó en ratas adultas con altos niveles de corticosterona (principal glucocorticoide en ratas, mientras que en humanos es el cortisol), sin embargo, se estableció que en etapa avanzada del embarazo la exposición a este glucocorticoide sintético altera de forma permanente la sensibilidad del hipocampo a la corticosterona, reduciendo la sensibilidad de la retroalimentación negativa y aumentando la actividad del eje (Welberg y Seckl, 2001). Más aún, el aumento de corticosterona parece producir un aumento de sensibilidad de la amígdala, una estructura clave en la expresión de miedo y ansiedad. Como consecuencia, es esperable que algunos patrones comportamentales postnatales sean distintos entre animales expuestos y no a glucocorticoides durante la gestación (Seckl y Meaney, 2004).

La influencia del contexto familiar en la asociación depresión perinatal-temperamento

Los procesos vinculares que se dan en el seno del contexto familiar y social también son elementos que deben considerarse para analizar las interacciones de la díada en el contexto de la depresión perinatal. Sobre esto, la presente revisión expuso hallazgos pertinentes pero contradictorios: por un lado, McGrath et al. (2008) no encontraron que el apoyo familiar fuera

moderador en la asociación de la depresión materna con el temperamento infantil mientras que Parade et al. (2018) constatan lo contrario. De acuerdo a estos últimos autores, la depresión materna solo logra influir en el temperamento si el ambiente familiar es disfuncional. Una diferencia sustancial entre los trabajos es que mientras que este último se basó en medidas observacionales y entrevistas realizadas por profesionales en salud mental, el primero realizó únicamente cuestionarios de autoreporte.

La estabilidad familiar ha mostrado ser especialmente importante para la salud mental infantil, existiendo hallazgos que muestran que la participación activa del niño en una triada compuesta por ambos padres en un intercambio simultáneo es capaz de contribuir a disminuir los aspectos disfuncionales de la relación diádica entre una madre con depresión y su bebé (Olhaberry et al., 2015). Complementariamente, se ha propuesto que la capacidad empática y el sostén emocional brindado por la figura paterna¹ puede ayudar a las madres a identificar sus emociones negativas para sobrellevar mejor los síntomas depresivos y estar más preparadas para el manejo de situaciones estresantes de la parentalidad (Goldstein et al., 2023). De igual forma, estudios recientes revelan que la sincronía padre e hijo y el involucramiento paterno puede amortiguar las consecuencias negativas de la depresión materna (Feldman, 2015, como se citó en Goldstein et al., 2023).

Finalmente, si bien la presente revisión se centró en la influencia del estado emocional materno sobre el temperamento, es preciso destacar que el bebé también tiene un rol activo en el establecimiento de la relación con la madre. En este sentido, no son únicamente los síntomas asociados a la depresión materna que afectan al bebé, sino que las características de los lactantes con temperamento difícil pueden exacerbar estos síntomas (Hiraoka et al., 2024, Takács et al.,

¹ Se hace referencia a padres y no a compañeros/as en términos amplios porque las investigaciones citadas reclutaron a parejas conformadas por hombres y mujeres.

2019). En este sentido, se generaría una especie de bucle retroalimentativo donde el temperamento difícil de los los infantes, como respuesta adaptativa a un ambiente ya de por sí complejo, afectaría la percepción de competencia parental de las madres con depresión, empeorando de esta forma sus síntomas.

Implicancias para el contexto nacional

En términos de estructura social, factores como la falta de trabajo remunerado, la inestabilidad del mismo y los ingresos del núcleo familiar, suelen influir en el peso que las madres podrán destinar a los cuidados sobre sí misma y el bebé durante la gestación y el posparto (Fernández y Olza, 2020). Estas condiciones se enlazan con los procesos de socialización infantil y por lo tanto, constituyen una parte importante del ambiente en el que se expresa el temperamento infantil. Mujeres que maternan en contextos de extrema vulnerabilidad social y económica han manifestado vivencias de invisibilidad, desesperanza y exclusión social a partir de estas desigualdades que afectan tanto el ejercicio de sus cuidados como la práctica de sus derechos sexuales y reproductivos (Muñoz et al., 2013). En Uruguay, un 31.4% de los niños nace en hogares con pobreza multidimensional (entendida como la privación de la educación, los servicios y bienestar, las condiciones habitacionales, la protección social y el empleo (Unicef, 2025). De acuerdo al Ministerio de Desarrollo Social (2024), según datos recabados en el 2023, en los hogares pobres resultaba más frecuente que únicamente el varón se encuentre ocupado laboralmente. De manera adicional, la pobreza incide en mayor medida en los hogares monoparentales de jefatura femenina. Siguiendo esta misma línea, en un estudio de prevalencia realizado a madres usuarias de un Centro de Salud del Cerro de Montevideo, se encontró una prevalencia de 18.3% de Depresión Posparto (Berruti, 2009, Corbo et al., 2011, citados por Mello, 2022). Así, se argumentó que factores asociados con la vulnerabilidad económica,

sumado a poco o nulo apoyo social, son generadores de estrés crónico, dejando así a mujeres sin trabajo remunerado o de pocos ingresos en situación de riesgo a desarrollar depresión posparto (Corbo et al., 2011, citado por Mello, 2022). Esta realidad nacional refuerza la necesidad de una psicología perinatal que aborde la salud mental desde una perspectiva integral y contextualizada, que tenga en cuenta las experiencias y necesidades de las madres que estén transitando embarazo en estos contextos de vulnerabilidad socioeconómica.

Implicancias para el trabajo profesional del psicólogo perinatal

La teoría de apego propuesta por Bowlby, es entendida como el proceso emocional que permite que las crías se sientan seguras en contextos novedosos u hostiles en presencia de sus cuidadores principales (Bowlby, 1969, Cassidy, 1999 y Svanberg, 1998, citados por Muzzio et al., 2008). Un apego seguro es por lo tanto, aquel que permite al infante explorar el mundo que lo rodea en una base segura y de confianza que facilitará que pueda alcanzar sus respectivos hitos de desarrollo (Grossmann, et al., 2002, Marvin y Britner, 1999, como se citó en Muzzio et al., 2008). Una de las principales consecuencias de la depresión perinatal es justamente sobre los patrones de apego que la madre establece con su bebé (Olhaberry et al., 2013). Sin embargo, han sido escasas las intervenciones destinadas a tratar los vínculos tempranos en relación a la depresión perinatal que aborden a ambos integrantes de la díada simultáneamente. Las que han tomado como foco principalmente a la sintomatología materna, no son eficaces para producir cambios en el apego entre madre e hijo, (Puckering, 2005, citado por Olhaberry et al., 2015). Otra limitante importante es que las intervenciones que sí se han orientado a la mejora de la relación de la díada, suelen solo considerar a los bebés ya nacidos (Olhaberry et al., 2015), a pesar de que como es sabido, las interacciones entre los mismos comienzan con la gestación. En este sentido, Bang et al. (2020) en su estudio sobre la práctica coreana “Taekyo” demostró que

las prácticas destinadas a crear una conexión emocional con el bebé prenatalmente si bien no disminuyen la depresión materna, si favorecen la relación de apego. Por lo tanto, es posible que el abordaje del tratamiento de la depresión materna que no incorpora vínculo madre-bebé desde las etapas más tempranas posibles del embarazo, no resulte completamente efectivo.

Existen aportes que plantean que el foco de las intervenciones en apego debería estar centrado en la mejora de la sensibilidad parental hacia las señales de los hijos (Muzzio et al., 2008). La sensibilidad incluye aspectos como la sincronía, la mutualidad, el apoyo emocional, actitud positiva y estimulación del infante (Horvath y Weinraub, 2005, como se citó en Muzzio et al., 2008) y se centra en las capacidades del cuidador de responder a las necesidades de los bebés y adaptarse al contexto (Broberg, 2000, citado por Muzzio et al., 2008). De esta forma, Muzzio et al. (2008) propusieron que las intervenciones sobre el apego en infancias vulneradas deberían ser “específicas y focales, sólidamente articuladas e integradas entre sí, pero que a su vez cuenten con un sistema de apoyo y refuerzo periódico a la mantención de los cambios y logros obtenidos en dichas intervenciones”. La capacitación no solo de los cuidadores principales, si no de aquellos funcionarios que tengan contacto directo con las díadas sería pertinente para la creación de una red de apoyo social que pueda actuar de forma activa en la prevención y promoción de la depresión materna y todas sus consecuencias en las infancias. En este sentido, el respaldo de políticas públicas que apoyen y faciliten el acceso a la atención psicológica perinatal se presenta como indispensable para la garantización de tratamientos integrales.

Limitaciones de la revisión

Una de las limitaciones metodológicas que debemos tener en cuenta al interpretar los resultados aquí presentados es la carencia de investigaciones a nivel regional.

A su vez, el hecho de que la mayoría de las medidas de temperamento infantil hayan sido evaluadas a partir del autorreporte materno, considerando que la depresión materna suele afectar la percepción respecto a sus bebés, puede producir sesgos en los resultados.

Adicionalmente, evaluar el número de gestas previas de las gestantes hubiera sido pertinente para la muestra de participantes considerada en los artículos revisados, pero no todos contaron con la información suficiente.

Finalmente, cabe mencionar que una característica común de las revisiones es que las mismas permiten realizar inferencias de tipo correlacional pero estos datos no son suficientes para poder establecer relaciones causales.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Sería pertinente que futuros investigadores de habla hispana se enfocaran en investigar los efectos la asociación encontrada entre la depresión materna y el temperamento infantil en territorios vulnerables de América Latina, en consideración de los diferentes estilos de crianza propios de la cultura de la región. El incremento regional de este tipo de trabajos permitiría un análisis más amplio que rompa con la centralización de publicaciones europeas y estadounidenses.

La combinación de medidas de autorreporte y observacionales sería también oportuna pues permitiría identificar posibles sesgos en la percepción de los cuidadores.

Finalmente, revisar la literatura sobre los efectos a largo plazo de la depresión materna en el comportamiento y emocionalidad de niños escolares y adolescentes constituiría un aporte relevante para pensar posibles estrategias de intervención en esas etapas vitales.

Conclusiones

El presente Trabajo Final de Grado analizó y sintetizó evidencia contemporánea que confirma la existencia de una asociación entre la depresión en el periodo perinatal y el desarrollo temprano del temperamento infantil, identificando así a la depresión materna como un factor de riesgo para el mismo. Las dimensiones del temperamento infantil en las que se destacaron los efectos ejercidos por la depresión perinatal fueron la afectividad negativa, la reactividad emocional, y la autorregulación. Estas asociaciones fueron significativas aunque con diferencias en su magnitud según sus temporalidades, metodologías de investigación y mecanismos involucrados. El cortisol se destaca como un fuerte mediador prenatal en el contexto de la programación fetal; y el apoyo social y familiar se posiciona como uno de los principales moderadores que podrían proteger al infante de los efectos que la depresión materna ejerce en su desarrollo emocional.

En conclusión, los estudios en temperamento y depresión posparto siguen siendo un campo de estudio en expansión. Es fundamental que se destinen recursos a investigar esta problemática a nivel nacional para generar conocimiento local que permita accionar tempranamente. Estas medidas deberían orientarse a promover trayectorias de maternidad saludables y satisfactorias, así como infancias sostenidas en ambientes que estimulen el bienestar psicológico y un desarrollo emocional apropiado.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2025). *APA PsycTests*.
<https://www.apa.org/pubs/databases/psycTests>
- Arrieta Laurent, A. (2017.). *Relación de variantes polimórficas del sistema oxitocinérgico con las actitudes maternas y el estado emocional postparto*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/23224>
- Bang, K.-S., Lee, I., Kim, S., Yi, Y., Huh, I., Jang, S.-Y., Kim, D., y Lee, S. (2020). Relation between Mother's Taekyo, Prenatal and Postpartum Depression, and Infant's Temperament and Colic: A Longitudinal Prospective Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7691.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17207691> 1
- Bates, J. E., Freeland, C. A. B., y Lounsbury, M. L. (1979). *Infant Characteristics Questionnaire*.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F51278-000>
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory* (2th ed.). The Psychological Corporation.
- Cox, J., Holden, J., y Sagovsky, R. (1987). Detección de la depresión posparto. Desarrollo de la

- Escala de Depresión Posparto de Edimburgo de 10 ítems. *Br J Psychiatry.*, 782-6.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C., Chicz-Demet, A., y Sandman, C. A. (2007). Prenatal Exposure to Maternal Depression and Cortisol Influences Infant Temperament. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 46(6), 737-746. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318047b775>
- Dozois, D., y Covin, R. (2004). The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). En M. J. Hilsenroth, y D. L. Segal, *Comprehensive Handbook of psychological assessment.: Vol 2. Personality Assessment.* . John Wiley y Sons, Inc
- Fernández, P., y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo desde una perspectiva sistémica* . Editorial Síntesis.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] . (2025). *Dos nuevas mediciones de pobreza, ¿Qué mide cada una?*
<https://www.unicef.org/uruguay/infancia-en-datos/pobreza-infantil/dos-nuevas-mediciones-de-pobreza>
- Garstein, M. y Skinner, M. (2018). Prenatal Influences on Temperament Development: The Role of Environmental Epigenetics. *Dev Psychopathology* . 30(4), 1269–1303.
<https://doi.org/10.1017/s0954579417001730>
- Gartstein, M. A., y Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development*, 26(1), 64-86.
[https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(02\)00169-8](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00169-8)
- Goldsmith H. H., y Rothbart M. K. (1996). *Prelocomotor and Locomotor Laboratory*

Temperament Assessment Battery, Lab-TAB; version 3.0. Technical Manual. Department of Psychology, University of Wisconsin.

Goldstein, A., Borelli, J., Shai, D., (2023). In her shoes: Partner reflective functioning promotes family-level resilience to maternal depression. *Development and Psychopathology*. 35(2), 958-971. <https://doi.org/10.1017/S0954579422000189>

Gonzalez, M. (2016). *Estudio de prevalencia de la Depresión Materna en el primer año posparto* [Pre proyecto de investigación]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7743>

Gray, P. H., Edwards, D. M., O'Callaghan, M. J., Cuskelly, M., y Gibbons, K. (2013). Parenting stress in mothers of very preterm infants—Influence of development, temperament and maternal depression. *Early Human Development*, 89(9), 625-629. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.04.005>

Gustafsson, H. C., Sullivan, E. L., Nousen, E. K., Sullivan, C. A., Huang, E., Rincon, M., Nigg, J. T., y Loftis, J. M. (2018). Maternal Prenatal Depression Predicts Infant Negative Affect via Maternal Inflammatory Cytokine Levels. *Brain, behavior, and immunity*, 73, 470-481. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.06.011>

Hiraoka, D., Kawanami, A., Sakurai, K., y Mori, C. (2024). Within-individual relationships between mother-to-infant bonding and postpartum depressive symptoms: a longitudinal study. *Psychological Medicine*. 54, 1749–1757. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003707>

Kmita, G., Kiepusa, E., y Niedźwiecka, A. (2022). Maternal Mood and Perception of Infant Temperament at Three Months Predict Depressive Symptoms Scores in Mothers of

- Preterm Infants at Six Months. *Frontiers in Psychology*, 13, 812893.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.812893>
- Lewis, A., Austin, E., Knapp, R., Vaiano, T., y Galbally, M. (2015). Perinatal Maternal Mental Health, Fetal Programming and Child Development. *Healthcare*. 3, 1212-1227.
<https://doi.org/10.3390/healthcare3041212>
- McGrath, J. M., Records, K., y Rice, M. (2008). Maternal Depression and Infant Temperament Characteristics. *Infant behavior y development*, 31(1), 71-80.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.07.001>
- Mello, V. (2022) Alteraciones psicológicas en el puerperio: elementos que orienten a la/el Obstetra Partera/o en Primer Nivel de Atención para una derivación oportuna. [Monografía]. *Colibrí*. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/35517>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2023). *Estadísticas de género 2023*.
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/estadisticas-genero-2023#>
- Mira, A. y Vera-Nuñez, L. (2017). Control Esforzado: Componente regulatorio del temperamento y sus implicancias en el desarrollo socio emocional de los niños. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 12(1), 24-28. 10.5839/rcnp.2017.12.01.07
- Muñoz, A., Sanchez, X., Arcos, E., Vollrath, A., Bonatti, C. (2013). Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: un enfoque comprensivo de la fenomenología social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 21(4), 1-7. www.eerp.usp.br/rlae
- Muzzio, E., Muñoz, M., Santelices, M. (2008). Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*. 26(2), 241-251. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200010>

National Institute of Mental Health (2024). *Depresión Perinatal*.

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>

National Library of Medicine. (s.f.). *Home*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>

Nolvi, S., Bridgett, D. J., Korja, R., Kataja, E.-L., Junttila, N., Karlsson, H., y Karlsson, L.

(2019). Trajectories of maternal pre- and postnatal anxiety and depressive symptoms and infant fear: Moderation by infant sex. *Journal of Affective Disorders*, 257, 589-597.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.055>

Nolvi, S., Karlsson, L., Bridgett, D. J., Korja, R., Huizink, A. C., Kataja, E.-L., y Karlsson, H.

(2016). Maternal prenatal stress and infant emotional reactivity six months postpartum.

Journal of Affective Disorders, 199, 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.020>

Nomura, Y., Finik, J., Salzbank, J., Ly, J., Huynh, N., Davey, T., Dineva, M., Abelow, A., Flores,

C., Daniel, R., Loudon, H., Stone, J., Pierre, P., Eglinton, G., y Newcorn, J. H. (2014).

The Effects of Preeclampsia on Perinatal Risks and Infant Temperaments Among

Mothers With Antenatal Depression. *Psychology research (Libertyville, Ill.)*, 4(6),

451-461. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2014.06.005>

Observatorio del Sistema de Salud del Uruguay (2025). *La crisis de salud mental en Uruguay -*

Un desafío urgente y colectivo.

<https://www.observatoriosalud.org.uy/articulo/la-crisis-de-salud-mental-en-uruguay-un-desafio-urgente-y-colectivo>

Olhaberry, M. Romero, M. Miranda, A. (2015) Depresión materna perinatal y vínculo

madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica. Ust.* 12(1), 77-87

<https://doi.org/10.18774/448x.2015.12.180>

- Olza, I. y Gainza, I. (2007). La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 24 (2, 3 y 4), 176–180.
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/98>
- Organización Mundial de la Salud (s.f). *Salud Mental Perinatal*.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>
- Pallarés, M.E. y Antonelli, M. C (2017). Prenatal Stress and Neurodevelopmental Plasticity: Relevance to Psychopathology. En R. von Bernhardt et al. (eds.). *The Plastic Brain*. (pp. 119-126). *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 1015,
https://doi.org/10.1007/978-3-319-62817-2_7
- Parade, S. H., Armstrong, L. M., Dickstein, S., y Seifer, R. (2018). Family Context Moderates the Association of Maternal Postpartum Depression and Stability of Infant Temperament. *Child Development*, 89(6), 2118-2135. <https://doi.org/10.1111/cdev.12895>
- Peñacoba Puente, C., Suso-Ribera, C., Blanco Rico, S., Marín, D., San Román Montero, J., y Catalá, P. (2021). Is the Association between Postpartum Depression and Early Maternal–Infant Relationships Contextually Determined by Avoidant Coping in the Mother? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 562.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020562>
- Pham, C., Mattera, J. A., Waters, S. F., Crespi, E. J., Madigan, J. A., Lee, S., y Gartstein, M. A. (2025). Advancing the Study of Maternal Prenatal Stress Phenotypes and Infant

Temperament Outcomes. *Developmental Psychobiology*, 67(2), e70035.

<https://doi.org/10.1002/dev.70035>

Pritschet, L., Taylor, C.M., Cossio, D., Faskowitz, J., Santander, T., Handwerker, D.A.,

Grotzinger, H., Layher, E., Chrastil, E. R. y Jacobs, E.G. (2023). Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy. *Nature neuroscience*. 27.

<https://doi.org/10.1038/s41593-024-01741-0>

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.

<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Ramírez, E. (2022). *Psicología del puerperio (2º ed.)*. Síntesis.

Rigato, S., Charalambous, S., Stets, M., y Holmboe, K. (2022). Maternal depressive symptoms and infant temperament in the first year of life predict child behavior at 36 months of age. *Infant Behavior and Development*, 67, 101717.

<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101717>

Rothbart, M. K., y Derryberry, D. (1981). Development of Individual Difference in Temperament. En M. Lamb, y A. Brown, *Advances in developmental psychology* (págs. 37-86). Lawrence Erlbaum Associates.

Rouse, M. H., y Goodman, S. H. (2014). Perinatal Depression Influences on Infant Negative Affectivity: Timing, Severity, and Co-Morbid Anxiety. *Infant behavior y development*, 37(4), 739-751. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.09.001>

Savory, K., Garay, S. M., Sumption, L. A., Kelleher, J. S., Daughters, K., Janssen, A. B., Van Goozen, S., y John, R. M. (2020). Prenatal symptoms of anxiety and depression associated with sex differences in both maternal perceptions of one year old infant

- temperament and researcher observed infant characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 264, 383-392. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.057>
- Seckl, J., y Meaney, M. (2004). Glucocorticoid Programming. *Annals New York Academic of Science*. 1032, 63–84. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.006>
- Shapiro, A. F., Jolley, S. N., Hildebrandt, U., y Spieker, S. J. (2020). The effects of early postpartum depression on infant temperament. *Early Child Development and Care*, 190(12), 1918-1930. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1552947>
- Shiner, R., Buss, K., McClowry, S., Putnam, S., Saudino, K., & Zentner, M. (2012). What is temperament now? assessing progress in temperament research on the twenty-fifth anniversary of goldsmith. *Child Development Perspectives*, 6(4), 436–444 [10.1111/j.1750-8606.2012.00254.x](https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00254.x)
- Takács, L., Smolík, F., y Putnam, S. (2019). Assessing longitudinal pathways between maternal depressive symptoms, parenting self-esteem and infant temperament. *PLoS ONE*, 14(8), e0220633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220633>
- Thomas, A., y Chess, S. (1977). Temperament and development. Brunner/Mazel.
- Valdés, C y Cristoforone, N. (2023). Revisión descriptiva de las herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención. *Revista primer nivel*, 1(1). https://sumefac.uy/wp-content/uploads/2023/09/Revision-Bibliografica_depresion-pospar-to_final.pdf
- Waisman Center. (s.f.). Home. <https://goldsmithtwins.waisman.wisc.edu/instruments/>
- Welberg, L. A. M., y Seckl, J. R. (2001). Prenatal Stress, Glucocorticoids and the Programming of the Brain. *Journal of Neuroendocrinology*. 13, 113-128. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2826.2001.00601.x>

