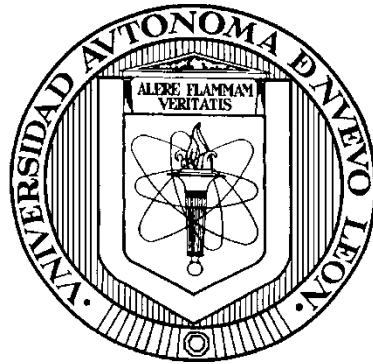


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**LA INFLUENCIA DE LA CUALIDAD DEL APEGO SOBRE LAS
REPRESENTACIONES PRENATALES MATERNAS EN EL
EMBARAZO**

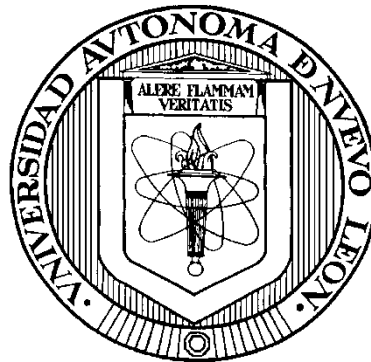
Por ALEJANDRA ELIZABETH LÓPEZ JASSO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y
HOSPITALARIA ORIENTADA EN ADULTOS**

FEBRERO, 2020

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



LA INFLUENCIA DE LA CUALIDAD DEL APEGO SOBRE LAS REPRESENTACIONES PRENATALES MATERNAS EN EL EMBARAZO

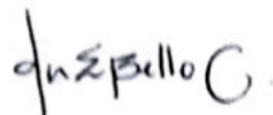
Por

ALEJANDRA ELIZABETH LÓPEZ JASSO

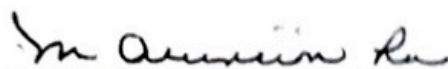
**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA ORIENTADA EN
ADULTOS**

FEBRERO, 2020

Aprobación de la Tesis:



MC. Daniela Escobedo Belloc
Director de Tesis



Dra. Ma. Asunción Lara Cantú
Co-director de Tesis



MC. Veronica Flores Treviño
Miembro de comité



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A mi familia, valió el esfuerzo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la M.C. Daniela Escobedo Bello, asesora de mi tesis. Así como a la Dra. Ma. Asunción Lara, a la ya Dra. Laura Navarrete y al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por el tiempo, conocimiento y esfuerzos invertidos en este proyecto. Agradezco por igual a la M.C Verónica Flores Treviño por formar parte del Comité de Tesis. Gracias a ustedes por sus valiosas sugerencias e interés, en la revisión del presente trabajo.

Al Departamento de Psiquiatría por permitirme el uso de su equipo y su invaluable ayuda en el desarrollo de este estudio.

Finalmente, a mi familia, pareja y amigos, por el apoyo moral que siempre me ha brindado, todas las palabras de apoyo y lágrimas compartidas en momentos de estrés. Agradezco a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION	12
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Teoría del Apego	15
2.2 Apego del Adulto	15
2.3 Apego del Adulto y Representaciones Prenatales Maternas	15
2.4 Representaciones Prenatales Maternas	16
2.5 Representaciones Prenatales Materas durante el embarazo.	16
2.6 Factores Psicosociales que afectan las RPM.	17
2.7 Depresión Perinatal.	18
2.8 Depresión Perinatal y RPM	18
2.9 Apoyo Social	18
3.0 Apoyo Social y RPM	19
3. ANTECEDENTES	20
3.1 Apego del Adulto y RPM	20
3.2 Apego del Adulto, RPM y Apoyo Social	20
3.3 Apego del Adulto, RPM y Depresión	21
3.4 RPM, Depresión y Apoyo Social	22
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
5. JUSTIFICACIÓN	25

6. OBJETIVOS	26
7. HIPÓTESIS	26
7.1 Hipótesis de Trabajo	26
7.2 Hipótesis Nula	26
8. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	26
9. METODOLOGÍA	27
9.1 Instrumentos de evaluación utilizados	28
10. ASPECTOS ÉTICOS	31
11. ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
12. RESULTADOS	34
12.1 Características Sociodemográficas de la Muestra	34
12.2 Sintomatología Previa y Actual	35
12.3 Descripción de Variables	36
12.4 Asociación entre Apego del Adulto, Depresión, Bajo Apoyo Social y Representaciones Prenatales Maternas	38
12.5 Apego del Adulto, Depresión y Representaciones Prenatales Maternas	39
13. DISCUSIÓN	40
14. CONCLUSIÓN	42
15. LIMITACIONES	43

16. BIBLIOGRAFÍA

44

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I. Características Sociodemográficas	34
II. Características del Embarazo	35
III. Sintomatología Previa y Actual	36
IV. Descripción de Variables	37
V. Correlaciones Bivariadas de Pearson	38
VI. Análisis de Regresión Lineal	38
VII. Modelo de Regresión Jerárquica Multivariada	39

NOMENCLATURA

RPM Representaciones Prenatales Maternas

Resumen

Proposito y Método del Estudio: Se trata de un análisis secundario de datos, transversal, analítico. El estudio pretende identificar la cualidad del apego, del apoyo social percibido, el grado de sintomatología depresiva y la calidad de las RPM, de mujeres que cursan el tercer trimestre de su embarazo. Además, busca evaluar el posible efecto directo de la inseguridad en el apego, la depresión y el bajo apoyo social sobre las RPM, y examinar un posible efecto moderador de la sintomatología depresiva y el bajo apoyo social en la relación entre la inseguridad del apego y las RPM.

Las participantes fueron 118 mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. De quienes se analizaron los datos de las escalas de evaluación aplicadas en la fase previa del presente estudio: “Representaciones prenatales maternas del bebé y su relación con síntomas depresivos y factores psicosociales de riesgo para el desarrollo de la depresión post parto”. De acuerdo a las variables que resultaron significativas en tal fase, se eligieron aquellos elementos a utilizar en el presente estudio: la depresión, el apoyo social, las RPM y la inclusión de una variable nueva: la inseguridad en el apego.

Contribuciones y Conclusiones: Los datos apoyan una asociación entre la inseguridad en el apego y las RPM. Es decir, el entendimiento y expectativas que el adulto tenga sobre sí mismo y las relaciones, serán extrapoladas a la relación que se desarrolle con el bebé, durante el embarazo. Especialmente cuando se presentan mayores expectativas negativas sobre las relaciones combinado con mayor sentido de auto valía, como sucede en mujeres categorizadas con una inseguridad en el apego evitativa. Esto podrá reflejarse en un mayor distanciamiento del bebé, dificultando el expresar emociones o pensamientos sobre el mismo. Aunado a lo anterior, los datos sugieren una fuerte relación entre la inseguridad en el apego y la depresión, así como una relación moderada con el apoyo social percibido.

La relevancia de este estudio se centra en el rol de las RPM, así como los factores asociados, los cuales sentarán las bases de lo que será, en el periodo del postparto, la relación de la madre con el bebé. Por tanto, el presente estudio aporta mayor conocimiento sobre tales variables en población latinoamericana, Con el fin de generar mayor consciencia y sensibilidad en los profesionales de la salud en México y América Latina, para detectar e intervenir de manera temprana a las mujeres embarazadas que pudieran presentar factores psicosociales de riesgo. Fortaleciendo, de esta forma, la atención a la salud mental en este periodo.

Introducción

La teoría de apego plantea que, desde el nacimiento, el infante busca activamente la cercanía con las figuras de apego, con el fin de maximizar su sentido de seguridad. Esta conducta determina el desarrollo de sistemas de interacción entre el cuidador y el infante.

La cualidad de ese sistema dependerá de la sensibilidad, responsividad y constancia que el cuidador muestre en su forma de dar réplica a las necesidades del infante. Dicha cualidad en la interacción con el cuidador, enfatizando en la madre por motivos del presente estudio, impactará el desarrollo biopsicosocial del ser humano. A nivel psicológico e interpersonal, permitirá al infante desarrollar modelos para el entendimiento de sí mismo, los otros y las relaciones. Estos *modelos internalizados del yo y de figuras de apego* constituirán las características del apego en la vida adulta y se mantendrán más o menos constantes a lo largo de la vida.

Cuando la madre es suficientemente sensible a las necesidades del infante, permite el desarrollo un apego seguro, en el cual el infante logra tomar al cuidador como una base segura a la cual retornar en situaciones de peligro o estrés percibido. Por el contrario, la predominancia de características negativas lleva al desarrollo de un apego inseguro, que genera en el infante la necesidad de recurrir a otras estrategias menos adaptativas, para lidiar con el estrés o peligro. Por ejemplo: la maximización en la expresión de afectos displacenteros o la evitación dichos afectos.

Estos modelos tendrán relevancia en todos aquellos vínculos afectivos que el adulto llegue a formar. Incluso con los propios hijos e hijas desde el embarazo, matizando la forma en que el adulto conceptualiza al bebé en desarrollo y afronta esta experiencia nueva.

Cabe mencionar que en vías de plantear terminología accesible para las madres de la población de estudio, se ha optado por hacer referencia al *bebé en desarrollo* en lugar de al *feto*.

El entendimiento que la madre tenga del bebé, en la etapa pre-natal, es decir las emociones y pensamientos asociados al mismo, sentará las bases para el vínculo que logrará establecer con él o ella, a su llegada. Este constructo será referido como *representaciones prenatales maternas* (RPM) en el presente estudio.

El desarrollo de las RPM y su cualidad, están mediados por diversos factores, tanto individuales como ambientales. Entre ellos se encuentran, la propia historia de apego de la madre, la presencia de síntomas depresivos o ansiosos en la misma y la calidad del apoyo social del entorno. Sin embargo, ha sido descrita la

necesidad de profundizar en las relaciones identificadas entre estas variables y su papel moderador; con el fin de identificar los factores de riesgo.

El presente estudio propone evaluar la asociación entre la cualidad del apego del adulto, factores psicosociales de riesgo como bajo apoyo social percibido y síntomas de depresión prenatal, y las representaciones prenatales maternas. Se plantean dos hipótesis: 1) Habrá una relación negativa entre la inseguridad del apego del adulto, la depresión y el bajo apoyo social con las RPM, y 2) La presencia de bajo apoyo social y sintomatología depresiva, moderará la asociación entre la inseguridad del apego y las RPM, al aumentar el efecto de la inseguridad en el apego sobre las RPM

El estudio se llevó a cabo, a través de un análisis secundario de datos, transversal, analítico del estudio realizado por Ibarra (2015). Para la realización del estudio se contó con los instrumentos de evaluación aplicados a 118 z embarazadas reclutadas en la fase previa del estudio.

Marco Teórico

Teoría de Apego

El modelo teórico de apego, desarrollado por Bowlby (1969) se centró en la observación del vínculo infante-cuidador. En esta díada, el primero busca activamente el cuidado del segundo para promover la supervivencia. Es a través de la interacción que el infante va identificando las conductas que resultan eficientes para provocar la respuesta del cuidador. Así, el infante desarrolla un *sistema conductual de apego*, que fomenta la proximidad y el contacto al enfrentarse con situaciones de estrés o peligro, real o imaginario (Cassidy 2008).

Las respuestas del cuidador, en este caso la madre, a las necesidades del infante, serán cruciales para el desarrollo tanto del sistema conductual de apego, como del sistema de exploración, donde, su sensibilidad y disponibilidad, le permitirán fungir como una base segura para que el bebé explore su ambiente (Ainsworth, M. 1970; Bowlby, J. 1988).

Así mismo, la interacción madre-infante fomentará el desarrollo de *modelos internalizados del yo y de figuras de apego*, que se refieren a las representaciones que el bebé formará de los otros y de sí mismo. Esta organización interna mantendrá estabilidad a través del tiempo y trascendencia hacia el resto de las relaciones fuera del núcleo familiar.

Si las representaciones que el infante tiene de los otros y de sí mismo, son congruentes entre sí, con características predominantemente positivas, podrá considerarse el establecimiento de un *apego seguro* (Bartholomew y Horowitz, 1991; Bowlby 1973). En este, el infante buscará retornar a la figura de apego en busca de bienestar.

Sin embargo, cuando la madre no es receptiva y se muestra como impredecible, se favorece el desarrollo representaciones incongruentes del sí mismo y de los otros, así como formas alternativas de lidiar con el estrés. Estas díadas se clasifican como un *apego inseguro*, que puede ser de cualidad evitativa o ansiosa. El hablar de una inseguridad en el apego evitativa se refiere a que el infante experimenta un sentido de auto-valía, independencia e invulnerabilidad, combinado con una disposición negativa hacia los otros, evitando la cercanía e intimidad en las relaciones y la búsqueda de apoyo (Bartholomew y Horowitz, 1991; Hart, K. 2015; Mikulincer y Florián, 1999). Mientras que la inseguridad en el apego ansiosa, se refiere a un sentido de poco valor de sí mismo, combinado con una evaluación positiva de los otros, lo que promoverá la búsqueda de la aceptación de los otros, para conseguir la propia aceptación y la maximización de la expresión de displacer (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Apego del adulto

Al ser los modelos internalizados del sí mismo y los otros, más o menos estables a lo largo del tiempo, estos influirán en los vínculos del adulto (Bowlby, 1977). Es decir, el modelo internalizado moldeará el entendimiento y las expectativas de las relaciones interpersonales. Así como las estrategias para el procesamiento de pensamientos y sentimientos relacionados al apego, y la forma de afrontar situaciones estresantes, como la propia salud, la transición a paternidad y maternidad, y la relación con los propios hijos o hijas (Alexander 2001; Bartholomew y Horowitz, 1991; Madigan 2015).

Un ejemplo, es lo reportado por Hazan y Shaver (1987), donde personas clasificadas con un apego inseguro, mostraron mayores experiencias y creencias negativas sobre las relaciones románticas, antecedentes de relaciones más cortas y descripciones poco favorables de sus relaciones tempranas.

Apego del adulto y representaciones prenatales maternas

La teoría del apego como la expusieron Bowlby (1969, 1980, 1988) y Ainsworth (1989) se basa en la descripción del vínculo infante-cuidador, desde el elemento más vulnerable de la díada, el bebé. Dentro del sistema conductual de apego, el bebé buscará provocar el cuidado de los otros, para maximizar su seguridad, y esto continuará a lo largo de la vida, incluso en las relaciones adultas.

Es así que Bowlby (1982) propuso una restricción del término “apego” al sistema responsable del comportamiento del infante con respecto al cuidador. Por otra parte, el término “apego” no resulta adecuado para describir el sistema complementario del adulto, ni los sentimientos, actitudes y representaciones que los padres y madres mantienen respecto a sus bebés en desarrollo.

Sin embargo, ¿Si la relación prenatal no es apego, entonces qué es? Walsh (2010), propuso que el despliegue de conductas de la madre en vías de buscar la supervivencia y desarrollo del bebé, estará a cargo del sistema de cuidado del adulto, como sistema independiente (Panksepp 2012; Walsh 2010). No obstante, este sistema tiene origen en las experiencias tempranas de apego del cuidador, dado que, la mayor seguridad en el apego le permitirá al adulto mantenerse abierto y responsivo a las necesidades del infante (Feeney & Woodhouse 2016).

Posteriormente, Walsh (2013) planteó que el vínculo de la madre con su bebé en desarrollo, así como sus sentimientos, pensamientos y comportamientos, podrían denominarse y evaluarse bajo el término de *representaciones prenatales*

maternas. Este concepto será utilizado en el presente estudio para referirnos al vínculo de la madre con el bebé en el periodo prenatal.

Representaciones prenatales maternas

Las RPM han sido descritas como un esquema cognitivo- emocional, y consisten en las *experiencias subjetivas* respecto a cómo las madres perciben a sus bebés. Estas representaciones se basan en el deseo de concebir, la preocupación o interés por el bienestar fisiológico y psicológico del infante, fantasías, esperanzas, miedos, sueños y predicciones acerca del futuro del mismo (Ammaniti, Tambelli, y Odorisio, 2013; Benoit, Parker y Zeanah, 1997; Huth-Bocks, Levendosky, Bogat y vonEye, 2004; Vreeswijk, Rijk, Maas, y Van Bakel, 2015).

Sin embargo, pese a la homogeneidad en las descripciones del constructo, las RPM han sido llamadas de diversas formas, por ejemplo: *relación materno-fetal* (Cranley 1981) y *apego materno-fetal* (Salisbury, Law, LaGasse y Lester 2003).

Pese a la terminología elegida, en los estudios que anteceden al nuestro, dentro de los constructos se estudian consistentemente las emociones, pensamientos y conductas de la madre con respecto al bebé durante el embarazo. No obstante, se ha decidido preservar, en los estudios que anteceden al presente, la terminología planteada por los autores, con la finalidad de reducir el sesgo de traducción e interpretación.

Representaciones Prenatales Maternas durante el embarazo

Se ha reportado que la calidad de las RPM muestra una progresión consistente en su desarrollo, a lo largo del embarazo, en los criterios de frecuencia y complejidad de su conceptualización. Hacia el final del embarazo se espera que la madre logre formar una imagen del infante como una ser independiente, con funciones psíquicas autónomas y detalles más elaborados. Y así mismo, que la frecuencia de estas representaciones haya ido en aumento, durante la gestación (Doan y Zimmerman 2008; Leifer, 1977).

Es decir, en el primer trimestre de embarazo son esperadas RPM relativamente bajas, aumentando hasta comenzar con preparativos para la llegada del bebé, en el segundo y tercer trimestre. También, las RPM han sido vinculadas con otros efectos inmediatos en el contexto perinatal, por ejemplo, a las prácticas de salud durante el embarazo. En este sentido, Alhusen (2012) resaltó que aquellas mujeres con menor calidad de apego materno-fetal presentaron menor probabilidad de involucrarse en prácticas para promover la salud durante el embarazo, lo que aumentó la posibilidad de resultados adversos en el nacimiento

del bebé, como bajo peso al nacer y partos prematuros. Por otra parte, a largo plazo se han asociado a los resultados neonatales, a la calidad de la interacción entre la madre y el bebé, al sistema de crianza establecido, además de la seguridad en el apego del infante (Hopkins 2018).

Factores psicosociales que afectan las RPM

Como ha sido descrito, el desarrollo de las RPM es relevante en el contexto del ajuste al embarazo. Al mismo tiempo, presenta implicaciones en el periodo postnatal, influenciando la relación que se desarrolla con el infante y la calidad del cuidado que la madre provee. Por lo tanto, ha sido de interés comprender qué factores pueden llegar a impactar negativamente dicho proceso.

Depresión perinatal

La depresión durante el embarazo se reconoce cada vez más como una condición con alta prevalencia e incidencia que confiere potenciales consecuencias psiquiátricas y médicas graves a corto y largo plazo tanto para la madre, el bebé y la familia (Flynn 2004; Marcus 2011; O'Hara y Swain, 1996).

En el contexto perinatal, las investigaciones muestran que un porcentaje significativo de mujeres que experimentan depresión y ansiedad perinatal, desarrollan trastornos recurrentes del estado de ánimo (depresión unipolar y bipolar) (Dipietro, Costigan y Sipsma, 2008; McMahon, Barnett, Kowalenko y Tennant, 2005). La aparición de síntomas del estado de ánimo y de ansiedad puede iniciar, ya sea durante el embarazo, o en el período posparto. Sin embargo, la depresión prenatal no tratada ha demostrado consistentemente ser uno de los mayores factores de riesgo para la depresión posparto (DPP) (Gaynes 2005; Meltzer-Brody, Bledsoe-Mansori, Johnson, Killian, Hamer, Jackson 2013; Milgrom, Gemmill, Bilszta, Hayes, Barnett, Brooks, Buist 2008).

Aunado a esto, la depresión perinatal y posparto se vinculan a un mayor riesgo de baja sensibilidad materna y dificultades en el vínculo con el bebé; así como a suicidio de la madre e infanticidio (Lindahl, Pearson y Colpe, 2005; McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks y Hou, 2006; Paulson, Dauber y Leiferman, 2006).

En un estudio realizado en 2017 con mujeres mexicanas, fue documentada la relación entre la presencia de sintomatología depresiva prenatal y una serie de factores psicosociales de riesgo como el bajo ajuste en la pareja, bajo apoyo social percibido, historia de abuso sexual en la infancia, así como el desarrollo de síntomas depresivos en el posparto. Esto tendría grandes implicaciones en el

apego que la madre presentaría con su hijo en el postparto (Nieto, Lara y Navarrete; 2017).

Depresión perinatal y RPM

Rusanen (2018) resaltó la depresión como el factor de riesgo más imperante para el desarrollo de representaciones maternas de baja calidad. Previamente Rubertsson (2015) planteó la asociación entre los síntomas afectivos y efectos adversos en el postparto, tales como resultados obstétricos negativos, baja responsividad de la madre hacia el bebé y un efecto negativo en la relación de apego entre la madre y el infante. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Ibarra (2015) en una fase previa del estudio, en donde fue reportada la asociación entre los síntomas depresivos y la baja calidad en las RPM.

Apoyo social

El apoyo social es un tema que recientemente ha llamado la atención, dada su asociación con diversos factores en el ámbito de la salud mental. El apoyo social puede ser descrito como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas, además de pertenecer a una red social (Barra 2004). Este, puede darse a través de aquellos que rodean a la persona, y los recursos que le brindan, aunque es importante destacar que no sólo trata de la presencia de los elementos que brindan el apoyo, sino de la percepción. Es decir, el apoyo social involucra elementos tanto objetivos, como subjetivos en relación a la percepción y significado otorgado por el individuo (Feldman 2008).

Bajo apoyo social y RPM

Así como ha si estudiada la asociación entre el apoyo social y diversos factores que componen la salud mental, este ha sido relacionado constantemente con la calidad de las RPM (Rubertsson, 2015). Al respecto, un meta análisis dirigido por Yarcheski (2009) reveló que el apoyo social fue el predictor más relevante en cuanto al apego materno-fetal, no obstante, su efecto fue moderado. Por su parte, Ibarra (2015) describió que el único factor psicosocial asociado con la menor calidad de las RPM fue el apoyo/satisfacción con la pareja. Es decir, a menor percepción de apoyo/satisfacción de pareja, menor calidad de las RPM. Mientras que en su estudio, el apoyo funcional de familia y amigos no tuvo correlación significativa. No obstante, en dicho estudio no se consideró la relación entre la calidad de las RPM y la percepción de un bajo apoyo social global.

Por otra parte, Maas (2014) exhibió que el apoyo percibido por parte de la pareja falló en explicar la varianza respecto al apego materno-fetal. Así, la

inconsistencia entre lo documentado en la literatura genera la interrogante de si este factor presenta un efecto directo sobre las RPM o sirve como moderador de otros factores (Hopkins 2018).

Antecedentes

En el presente capítulo, serán descritos los estudios identificados que evalúan la asociación entre el apego del adulto, la depresión prenatal, el bajo apoyo social y las RPM. Así como los resultados reportados en una fase previa de este estudio (Ibarra et al., 2015).

Bajo el rubro de RPM se agruparán los estudios sobre el apego prenatal y el apego materno fetal

Apego del Adulto y RPM

La asociación entre apego del adulto y RPM fue descrita en estudios como el realizado en la Universidad de Calgary. (Madigan et al. 2015). En este, la hipótesis fue que la historia apego del adulto y las representaciones del bebé estarían asociadas. Tal hipótesis fue analizada a través de una muestra de 84 mujeres, a quienes se les aplicó la Entrevista de Apego del Adulto, para evaluar la historia de apego del adulto; y el “Working Model of the Child Interview (WMCI)”, para valorar las representaciones del bebé. Los resultados sugirieron que las mujeres con una historia de apego seguro presentaban mayor probabilidad de tener representaciones prenatales “balanceadas” sobre el bebé, es decir, de mayor calidad.

Por su parte, Priel y Besser (2001), buscaron evaluar si el apego del adulto se asociaba con las RPM y con la conceptualización que tenían de sus propios cuidadores. Esto a través de una muestra de 120 mujeres quienes se encontraban cursando el tercer trimestre de su primer embarazo, y acudían a sus citas de control prenatal, a quienes se les aplicó el cuestionario de relación de Bartholomew y Horowitz (1991) y la Escala de Representaciones Prenatales Maternas propuesta por Condon y Corkindale (1997). Los resultados apoyaron la hipótesis, al asociarse el apego del adulto y sus RPM (aquí referidas como apego prenatal), asociación moderada por la conceptualización que la madre tenía sobre sus propios cuidadores.

Apego del adulto- RPM y Apoyo social

Por otro, en un estudio realizado por Maas (2014) se evaluó si la personalidad de la madre, las características contextuales y las características esperadas del infante ejercían influencia sobre la calidad del apego materno fetal. En vías de examinar tal hipótesis se recolectó una muestra de 352 mujeres embarazadas, cursando el tercer trimestre del embarazo, a quienes se les aplicó una adaptación al alemán del *Quick Five Inventory (QBF; Vermulst & Gerris, 2005)*

para describir la personalidad; el cuestionario de relación en su versión clínica (*RQ-CV; Holmes & Lyons-Ruth, 2006*) para evaluar la seguridad en el apego; la subescala de apoyo de la pareja del Cuestionario de Problemas Familiares (*VGP; Koot, 1997*); la Escala de Estrés Percibido (*PSS; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983*) utilizado para obtener el grado de estrés; el Cuestionario de Características del Infante (*ICQ; Bates, Freeland, & Lounsbury, 1979; Pearce & Ayers, 2005*)

con intención de medir la expectativa de los padres sobre el temperamento del infante; y la Escala de representaciones Prenatales Maternas (*MAAS; Condon, 1993*) con el fin de calcular las RPM. Los resultados de este estudio apoyaron la asociación entre la seguridad en el apego del adulto y características positivas de la personalidad. Estas se vincularon a menor estrés percibido, mayor apoyo percibido de la pareja y mejor calidad en las RPM. Siendo indirecta la relación entre el apego del adulto y las RPM.

Un estudio realizado por Huth- Bocks (2004) pretendió examinar el rol tanto de los factores individuales (experiencias de apego del adulto) como contextuales (apoyo social y factores de riesgo en el embarazo) en las representaciones prenatales. La muestra fue de 206 mujeres embarazadas previamente enroladas en un estudio longitudinal. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas en el último trimestre de embarazo y en el postparto. Se aplicó, el “Perceptions of Adult Attachment Questionnaire” (*PAAQ; Lichtenstein & Cassidy, 1991*) para evaluar experiencias de apego, el “Working Model of the Child Interview” (*WMCI; Zeanah et al., 1994*) para medir representaciones del bebé en desarrollo y de sí mismo, y un cuestionario demográfico para evaluar riesgos demográficos. Todas las anteriores en el periodo prenatal, y además del Cuestionario de Apoyo Social Norbeck (*NSSQ; Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981*) con el fin de valorar múltiples dimensiones del apoyo social, éste en el periodo pre y postnatal. Por último, tuvo lugar la aplicación del Cuestionario de Eficacia Materna (*MEQ; Teti & Gelfand, 1991*) en el periodo postnatal, apreciando la auto eficacia reportada por la madre. Los resultados mostraron que mayores experiencias de apego del adulto negativas se relacionan con menor calidad en las representaciones prenatales y menor apoyo social percibido durante el embarazo. Así mismo, se observó una relación negativa entre las representaciones prenatales y los factores de riesgo, donde la calidad de las RPM disminuyó en presencia de factores de riesgo durante el embarazo.

Apego del adulto- RPM y Depresión

En el estudio conducido por Hart (2015) se examinó la relación entre las RPM y la ansiedad y depresión maternas. Además, se planteó que las RPM (referidas como apego materno fetal) estarían asociadas a la cualidad del apego

del adulto. Específicamente, mujeres con un apego seguro mostrarían mejor calidad de RPM comparado con mujeres con alta inseguridad del apego evitativa, ansiosa y preocupada. Para esto, fue recabada una muestra de 203 mujeres, a quienes les fue aplicado un cuestionario socio-demográfico, el “Experience of close relationship scale”, versión abreviada (ECR-S; Wei et al. 2007) en vías de evaluar el apego de la madre; la Escala de Representaciones Prenatales Maternas (MAAS; Condon 1993) para las RPM; mientras que la depresión fue evaluada a través de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-TR (SCID), y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EDPS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987); para la ansiedad fue aplicado el “Spielberg State trait anxiety inventory” (STAI; Spielberg, 1983); y finalmente, para el estrés, el “Stressful life events scale” (Shaw, Dimsdale y Patterson, 2008). Esto, tanto a principios como a finales del embarazo. Los resultados mostraron que el grupo de mujeres con sintomatología actual de depresión fueron quienes presentaron RPM de menor calidad, tanto al inicio como al final del embarazo, al compararlas con mujeres con antecedentes de depresión y mujeres que negaron haber presentado sintomatología en algún momento de la vida. Además, los datos apoyaron una asociación negativa entre las RPM y la cualidad de apego del adulto, aunque análisis posteriores sugirieron que únicamente la inseguridad del apego evitativo fue un predictor significativo, tanto al principio como al final del embarazo. Análisis posteriores mostraron que al analizar la interacción entre la depresión, ansiedad, y la cualidad del apego sobre las RPM, la depresión dejaba de ejercer efecto significativo sobre las RPM.

RPM- Depresión y Apoyo Social

Ibarra (2015) planteó la hipótesis que la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo y mayor presencia de factores psicosociales de riesgo tendrían asociación a una menor calidad, frecuencia e intensidad de las representaciones prenatales maternas. Para ello, se seleccionó una muestra de 91 mujeres embarazadas, mayores de 18 años, cursando el tercer trimestre gestacional, a quienes se les aplicó la Escala de Representaciones Prenatales Maternas (MAAS; Condon, 1993), como instrumento para medir las RPM; el Inventario de Predictores de Depresión Postparto (PDPI-R; Records, Rice y Beck, 2007), para valorar los factores de riesgo predictores de la depresión postparto; el Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987), como inventario para evaluar la sintomatología depresiva; y la Escala Bidimensional de Apego para Adultos Mexicanos (Frias, 2011) para evaluar el apego del adulto. Sin embargo, los datos recabados por este último instrumento no fueron utilizados para los análisis realizados. Los resultados mostraron una relación entre síntomas depresivos y baja calidad en las RPM. Es decir, las mujeres que presentaron mayor sintomatología depresiva, tuvieron calidad más baja en sus RPM. Además, a mayores factores de riesgo para depresión, menor era la calidad de las RPM. Al examinar cada uno de los factores de riesgo

evaluados por el PDPI-R se observó que únicamente el apoyo de parte de la pareja y la satisfacción con la pareja se asociaron con la calidad de las RPM.

Mientras que un estudio conducido por Hopkins (2018), examinó la posible asociación entre la angustia materna (sintomatología depresiva y ansiosa), la ansiedad como rasgo y las RPM (descrito como materno fetal), donde el apoyo social iba a ejercer un efecto moderador de tal asociación. Para ello, se recolectó una muestra por conveniencia, que consistió en 94 mujeres embarazadas, cursando el segundo trimestre, de su primer embarazo y mayores de 18 años, a quienes se les aplicó un cuestionario con datos sociodemográficos, midiendo la angustia materna con el "Depression anxiety stress scale" (DAAS-21; *Henry & Crawford, 2005*); la ansiedad como rasgo con el "State trait inventory Y-2" (STAI-T; *Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983*); el apoyo social percibido con el "Postpartum Social Support Questionnaire (PSSQ; *Hopkins & Campbell, 2008*); y la Escala de Representaciones Prenatales (MAAS; *Condon, 1993*) como instrumento para medir las RPM. Los resultados mostraron una asociación entre la ansiedad como rasgo, el apoyo social y las RPM. Es decir, las mujeres con altos niveles de ansiedad como rasgo y menores niveles de apoyo social tuvieron mayor probabilidad de presentar menor calidad de apego con el feto; además de invertir menos tiempo en conductas y pensamientos relacionadas al apego. Asimismo, los datos sugirieron un hallazgo adicional, con relación a la edad materna, donde a menor edad mayor el riesgo de presentar RPM de baja calidad.

Por su parte, Delavari (2017) realizó un estudio exploratorio con el fin de examinar la asociación entre las RPM (descrito como apego materno fetal), la depresión y el apoyo social. Con una muestra de 287 mujeres embarazadas de 32 a 37 semanas de gestación (SDG), primigestas. A quienes les fue aplicado un cuestionario socio-demográfico; la Escala de Representaciones Prenatales Maternas para evaluar las RPM; la Escala de Depresión de Edinburgo, con el fin de valorar la sintomatología depresiva; y la Escala de Apoyo Social Percibido (PRQ-82) para estimar el apoyo social. Los resultados sugirieron una relación positiva entre las RPM y el apoyo social, así como una relación negativa entre el apoyo social y la depresión durante el embarazo. Se concluyó que, a mayores niveles de apoyo social percibido, aumenta la calidad de las RPM, y disminuye la sintomatología depresiva. Sin embargo, no se examinó la posible asociación entre la depresión y las RPM.

De esta manera, Diniz (2014) a través de una muestra de 49 mujeres embarazadas adolescentes (de 14 a 19 años de edad), entre el 2do y 3er trimestre de embarazo. Buscó establecer un vínculo entre apoyo social, depresión y las

RPM (apego materno fetal), se planteó la hipótesis que el apoyo social tendría un efecto moderador en la asociación entre la depresión y las RPM. Por tanto, fueron aplicadas el “Maternal- fetal Attachment Scale” (MFAS); la Escala de Apoyo Social (SSS) y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EDPS). Para valorar las RPM, el apoyo social percibido y los síntomas de depresión, respectivamente, donde el apoyo social fue dividido en tres dimensiones: afectiva, emocional y material. Los resultados mostraron una asociación entre el apoyo social, la depresión y la calidad de las RPM. Asimismo, apoyaron parcialmente la hipótesis, donde la dimensión afectiva del apoyo social mostró un efecto moderador sobre la relación entre depresión y las RPM, no así la dimensión emocional o material.

Ossa (2011), recabó una muestra de 244 mujeres embarazadas, de al menos 25 SDG con el fin de realizar un estudio exploratorio que con el fin de estimar la prevalencia de la baja calidad de las RPM (descrito como apego prenatal) y su asociación con factores psicológicos. Con este fin, fue aplicado un cuestionario obstétrico, la Escala de Representaciones Prenatales Maternas (Condon, 1993) para evaluar las RPM; la Escala de Estrés Percibido (Cohen, 1983), para estimar el estrés percibido por las madres; la Escala de Depresión de Beck (Beck, 1961), apuntando a evaluar la sintomatología depresiva. Para valorar la percepción de la relación con la pareja fueron utilizados dos ítems del “Partner relationship perception scale” (Ossa, 2011); y la Escala de Apoyo Social Percibido (Vaux, 1986), orientado a apreciar el apoyo social. A través de ellos, se obtuvo que la prevalencia RPM de baja calidad fue del 24.3%. Variables como alto grado de estrés, depresión, menor apoyo social, inconformidad con el embarazo y no haber deseado el mismo se asociaron a mayor riesgo de RPM de baja calidad.

Finalmente, a través de la literatura revisada fue descrita la asociación entre el apego del adulto y la calidad de las RPM. Donde la historia de apego de la madre correspondía a la calidad de las representaciones prenatales que ésta tendría sobre el bebé en desarrollo. Es decir, a mayor inseguridad en el apego, menor la calidad en las RPM. Especialmente en lo que respecta a la inseguridad en el apego evitativa, como sugiere Hart (2015), aunque tal distinción en la cualidad del apego no suele ser conceptualizada por el resto de la literatura.

Conjuntamente, se logró identificar la existencia de factores de riesgo que afectarían la calidad de las RPM como bajos niveles de apoyo social percibido y sintomatología depresiva.

No obstante, fueron pocos los estudios que consideraron variables moderadoras en la relación entre apego, depresión, apoyo social y RPM . Pues solo fueron ubicados dos, cuyos resultados sugieren que la seguridad en el apego y el apoyo social lograrán disminuir los efectos de la depresión sobre las RPM.

Planteamiento del Problema

Aún y cuando ha sido descrito que la cualidad de apego del adulto, el bajo apoyo social percibido y la sintomatología depresiva, son variables relevantes para el desarrollo y calidad de las RPM, los estudios que evalúan dichas variables, son escasos y corresponden a muestras fuera del contexto latinoamericano. Así mismo, sólo fue posible identificar estudios que valoraban una parte de las variables planteadas (apego, depresión, apoyo y RPM), más no la totalidad, o bien sin considerar el efecto moderador de unas sobre otras.

Por consiguiente, se plantea así la posibilidad de profundizar en la comprensión del fenómeno de las RPM, en la etapa prenatal, a través de estudiar la relación con el apego materno, la presencia de síntomas depresivos y la calidad de apoyo social; así como determinar si alguna de estas variables modera a las demás relaciones.

Justificación

Se cuentan con pocos estudios a nivel Latinoamérica que evalúen a las RPM. El presente estudio es de los primeros en México en estudiar las RPM y los factores que pueden comprometer su desarrollo y el único identificado que considera factores moderadores en población mexicana. Esto, además de aportar información al conocimiento, tiene implicaciones clínicas dada la asociación de las RPM con efectos adversos como el bajo apego a prácticas de salud perinatal, partos prematuros, bajo peso y talla al nacer; y otro, a largo plazo, al ser las RPM un preludio del vínculo de la madre con el infante.

Objetivos

Objetivos Generales

El estudio pretende identificar la cualidad del apego, del apoyo social percibido, el grado de sintomatología depresiva y la calidad de las RPM, de mujeres que cursan el tercer trimestre de su embarazo. Además, busca evaluar el efecto directo de la inseguridad en el apego, la depresión y el bajo apoyo social sobre las RPM, y examinar la posibilidad de que la sintomatología depresiva y el bajo apoyo social ejerzan un efecto moderador en la relación entre la inseguridad del apego y las RPM.

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

- La inseguridad del apego del adulto, la depresión y el bajo apoyo social estarán asociados de manera negativa con las RPM.
- La presencia de bajo apoyo social y sintomatología depresiva, moderará la asociación entre la inseguridad del apego y las RPM, al aumentar el efecto de la inseguridad en el apego sobre las RPM.

Hipótesis Nula

- La inseguridad en el apego, la depresión y el bajo apoyo social no estarán asociados con las RPM.
- La sintomatología depresiva y el bajo apoyo social percibido no generarán efecto moderador sobre la relación entre la inseguridad del apego y las RPM.

Diseño general del estudio

Se trata de un análisis secundario de datos, transversal, analítico.

Metodología

Se analizaron los datos de la Escala Bidimensional de Apego para Adultos Mexicanos, el Inventario de Predictores de la Depresión Postparto, la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh y la Escala de Representaciones Prenatales Maternas, aplicadas en la fase previa del presente estudio: "Representaciones prenatales maternas del bebé y su relación con síntomas depresivos y factores psicosociales de riesgo para el desarrollo de la depresión post parto". De acuerdo a las variables que resultaron significativas en la fase previa, se eligieron aquellos elementos a utilizar en el presente estudio: la depresión, el apoyo social, las RPM y la inclusión de una variable nueva: la inseguridad en el apego.

Las participantes fueron mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Departamento de Obstetricia del Hospital Universitario "José Eleuterio González" basándose en la siguiente fundamentación del cálculo:

Fórmula para una correlación simple:

$$n = 3 + KC^2$$

En donde:

$$K = (Z\alpha + Z\beta)^2$$

$$C = 0.5 \ln(1 + rr)$$

r = coeficiente de correlación esperado

Por lo cual:

$$K = 7.9$$

$$R = -0.3$$

$$C^2 = 0.09$$

Obteniendo una n de 90.7 (91) sujetos de estudio.

Utilizando una fórmula para prueba de hipótesis y para una correlación simple, con un valor $z\alpha$ de 1.96 con nivel de significancia del 95% para dos colas, y un valor $z\beta$ de 0.84 con una potencia de 80%, esperando encontrar una correlación de al menos -0.3 se obtuvo una muestra mínima de 91 participantes.

Los criterios de inclusión planteados fueron:

- Participación voluntaria en el estudio expresada a través del consentimiento informado
- Mujeres embarazadas cursando el tercer trimestre de gestación, sin importar el número de embarazo actual

- Mayores de 18 años.

Dónde un protocolo significativamente incompleto (arriba del 15%), fue el criterio de eliminación propuesto.

Instrumentos de evaluación utilizados

Cuestionario de datos socio-demográficos

Con el objetivo de obtener las características sociodemográficas de las participantes, les fue aplicado un cuestionario del cual se obtuvieron los datos de edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión. Así como los antecedentes obstétricos que incluye: si es embarazo único o subsecuente y si presentan embarazo de alto riesgo.

Escala de representaciones prenatales maternas

Con el fin de medir la calidad de las RPM, fue aplicada la Escala de Representaciones Prenatales Maternas (Condon, J. 1993) previamente adaptada al español para población mexicana. La escala evalúa las representaciones que la madre tiene del bebé en desarrollo. Por una parte, considera la cualidad positiva o negativa de las emociones e ideas que la madre asocia a la representación del bebé, incluyendo su deseo de protegerlo. Por otra parte, examina la frecuencia con la que la madre tiene pensamientos, emociones o realiza conductas relativas a la representación del bebé. Algunas de las preguntas le requirieron a la participante seleccionar su respuesta con base a su experiencia en las dos semanas anteriores

Este instrumento está compuesto por 19 preguntas que se califican en la escala de Likert de 5 puntos. La puntuación mínima es de 19 puntos y la puntuación máxima es de 95. La escala ofrece una variable continua respecto al nivel de calidad de las RPM que va desde baja calidad hasta alta calidad. Es decir, las puntuaciones más altas reflejan una calidad positiva de las representaciones y una alta preocupación por el bebé por nacer

En el presente estudio, la escala demostró una consistencia interna adecuada ($\alpha=0.79$), mayor a la reportada por Castro (2015) para población mexicana ($\alpha=0.70$), y a la reportada por Navarro (2015) para población española ($\alpha=0.73$).

Escala de Apego Bidimensional para Adultos Mexicanos

El apego del adulto fue evaluado a través de la Escala de Apego Bidimensional para Adultos Mexicanos de Frías (2011). De esta escala se obtuvieron tres variables a analizar, estimadas de manera continua: inseguridad en el apego ansiosa, inseguridad en el apego evitativa e inseguridad en el apego global.

El instrumento consta de 36 reactivos que se responden en una escala de Likert de 7 puntos que van desde 1 totalmente en desacuerdo hasta 7 totalmente de acuerdo, para el presente estudio, el instrumento mostró un Alfa de Cronbach de 0.83 para la inseguridad en el apego total, la inseguridad evitativa obtuvo un $\alpha=0.77$, y la inseguridad ansiosa un $\alpha=0.81$, que señala la conveniencia de la escala.

Inventario de Predictores de la Depresión Postparto (PDPI-R)

Por otro lado, se cuenta con datos del Inventario de Predictores de la Depresión Postparto versión prenatal. El PDPI-R es un instrumento de tamizaje auto aplicable que fue desarrollada por Records, Rice y Beck (2007) y tiene como objetivo detallar 13 factores de riesgo para la depresión durante el embarazo y el postparto. Sin embargo, para el presente estudio no se tomó la puntuación global, sino el puntaje de la escala apoyo social, que constituyó la variable de bajo apoyo social percibido en el estudio. Además, se recabó del mismo la información proporcionada sobre el estado socio económico percibido por las mujeres, si fue un embarazo planeado y/o deseado, si contaban con historia de depresión y/o depresión actual, así como ansiedad prenatal, con el fin de profundizar en las características de las participantes.

Es un instrumento con opciones de respuesta “sí” y “no”, a cada pregunta; y las puntuaciones de escala de apoyo social, van desde 0 hasta 12, con una evaluación en aumento del riesgo predictor. Así, las puntuaciones más altas indican un bajo apoyo social percibido.

Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EDI-P)

Por último, para evaluar la sintomatología depresiva fue utilizada la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (Cox, Holden & Sagovsky, 1987).

El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas.

En el año 2001, la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), obteniendo una consistencia interna global de .818 (Ortega, Lartigue & Figueroa 2001).

En 2004 se llevó a cabo un nuevo estudio en el INPerIER, que buscó la calibración del punto de corte de la escala, los resultados apoyaron un punto de corte de 14, con valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad, siendo el punto de 14, el mejor equilibrio entre ambas (Espíndola, Morales, Mota, Díaz, Meza & Rodríguez, 2004).

Aspectos Éticos

De acuerdo al artículo 23 del reglamento de la ley general de la salud en materia de investigación el presente estudio no presentó ningún riesgo a la salud de ninguno de nuestros pacientes, por ello no fue necesario el uso de consentimiento informado por escrito

Precauciones para garantizar la seguridad de los sujetos en el Estudio

Este estudio no contempló hacer ninguna intervención con paciente alguno. No se usaron nunca datos que permitiera que algún sujeto que haya consultado, en el periodo de tiempo determinado, pudiera ser identificado.

Cumplimiento con las Normas Regulatorias de Ética

Responsabilidades del Investigador

El investigador fue responsable de asegurar que el estudio clínico se realizara de acuerdo con el protocolo, con los lineamientos vigentes de las Buenas Prácticas Clínicas (GCP) de la ICH, y con los requerimientos regulatorios aplicables y específicos del país.

Las Buenas Prácticas Clínicas es una norma internacional de calidad ética y científica para el diseño, realización, registro y presentación de reportes de estudios que involucran la participación de sujetos humanos. El apego a esta norma supone una garantía pública de que los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de un estudio están protegidos, de acuerdo a los principios que se originaron en la Declaración de Helsinki, y que los datos de los estudios clínicos son verosímiles.

Privacidad de los datos personales

El uso y procesamiento de los datos personales de los sujetos que acudieron al control prenatal al departamento de obstetricia del hospital universitario de Monterrey y que fueron utilizados para el presente estudio, se limitó a aquellos datos que fueron necesarios para cumplir con los objetivos del estudio. Estos datos fueron recopilados y procesados tomando las precauciones adecuadas para garantizar la confidencialidad y el cumplimiento de las leyes y regulaciones de protección de la privacidad de los datos aplicables. Se tomaron medidas técnicas y organizacionales para proteger los datos personales y evitar su divulgación o el acceso no autorizado, la destrucción accidental o ilícita, o la pérdida accidental o la alteración.

Los sujetos tienen derecho de solicitar al departamento de psiquiatría del hospital universitario, el acceso a sus datos personales y tiene el derecho de solicitar la rectificación de los datos que no sean correctos o que no estén

completos. Se tomaron las medidas razonables para responder a dicha solicitud, tomando en cuenta la naturaleza de la solicitud, las condiciones del estudio, y las leyes y reglamentos aplicables.

Análisis de resultados

Con el fin de conocer la relación entre apego del adulto, depresión, bajo apoyo social y RPM se utilizó el Índice de correlación de Pearson. Aquellas asociaciones que resultaron significativas se utilizaron para los modelos subsecuentes. En este caso, se emplearon modelos de regresión lineal simple para evaluar el efecto de la inseguridad en el apego sobre las RPM y el análisis de regresión multivariada jerárquica, para examinar el posible efecto moderador de la depresión y el apoyo. El análisis se complementó con el uso de medias y frecuencias para conocer las características de las participantes del estudio.

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

La muestra estuvo conformada por 118 mujeres en un rango de edad entre 18 y 42, con una media de 23.59 años y una desviación estándar de 4.85 (Cuadro 1). La mayoría (82.2%) eran casadas o vivían en unión libre y el 17.8% eran madres solteras o se encontraban separadas. Respecto a su nivel de escolaridad, el 72.9% contaba con estudios de primaria o secundaria y 27.1% con nivel medio superior o más. En cuanto a las ocupaciones, el 86.4%, refería ser ama de casa, 6.9% se encontraba laborando, 4.2% era actualmente desempleada; y el 1.6% refirió otra ocupación. En relación con el nivel socio económico el 76.3% de las mujeres refirió tener un nivel medio/alto, en contraste con un nivel bajo en el 23.7% de ellas. Cabe resaltar que este dato fue obtenido a través de su auto reporte y no se contó con alguna otra medida para establecer un rango socioeconómico más objetivo. El 86.3%, se identificó como practicante de religión católica y un 17.7% de otra religión.

Cuadro 1. Características sociodemográficas (N=118)

Edad	x	DE
	23.58	4.85
Estado civil	f	%
Unión libre	64	54.2
Casadas	33	28
Solteras	14	11.9
Separadas	7	5.9
Escolaridad		
Primaria	18	15.3
Secundaria	68	57.6
Medio Superior	26	22.1
Superior	6	5
Ocupación		
Si	107	88.8
No	11	8.5
Nivel Socio Económico		

Medio/alto	90	76.3
Bajo	28	23.7
Religión		
Católica	96	81.3
Otras	22	18.6

Para más de la mitad (69.5%) éste era un embarazo subsecuente, con una media de 36.05 SDG y una DE= 3.14. El 89% de mujeres negaron estar cursando un embarazo de alto riesgo. Simultáneamente, la mayoría refirió que el embarazo fue planeado (67.8%) y deseado (94.92%). (Cuadro 2)

Cuadro 2. Características del embarazo (N=118)

Numero de embarazo	f	%
Primigesta	36	30.5
Multigesta	82	69.5
Alto riesgo		
Si	13	11
No	105	89
Embarazo Planeado		
Si	80	67.8
No	38	32.2
Embarazo deseado		
Si	111	94.92
No	6	5.08

Sintomatología previa y actual

Con base en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EDI-P), un 9.3% de la muestra presentó depresión durante el embarazo.

Por otro lado, en el cuestionario PDPI-R, el 28% de las participantes refirió antecedentes de depresión, mientras que un 38.1% reportó experimentar sintomatología depresiva y el 20.3% sintomatología ansiosa, ambas, en el transcurso del embarazo. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Sintomatología previa y actual

Depresión Prenatal (EDI)	f	%
Presencia	11	9.3
Ausencia	89	75.4
Depresión Prenatal (PDPI)		
Si	45	38.1
No	73	61.9
Historia de Depresión (PDPI)		
Si	33	28
No	85	72
Ansiedad Prenatal (PDPI)		
Si	24	20.3
No	94	79.7

Descripción de variables

Los datos recolectados de los distintos instrumentos de evaluación sugirieron que la mayoría de las mujeres no cursaban por un episodio depresivo al momento de la recolección de datos, siendo la media de respuesta de un 7.24 en la EDI-P, con una DE de 4.59. Así, fueron 11 mujeres aquellas que puntuaron para depresión, según el punto de corte conservador de 14.

Así mismo, fue percibido un alto apoyo social, al ser la media de respuesta de 2.12, con una DE de 2.57, resaltando, que en el instrumento utilizando, un menor puntaje representa un mayor apoyo social percibido.

En relación a las RPM, se obtuvo una puntuación media de 81.80 y una DE de 7.63. El instrumento ofrece una variable continua, donde una puntuación elevada representa una mayor calidad en las representaciones que la madre tiene sobre su bebé. Es decir, las mujeres que compusieron la muestra del presente estudio reportaron una alta calidad en sus RPM.

Por último, la Escala Bidimensional de Apego ofrece tres puntajes: primeramente, el puntaje de inseguridad global en el apego reportó una media de 121.43 (es decir, un promedio de respuesta de 3.37) y una DE de 29.7. Conjuntamente, la inseguridad en el apego evitativa mostró una media de respuestas de 55.89 (que corresponde a un promedio de respuesta de 3.10), con una DE de 17.55. Finalmente, la inseguridad en el apego ansiosa fue reportada con una media de 65.64 (correspondiente a un promedio de 3.64 de respuesta), y

una DE de 19.54. Recordando que en cada una de las variables, un puntaje más elevado será indicador de mayor inseguridad en el apego. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Descripción de variables

	Depresión	Apoyo social	RPM	Inseguridad global en el apego	Inseguridad en el apego evitativa	Inseguridad en el apego ansiosa
X	7.24	2.12	81.8	121.43	55.89	65.54
DE	4.59	2.57	7.63	29.78	17.55	19.54
Asimetría	0.48	1.32	-1.02	0.22	0.11	.23
Curtosis	-0.23	1.61	1.93	-0.26	-0.14	-0.04
Mínimo	0	0	52	62	18	24
Máximo	20	12	94	195	108	114

Asociación entre apego del adulto, depresión, bajo apoyo social y representaciones prenatales maternas.

En el cuadro 5 puede observarse que al usar correlaciones bivariadas de Pearson, éstas mostraron una asociación positiva entre la inseguridad global del apego con las dos subescalas que la componen (inseguridad en el apego evitativo e inseguridad en el apego ansioso), como es esperado. Asimismo, la inseguridad global del apego, se asoció a la presencia de depresión y de bajo apoyo social. Mientras que con las RPM se identificó una relación negativa, donde a mayor inseguridad global en el apego disminuye la calidad de las RPM.

Si bien, el puntaje de inseguridad global en el apego no suele utilizarse con este instrumento, las asociaciones reportadas previamente muestran la misma tendencia que al analizar sus subescalas por separado.

La inseguridad en el apego evitativo se asoció de manera positiva con la presencia de sintomatología depresiva y el bajo apoyo social. Mientras que con la calidad de las RPM tuvo una relación negativa. Esta relación fue de mayor impacto a la reportada entre la inseguridad global en el apego y la calidad de las RPM.

La inseguridad en el apego ansioso igualmente se asoció con casi la totalidad de las variables de manera positiva (depresión y bajo apoyo social), excepto con las RPM, cuya asociación no fue significativa, por lo que no se incluyó para análisis subsecuentes.

La presencia de sintomatología depresiva se asoció de manera positiva con el bajo apoyo social y, de manera negativa, con la calidad de las RPM.

Finalmente, el apoyo no se asoció de manera significativa con la calidad de las RPM, por lo cual, no se incluyó en los análisis posteriores.

Cuadro 5. Correlaciones bivariadas de Pearson

	Apego total	Apego evitativo	Apego ansioso	Depresión	Bajo apoyo social	RPM
Inseguridad global		0.792*	0.794*	0.502*	0.362*	-0.215*
Apego evitativo			0.288*	0.422*	0.302*	-0.311*
Apego ansioso				0.401*	0.29*	0.016
Depresión					0.503*	-0.281*
Bajo apoyo social						-0.123
*p<0.01						

Posteriormente, se realizaron análisis de regresión lineal bivariadas utilizando las variables que resultaron significativas, para conocer el efecto de la cualidad del apego y la presencia de sintomatología depresiva sobre las RPM. En estos análisis, la cualidad del apego y la presencia de depresión se utilizaron como variables independientes y las RPM como variable dependiente.

Los resultados del primer análisis entre la inseguridad en el apego evitativo y las RPM, reflejaron una $\beta=-0.31$ ($p=0.001$), que explica el 9.7% de la varianza ($F=12.43$, $p=.001$). Mientras que el análisis entre la inseguridad global en el apego y las RPM no fue significativo ($\beta=-0.17$, $p=0.062$; $r^2=0.03$; $F=3.54$, $p=0.062$). Los resultados del análisis entre depresión y las RPM mostraron una $\beta=-0.28$ ($p=0.002$), que explicó el 7.1% de la varianza de las RPM ($F=9.91$, $p=0.002$). Con base a estos resultados, en los análisis posteriores se utilizó únicamente la inseguridad en el apego evitativo y la depresión. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Análisis de regresión lineal

	β	r2	F
Apego evitativo	-0.31*	0.097	12.43*
Apego total	-0.17	0.03	3.54
Depresión	-0.28*	0.071	9.91*

*p= <.01

Apego del adulto, Depresión y Representaciones Prenatales Maternas

Se llevó a cabo un modelo de regresión lineal jerárquica múltivariada de tres pasos, tomando la inseguridad del apego evitativo y la depresión como variables predictoras, así como la interacción entre la inseguridad evitativa con la depresión para valorar el posible efecto moderador de esta última sobre las RPM, considerada la variable dependiente.

En el primer paso del modelo, se introdujo la evitación en el apego que reportó una $\beta=-0.31$ ($p=0.001$) y que explica el 9.7% de la varianza de las RPM ($F=12.43$; $p=0.001$). En el segundo paso, se incluyó la sintomatología depresiva, que reportó una $\beta=-0.18$; ($p=0.61$), mientras que la evitación del apego mostró una $\beta=-0.23$ ($p=0.016$) y el modelo explicó el 2.7% de la varianza ($F= 8.15$; $p=0.00$). Finalmente, en el tercer paso, se añadió la interacción entre la evitación y la depresión, el cual tuvo una $\beta=0.17$ ($P=0.62$) con una varianza explicada del 0.2% ($F=5.48$; $p=0.001$). Lo que indicó que la depresión no es un moderador en la relación entre apego evitativo y RPM. (Cuadro 7)

Cuadro 7. Modelo de regresión jerárquica multivariada

		β	r ²	F
1	Apego evitativo	0.31*	0.097	12.43*
2	Apego evitativo	-0.23*	0.027	8.15*
	Depresión	-0.18		
3	Apego evitativo	-0.29	0.002	5.48*
	Depresión	-0.31		
	Ap.evitativo*depresión	0.17		

* $p<0.01$,

Discusión

El objetivo del presente estudio fue explorar la asociación entre la inseguridad del apego, puntaje global y por subescalas, la depresión y el bajo apoyo social con la calidad de las RPM. Así como el posible efecto moderador de la depresión durante el embarazo y el bajo apoyo social percibido. Esto, a través de un análisis secundario de datos, con un diseño transversal.

De esta forma, los datos apoyan parcialmente la primera hipótesis, al sugerir una asociación negativa entre la cualidad del apego del adulto y la depresión, con las RPM. Es decir, el aumento de la inseguridad global en el apego, la inseguridad evitativa y la depresión, se asoció con un decremento en las RPM.

Al estudiar la asociación entre la depresión y las RPM, ésta sugiere un efecto directo, donde la calidad de las RPM disminuye en presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo. Concordante a lo descrito previamente por Ibarra (2015) para nuestra muestra, así como a estudios que anteceden el nuestro, en la cual la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo impactó el desarrollo y calidad de las RPM (Hart, K. 2015; Ossa, X. et al. 2011; Diviniz, E. et al. 2014).

Por otro lado, la hipótesis no se confirmó respecto a la asociación de la inseguridad en el apego ansioso y bajo apoyo social con las RPM.

Posteriormente, al examinar los datos por medio de regresiones lineales bivariadas se encontró que la inseguridad en el apego evitativo fue la variable que mejor explicó la varianza estadística de las RPM en un 9.7% (Cuadro 6). Estos resultados concuerdan con lo reportado por Hart (2015), donde la inseguridad en el apego evitativa fue el único predictor significativo, explicando un 19.5% de la varianza de las RPM. De igual manera, los resultados en nuestro estudio coinciden con lo descrito por Madigan (2015) y Huth-Bocks (2004) quienes establecen que la historia de apego del adulto, corresponderá a las representaciones prenatales que la madre establezca sobre el bebé en desarrollo.

Respecto a la segunda hipótesis, los datos no apoyaron una relación entre la inseguridad en el apego evitativa y las RPM moderada por la presencia de la síntomas depresivos en el embarazo. La ausencia de un efecto moderador podría deberse a que la mayoría de las mujeres que compusieron nuestra muestra no se encontraban deprimidas, como muestra la media de respuesta de 7.24 en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, donde sólo el 9.32% de la población puntuó para depresión actual en dicho instrumento. Prevalencia que generó restricción en evaluación de la depresión como un factor moderador. La prevalencia de depresión para el presente estudio se encuentra en línea con lo

reportado por Lara (2015) para población mexicana, donde la depresión prenatal se presentó en un 9.0% de los casos.

En cuanto al bajo apoyo social, al no preentar asociación significativa con las RPM en nuestro estudio, se excluyo de análisis posteriores para evaluar un posible efecto moderador.

Sin embargo, el efecto del bajo apoyo social sobre las RPM ha derivado en resultados diversos. Algunos autores han sugerido que existe tal asociación (Hopkins, J. et al. 2018; Delavari, M. et al. 2017; Diviniz, E. et al. 2014; Ossa, X. et al. 2011; Yarcheski, A. et al. 2009). Sin embargo, su efecto moderador ha sido examinado de manera limitada (Hopkinks, J. et al. 2018; Diviniz, E. et al. 2014) aunque con resultados que apoyan el mismo, atenuando los efectos de factores como depresión y ansiedad sobre las RPM cuando el apoyo social es percibido como alto. Además de haber sido descrito como relevante para el periodo del postparto. Aumentando tres veces la posibilidad de presentar bajos niveles de apego con el bebé al percibir bajos niveles de apoyo (Nieto, L. et al. 2017). Por tanto, en cuanto a nuestros hallazgos en este rubro, se podría hipotetizar que este factor, aparentemente sin relevancia en el periodo del embarazo, se cristaliza ante la llegada del bebé, dónde bajos niveles de apoyo social resultan más tangibles que en la etapa previa.

Por otro lado, el bajo apoyo social estableció una alta correspondencia con la depresión. Concordante a lo identificado por Albuja (2017), Delavari (2017) y Diviniz (2014). Sin embargo, resulta necesario examinar a mayor profundidad dicha relación. Así mismo, los datos apoyaron una asociación moderada con la inseguridad del apego, tanto en su puntaje global como por subescalas.

Los resultados, en cuanto a la relación entre la inseguridad en el apego y el bajo apoyo social, se encuentran en línea con lo reportado por estudios que anteceden al nuestro. Huth-Bocks (2004) estableció que mujeres con experiencias de apego negativas presentarían menor apoyo social percibido. Así mismo, Maas (2014) planteó que la cualidad de apego del adulto tendría un efecto indirecto sobre el apoyo social percibido. Al respecto, Mikulincer y Shaver (2009) describieron que la inseguridad en el apego marcaba una tendencia a evaluar negativamente la efectividad del apoyo recibido, y la implementación de otras estrategias para la regulación.

Conclusión

Los datos apoyan una asociación entre la inseguridad en el apego y las RPM. En la cual, el entendimiento y expectativas que el adulto tenga sobre sí mismo y las relaciones, serán extrapoladas a la relación que se desarrolle con el bebé, durante el embarazo. Especialmente cuando se presentan mayores expectativas negativas sobre las relaciones combinado con mayor sentido de auto valía, como sucede en mujeres categorizadas con una inseguridad en el apego evitativa. Esto podrá reflejarse en un mayor distanciamiento del bebé, dificultando el expresar emociones o pensamientos sobre el mismo.

Aunado a lo anterior, los datos sugieren una fuerte relación entre la inseguridad en el apego y la depresión, misma que es identificada como un factor de riesgo para las RPM; y una relación moderada con el apoyo social percibido, que, pese a no haber mostrado un efecto de este sobre las RPM para las mujeres de nuestra muestra, algunos autores han identificado y descrito.

El objetivo del estudio era identificar la interacción de la totalidad de las variables descritas durante el embarazo. Sin embargo, el efecto de las mismas no será limitado a este periodo. Ya que, las RPM, así como los factores asociados, sentarán las bases de lo que será, en el periodo del postparto, la relación de la madre con el bebé. Es decir, en el embarazo se sentarán las bases de lo que será la responsividad, y disponibilidad que la madre mostrará hacia las necesidades del bebé, y en última instancia, los modelos internalizados que el infante logre desarrollar sobre sí mismo y las relaciones, y la salud mental.

Por tanto, es necesario profundizar por medio de estudios en población latinoamericana, respecto a los factores que pueden alterar el desarrollo de las RPM, aunque, especialmente de aquellos que puedan actuar como moderadores de las interacciones ya descritas. Con el fin de generar mayor consciencia y sensibilidad en los profesionales de la salud en México y América Latina, para detectar e intervenir de manera temprana a las mujeres embarazadas que pudieran presentar factores psicosociales de riesgo. Fortaleciendo, de esta forma, la atención a la salud mental en este periodo.

Limitaciones

Dado que el presente estudio es un análisis secundario de datos, los resultados deben interpretarse con precaución. Pues, la muestra, fue recabada originalmente con el fin de identificar la influencia de síntomas depresivos y de factores psicosociales de riesgo sobre las RPM, Ibarra (2015).

Por otro lado, la mayoría de las mujeres no presentó antecedente o historia actual de depresión. Sin embargo, fue reportado un efecto directo de la depresión hacia las RPM, sin que la depresión ejerciera un efecto moderador en la relación entre la inseguridad en el apego evitativa y las RPM.

Se hipotetiza que la baja incidencia de síntomas depresivos en nuestra muestra pudo generar una limitante al momento de interactuar con la inseguridad en el apego evitativa. Posiblemente, una muestra más amplia podría ofrecer mayor información respecto a la asociación de la depresión y las RPM y su efecto al momento de interactuar con otros factores psicosociales.

Bibliografía

Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.

Ainsworth, M. & Bell, S. (1970) Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year- Olds in a Strange Situation. *Child Development*.

Bowlby, J. (1969) Attachment and Loss, Vol I: Attachment

Albuja, A., Lara, M., Navarrete, L. & Nieto, L. (2017) Social Support and Postpartum Depression Revisited: The Traditional Female Role as Moderator Among Mexican Women. *Sex Roles* 77:209-220

Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L., & Noller, P. (2001) Attachment Style and Coping Resources as Predictors of Coping Strategies in the Transition to Parenthood. *Personal Relationships*

Alhusen, J., Gross, D., Hayat, M., Woods, A. & Sharps, P. (2012) The Influence of Maternal- Fetal Attachment and Health Practices on Neonatal Outcomes in Low-Income Urban Women. Wiley Periodicals Inc.

Ammaniti, M., Tambelli, R. & Odorisio, F. (2013) Exploring Maternal Representations During Pregnancy in Normal and At- Risk Sample: The Use of the Interview of Maternal Representations During Pregnancy. *Infant Mental Health Journal* 34(1)(1): 1-10

Barra, E. (2004) Social Support, Stress and Health. *Psicología y Salud* Vol 14, Num 2: 237-243

Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991) Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*

Benoit, D., Parker, KC & Zeanah, CH. (1997) Mothers' Representations of Their Infants Assessed Prenatally: Stability and Association with Infants' Attachment Classifications. *J Child Psychol Psychiatry* 38(3): 307-13

Bowlby, J. (1973) Attachment and Loss, Vol II: Separation Anxiety and Anger. New York, NY, US: Basic Books

Bowlby, J. (1977) The Making and Breaking of Affectional Bonds I. Aetiology and Pycopathology in the Light of Attachment Theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.

Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss, Vol III: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.

Bowlby, J. (1988) A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York, NY, US: Basic Books.

Cassidy, J. & Shaver, P. (2008) The Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications Third Edition. The Guilford Press.

Castro, R., Estrada, B. & Landero, R. (2015) Propiedades Psicométricas de la Traducción al Español de la Escala de Vinculación Prenatal Materna. *Summa Psicológica Ust* Vol. 12, N.1, 103-116

Cranley, MS (1981) Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nurs REs* 30(5):281-4

Condon, J. (1993) The Assessment of Antenatal Emotional Attachment: Development of a Questionnaire Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 66: 167-183

Cox, J., Holden, J. & Sagovsky, R. (1987) Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782-6

Delavari, M., Mirghafurvand, M. & Mohammad, S. (2017) The relationship of maternal- fetal attachment and depression with social support in pregnant women referring to health centers of Tabriz-Iran, 2016, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*

Diniz, E., Volling, B & Koller, H. (2014) Social support moderates association between depression and maternal–fetal attachment among pregnant Brazilian adolescents, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32:4, 400-411

Dipietro, J., Costigan, K. & Sipsma, H. (2008) Continuity in Self- Report Measures of Maternal Anxiety, Stress, and Depressive Symptoms from Pregnancy Through Two Years Postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28, 115-124

Doan, H., Zimmerman, A. (2008) Prenatal Attachment: A Developmental Model. *Int J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* Vol. 20.

Espindola, J., et al. (2004) Calibración del Punto de Corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en Pacientes Obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 18: 179-186

Feldman, L., et al. (2008) Relaciones Entre Estrés Académico, Apoyo Social, Salud Mental y Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios Venezolanos. *Univ Psychol* V7., No. 3: 739-751

Flynn, H., Davis, M., Marcus, S., Cunningham, R. & Blow, F. (2004) Rates of Maternal Depression in Pediatric Emergency Department and Relationship to Child Service Utilization. *General Hospital Psychiatry* 26(4): 316-322

Frias, M. (2011) La Teoría de Apego: Aspectos Normativos y Diferencias Culturales. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gaynes, B., et al. (2005) Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment (Summary) 119:1-8

Hart, K. (2015) The Influence of Maternal Mental Health, Attachment and Hormonal Factors on a Mother's Attachment to her Fetus During Pregnancy. School of Psychology, Faculty of Health and Behavioral Sciences.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987) Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology* 52(3):511-24

Hopkins, J., Miller, J., Butler, K., Gibson, L., Hedrick, L. & Boyle, D. (2018): The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*

Huth- Bocks, A., Levendosky, A., Bogat, G. & von Eye, A. (2004) The Impact of Maternal Characteristics and Contextual Variables on Infant-Mother Attachment. *Child Development*

Ibarra, D. (2015) La Influencia de Sintomas Depresivos y de Factores Psicosociales Sobre las Representaciones Prenatales Maternas.

Lara, M., Navarrete, L., Nieto, L., Barba, J., Navarro, J & Lara-Tapia, H. (2015) Prevalence and Incidence of Perinatal Depression and Depressive Symptoms Among Mexican Women. *Journal of Affective Disorders* 175: 18-24

Leifer, M. (1977) Psychological Changes Accompanying Pregnancy and Motherhood. *Genet Psychol Monogr* 95(1): 55:96

Lindahl, V., Pearson, J. & Colpe, L. (2005) Prevalence of Suicidality During Pregnancy and the Postpartum. *Archives of Women's Mental Health* 8:77-87

Maas, A., Vreeswijk, C., Braeken, J., Vingerhoets, A., van Bakel, H. (2014) Determinants of Maternal- Fetal Attachment in Women from a Community- Based Sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.

Madigan, S. Hawkins, E., Pamondon, A., Moran, G. & Benoit, D. (2015) Maternal Representations and Infant Attachment: An Examination of the Prototype Hypothesis. *Infant Mental Health Journal*

Marcus, S. Et al. (2011) Depressive Symptoms During Pregnancy: Impact on Neuroendocrine and Neonatal Outcomes. *Infant Behavior and Development* 34(1): 26-34

McLearn, K., Minkovitz, C., Strobino, D., Marks, E. & Hou, W. (2006) Maternal Depressive Symptoms at 2 to 4 Months Post Partum and Early Parenting Practices. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 160:279-284

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2005) Psychological Factors Associated with Persistent Postnatal Depression: Past and Current Relationships, Defense Styles and the Mediating Role of Insecure Attachment Style. *Journal of Affective Disorders* 84: 15-24

Mikulincer, M. & Florian, V. (1999) Maternal- Fetal Bonding, Coping Strategies, and Mental Health During Pregnancy- The Contribution of Attachment Style. *Journal of Social and Clinical Psychology*

Mikulincer, M. & Shaver, P. (2009) An Attachment and Behavioral Systems Perspective on Social Support. *Journal of Social and Personal Relationships* Vol. 26(1): 7-19

Milgrom, J., et al. (2008) Antenatal Risk Factors for Postnatal Depression: A Large Prospective Study. *Journal of Affective Disorders* 108: 147-157

Navarro-Aresti, L., Iraurgi, I., Iriarte, L. & Martinez-Pampliega, A. (2015) Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): Adaptation to Spanish and Proposal for a Brief Version of 12 Items. *Arch Womens Mental Health*

Nieto, L., Lara, MA. & Navarrete, L. (2017) Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. *Maternal and Child Health Journal* 21:1250-1259

O'Hara, M. & Swain, A. (1996) Rates and Risk of Postpartum Depression- A Meta-Analysis. *International Review of Psychiatry*, (1), 37-54

Ortega, L., Lartigue, T. & Figueroa, M. (2001) Prevalencia de Depresión, a Través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una Muestra de Mujeres Mexicanas Embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 15:11-20

Ossa, X., Bustos, L. & Fernandez, L. (2011) Prenatal Attachment and Associated Factors During the Third Trimester of Pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery* 28: 689-696

Panksepp, J. & Biven, L. (2012) *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotion.* Norton Professional Book.

Paulson, J., Dauber, S. & Leiferman, J. (2006) Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics* 118: 659-668

Priel, B. & Besser, A. (2001) Bridging the Gap Between Attachment and Object Relation Theories: A Study of the Transition to Motherhood. *British Journal of Medical Psychology* 74: 85-100

Records, K., Rice, M. & Beck, C. (2007) Psychometric Assessment of the PDPI-R. *Journal of Nursing Measurement* 15(3): 189-202

Rubertsson, C., Pallant, J., Sydsjo, G., Haines, H. & Hildingsson, I. (2015) Maternal Depressive Symptoms Have a Negative Impact on Prenatal Attachment-Findings from a Swedish Community Sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* Vol.33, No.2, 153-164

Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L. & Lester, B. (2003) Maternal-Fetal Attachment. *JAMA The Journal of the American Medical Association* 289(13):1701

Vreeswijk, C., Rijk, C., Maas, A. & Van Bakel, H. (2015) Fathers' and Mothers' Representations of the Infant: Associations with Prenatal Risk Factors. *Infant Health Journal*

Walsh, J. (2010) Definitions Matter: If Maternal- Fetal Relationships are not Attachment, what are they? *Arch Women's Mental Health* 13:449-451

Walsh, J., Hepper, E., Bagge, S., Wadehul, F. & Jomeen, J. (2013) Maternal-Fetal Relationships and Psychological Health: Emerging Research Directions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 31(5), 490-499

Yarcheski, A., Mahon, N., Yarcheski, T., Hanks, M. & Cannella, B. (2009) A Meta-Analytic Study of Predictors of Maternal-Fetal Attachment. *Int J Nurs Stud* 46(5):708-15