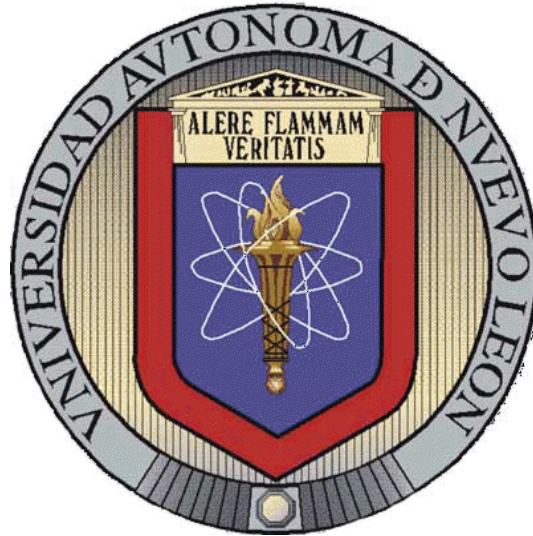


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



INFLUENCIA DE LA RELACIÓN DE PAREJA, PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO Y REPRESENTACIONES PRENATALES
MATERNAS

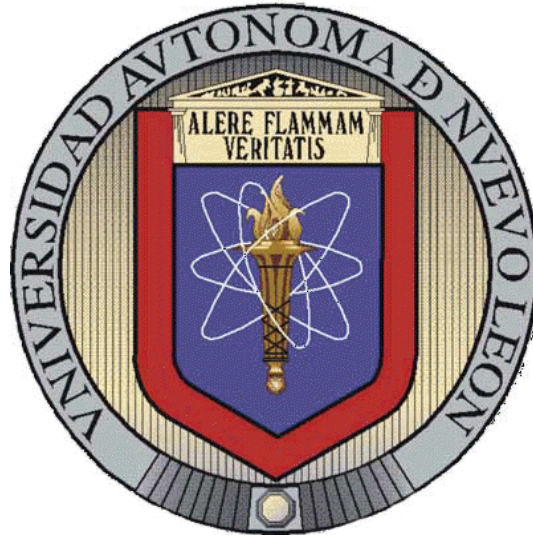
POR
ELISA ALEJANDRA GARZA FRANCO

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. DANIELA ESCOBEDO BELLOC

PARA OBTENER EL GRADO DE MAestrÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y
HOSPITALARIA ORIENTADA EN ADULTOS

OCTUBRE, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



INFLUENCIA DE LA RELACIÓN DE PAREJA, PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO Y REPRESENTACIONES PRENATALES
MATERNAS

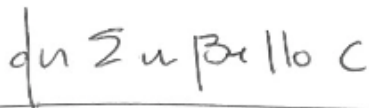
POR
ELISA ALEJANDRA GARZA FRANCO

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. DANIELA ESCOBEDO BELLOC


PARA OBTENER EL GRADO DE MAestrÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y
HOSPITALARIA ORIENTADA EN ADULTOS

OCTUBRE, 2022

Aprobación de trabajo terminal



DRA. DANIELA ESCOBEDO BELLOC
Director de Trabajo Terminal



DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ
Co-director de Trabajo Terminal



MTRA. VERÓNICA FLORES TREVIÑO
Miembro de la comisión Trabajo Terminal



DR. MED. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A mi familia, que siempre me ha apoyado.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Nuevo León, así como a los profesores de éste por haber compartido su conocimiento y experiencia a lo largo de mi formación estos últimos dos años.

Agradezco a mi analista que me ha acompañado en el arduo trabajo de conocerme a mí misma, que ha estado en los últimos años de mi formación y ha sido partícipe de tantas lágrimas como risas.

Finalmente, mi más sincero agradecimiento a mi familia, por el apoyo que siempre han brindado, ya que sin ellos esto no sería una realidad.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO	12
Embarazo	12
Representaciones Prenatales Maternas durante el embarazo	15
Depresión durante el embarazo	16
Relación de pareja durante el embarazo	17
Depresión durante el embarazo, relación de pareja y Representaciones Prenatales Maternas	18
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
HIPÓTESIS	20
Hipótesis de trabajo	20
Hipótesis nula	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	21
Clasificación de diseño de investigación	21
METODOLOGÍA	21
Consideraciones Éticas y Mecanismos de Confidencialidad	22
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	23
Instrumentos de evaluación utilizados	23
Procedimiento	25
RESULTADOS	26
Características sociodemográficas de la muestra	26
Tabla 1.	26
Características sociodemográficas	26
Apoyo Social y Relación de Pareja	27
Síntomas de depresión y relación de pareja	29
Síntomas de depresión y RPM	30

Relación de pareja y RPM	30
Predicción de las RPM	32
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	35
LIMITACIONES	36
RECOMENDACIONES A FUTURAS INVESTIGACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37

Lista de Tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas	26
Tabla 2 Apoyo social y relación de pareja	28
Tabla 3 Depresión Perinatal (EDPE) y Calidad de relación de pareja (DAS)	29
Tabla 4 Depresión perinatal (EDPE) y RPM (MAAS)	30
Tabla 5 Calidad de relación de pareja (DAS) y RPM (MAAS).....	31
Tabla 6 Predicción de las RPM	32

Nomenclatura

RPM Representaciones Prenatales Maternas

EDPE Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo

DAS Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale)

MAAS Escala de Representaciones Prenatales Maternas (Maternal Antenatal Attachment Scale)

Resumen

El embarazo es un periodo complejo durante la vida de las mujeres en el cual existen cambios biológicos, psicológicos y sociales. Todos los cambios existentes durante el periodo perinatal posicionan a las mujeres embarazadas en una etapa de gran vulnerabilidad. Algunas mujeres se adaptan bien a los diversos cambios; mientras que otras responden con diversos grados de angustia emocional, como por ejemplo sintomatología depresiva. Por otro lado, durante el periodo perinatal se comienza a desarrollar un vínculo de apego con el bebé, llamada Representaciones Prenatales Maternas (RPM). La calidad de estas representaciones es de suma importancia ya que juega un papel crucial en las prácticas de salud prenatal, así como en el vínculo de apego durante los primeros años de vida, los cuales son cruciales en el desarrollo físico y psicológico del infante.

El propósito de este trabajo es examinar de qué forma se relaciona la calidad de la relación de pareja, la sintomatología depresiva durante el embarazo y las Representaciones Prenatales Maternas (RPM).

Mediante un estudio de encuesta descriptiva observacional prospectiva transversal, se realizó un coeficiente de correlación Spearman al encuestar a 89 embarazadas durante su tercer trimestre de embarazo en una consulta de seguimiento en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José E. González”.

En los resultados se encontró que, una percepción de menor calidad de su relación de pareja se asoció a la presencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas. Además, conforme mayor es la calidad en la relación de pareja, existe una mayor manifestación y claridad de las RPM; es decir, existe un mejor vínculo con el bebé. Finalmente, a mayor presencia de síntomas depresivos, se encontró que las mujeres presentan un vínculo de menor calidad en la relación con el bebé, que incluye menor cantidad de sueños con respecto al bebé o un grado disminuido de decisiones en función del bebé.

El presente estudio sugiere que una baja calidad de relación de pareja, aunado a sintomatología depresiva durante el embarazo, impacta negativamente sobre el vínculo que la madre desarrolla con el bebé durante el embarazo.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso adaptativo en el que se presentan cambios tanto físicos y hormonales, como psicológicos y sociales. En este, la futura madre tiene la tarea de adaptarse al nuevo rol en función de su visión personal, su dinámica familiar, de pareja, la situación académica y/o laboral (Bjelica, et al., 2018). Cowan (1991) resalta la importancia de entender que dicha transición en el ciclo vital requiere la reorganización de la familia con respecto a la forma en que se afrontan los cambios que conlleva.

La transición a la parentalidad es un punto clave en el ciclo familiar y marital (Birchler, 1992). Esto se debe a las nuevas demandas que tener un bebé implica para la pareja. La pareja adoptará nuevos roles en relación a la división de responsabilidades y a las interacciones afectivas (Belsky & Pensky, 1988). A la par, cada miembro de la pareja iniciará un proceso en vías de establecer una relación con el futuro bebé. Así, se generarán imágenes mentales en los futuros padres y se asociarán emociones y pensamientos en torno al bebé. A estas manifestaciones, como referentes prenatales del vínculo, se les ha llamado representaciones prenatales maternas (RPM) (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016). Las RPM juegan un papel fundamental en el desarrollo de la futura relación de los cuidadores con el bebé, lo cual resulta en una mayor sensibilidad parental, involucramiento, interés, entre otros. Existe suficiente evidencia en la literatura que expone cómo la calidad del vínculo entre los cuidadores y el bebé determina el estilo de apego del último, el cual influye directamente en la conducta y desarrollo emocional posterior. Por ello, es de suma importancia un adecuado desarrollo de las RPM, el cual repercutirá en el desarrollo emocional sano o desfavorable en el bebé a lo largo de su vida. Dado lo anterior, es imprescindible profundizar sobre los factores que pueden alterar el desarrollo sano de las RPM, como la sintomatología depresiva y la relación de pareja durante el periodo gestacional.

Los trastornos del estado de ánimo han sido un foco de atención clínica durante el embarazo y el post parto. Su presencia impacta en el funcionamiento psicológico de la madre y,

a posteriori, en el desarrollo del infante, resultando en dificultades emocionales y del comportamiento durante la infancia y la adolescencia (Heron et al, 2004; Field, 2011). En la población mexicana se ha reportado una prevalencia de hasta 36% de sintomatología depresiva durante el embarazo (Lara et al., 2009).

Entre los factores asociados al desarrollo de síntomas depresivos durante el embarazo, se ha identificado la percepción de falta de apoyo por parte de la pareja (Lara et al, 2006; Flores-Ramos, et al, 2013). La transición a la parentalidad es estresante para la pareja que tiene como tarea adaptarse a nuevos roles, responsabilidades y enfrentarse a diferencias de pensamiento y expectativas. Esto puede conllevar a dificultades e insatisfacción en la relación de pareja, así como favorecer el desarrollo de síntomas depresivos (Cowan, & Cowan, 2012; Figueiredo et al., 2018; Figueiredo et al., 2018; Bower et al., 2013; Lara et al., 1993; Lara, 2018).

Se ha reportado que la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo tiene una influencia negativa sobre las RPM. De tal modo que, a mayor sintomatología depresiva en la gestante, mayor el riesgo de tener representaciones prenatales maternas de baja calidad (Alhusen et al., 2012; Ibarra, 2015). Por otro lado, se ha estudiado la influencia negativa de la pobreza en la relación de pareja sobre las RPM (Ahlqvist-Björkroth et al, 2016). No obstante, en la población mexicana no se ha profundizado sobre la asociación entre la calidad en la relación de pareja y la sintomatología depresiva sobre las RPM.

El propósito de esta investigación es explorar de qué forma la experiencia de la relación de pareja y los síntomas depresivos durante el embarazo afectan la organización de las representaciones prenatales maternas. Dada la evidencia que existe sobre el impacto de las RPM durante el embarazo en el desarrollo conductual y mental del hijo o hija, profundizar sobre los factores asociados a estos ayudará a que exista en el futuro una mejora en el tamizaje, detección temprana y tratamiento de estas dificultades y alteraciones durante el embarazo.

MARCO TEÓRICO

Embarazo

La transición a la parentalidad es un evento normativo, potencialmente estresante, como producto de una etapa de ajuste en el sistema familiar caracterizado por cambios en la vida y en

la relación de pareja que inicia desde la gestación. Durante este período, es necesario aprender nuevos roles, desarrollar nuevas relaciones y reordenar los existentes. Conlleva un proceso adaptativo a la vida de los futuros padres desde dos áreas principales: desarrollo familiar y desarrollo individual. El primero se refiere al proceso adaptativo de la pareja para transformarse de una diada a un sistema familiar. El segundo aspecto es más complicado y se refiere al nuevo autoconcepto de los futuros padres, que incluye desde el apego hacia el futuro bebé, la diferenciación del self y del hijo, entre otros (Valentine, 1982; Darvill et al., 2010).

El embarazo, como fenómeno bio-psico-social, no solo involucra cambios físicos y fisiológicos, sino que psicológicos y sociales también. Durante el período perinatal, las mujeres se enfrentan a una serie de implicaciones biológicas, que implica cambios corporales, hormonales, epigenéticos e incluso cambios neurológicos.

Entre los cambios psicológicos se encuentran los cambios en la feminidad, el afecto, sexualidad, cambios en la demanda nutricional. Además, existen preocupaciones nuevas con respecto al parto, la salud del hijo y la maternidad. Durante el periodo perinatal, existe un aumento de ansiedad que se asocia a las nuevas demandas de la maternidad, así como a la fatiga, sensación de incomodidad y cambios de humor. En cuanto al aspecto de cambios sociales, existe un cambio en el tipo de apoyo por parte de la pareja, familiares y amigos conforme avanza el embarazo. Existen ciertas modificaciones en la dinámica de la relación de pareja y nueva organización de los roles. (Blount et al., 2021)

Todos los cambios existentes durante la gestación posicionan a las mujeres embarazadas en una etapa de gran vulnerabilidad. Algunas mujeres se adaptan bien a los diversos cambios; mientras que otras responden con diversos grados de angustia emocional. Además, las mujeres embarazadas pueden estar expuestas a condiciones o eventos estresantes no relacionados con su embarazo que pueden exacerbar la angustia y malestar en general. Esto las hace particularmente vulnerables ya que está condicionada por las capacidades de adaptación de su personalidad, estilo de vida y apoyo del entorno social. Numerosos estudios demuestran que el apoyo social mejora significativamente la calidad de la experiencia del parto y reduce el riesgo de complicaciones obstétricas (Blount et al., 2021). Las amistades y familia también pueden ofrecer apoyo social adicional y fomentar una sensación de seguridad materna durante el período perinatal. Sin embargo, cuando dicho apoyo no es percibido, o incluso se viven situaciones

adversas como violencia de pareja, estas puede afectar negativamente en la salud materna y neonatal (Bjelica et al., 2018).

A pesar de que, culturalmente se espera que el embarazo sea una experiencia positiva, coexiste con distintos estresores como cambios en la vida familiar, y en los ámbitos social, económico y laboral, entre otros (Dunkel Schetter & Lobel; 2012; Dunkel Schetter; 2011). Es por ello que, durante este periodo la pareja requiere afrontar los cambios individuales e interpersonales dentro y fuera de la relación de pareja. Ambos miembros de la pareja deben lograr adecuar su comportamiento en función de apoyar a su pareja, así como comunicar su preocupación y angustia con la finalidad de orientar su comportamiento hacia la resolución en conjunto de dichos estresores de forma efectiva. Así, la habilidad de los padres para ajustarse de forma adecuada al periodo crítico de la transición a la parentalidad, es influenciado por las estrategias de afrontamiento individuales y diádicas (Bodenmann, 2005).

Cabe resaltar que, la atención centrada en la resolución de nuevas tareas y responsabilidades deriva en una disminución de actividades de ocio tanto individuales como de pareja. Se ha encontrado que, la nueva carga de trabajo, así como de responsabilidades referentes al bebé, desenlaza en una disminución en el funcionamiento positivo de la pareja durante la transición a la parentalidad (Claxton, & Perry-Jenkins, 2008).

En adición, se ha reportado un incremento en el conflicto y un descenso en la satisfacción de pareja en general. Así, en la medida en que los futuros padres logren identificar y llegar a un acuerdo sobre los roles y las nuevas tareas, serán capaces de desarrollar un sentido tanto de bienestar individual como de bienestar marital en esta etapa (Belsky & Kelly, 1994; Belsky & Pensky, 1988; Belsky et al., 1983; Eddy, 2018; Cast, 2004).

Puesto que es más común que las mujeres adopten más roles en tareas del hogar, pueden existir discrepancias en la pareja si no hay una buena organización y resolución en dichas tareas. Así, con mayores demandas y responsabilidades en determinada etapa, aunados a altos niveles de estrés; la pareja puede disminuir la cantidad de tiempo y actividades que pasen en conjunto, resultando en una disminución de las interacciones afectivas entre ambos (Belsky et al., 1986). Los hallazgos en la literatura mencionan que entre mayor sea las estrategias de afrontamiento, mayor será la sensación de bienestar y calidad en la relación de pareja durante este periodo (Brandão et al., 2019).

Representaciones Prenatales Maternas durante el embarazo

Durante el curso del embarazo los futuros padres comienzan a imaginar a su futuro hijo así como a desarrollar sentimientos, pensamientos y comportamientos, a lo que se le ha llamado como Representaciones Prenatales Maternas (RPM). Estas se refieren a la experiencia subjetiva respecto a cómo las madres perciben a sus bebés. También se basan en el deseo de concebir, los pensamientos con respecto al bienestar fisiológico y psicológico del bebé, y fantasías, esperanzas, y miedos asociados (Ammaniti, et al., 2013; Benoit et al., 1997).

Estas representaciones mentales son parte del proceso psicológico durante la gestación, que ayuda a preparar a la pareja a la transición a ser padres y cuidadores de un bebé. (Ahlqvist-Björkroth, et al., 2016). Durante dicho proceso psicológico, la identidad materna requiere una reorganización de aspectos del Self de la futura madre. Además de encontrarse en el rol de mujer, hija, pareja, persona que trabaja, se instala el nuevo rol de convertirse en madre de un nuevo ser. Así, parte del embarazo requiere desarrollar una nueva identidad como futura madre. Además de este nuevo rol, ésta se encuentra en la tarea de desarrollar un sentimiento de conexión con el futuro bebé. Para el tercer trimestre del embarazo, las RPM, comienzan a ser más claras y estables, en las cuales la madre es capaz de diferenciar sus propios deseos y fantasías sobre su futuro bebé (Slade et al., 2009).

Las RPM juegan un papel crucial en mejores prácticas de salud prenatal y como resultado, mayor bienestar del niño. Se ha encontrado que mujeres con mejor calidad en sus RPM reportan menos uso de sustancias, además de mostrar prácticas de salud más positivas, incluyendo sueño, ejercicio, patrones de conducta alimentaria adecuados. Además, se ha asociado buena calidad en las RPM con la interacción postnatal entre madre e hijo, prediciendo mayor involucramiento, sensibilidad y estimulación en la interacción de la madre con su hijo o hija (Van den Bergh, & Simons, 2009; Siddiqui & Häggelöf, 2000). Lo anterior tiene como resultado un adecuado desarrollo de los modelos internos de trabajo del self del futuro bebé, así como del estilo de apego que se desarrollará en el vínculo entre madre e hijo. Todo ello determinado por la responsividad de la madre a las necesidades del bebé (Nieto et al., 2017).

Cabe resaltar que se ha reportado en la literatura diversos factores de riesgo que impactan en la calidad de las RPM. Entre ellos, se ha encontrado que embarazos no planeados, síntomas depresivos y ansiosos, baja percepción de apoyo social, ya sea familia o la pareja de la mujer embarazada, dificultades económicas, estilo de apego inseguro de la propia madre, entre otros;

se ha asociado a RPM de baja calidad (Nieto et al., 2017; Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Whisman & Bruce; 1999; Pisoni et al, 2014; Ossa et al., 2012).

Depresión durante el embarazo

La depresión perinatal, se refiere a un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sintomatología depresiva durante la etapa gestacional (Stuart-Parrigon & Stuart, 2014). Se caracteriza por alteraciones afectivas, cognitivas, psicomotoras y alteración en el ritmo circadiano que causan malestar clínicamente significativo y alteraciones en el funcionamiento social, laboral y otras esferas importantes. Anteriormente, se consideraba al embarazo como un factor protector para los trastornos afectivos, no obstante, la evidencia sugiere que la prevalencia de depresión en gestantes se asemeja a la observada en mujeres no embarazadas en el mismo rango de edad (Gaynes et al 2005).

En EE.UU. y otros países occidentales, se ha encontrado que entre un 9 a 11% de mujeres desarrollan depresión clínica prenatal (Gaynes et al., 2005), mientras que en México se ha reportado sintomatología depresiva desde un 21% hasta un 36% (Ortega et al., 2001; Lara, et al., 2009).

La depresión se ha convertido en un problema de salud en México, donde su prevalencia durante el embarazo se ha reportado en un rango de 10 hasta un 50%, siendo éste además un factor de riesgo para la presencia de depresión postparto (Ceballos-Martínez et al., 2010).

La sintomatología depresiva durante el embarazo se ha descrito como un riesgo potencial, a corto y largo plazo, tanto para la madre como para el bebé. Se ha asociado a una mayor incidencia de suicidio de la madre, disminución de la sensibilidad materna, y en la capacidad de correulación de la madre con su bebé. Todo ello deriva en inseguridad del apego entre madre e hijo, y en dificultades en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé (Lindahl et al., 2005; McLearn et al., 2006; Paulson et al., 2006; Field, 2010; Paulson et al. 2006; Pearson et al. 2012; Gaynes et al., 2005). Esto puede llevar a generar importantes consecuencias sobre el funcionamiento a corto y largo plazo de la familia (Paulson, & Bazemore, 2010).

Se han asociado diversos factores de riesgo a la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo. Entre ellos se ha reportado bajo apoyo social durante el embarazo, estilo de vida con altos niveles de estrés, antecedentes de episodios depresivos previos, síntomas ansiosos,

violencia doméstica, bajo ingreso económico, bajo nivel de educación, abuso de sustancias, entre otros (Lancaster et al 2010; Flores-Ramos et al 2013; Whisman & Bruce; 1999).

Se ha encontrado que la baja percepción de apoyo social, especialmente de la pareja, es un factor de riesgo importante para desarrollar síntomas depresivos. El estrés marital, y la baja satisfacción en la relación de pareja tiene una repercusión importante en ambos integrantes de la diada. (Hartley, 2011; Flores-Ramos, 2013; Gustavson et al., 2012; Ahlqvist-Björkroth et al., 2016).

En México se ha reportado que el estado civil es un factor asociado a síntomas depresivos. Mujeres en situación de cohabitación se encuentran como población vulnerable para desarrollar síntomas depresivos y se atribuye a alta inestabilidad en la relación. (Lara et al., 2009; Lara et al 2006; Marcus et al., 2003; Rich-Edwards, 2006). Ya que la mayoría de las veces la pareja funge como principal fuente de apoyo durante el embarazo, la necesidad de estabilidad en esta etapa es de gran importancia.

Relación de pareja durante el embarazo

La transición a la parentalidad requiere diversos ajustes y cambios tanto individuales como de pareja y familia. Esta transición comienza incluso antes del embarazo, y dura un periodo importante de tiempo, hasta después del nacimiento de los hijos. El inicio de la vida parental es uno de los eventos de la vida más estresantes de la pareja, ya que incluye ajustarse a nuevos roles tanto individuales como de pareja, diferencias de pensamientos en los integrantes, nuevas tareas y responsabilidades, etc. (Cowan, & Cowan, 2012; Figueiredo et al., 2018). Debido a que la pareja es generalmente la fuente principal de apoyo psicológico durante el embarazo, los conflictos durante este periodo pueden tener un impacto significativo.

El embarazo conlleva un proceso adaptativo, en donde la pareja debe afrontar los nuevos problemas, demandas, conflictos y estresores del momento. Ello es de suma importancia ya que puede exacerbar o mitigar el impacto en la calidad de la relación de pareja (Kluwer, 2019; Gottman, 1995). Parejas con habilidades pobres en el manejo de conflicto y capacidad para adaptarse a esta etapa de vida, tienden a mostrar una disminución en el funcionamiento de la relación después del embarazo (Doss et al., 2009; Canário, & Figueiredo, 2016). Además existe una tendencia en las mujeres de contar con expectativas de que su pareja se involucre más en las nuevas labores. Por ello, la violación de estas expectativas en torno a la división del trabajo se ha

identificado como uno de los factores relacionados con un declive en la relación de pareja durante este periodo de vida (Van Egeren, 2004).

Se ha observado que existe una disminución en las interacciones positivas en la pareja desde el tercer trimestre del embarazo hasta los 30 meses del postparto, así como un incremento de interacciones negativas en la pareja (Canário, & Figueiredo, 2016). La literatura sugiere que esto se debe a un descenso en la intimidad y apoyo de la pareja durante dicho periodo. Ello puede ser el resultado de que la atención que anteriormente se encontraba enfocada hacia la pareja, se dirija ahora hacia el bebé y las nuevas responsabilidades propias de la vida parental. Al encontrarse la atención dirigida fuera de la relación, es esperado que ambos integrantes lleguen a percibir menor apoyo, afecto, cercanía, e incluso menor interés de realizar actividades en conjunto (Kluwer, & Johnson, 2007).

Finalmente, las interacciones negativas en la pareja durante la transición a la parentalidad pueden resultar en un incremento de síntomas depresivos y ansiosos hasta el periodo de postparto (Figueiredo et al., 2018; Bower et al., 2013; Lara et al., 1993; Lara, 2018). En concordancia con lo anterior, se ha encontrado evidencia de que la percepción de apoyo de la pareja tiene un efecto mediador sobre el estrés emocional y síntomas depresivos y ansiosos en embarazadas en su segundo trimestre (Glazier, et al., 2004).

Depresión durante el embarazo, relación de pareja y Representaciones Prenatales Maternas

Se ha investigado en la literatura los factores que repercuten sobre la organización de las RPM, entre ellos la sintomatología depresiva. Se ha encontrado que gestantes con síntomas depresivos se encuentran con mayor riesgo de desarrollar RPM de baja calidad, especialmente cuando las futuras madres perciben menor apoyo de su pareja, lo cual evidencia una relación de pareja insatisfactoria (Ammaniti et al., 2013; Alhusen et al., 2012; Rubertsson et al., 2015).

Ahlqvist-Björkroth et al, (2016) investigaron cómo la relación marital y los síntomas depresivos afectan la organización de las representaciones prenatales maternas y paternas. La ansiedad marital, así como síntomas depresivos, incrementó el riesgo de las madres de tener RPM de baja calidad. Sin embargo, la interacción entre estas variables es compleja y es imprescindible profundizar sobre la experiencia de la relación de pareja en conjunto con la sintomatología depresiva durante el embarazo.

En población mexicana existen investigaciones que exploran los factores asociados a la organización de las representaciones prenatales maternas, entre ellos la sintomatología depresiva, factores sociales, escolaridad, entre otros. No obstante, no se ha profundizado sobre

A pesar de que se ha encontrado en la literatura que los mediadores con mayor impacto sobre las RPM son los síntomas depresivos y la percepción de apoyo social, incluyendo a la pareja, son pocos los estudios que profundizan con respecto a los mecanismos específicos del apoyo de la pareja (Walsh et al., 2013).

JUSTIFICACIÓN

Las RPM de baja calidad se han asociado a su vez a prácticas de salud prenatal desfavorables, así como a una disminución en la sensibilidad materna y a la calidad de la interacción entre madre-hijo (Nieto et al., 2017; Korja, et al., 2010; Van den Bergh, & Simons, 2009; Siddiqui, & Hägglöf, 2000; Siddiqui & Hägglöf, 2000; Pederson et al., 1998).

No obstante, gran parte de los hallazgos enfocados en los factores asociados que repercuten en las RPM hacen referencia a síntomas depresivos y percepción de bajo apoyo social, sin llegar a profundizar en aspectos específicos sobre el apoyo social como la relación de pareja (Flores-Ramos et al 2013; Lancaster et al 2010; Whisman & Bruce; 1999; Hartley, 2011; Flores-Ramos, 2013). Han sido pocas las investigaciones que han tratado de analizar con mayor profundidad la relación de pareja durante esta etapa y su asociación a depresión perinatal y RPM (Pires et al., 2017; Ahlqvist-Björkroth et al., 2016; Gustavson et al., 2012;).

Por otro lado, la depresión perinatal se ha convertido en un problema de salud importante en México, ya que se ha documentado la relación que tiene con la depresión post parto. En México la prevalencia de depresión post parto se ha reportado desde un 13.86% a un 18% y alrededor del 21.7% al 30.7% presentarán sintomatología depresiva Ocampo-Ortega et al., 2007; Almanza-Muñoz et al., 2011; Castro et al., 2016).

La depresión durante la gestación tiene consecuencias tanto para el futuro bebé como para la interacción entre madre-hijo. Se ha reportado una asociación entre depresión perinatal y postnatal con complicaciones obstétricas y del desarrollo que pueden impactar en la salud mental del hijo posteriormente (Deave et al., 2008; Bonari et al., 2004; Goodman, 2019).

Los hallazgos referentes a madres con síntomas depresivos reportan que la sensibilidad de la respuesta materna durante la interacción con su hijo disminuye de forma importante durante los primeros años de vida, resultando en sentimientos hostiles y vivencias de estrés en la relación con su hijo, así como percepciones negativas en cuanto a las conductas que éste puede presentar (Cornish et al., 2006; Pederson et al., 1998; Roncallo et al., 2015). En consecuencia, los hijos de madres con depresión presentan con mayor frecuencia psicopatología en general, más particularmente trastornos del estado de ánimo (Downey & Coyne, 1990).

Profundizar sobre la asociación entre estas variables puede ayudar en el futuro para el tamizaje y detección temprana de estos factores de riesgo en mujeres durante la gestación y así prevenir y asegurar la futura relación con el bebé.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la relación existente entre la calidad de la relación de pareja y la sintomatología depresiva durante el embarazo sobre las representaciones prenatales maternas.

Objetivos específicos

- Determinar si la calidad de la relación de pareja se relaciona de forma directa con la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo y la calidad de las representaciones prenatales maternas.
- Determinar la relación entre los síntomas depresivos durante el embarazo y la calidad de las relación de pareja,
- Determinar si la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo se relaciona mediante un modelo de predicción con la calidad de la relación de pareja y la calidad de las representaciones prenatales maternas.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

- La baja calidad en la relación de pareja se relaciona con mayor presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo.

- La baja calidad de la relación de pareja se relaciona con una menor calidad en las representaciones prenatales maternas.
- La presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo se asocia con una menor calidad en las representaciones prenatales maternas.
- La baja calidad en la relación de pareja de las mujeres embarazadas impacta de manera negativa en la calidad de sus representaciones prenatales maternas, teniendo como variable predictiva la presencia de síntomas depresivos.

Hipótesis nula

- No existe una relación entre la calidad de la relación de pareja, la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo y la calidad de las representaciones prenatales maternas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación entre la sintomatología depresiva en el embarazo y la calidad en la relación de pareja sobre las Representaciones Prenatales Maternas?

DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio no probabilístico, descriptivo, analítico y transversal.

Clasificación de diseño de investigación

- Intervención: Observacional
- Temporalidad: prospectivo
- Seguimiento: transversal
- Control: descriptivo

METODOLOGÍA

El presente estudio se ejecutó en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José E. González” en Monterrey, Nuevo León, México. Las

participantes fueron mujeres embarazadas que se encontraban en la sala de espera y que accedieron de forma voluntaria a colaborar en la investigación.

Durante la realización del presente estudio inició la pandemia por COVID-19. Dicho evento propició que la consulta del Departamento de Ginecología y Obstetricia funcionara con una capacidad limitada debido a las restricciones de salud. Así, con un promedio de 212 como población finita, a un nivel de confianza del 95% y un valor de p de 0.05%, una probabilidad máxima estimada del 50% y un error máximo aceptado del 5%; se determinó mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 89 pacientes ($N = 89$).

Las participantes contestaron un cuestionario de datos sociodemográficos, se obtuvieron datos sobre su historia obstétrica. Para medir sintomatología depresiva se utilizó la Escala de depresión perinatal de Edinburgo (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). La Escala de Ajuste diádico (DAS) Spanier (1976) se utilizó para evaluar la calidad en la relación de pareja. Finalmente, para medir la calidad de la relación que la madre tiene con el bebé durante el embarazo, se utilizó a Escala de Representaciones Prenatales Maternas (MAAS; Condon, 1993), traducido y adaptado de “Maternal Antenatal Attachment Scale” (Manja Rez, Escobedo, Gutierrez, Ibarra, Frías, 2015).

Con el fin de conocer la relación entre los síntomas depresivos, la relación de pareja y las representaciones prenatales maternas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Las asociaciones que resulten significativas se utilizarán para modelos de regresión lineal simple, con el objetivo de evaluar el efecto de las variables. Además, se utilizó un análisis de regresión jerárquica para examinar el efecto predictor entre las variables de sintomatología depresiva y calidad en la relación de pareja. Para el análisis de los datos se utilizará la herramienta estadística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Consideraciones Éticas y Mecanismos de Confidencialidad

De acuerdo a la regulación del Comité de Ética y la Sub-dirección de Investigación de la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario “Dr. José E. González” se tomaron en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El presente estudio tiene como objetivo un beneficio para la salud.

- Se respetó la autonomía y la dignidad de las personas que no desearon y las que desearon participar en el proyecto.
- A través de la toma de consentimiento informado, se informó a las participantes de manera completa y adecuada acerca del proyecto, de cómo se llevaría a cabo, de la función y de los objetivos del mismo.
- Se respetó la confidencialidad de la información obtenida de las participantes en la realización del estudio. Así, la información sólo se manejó por integrantes del protocolo de investigación y los datos de la paciente se manejaron por medio de códigos y se resguardaron bajo llave.
- En el caso de que alguna participante haya obtenido una puntuación elevada en la (Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (igual o mayor a 14); o bien, en el caso de haber reportado suicidalidad, esto se le comunicó a su médico tratante del Departamento de Ginecobstericia, haciendo recomendaciones para que se le brindara el seguimiento adecuado.

Criterios de inclusión

La muestra se estableció conforme a los siguientes criterios:

- Mujeres adultas con un mínimo de 18 años cumplidos.
- Que tengan pareja y que vivan juntos.
- Que se encuentren en el tercer trimestre del embarazo.
- Que sepan leer y escribir, o bien, que acepten recibir apoyo para el llenado de las escalas.
- Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis las escalas que se encuentran incompletas.

Instrumentos de evaluación utilizados

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Cuestionario de datos sociodemográficos y antecedentes psiquiátricos:** se utilizó un cuestionario autoaplicable de 13 preguntas en el cual se pregunta edad, ocupación, con quién vive, ingreso familiar, religión, percepción de satisfacción con relación de pareja y satisfacción con su ocupación actual, satisfacción con apoyo social.

- **Historia Obstétrica:** se obtuvo del expediente clínico del paciente, se extrajo la información respecto al número de gestas, edad gestacional, enfermedades médicas relevantes, embarazo planeado.
- **Sintomatología Depresiva:** se midió a través de la “Escala de depresión perinatal de Edinburgo (Cox, Holden & Sagovsky, 1987)” tiene el objetivo de detectar depresión durante el periodo perinatal en mujeres. Consiste de diez declaraciones las cuales se califican de 0-3 puntos de acuerdo a la severidad y duración de los síntomas. La participante escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió.

Esta escala está validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo. Tiene una puntuación máxima de 30. Tiene como un punto de corte de 14 puntos (Oquendo, Lartigue, González-Pacheco, & Méndez, 2008). Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal (Alvarado Ruben, Guajardo Viviana, Rojas Graciela, 2012).

- **Relación de pareja:** Se utilizó la Escala de Ajuste diádico (DAS) Spanier (1976). Se trata de una escala tipo Likert que tiene el objetivo de medir la calidad de la relación marital mediante cuatro factores principales: consenso sobre asuntos de importancia para el funcionamiento de la pareja, satisfacción, cohesión y expresión de cariño.
 - Consenso sobre asuntos de importancia: Evalúa el grado de acuerdo entre la pareja sobre asuntos de importancia para la relación: la religión, la recreación, los amigos, las tareas del hogar y el tiempo que pasan juntos.
 - Cohesión: Evalúa el grado en que la pareja es capaz de implicarse en actividades de manera conjunta.
 - Satisfacción: Mide el grado de satisfacción que la pareja presenta y su grado de compromiso a seguir en la relación.
 - Expresión de afecto: mide el grado en que la pareja se encuentra satisfecha con respecto a la expresión de afecto y con la satisfacción en cuanto a las relaciones sexuales.

Cuenta con 32 ítems con respuesta en escala tipo Likert. que van del 0 al 151. A mayor puntuación, mayor es el ajuste y calidad en la relación de pareja. La puntuación se obtiene por la suma simple de elementos, variando de 0 a 151. El estudio de la validación

en población mexicana (Moral de la Rubia, 2009). Cuenta con una consistencia interna alta ($\alpha=.93$).

- **Representaciones Prenatales Maternas:** Se utilizó la Escala de Representaciones Prenatales Maternas (MAAS; Condon, 1993), traducido y adaptado de “Maternal Antenatal Attachment Scale” (Manja Rez, Escobedo, Gutierrez, Ibarra, Frías, 2015). Se trata de un cuestionario autoadministrable con objetivo es medir adecuadamente la *Calidad Global* (CG) de la relación que los padres tienen con el bebé no nacido, el cual incluye la presencia e intensidad de la relación, el placer en la interacción (tanto en la fantasía y la realidad) y el deseo de proteger y satisfacer sus necesidades. La encuesta cuenta con dos subescalas: *Calidad de las Representaciones Maternas* (CRM) (11 preguntas) e *Intensidad de la Preocupación* (IP) (8 preguntas).
 - La subescala de CRM representa la calidad de la experiencia afectiva de la madre hacia el bebé (como sentimientos de cercanía/distancia, ternura/irritación, positivo/negativo, etc.) que surgen cuando la madre piensa en su bebé. Además, también se encuentra en este rubro la anticipación y la alegría con respecto al encuentro con el bebé, junto con una clara y vívida representación mental del bebé como una persona real.
 - La subescala IP representa la intensidad de la preocupación por el bebé y se equipara con la cantidad de tiempo que la madre pasa pensando y soñando sobre el bebé, hablando con él y palpando al bebé.

La encuesta cuenta con 19 preguntas. Todas las preguntas se puntúan en escala tipo Likert de 5 puntos. A mayor puntuación, mayor es la calidad (CRM) y la intensidad (IP) de las representaciones prenatales.

Procedimiento

Se identificó a posibles candidatas entre las pacientes que se encontraban en la sala de espera de la consulta de control prenatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León, México que se encuentren en el tercer trimestre de gestación. Se les explicó el proyecto de investigación, así como los objetivos y relevancia de éste y se les invitó a participar. Posterior a ello, se les entregó el consentimiento informado para su llenado y se les facilitó los cuestionarios autoaplicables que llenaron mientras

se encontraban en la sala de espera del departamento de ginecología y obstetricia previo a su cita de seguimiento.

A las participantes que tuvieron un puntaje de 14 o más en la escala de depresión perinatal de Edimburgo, se informó de manera verbal a su médico tratante para darle seguimiento y que éste evaluara la referencia al departamento de psiquiatría.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra

El número de participantes en la investigación fue de 92 mujeres, mayores de 17 años, de las cuales 3 se excluyeron debido a que no completaron las escalas. De las participantes, el 32.6% viven actualmente con pareja; el 29.2% con su familia; el 24.7% con su familia y pareja y el 13.5% viven con la familia de su pareja y su pareja. De la población, el 6.7% cuenta con escolaridad de primaria; el 42.7% de secundaria; el 34.8% cuenta con estudios hasta preparatoria; el 11.2% ha estudiado una carrera universitaria, el 3.4% cuenta con un posgrado (Tabla 1).

Tabla 1.

<i>Características sociodemográficas</i>		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	9	10.1
Desempleada (tenía trabajo y lo perdió)	13	14.6
Estudiante	9	10.1
Estudiante y empleada	2	2.2
Ama de casa	53	59.6
Sin datos	3	3.4
Con quién vive		
Con pareja	29	32.6
Con familia	26	29.2
Con mi familia y pareja	22	24.7

Con la familia de mi pareja y mi pareja	12	13.5
Satisfacción ocupación		
Sí	75	84.3
No	11	12.4
Grados de estudio		
Primaria completa	6	6.7
Secundaria	38	42.7
Preparatoria	31	34.8
Profesional	10	11.2
Posgrado	3	3.4
Sin datos	1	1.1
Ingreso mensual		
Menos de \$1,942 pesos	28	31.5
\$1,942 a \$3,885 pesos	26	29.2
\$3,886 a \$7,771 pesos	22	24.7
\$7,772 a \$11,656 pesos	5	5.6
Más de \$11,656 pesos	5	5.6
Sin datos	3	3.4
Religión		
Católico	51	57.3
Cristiano	17	19.1
Ninguno	20	22.5
Total	89	100

Nota: N=89 Características sociodemográficas

Apoyo Social y Relación de Pareja

A su vez, el 84.3% se encuentra satisfecha con respecto a su relación de pareja, mientras que el 13.5% no lo está y el 2.2% no respondió la pregunta. Referente a la satisfacción con el

apoyo social, el 84.3% se encuentra satisfecha; el 11.2% no se encuentran satisfechas con el apoyo social que reciben y el 4.5% no respondió dicha pregunta (Tabla 2)

Tabla 2

<i>Apoyo social y relación de pareja</i>		
Satisfacción con relación	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	84.3
No	12	13.5
Total	87	97.8
Sistema	2	2.2
Satisfacción apoyo social		
Si	75	84.3
No	10	11.2
Sin datos	4	4.5
Total	89	100

Nota: N=89 Apoyo social y relación de pareja

Análisis

Los datos recogidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS. A continuación se describen los hallazgos encontrados con respecto a los datos estadísticos.

Debido a que los datos no fueron paramétricos, y por lo tanto la muestra no cuenta con una distribución normal, según lo señalado en la prueba Kolmogorov-Smirnov, se utilizó el coeficiente de correlación Spearman.

Ahora bien, se realizaron correlaciones entre la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EDPE), Escala de Ajuste Diádico (DAS) y la Escala de Representaciones Prenatales Maternas (MAAS). A continuación, se resumen los hallazgos encontrados.

Síntomas de depresión y relación de pareja

Con el objetivo de analizar la relación entre la presencia de sintomatología depresiva y el nivel de calidad con la relación de pareja se estudió la correlación entre los puntajes del DAS y el EDPE. Así, se encontró una correlación inversa directa y estadísticamente significativa, entre la calidad de la relación de pareja ($p < 0.0001$; $r = -0.587$) y la sintomatología depresiva. Así, conforme hay una menor percepción y evaluación de la calidad de su relación de pareja en los rubros de satisfacción ($p < 0.0001$; $r = -0.571$), consenso ($p < 0.0001$; $r = -0.414$), cohesión ($p < 0.0001$; $r = -0.404$) y experiencia emocional ($p < 0.0001$; $r = -0.428$) mayor es la sintomatología depresiva en las embarazadas participantes, (Tabla 3).

Tabla 3

		EDPE
	Rho	-0.414
DAS Consenso	p	<0.0001
DAS Satisfacción	Rho	-0.571
	p	<0.0001
DAS Cohesión	Rho	-0.404
	p	<0.0001
DAS Experiencia emocional	Rho	-0.428
	p	<0.0001
DAS Total	Rho	-0.587
	p	<0.0001

Nota: N=89 Relación entre sintomatología depresiva (EDPE) y la calidad de relación de pareja (DAS).

Síntomas de depresión y RPM

Por otra parte, la sintomatología depresiva mostró una tendencia a asociarse con una baja calidad global (CG) de las RPM, mas no alcanzó un suficiente grado de significancia ($p = 0.051$; $r = -0.208$). Aún así, se encontró una correlación inversa directa y estadísticamente significativa entre la relación de la sintomatología depresiva con la intensidad de preocupación (IP) por el bebé ($p < 0.033$; $r = -0.226$).

Esto quiere decir que a mayor sintomatología depresiva, menor es la intensidad de la preocupación que la embarazada tiene, lo cual incluye ideas, emociones, conductas como hablar con el bebé y palpar el vientre y cualquier experiencia asociada a la representación del bebé con características gozosas versus disfóricas, así como la cantidad de tiempo que la madre piensa y sueña con el bebé (Tabla 4).

Tabla 4

		Depresión Perinatal Edimburgo
MAAS	Rho	-0.226
Intensidad	p	0.033
MAAS	Rho	-0.166
Calidad	p	0.120
MAAS Total	Rho	-0.208
	p	0.051

Nota: Relación entre sintomatología depresiva (EDPE) y RPM (MAAS) (N=89)

Relación de pareja y RPM

Por otro lado, se encontró evidencia de una correlación significativa entre la calidad de la relación de pareja y las RPM ($p = 0.0001$; $r = 0.418$). Así, conforme las mujeres embarazadas

experimentan una mejor relación de pareja, aumenta la calidad, la intensidad y la calidad global, de la representación que la madre tiene del bebé. (Tabla 5).

Tabla 5

		<i>Calidad de relación de pareja (DAS) y RPM (MAAS)</i>		
		MAAS	MAAS	MAAS
		Intensidad	Calidad	Total
DAS Consenso	Rho	0.302	0.164	0.263
	p	0.004	0.124	0.013
DAS Satisfacción	Rho	0.396	0.326	0.39
	p	<0.0001	0.002	<0.0001
DAS Cohesión	Rho	0.533	0.355	0.49
	p	<0.0001	0.001	<0.0001
DAS Experiencia emocional	Rho	0.203	0.176	0.191
	p	0.057	0.099	0.073
DAS Total	Rho	0.449	0.312	0.418
	p	<0.0001	0.003	<0.0001

Nota: N=89

Cabe resaltar, se encontraron diferentes correlaciones referentes a la calidad de pareja y las RPM. En referente al consenso sobre asuntos de importancia para el funcionamiento de la pareja, se relaciona de forma significativa con la intensidad de las RPM ($P = 0.004$; $r = 0.302$), y con la Calidad Global de las RPM, que incluye tanto al factor de calidad como al de intensidad ($p = 0.013$; $r = 0.263$). Sin embargo, el consenso en la pareja, no presentó una relación con la subescala de calidad de las RPM, por sí sola ($p = 0.124$; $r = 0.164$).

En cuanto a la satisfacción con la relación de pareja, se pudo encontrar una relación significativa tanto con la intensidad de las RPM ($p < 0.0001$; $r: 0.396$), la calidad ($p = 0.002$; $r = 0.326$) y la calidad global de las RPM ($p < 0.0001$; $r = 0.39$).

En cuanto a la cohesión de la relación de pareja, se encontró del mismo modo una relación significativa con la intensidad de las RPM ($p < 0.0001$; $r = 0.533$), la calidad ($p = 0.001$; $r = 0.355$) y el total de las RPM ($p < 0.0001$; $r = 0.49$).

Cabe resaltar que la expresión emocional en la relación de pareja no tiene una relación significativa con las RPM ($p = 0.057$; $r = 0.203$), en donde la intensidad ($p = 0.099$; $r = 0.176$) y la calidad de las RPM ($p = 0.073$; $r = 0.191$) no son significativamente estadísticas.

Finalmente la calidad de la relación de pareja se relaciona significativamente con la intensidad de las RPM ($p < 0.0001$; $r = 0.449$), incluyendo la calidad ($p = 0.003$; $r = 0.312$) y la totalidad de las RPM ($p < 0.0001$; $r = 0.418$).

Predicción de las RPM

Para conocer si los componentes de calidad en la relación de pareja de las mujeres embarazadas y la sintomatología depresiva predicen de forma significativa la calidad de las representaciones prenatales maternas se llevó a cabo una regresión por método intro. Los resultados muestran que la calidad de la relación de pareja y los síntomas depresivos predicen de forma significativa la calidad de las representaciones prenatales maternas explicando una varianza del 26 % ($p = 0.000$) (Tabla 6).

Tabla 6

Predicción de las RPM

R	.517a
R Square	.267
Adjusted R Square	.250
Std. Error of the Estimate	4.59226

R Square	
Change	.267
F Change	15.466
df1	2
df2	85
Sig. F	
Change	.000

De manera particular, se evidenció que la cohesión percibida en la pareja, predice de forma significativa la calidad global de las RPM, explicando una varianza del 37% ($p=0.000$) (Tabla 6), pero no la satisfacción ni la experiencia emocional.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue examinar el comportamiento de la calidad de la relación de pareja con respecto a la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo y la calidad de las representaciones prenatales maternas (RPM).

De acuerdo a la hipótesis 1 del estudio, se planteó explorar si la calidad de la relación de pareja se asocia de forma directa con la presencia de síntomas depresivos. En el presente estudio se encontraron diversas relaciones entre la experiencia de satisfacción en la relación de pareja y la presencia de síntomas depresivos en las gestantes.

Como fue planteado, la percepción de una menor calidad en su relación de pareja se asoció a un mayor nivel de sintomatología de depresión perinatal. Esta asociación se vio reflejada en los distintos rubros de la relación de pareja. Así, un menor consenso sobre los asuntos de importancia para el funcionamiento de la pareja, una menor cohesión, y de manera concordante, un decremento en la expresión de cariño y en la satisfacción percibida se relacionó con una mayor presencia de sintomatología depresiva. Existe evidencia en la literatura que describe la asociación entre la baja calidad, satisfacción y/o ajuste en la relación de pareja durante el embarazo, y la presencia de depresión perinatal. Por una parte, se sabe que las mujeres

que se encuentran en una relación insatisfactoria de pareja son más vulnerables a desarrollar sintomatología depresiva a lo largo del embarazo (Chen, et al. 2019).

También, se ha encontrado que especialmente el aspecto de consenso en la relación cuenta con un papel fundamental en su efecto potencial sobre la salud mental de la futura madre (Mangialavori, et al., 2019).

Con respecto a la hipótesis 2 se planteó explorar si la calidad de la relación de pareja se asocia a una baja calidad global de las RPM. Así, los resultados constataron la relación entre la calidad de la relación de pareja y la calidad global en las RPM de las gestantes. Con esto es posible afirmar que, conforme mayor es la calidad en la relación de pareja, mayor es la calidad e intensidad de la relación que la futura madre tiene con el bebé. Esto incluye el deseo de proteger y satisfacer sus necesidades, llevándolas a presentar una experiencia de cercanía y sentimientos de ternura hacia el bebé. La buena calidad en la relación de la pareja se asoció así a una manifestación más clara e intensa de la manera en que las gestantes representan al bebé como una “persona real”.

Los hallazgos en la presente investigación coinciden con la literatura, en donde se ha encontrado que la relación con el bebé durante el embarazo se asocia con la calidad de la relación de pareja (Matthies, et al., 2020; Mangialavor, et al., 2021). Así mismo, Gottman (1989) mostró cómo la interacción emocional con el niño está estrechamente relacionada con la satisfacción en la relación de pareja.

No obstante, cabe resaltar que algunas de las subescalas dentro de la prueba que evalúa la calidad en la relación de pareja no se relacionaron de forma significativa con la calidad de las RPM. En lo referente a la subescala que evalúa el consenso sobre asuntos de importancia en la relación, se encontró una correlación significativa con la subescala que evalúa la intensidad de las RPM, así como se encontró una correlación significativa con el total de la escala de las RPM. No obstante, la subescala de consenso no se relacionó de forma significativa con la subescala de calidad de las RPM por sí sola.

Por otro lado, la subescala que evalúa la experiencia emocional en la relación de pareja no se relacionó de forma significativa con las subescalas de intensidad y calidad de las RPM, así como tampoco hubo una relación significativa con el total, es decir la calidad global de las RPM. Lo anterior podría explicarse debido a la baja consistencia interna de la subescala de expresión

de afecto que puede ser el resultado de los pocos reactivos que se presentan en la escala (De la Rubia, 2009).

A través de la hipótesis 3 se planteó que la presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo se asocia con una menor calidad en las RPM. En el presente estudio se encontró que las mujeres embarazadas con síntomas depresivos mostraron una tendencia a desarrollar RPM de menor calidad global, aunque ello no logró un grado de significancia. Sin embargo, el nivel de sintomatología depresiva de las mujeres mostró una correlación negativa con la intensidad de las RPM. Esto implica que la presencia elevada de síntomas de depresión perinatal, se asociará a una menor intensidad en el interés y la preocupación de la futura madre con respecto al bebé. Esta correlación también se ha encontrado en la literatura, en donde se describe que la depresión prenatal se correlacionó positivamente con algunas dimensiones de la escala de apego prenatal (RPM) (Zhang, et al., 2021; Ling, et al., 2020; Seimyr, et al., 2009).

Es posible que la pérdida de placer, y la anhedonia propias de la depresión interfieran con la funcionalidad cognitiva e interpersonal de las madres (Barkus, & Badcock, 2019), limitando su respuesta e involucramiento con el bebé.

CONCLUSIONES

La calidad de apego que establecen los infantes con sus figuras de cuidado tiene implicaciones en el desarrollo de psicopatología a través de la vida y hasta la etapa adulta (Deave, Heron, Evans, & Emond, 2008; Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner, & Koren, 2004; Goodman, 2019). Por ello, es de relevancia estudiar los factores que repercuten en los procesos de apego, incluso antes del nacimiento, con el objetivo de diseñar intervenciones tempranas desde el periodo de gestación. Los resultados del presente estudio ayudan a corroborar lo que se ha documentado en la literatura en otros países.

Así bien, el presente estudio ha puesto de manifiesto la relevancia del impacto de la calidad de la relación de pareja y la sintomatología depresiva durante el embarazo con respecto a las representaciones prenatales maternas, que se han señalado por distintos autores (Ammaniti, Tambelli & Odorisio, 2013; Alhusen, Gross, Hayat, Rose & Sharps, 2012; Rubertsson, Pallant, Sydsjö, Haines & Hildingsson, 2015). Es relevante considerar que una percepción de menor

bienestar y pobre calidad en la relación de pareja acompañada de la presencia de la sintomatología depresiva sitúa a la pareja en una posición vulnerable, para coexistir con respecto a su nuevo rol parental y en relación a los procesos de crianza. Es decir, en estas circunstancias la diada se encontrará con menos recursos para brindarse apoyo en las tareas parentales así como para ejecutarlas, a la par de mantener una relación de pareja satisfactoria.

Es importante resaltar que la interacción entre la presencia de sintomatología depresiva, la calidad de la relación de pareja y el desarrollo de representaciones prenatales maternas, requiere mayor investigación para llegar a conclusiones más precisas desde una perspectiva longitudinal y culturalmente contextualizadas.

LIMITACIONES

La presente investigación se vio interferida por el inicio de la pandemia por COVID-19, la cual retrasó la obtención de datos en el Hospital Universitario por las adaptaciones y limitaciones que se presentaron en los servicios asistenciales. Ello resultó en que el número calculado para la muestra tuviera que revalorar.

La muestra quedó limitada en número, dada la pandemia por COVID-19, reflejándose así en los análisis estadísticos. Es posible que con una muestra mayor, sea posible hacer análisis estadísticos más complejos y detallados para evaluar el posible efecto mediador de alguna de las variables.

Por otra parte, el diseño del estudio se llevó a cabo en un momento previo a la pandemia por COVID-19, por lo que el impacto de la salud mental de las mujeres, sus parejas y su familia no fue contemplado ni evaluado y sin embargo, seguramente se reflejó en el comportamiento de los datos.

RECOMENDACIONES A FUTURAS INVESTIGACIONES

Se recomienda profundizar aún más sobre la relación compleja entre los factores asociados a las RPM, así como efectuar un análisis con una muestra más amplia. Es recomendado el desarrollo de un modelo de relación entre las variables para profundizar sobre el entendimiento de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

Ahlqvist-Björkroth, Korja, Junttila, Savonlahti, Pajulo, Räihä, & Aromaa, 2016). Mothers' and fathers' prenatal representations in relation to marital distress and depressive symptoms. *Infant mental health journal*, 37(4), 388-400.

Almanza-Muñoz, J. D. J., Salas-Cruz, C. L., & Olivares-Morales, Á. S. (2011). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Revista de Sanidad Militar*, 65(3), 78-86.

Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Rose, L., & Sharps, P. (2012). The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), E71-E81.

Albuja, A. F., Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2017). Social support and postpartum depression revisited: the traditional female role as moderator among Mexican women. *Sex roles*, 77(3-4), 209-220

Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Dyadic coping and dyadic adjustment in couples with women with high depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 504-518.

Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182.

Barone, L., Lionetti, F., & Dellagiulia, A. (2014). Maternal-fetal attachment and its correlates in a sample of Italian women: a study using the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 230-239.

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, 18(1), 1-23.

Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage & Family Review*, 12(3-4), 133-156.

Belsky, J., & Kelly, J. (1994). The transition to parenthood: How a first child changes a marriage: Based on a landmark study. *Vermilion*.

Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage & Family Review*, 12(3-4), 133-156.

Belsky, J., Spanier, G. B., & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 567-577

Belsky, J., Ward, M. J., & Rovine, M. (1986). Prenatal expectations, postnatal experiences, and the transition to parenthood. *Thinking about the family: Views of parents and children*, 119-145

Benoit, D., Parker, K. C., & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 307-313.

- Blount, A. J., Adams, C. R., Anderson-Berry, A. L., Hanson, C., Schneider, K., & Pendyala, G. (2021). Biopsychosocial factors during the perinatal period: risks, preventative factors, and implications for healthcare professionals. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8206.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726-735.
- Bower, D., Jia, R., Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., & Brown, G. L. (2013). Trajectories of couple relationship satisfaction in families with infants: The roles of parent gender, personality, and depression in first-time and experienced parents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(4), 389-409.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*, 1(1), 33-50.
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Pires, M., & Nunes, O. (2019). Dyadic coping, marital adjustment and quality of life in couples during pregnancy: an actor-partner approach. *Journal of reproductive and infant psychology*, 1-11.
- Brandão, T., Brites, R., Pires, M., Hipólito, J., & Nunes, O. (2019). Anxiety, depression, dyadic adjustment, and attachment to the fetus in pregnancy: Actor-partner interdependence mediation analysis. *Journal of family psychology*, 33(3), 294.
- Bodenmann, G., Pihet, S., & Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping and marital quality: A 2-year longitudinal study. *Journal of family psychology*, 20(3), 485.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551-569.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trinic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy—a psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102-106.
- Cast, A. D. (2004). Well-being and the transition to parenthood: An identity theory approach. *Sociological Perspectives*, 47(1), 55-78.
- Castro, F. D., Place, J. M., Allen-Leigh, B., Rivera-Rivera, L., & Billings, D. (2016). Provider report of the existence of detection and care of perinatal depression: quantitative evidence from public obstetric units in Mexico. *salud pública de méxico*, 58, 468-471.
- Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo, E., Medina-Peralta, G., Madera-Gamboa, J., & Fernández-Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1).
- Chen, J., Cross, W. M., Plummer, V., Lam, L., Sun, M., Qin, C., & Tang, S. (2019). The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 28(19-20), 3599-3609.
- Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2012). Normative family transitions, couple relationship quality, and healthy child development.

- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2006). Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(02), 121-132.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.
- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). No fun anymore: Leisure and marital quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 70(1), 28-43
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- Deave, T., Heron, J., Evans, J., & Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(8), 1043-1051.
- Decastro, F., Hinojosa-Ayala, N., & Hernandez-Prado, B. (2011). Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(4), 210-217.
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531-558.
- Dunkel Schetter, C., & Lobel, M. (2012). Pregnancy and birth outcomes: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 431-463). New York, NY, US: Psychology Press
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 96(3), 601.
- Eddy, B. P. (2018). *Husband Involvement during Pregnancy: A grounded theory* (Doctoral dissertation).
- Falconier, M. K., Nussbeck, F., & Bodenmann, G. (2013). Dyadic coping in Latino couples: Validity of the Spanish version of the Dyadic Coping Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(4), 447-466.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant behavior and development*, 34(1), 1-14.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Flores-Ramos, M., Galindo-Sevilla, N., Cordova Barrios, A., Leff Gelman, P., Fuentes, C., & Mancilla-Ramirez, J. (2013). Depression and anxiety during pregnancy: Clinical aspects. *Current Psychiatry Reviews*, 9(4), 325-330.
- Figueiredo, B., Canário, C., Tendais, I., Pinto, T. M., Kenny, D. A., & Field, T. (2018). Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *Journal of affective disorders*, 238, 204-212.

- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. In AHRQ evidence report summaries. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Gustavson, K., Røysamb, E., Soest, T. V., Helland, M. J., Karevold, E., & Mathiesen, K. S. (2012). Reciprocal longitudinal associations between depressive symptoms and romantic partners' synchronized view of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(6), 776-794.
- Goodman, J. H. (2019). Perinatal depression and infant mental health. *Archives of psychiatric nursing*.
- Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1989). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental psychology*, 25(3), 373.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Hopkins, J., Miller, J. L., Butler, K., Gibson, L., Hedrick, L., & Boyle, D. A. (2018). The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. *Journal of reproductive and infant psychology*, 36(4), 381-392.
- Hartley, M., Tomlinson, M., Greco, E., Comulada, W. S., Stewart, J., Le Roux, I., ... & Rotheram-Borus, M. J. (2011). Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reproductive health*, 8(1), 9.
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., ... & PIPARI Study Group. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33(3), 330-336.
- Kendrick, H. M., & Drentea, P. (2016). Marital adjustment. *Encyclopedia of Family Studies*, 1-2.
- Kluwer, E. S., & Johnson, M. D. (2007). Conflict frequency and relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69(5), 1089-1106
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(1), 5-14.
- Lara, M. A., Le, H. N., Letechipia, G., & Hochhausen, L. (2009). Prenatal depression in Latinas in the US and Mexico. *Maternal and child health journal*, 13(4), 567.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F., & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud mental*, 29(4), 55-62.
- Lara, Acevedo, López, Fernández, (1993). La salud emocional y las tensiones asociadas con los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. *Salud Mental*, 16(2), 13-23.

Lara, (2018). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer .

Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F., & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud mental*, 29(4), 55-62.

Mangialavori, S., Terrone, G., Cantiano, A., Chiara Franquillo, A., Di Scalea, G. L., Ducci, G., & Cacioppo, M. (2019). Dyadic adjustment and prenatal parental depression: A study with expectant mothers and fathers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(10), 860-881.

Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of women's health*, 12(4), 373-380

Matthies, L. M., Müller, M., Doster, A., Sohn, C., Wallwiener, M., Reck, C., & Wallwiener, S. (2020). Maternal–fetal attachment protects against postpartum anxiety: The mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. *Archives of gynecology and obstetrics*, 301(1), 107-117.

Mangialavori, S., Cacioppo, M., Terrone, G., & O'Hara, M. W. (2021). A dyadic approach to stress and prenatal depression in first-time parents: The mediating role of marital satisfaction. *Stress and Health*, 37(4), 755-765.

McHale, S. M., & Huston, T. L. (1985). The effect of the transition to parenthood on the marriage relationship: A longitudinal study. *Journal of Family Issues*, 6(4), 409-433.

Moral de la Rubia, J. (2009). Estudio de validación de la escala de ajuste diádico (das) en población mexicana. *SOCIOTAM. Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*, 19(1), 113-138

Molgora, S., Acquati, C., Fenaroli, V., & Saita, E. (2019). Dyadic coping and marital adjustment during pregnancy: A cross-sectional study of Italian couples expecting their first child. *International Journal of Psychology*, 54(2), 277-285.

Nieto, L., Lara, M. A., & 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(6), 1250-1259.

Oliveira, O., & Ariza, M. (2002). Transiciones familiares y trayectorias laborales femeninas en el México urbano. *Cadernos Pagu*, (17-18), 339-366.

Ocampo, R., Heinze, G., & Ontiveros, M. P. (2007). Detección de depresión postparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría*, 23(3), 18-22.

Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I., & Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 195-202.

Ossa, X., Bustos, L., & Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5), e689-e696.

- Pederson, D. R., Gleason, K. E., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant–mother attachment relationship. *Developmental psychology*, 34(5), 925.
- Pires, M., Nunes, O., & Henriques, P. (2017). Prenatal attachment, depression and dyadic adjustment in couples expecting a baby. In 18th European Conference on Developmental Psychology Abstract Book
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659-668.
- Rubertsson, C., Pallant, J. F., Sydsjö, G., Haines, H. M., & 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*, 33(2), 153-164.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., ... & Stronati, M. (2014). Risk and protective factors in maternal–fetal attachment development. *Early human development*, 90, S45-S46.
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(3), 221-227.
- Roncillo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de psicología (Internet)*, 8(2), 14-23
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2644.
- Seimyr, L., Sjögren, B., Welles-Nyström, B., & Nissen, E. (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental–fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of women's mental health*, 12(5), 269-279.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.
- Slade, Cohen, Sadler, Miller, (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy. *Handbook of infant mental health*, 3, 22-39.
- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current psychiatry reports*, 16(9), 468.
- Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction?. *Early human development*, 59(1), 13-25.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.
- Tamayo-Garza, J. (2009). Manual de equidad de género para docentes de educación primaria.

Van den Bergh, B., & Simons, A. (2009). A review of scales to measure the mother–foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 114-126.

Valentine, (1982). The experience of pregnancy: A developmental process. *Family Relations*, 243-248.

Wachter, M. P. K. (2003). Psychological distress and dyadic satisfaction as predictors of maternal-fetal attachment.

Walsh, J., Hepper, E. G., Bagge, S. R., Wadehul, F., & Jomeen, J. (2013). Maternal–fetal relationships and psychological health: emerging research directions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 490-499.

Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 674.

Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 25(5), 453-477.

Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, 2(2), 105-125.

Zhang, Ling, et al. "Prenatal Depression in Women in the Third Trimester: Prevalence, Predictive Factors, and Relationship With Maternal-Fetal Attachment." *Frontiers in Public Health* 8 (2020).