

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A  
DISTANCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

*Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y  
Tratamiento Psicológicos*



**TESIS DOCTORAL**

**Estudio de las alteraciones emocionales y del bienestar  
psicológico de la pareja en diferentes etapas de la transición a  
la maternidad y la paternidad**

**Beatriz Consuelo Arnal Remón**

Licenciada en Psicología

**2017**



**Departamento de Psicología de la Personalidad,**

**Evaluación y Tratamiento Psicológicos**

**Facultad de Psicología**



**TESIS DOCTORAL**

**Estudio de las alteraciones emocionales y del bienestar  
psicológico de la pareja en diferentes etapas de la transición a  
la maternidad y la paternidad**

**Beatriz Consuelo Arnal Remón**

Licenciada en Psicología

Directoras:

**Dra. Isabel M. Ramírez Uclés**

**Dra. Carmen Moreno Rosset**

**Dra. Rosario Antequera Jurado**



*Para ti papá, mi estrella más brillante*

*In Memoriam*

*Para Miguel Ángel,*

*mi marido,*

*mi amigo,*

*mi compañero,*

*mi persona*

*Para mis dos alegrías*

*Alicia y Tristán, os quiero*



# AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera dar las gracias a mis tres directoras de Tesis, Carmen Moreno Rosset, Isabel Ramírez Uclés y Charo Antequera Jurado. A lo largo de todos estos años no sólo he conocido a tres estupendas profesionales sino que para mí han llegado a ser tres amigas y compañeras que aunque en la distancia, las he sentido muy cerca acompañándome no sólo en lo académico sino también en lo personal. He aprendido muchísimo a vuestro lado y quiero daros las gracias por cada momento que me habéis dedicado.

Gracias a la editorial Sanz y Torres, en especial a Alberto, por la gentileza de facilitarme la publicación escrita de esta Tesis Doctoral.

Quiero agradecer a cada una de las personas que han formado parte de este proyecto, quienes desinteresadamente han querido participar y contarnos sus experiencias y de las que he aprendido enormemente y me motivan para seguir trabajando y amando la psicología.

Gracias a mis amigos quienes siempre están ahí animándome e interesándose por mis proyectos, en especial a María del Castillo quien me inició en el camino que me ha llevado a finalizar esta Tesis.

Por último quiero dar las gracias a mi familia. A mi padre Víctor por todo su esfuerzo para darme lo mejor, por sus miradas de orgullo ante mis logros por pequeños que fueran que hacían que quisiera seguir creciendo como persona. A mi madre Rosi por su dulzura y cariño en cada paso de mi vida y su facilidad para saber cómo ayudarme en cada momento. A mi tía Cris por su apoyo incondicional desde el primer momento en que decidí estudiar psicología. A mi hermana Paty “mi mitad” por todo lo vivido juntas, por tener el mejor espejo en quien fijarme desde que nací. A mi “hermano” Gero por entenderme como soy desde que nos conocimos y por nuestra bonita complicidad. A mis sobrinos Adah, Hugo y Samuel por esas risas que todo lo pueden. Y por último mi gran agradecimiento a Miguel Ángel por su infinita paciencia, su apoyo, su comprensión y, en definitiva, por su gran manera de ser. No podía haber encontrado a una persona mejor con quien compartir mi vida. Y mil gracias a mis dos chiquitines Alicia y Tristán. Gracias por devolverme una sonrisa cuando mamá os decía “ahora no puedo estoy trabajando”. Esta Tesis la comencé cuando aún no os conocía y me habéis enseñado el gran camino de la maternidad, gracias a vosotros he podido comprender mejor a las parejas que han formado parte de este trabajo.

Muchísimas gracias a todos

# ÍNDICE GENERAL

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>i</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN. <i>Alteraciones psicológicas y transición a la maternidad/paternidad</i></b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. <i>Ser o no ser padres: la decisión</i></b> .....	<b>5</b>
<b>1.2. <i>Cuando el deseado bebé no llega: la infertilidad</i></b> .....	<b>10</b>
<b>1.3. <i>Esperando al bebé: el embarazo</i></b> .....	<b>17</b>
<b>1.4. <i>Ya somos padres: maternidad/paternidad</i></b> .....	<b>21</b>
<b>1.5. <i>Objetivos</i></b> .....	<b>24</b>
<b>1.5.1. <i>Objetivos Específicos</i></b> .....	<b>24</b>
<b>2. MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
<b>2.1. <i>Participantes</i></b> .....	<b>29</b>
<b>2.2. <i>Instrumentos</i></b> .....	<b>31</b>
<b>2.3. <i>Procedimiento</i></b> .....	<b>34</b>
<b>2.4. <i>Análisis estadístico</i></b> .....	<b>36</b>
<b>3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>4. DISCUSIÓN</b> .....	<b>41</b>

<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>53</b>
<i>5.1. Implicaciones prácticas .....</i>	<i>55</i>
<i>5.2. Limitaciones, puntos fuertes y futuras líneas de investigación .....</i>	<i>59</i>
<b>6. PUBLICACIONES.....</b>	<b>67</b>
<i>6.1. Primer artículo.....</i>	<i>67</i>
<i>6.2. Segundo artículo.....</i>	<i>80</i>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>89</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo 1. Hoja de Información y Consentimiento Informado (Estudio 1).....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo 2. Hoja de Información y Consentimiento Informado (Estudio 2).....</b>	<b>119</b>
<b>Anexo 3 .....</b>	<b>123</b>
<i>Anexo 3.1. Datos Sociodemográficos (GRUPO “SIN HIJOS”) .....</i>	<i>124</i>
<i>Anexo 3.2. Datos Sociodemográficos personas con diagnóstico infertilidad (GRUPO “INFÉRTIL” y “EMBARAZO TRA”) .....</i>	<i>125</i>
<i>Anexo 3.3. Datos Sociodemográficos (GRUPO “EMBARAZO NATURAL”) .</i>	<i>127</i>
<i>Anexo 3.4. Datos Sociodemográficos (GRUPO “CON HIJOS”) .....</i>	<i>129</i>
<b>Anexo 4. Instrumentos de Evaluación Psicológica.....</b>	<b>131</b>
<i>Anexo 4.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961), versión revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez &amp; Sanz (1991).....</i>	<i>132</i>

<i>Anexo 4.2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI ; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), versión en español de TEA (2008).....</i>	<b>136</b>
<i>Anexo 4.3. Escala de Bienestar Psicológico de la pareja (EBP; Sánchez-Cánovas, 2007) .....</i>	<b>137</b>
<b>Anexo 5. Certificado del Comité de Bioética .....</b>	<b>141</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1. Grupos y variables estudiadas en ambos estudios .....</b>	<b>26</b>
<b>TABLA 2. Resumen de resultados .....</b>	<b>40</b>



# RESUMEN

Llegar a convertirse en madre/padre puede ser un camino difícil para algunas parejas. Entendemos que la transición a la maternidad/paternidad comprende varias etapas por las que no todas las parejas pasan. Nosotras hemos centrado la presente investigación delimitando dichas etapas al momento en que las parejas deciden ser o no padres, momento en el que las parejas intentan serlo y descubren sus problemas de fertilidad consiguiendo posteriormente embarazo o no a través de tratamientos de reproducción asistida, las parejas que tras decidirlo lo consiguen a través de la gestación natural y el desarrollo del rol de la maternidad y de la paternidad una vez que se tienen hijos.

El objetivo general de esta investigación es conocer si existen diferencias entre los distintos momentos de la transición a la paternidad y a la maternidad en alteraciones emocionales y la posible relación entre la ansiedad y la obtención de embarazo. Comparar el grado de bienestar psicológico de la pareja en las diferentes etapas de la transición a la maternidad/paternidad y, analizar las diferencias de sexo en cada uno de los grupos y en cada una de las etapas estudiadas.

La muestra total está formada por 256 personas, 126 son hombres (Media de edad = 35.45; DT = 4.11; rango de edad: 26-51) y 130 mujeres con una edad comprendida entre 30 y 45 años, (Media de edad = 33.85 y DT = 4.02; rango de

edad: 45-25). La muestra está dividida en cinco grupos: un grupo que no desea tener hijos (grupo “sin hijos”), dos grupos infértiles de los cuales uno logra embarazo con TRA (grupo “embarazo TRA”) y el otro no (grupo “infértil”), un grupo de embarazo natural (grupo “embarazo natural”) y un grupo fértil con hijos (grupo “con hijos”).

Los instrumentos utilizados han sido: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (State-Trait Anxiety Inventory), versión en español actualizada, TEA Ediciones, S.A., (Spielberger, Gorsuch & Lushene 7ª edición; año 2008); Inventario de Depresión de Beck, BDI (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961), versión revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez & Sanz (1991) y la Escala de Bienestar Psicológico de la Pareja (EBP; Sánchez-Cánovas, 2007).

El análisis de los resultados revela que es el grupo “embarazo natural” el que menores puntuaciones en bienestar psicológico de la pareja experimenta. La variable ansiedad rasgo es más elevada en el grupo “sin hijos” y es también más elevada en las mujeres en comparación con los hombres tomando la muestra en su totalidad. En cuanto a la ansiedad estado únicamente existen diferencias significativas entre el grupo “embarazo TRA” y el grupo “embarazo natural”, aunque se observa una tendencia del grupo “embarazo TRA” a tener mayores niveles de ansiedad estado que el grupo “infértil”. Por último la variable depresión (únicamente medida en el primer estudio) revela que las mujeres del

grupo “embarazo natural” obtienen puntuaciones más altas que los hombres de su mismo grupo.

Este trabajo nos aporta evidencia acerca de la diferente dinámica que se da dentro de cada una de las etapas estudiadas. Las parejas tienen unas necesidades distintas y a su vez las peculiaridades de cada pareja hacen que su estudio sea verdaderamente complejo, por lo que conocerlas resulta necesario para plantear la intervención psicológica más adecuada en cada caso.

Palabras clave: transición a la maternidad/paternidad, ansiedad, depresión, relación de pareja, embarazo, infertilidad, diferencias en función del sexo



# ABSTRACT

Becoming a parent can be a difficult path for some couples. We understand transition to parenthood comprises several stages for which not all couples pass through. We have focused the present investigation on the following stages: the moment in which couples decide to be or not to be parents; the moment in which couples try to have a baby and they discover their fertility problems, getting later pregnancy or not through assisted reproductive treatments; couples that after deciding it they obtain it through natural gestation; and the development of maternity and paternity role once they have children.

The general objective of this research is threefold: to know if there are differences between different moments of transition to parenthood in emotional alterations and the possible relationship between anxiety and obtaining pregnancy; to compare the degree of psychological well-being of the couple in the different stages of the transition to parenthood; and to analyze sex differences in each of the groups and in each of the studied stages.

The total sample consists of 256 people, 126 are men (mean age = 35.45, DT = 4.11, age range: 26-51) and 130 women aged 30-45 years (mean age = 33.85 And DT = 4.02, age range: 45-25). The sample is divided into five groups: one group that does not wish to have children ("childless" group), two infertile groups of which one achieves pregnancy with ART (group "pregnancy ART") and

the other not ("infertile" ), a natural pregnancy group ("natural pregnancy" group), and a fertile group with children ("with children" group).

The instruments used have been: State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI) (State-Trait Anxiety Inventory), updated Spanish version, TEA Ediciones, S.A., (Spielberger, Gorsuch & Lushene 7th edition, year 2008); Beck Depression Inventory, (Beck et al., 1961), revised version, adapted and translated into Spanish by Vázquez & Sanz (1991) and the Psychological Well-Being Scale of the couple (EBP; Cánovas, 2007).

Analysis of the results reveals that it is the "natural pregnancy" group the one with lower psychological well-being in the couple. Anxiety trait is higher in the "childless" group and is also higher in females compared to males taking the sample as a whole. As for state anxiety, there are only significant differences between the "pregnancy ART" group and the "natural pregnancy" group, although there is a tendency of the "pregnancy ART" group to have higher levels of anxiety state than the "infertile" group. Finally, the variable depression (measured only in the first study) reveals that women in the "natural pregnancy" group obtain higher scores than men in the same group.

This work gives us evidence about the different dynamics that occur within each of the stages studied. Couples have different needs and, in turn, the peculiarities of each couple make their study truly complex, so knowing them is

necessary to propose the most appropriate psychological intervention in each case.

Keywords: transition to parenthood, anxiety, depression, relationship, pregnancy, infertility, gender differences



# 1. INTRODUCCIÓN

## ***Alteraciones psicológicas y transición a la maternidad/paternidad***

A lo largo de la vida nos enfrentamos a acontecimientos vitales diversos que pueden exigirnos cambios y adaptaciones a las demandas de las propias situaciones. Podemos considerar la transición a la maternidad/paternidad como parte de estas transiciones evolutivas compartidas por muchos hombres y mujeres que conllevan reajustes tanto en el plano individual como en el interpersonal (Hidalgo, 2009). Los estudios revisados entienden la transición a la maternidad/paternidad desde el embarazo hasta el postparto. Este proceso implica cambios internos y externos, entendiendo como internos aquellos que modifican la forma en que las personas se ven a sí mismas y al mundo y, como externos, aquellos que motivan una reorganización, a nivel individual y familiar, con el fin de adaptarse a sus nuevas funciones sin dejar de lado las relaciones con personas importantes para ellos (Cowan & Cowan, 2000).

Para algunos autores, las parejas que se convierten en padres pasan por un período de ajuste con efectos nocivos sobre las relaciones de pareja y el bienestar individual (Marshall, Simpson & Rholes, 2015) pudiendo disminuir además la calidad de la relación marital (Ferriby, Kotila, Dush & Schoppe-Sullivan, 2015). Así algunos estudios muestran que, en comparación con las

parejas sin hijos, las parejas en transición a la maternidad/paternidad experimentan descensos más pronunciados en satisfacción de la relación a través del tiempo (Cowan & Cowan, 2000; Le, McDaniel, Leavitt & Feinberg, 2016), una reducción de actividades sexuales e íntimas (Adamsons, 2013; Cowan & Cowan, 1995), una reducción del apoyo de la pareja y un aumento de los conflictos (Shapiro, Gottman, Brand & Fink, 2015). Estas diferencias significativas en la calidad de la relación conyugal entre los padres y los no padres persisten durante al menos cuatro años (Doss, Rhoades, Stanley & Markman, 2009). Por otra parte, los cambios en la salud psicológica de los nuevos padres y en sus relaciones sociales pueden durar más de siete años (Chen, Enright & Tung, 2016). Esto puede ser debido a la variedad de cambios biológicos (físicos, hormonales, neuroquímicos), psicológicos (relativos a la identidad, al afecto y la cognición), socioculturales y sociorelacionales que se experimentan en esta nueva etapa (Cowan & Cowan, 2000; Figueiredo & Conde, 2011; Vismara et al., 2016).

A pesar de lo expuesto hasta ahora, la disminución de satisfacción de la relación no es representativa de todas las parejas, pues las intensas emociones que acompañan a estos períodos son vividas de diferente manera por las personas (Hidalgo, 2009). Así, existe evidencia que indica cierta heterogeneidad (por ejemplo, fuertes descensos, descensos moderados, ningún cambio, o un incremento moderado) en el curso de la satisfacción marital para los nuevos

padres (Belsky & Rovine, 1990; Don & Mickelson, 2014; Twenge, Campbell & Foster, 2003). Quizá una adaptación positiva a estos cambios conduzca a una transición completa a la maternidad/paternidad, a un buen ajuste psicológico individual y a un desarrollo y crianza adecuada; por el contrario una adaptación negativa conduciría a una transición incompleta, a un aumento de los síntomas psicopatológicos y a una inadecuada crianza de los hijos (Pinto, Figueiredo, Pinheiro & Canário, 2016); así varios estudios han mostrado un aumento de síntomas ansiosos y depresivos durante esta etapa (Chen et al., 2016; Epifanio, Genna, De Luca, Roccella & La Grutta, 2015; Figueiredo & Conde, 2011).

Por tanto, resulta interesante analizar qué diferencia a las parejas que experimentan una transición a la maternidad/paternidad más satisfactoria frente a las que viven este proceso de forma más difícil (Hidalgo, Menéndez, López & Sánchez, 2014). Siguiendo esta línea algunas investigaciones han identificado algunos factores personales y ambientales que pronostican la satisfacción marital y síntomas depresivos durante la transición a la maternidad/paternidad. Marshall et al. (2015) en su estudio longitudinal investigaron por primera vez cómo ciertos rasgos de la personalidad de cada miembro de la pareja durante el período de parto puede predecir síntomas depresivos experimentados a través de la transición. Los resultados revelaron que el alto neuroticismo de uno de los miembros junto con el bajo bienestar de la pareja predecía niveles más altos de síntomas depresivos en ambos miembros durante el postparto. Además esta combinación de factores resultó particularmente problemática cuando la

resolución de problemas durante el parto era disfuncional. Por su parte, Ripley et al. (2016) destacan la humildad como factor importante en la comprensión de la tensión diádica para la adaptación de los miembros en las parejas estables. De este modo las personas que se sienten más apoyadas por su pareja pueden aumentar sus creencias positivas acerca de su propia eficacia durante la crianza (Pinto et al., 2016).

Algunas intervenciones psicológicas prenatales tienen éxito en el fortalecimiento de las relaciones de pareja para promover el desarrollo positivo en los futuros niños (Shapiro et al., 2015). Hay parejas que asisten a terapia psicoeducativa durante la transición entendiendo que la calidad de la relación prenatal prepara el terreno para la crianza posterior (Le et al., 2016). Estos resultados demuestran la importancia de considerar el bienestar emocional de los miembros de la pareja durante las grandes transiciones de la vida.

También hay indicios de que la transición a la maternidad de la mujer tiende a ser más complicada que la del hombre padeciendo una disminución más significativa en la satisfacción marital (Shapiro et al., 2015), así como cambios importantes en el trabajo y en el hogar pues son generalmente ellas quienes dedican un mayor porcentaje de su tiempo al cuidado del bebé (Kaufman & Bernhardt, 2015). Esto hace que puedan experimentar más cambios que los padres tanto positivos como negativos durante la transición. No obstante debido

a que es típicamente experimentada conjuntamente por el padre y la madre, es importante comprender la interacción entre ambos y la forma en que puede afectar el desarrollo de la eficacia parental (Biehle & Mickelson, 2011), con el fin de proporcionar intervenciones más exitosas (Vismara et al., 2016).

A continuación se van a presentar las principales características emocionales y de bienestar psicológico de pareja en cuatro momentos relativos a la transición a la maternidad/paternidad de las personas y que han sido objeto de estudio en la presente Tesis Doctoral. En primer lugar, cuando las parejas se plantean ser o no ser padres, en segundo lugar cuando las parejas consideran que es el momento adecuado para convertirse en padres y comprueban con desilusión que son infértiles, por lo que para conseguirlo acuden a los tratamientos de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). En tercer lugar, cuando las parejas consiguen el embarazo deseado, bien sea por medios naturales o por TRA. Y, finalmente, cuando las parejas ya tienen hijos.

### ***1.1. Ser o no ser padres: la decisión***

La paternidad es un deseo casi universal de la edad adulta y la gran mayoría de las personas tienen planes de vida que incluyen tener hijos en algún momento de sus vidas (Lampic, Svanberg, Karlström & Tydén, 2006). Pero elegir ser o no padres puede convertirse en una decisión difícil para algunas parejas, y

es por ello que en ocasiones posponen tomar dicha decisión asumiendo que algún día tendrán hijos y, contrariamente al final deciden no tenerlos (Avison & Furnham, 2015). Los cambios en la relación de pareja que pueden darse al ser padres, el gasto económico, la preocupación que conlleva la crianza frente a lo positivo de la paternidad y la disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces se consideran elementos de conflicto en la toma de decisiones con respecto a la maternidad/paternidad (Skovholt & Thoen, 1987).

Desde hace tiempo los investigadores se interesan por los factores que influyen en la forma en que los hombres y las mujeres en sus relaciones conyugales toman decisiones sobre sus vidas reproductivas. Esto ha llevado al desarrollo de teorías en varias disciplinas, especialmente la sociología, la economía y la demografía, para explicar cómo las parejas toman tales decisiones (Omeje, Oshi & Oshi, 2011). Estas probablemente se verán afectadas por los valores y normas que rigen la relación y la historia de esa pareja, por factores culturales y religiosos (Redshaw & Martin, 2011), por lo que una vez tomadas pueden afectar no sólo a cada miembro de forma individual sino también a la pareja como unidad.

No obstante hemos de considerar que la idea de que la vida de una persona es incompleta si no forma una familia, ha cambiado en las últimas décadas y cada vez más personas considera tener hijos una opción, no una

obligación. Este importante cambio de tendencia ha sido impulsado por diversos paradigmas sociales que hoy nos brindan un espectro más amplio para el desarrollo personal de los individuos. Algunas de las razones que se dan para no querer tener hijos son: aversión a los cambios de estilo de vida que acompañan a la maternidad/paternidad, rechazo explícito de la función materna, estar poco dispuesto a asumir el papel de padre o el deseo de carreras profesionales significativas en las mujeres (Carmichael & Whittaker, 2007). Para algunos tener hijos supone renunciar a su libertad para hacer las cosas con las que disfrutaban y que consideran importantes en su vida (Langdrige, Sheeran & Connolly, 2005).

La siguiente publicación ofrece una aproximación más precisa a las verdaderas implicaciones tras la decisión de no tener hijos. Blackstone & Stewart (2016) llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a mujeres y hombres que decidieron de forma consciente no tener hijos. Analizaron la toma de decisiones relacionada con optar por una vida sin hijos y concluyeron que decidir no tener descendencia requiere de un extenso y complicado proceso de análisis, por lo que es una decisión consciente que ocurre como resultado de un proceso. Para las investigadoras, las personas que habían decidido no tener niños fueron más reflexivas que aquellas que optaron por tenerlos. Encontraron que las mujeres presentaron una mayor tendencia a tomar su decisión pensando en terceros: algunas señalaron que el mundo actual no era un espacio adecuado para los niños y otras tomaron en cuenta factores más bien ambientales como la

degradación del medio ambiente o la superpoblación. Los hombres, en cambio, decidieron no tener hijos considerando las posibles consecuencias que podrían tener la paternidad en sus propias vidas, sus hábitos y actividades, y aquello a lo que tendrían que renunciar para ser padres. Asimismo las mujeres manifestaron tomar en cuenta la opinión de sus parejas, mientras que los hombres se mostraron más independientes al respecto. Muchos encuestados habían deseado vivir sin hijos desde que eran jóvenes, por lo que para ellos no era realmente una decisión sino que sólo sabían que no querían ser padres, sin embargo otros comenzaron el proceso de decisión de vivir sin niños cuando fueron testigos de las vivencias de sus familiares y compañeros durante la crianza.

Parece ser que las razones por las que una persona opta por un estilo de vida sin niños son bastante más complicadas y diversas de lo que se podría juzgar a primera vista, pero en algunas ocasiones muy similares a las razones para tomar la decisión de tenerlos (McElroy, 1990). La literatura al respecto deja claro que la toma de decisiones sobre la reproducción entre parejas es una forma de negociación. Cada cónyuge tiene diferentes intereses y preferencias: por ejemplo, en cuanto a cuándo comenzar a tener hijos, el número ideal de hijos, cómo espaciar los partos, por lo que los intereses y preferencias divergentes requieren una negociación para llegar a una decisión (McElroy, 1990). Entre las razones para ser padres se incluyen el papel central que para algunas parejas

tiene convertirse en una familia así como el desarrollo de valores relacionados con el afecto (Langdrige, Sheeran & Connolly, 2005).

La decisión de tener o no niños, así como las percepciones de las personas que eligen no ser padres están vinculadas a una variedad de procesos sociales (Blasckstone & Stewart, 2012). Así, algunas parejas pueden verse influenciadas por ciertas prescripciones sociales en cuanto al mejor momento para ser padres. En esta línea, el estudio llevado a cabo por Schwiter (2011) revela que la transición a la maternidad/paternidad se rige en ocasiones por un conjunto de condiciones previas que han de cumplirse para adentrarse en esta nueva etapa de la vida, como por ejemplo estar seguro de querer ser madre/padre, tener un buen empleo con posibilidades de ascenso, seguridad económica o ser conscientes de la responsabilidad que conlleva ser los principales cuidadores. Cuando se dan todas estas condiciones las parejas se ven preparadas para tener descendencia. Sin embargo, la independencia económica y la seguridad de empleo así como la madurez emocional para convertirse en padres pueden coincidir con el descenso de la fertilidad en la mujer debido al tiempo que se tarda en conseguirlos. Esta última afirmación nos permite adentrarnos en la siguiente etapa.

## ***1.2. Cuando el deseado bebé no llega: la infertilidad***

Paradójicamente algunas parejas son padres cuando ni siquiera se habían planteado serlo, llega un embarazo que no había sido planeado a priori. Sin embargo, muchas otras llegan a un punto en su relación en el que creen es el momento idóneo para convertirse en padres y comprueban con desilusión día tras día que ese sueño no se hace realidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Se ha convertido en un problema de salud público en todo el mundo, que afecta a un porcentaje similar entre los países más y menos desarrollados, buscando el 56 % de las parejas afectadas atención médica (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007). La Sociedad Española de Fertilidad (SEF, 2016) estima que en España entre el 15 % y el 17 % de las parejas en edad reproductiva tienen problemas de fertilidad y existe cerca de un millón de parejas que demandan asistencia reproductiva. Los datos epidemiológicos de los últimos años reflejan un incremento de los problemas de fertilidad en las parejas, que cabe atribuir a factores fisiológicos, ambientales y sociodemográficos.

El culto a la fertilidad ha sido un acto central y de gran importancia en todas las sociedades prehistóricas. Siendo causa de tanta preocupación la falta de descendencia no es raro que se hayan desarrollado muchos métodos con el fin de solucionar este problema. El deseo de tener descendencia puede ser muy fuerte lo que hace que en ocasiones cualquier método por absurdo o erróneo que parezca, sea aceptado como válido por alguna esperanzadora pareja. Así diversos santuarios, ermitas, manantiales, alimentos, vegetales o amuletos han destacado como estimulantes de la capacidad prolfica (Terrasa, 2000).

Los problemas de fertilidad tienen una gran importancia tanto en el ámbito familiar como social y algunas parejas infértiles además de verse sobrecargadas psicológicamente por las expectativas de la sociedad para tener descendencia, deben esperar mucho tiempo y someterse a procedimientos largos de diagnóstico y tratamiento antes de que finalmente obtengan su tan deseado bebé (Nagy & Nagy, 2016) pues, para muchas de ellas, los tratamientos de reproducción asistida que hoy en día existen constituyen la última posibilidad de conseguir un embarazo.

Varios factores pueden influir en las reacciones emocionales a la infertilidad y a los tratamientos de fertilidad, entre ellos, factores sociodemográficos, estrategias de afrontamiento no adecuadas y la percepción de baja controlabilidad de la situación (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2009). En

esta línea, Gourounti et al., (2012) demostraron claramente que la alta percepción de controlabilidad se asociaba con un afrontamiento centrado en el problema y la baja controlabilidad con un afrontamiento evitativo. Esta última se encontraba significativamente relacionada con sintomatología ansiosa y depresiva, reacciones comunes durante los TRA (Eugster & Vingerhoets, 1999). La infertilidad está a menudo acompañada de un aumento de angustia psicológica (Verhaak et al., 2007) y el estrés experimentado por muchas parejas infértiles puede ser una consecuencia más que una causa de infertilidad (American Society for Reproductive Medicine, 2012).

A nivel de pareja, la infertilidad puede influir negativamente en el funcionamiento sexual. Los trastornos sexuales temporales que resultan del diagnóstico y tratamiento médico son comunes en las parejas con problemas de fertilidad (Wischmann, 2010). La disfunción sexual es más frecuente en la parte femenina de las parejas infértiles. La función sexual femenina está positivamente correlacionada con la función sexual de su pareja masculina en esta población (Nelson, Shindel, Naughton, Ohebshalom & Mulhall, 2008). También puede conducir a la insatisfacción matrimonial y el divorcio (Cousineau & Domar, 2007). Sin embargo las investigaciones al respecto son contradictorias y algunos autores han valorado la hipótesis de que la infertilidad fortalece el matrimonio (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005), informando de mayores niveles de satisfacción marital (Gameiro, Moura-Ramos, Canavarro, Almeida-Santos &

Dattilio, 2011). Varios estudios han examinado las diferencias de género en los niveles de satisfacción marital en relación a la fertilidad sin que tampoco se hayan obtenido resultados concluyentes. De esta manera, hay autores que han encontrado niveles más bajos en las mujeres (Schumm, 2012), otros un mayor porcentaje de mujeres con altos niveles de beneficio conyugal en comparación con los hombres (Peterson, Pirritano, Block & Schmidt, 2011), mientras que otros no han encontrado diferencias de género en el bienestar de la pareja (Stanley, Markman & Whitton, 2002). Gana & Jakubowska (2016) revelaron que la infertilidad tenía un impacto mayor en la angustia emocional de las mujeres que en su satisfacción marital.

Las diferencias de sexo en cuanto a ajuste emocional, ansiedad, afectos y expresión de emociones pueden estar presentes desde el momento en que una pareja acude por primera vez a un centro de reproducción asistida (Moreno-Rosset, del Castillo-Aparicio, Ramírez-Uclés, & Martín-Díaz, 2011). Así las mujeres sometidas a tratamiento de fecundación in vitro (FIV) son más propensas a la búsqueda de apoyo emocional y social y a expresar sus sentimientos con mayor frecuencia que los hombres, los cuales tienden a hacer frente a la infertilidad con una mayor participación en actividades relacionadas con el trabajo (Eugster & Vingerhoets, 1999). No obstante, dentro de una pareja, el hombre y la mujer son importantes el uno para el otro, por lo que las necesidades de uno pueden afectar al otro. El estudio de Donarelli, Kivlighan Jr., Allegra & Gianluca (2016) encuentra que el hombre siente más angustia

psicológica cuando su pareja femenina muestra niveles elevados de ansiedad. Por lo tanto, una intervención de apoyo centrándose en mejorar la colaboración entre las parejas infértiles puede ser una manera de ayudar a hacer frente a esta enfermedad (Ying, Wu & Loke, 2015).

La prevalencia de desajuste emocional, ansiedad estado y afecto negativo es mayor en mujeres infértiles que en fértiles (Moreno-Rosset et al., 2011) así como el grado de alexitimia (Lamas et al., 2006). Los resultados obtenidos por Gourounti, Anagnostopoulos, Griva & Vaslamatzi, (2016) indican que la alexitimia durante el tratamiento de fertilidad se asocia con estrategias de afrontamiento desadaptativas y estrés psicológico en mujeres infértiles. Drosdzol & Skrzypulec (2009) encontraron que el 35.44 % de las mujeres infértiles superaba el punto de corte para los síntomas severos de depresión, en comparación con el 19.47 % de mujeres en edad fértil.

También se han estudiado alteraciones emocionales en hombres infértiles encontrando una mayor incidencia de ansiedad y depresión en comparación con los fértiles (Ahmadi, Montaser-Kouhsari, Nowroozi & Bazargan-Hejazi, 2011; Gao et al., 2013).

Gourounti et al., (2012) señalan la importancia de la comprensión, del papel de la percepción de control y afrontamiento del estrés psicológico de las mujeres infértiles para identificar de antemano aquellas mujeres que podrían estar en riesgo de sufrir estrés elevado y necesidad de apoyo. En relación a esta necesidad, en España se ha publicado el primer cuestionario baremado en parejas infértiles que evalúa el Desajuste Emocional y los Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008).

Resulta interesante valorar a las parejas que tienen un hijo a través de TRA dado que pueden proporcionar una valiosa información acerca de las estrategias de adaptación, los rasgos de personalidad y el tipo de afrontamiento que puede ayudar a hacer frente a esta etapa de la transición a la maternidad/paternidad (Nagy & Nagy, 2016). Se sugiere que los factores psicosociales, las estrategias ineficaces de afrontamiento, la ansiedad y/o depresión están asociados con una menor tasa de embarazo con TRA (Eugster & Vingerhoets, 1999). No obstante en la literatura se dispone de datos controvertidos sobre los efectos del estrés y la ansiedad en los resultados de la FIV. Podemos encontrar estudios que demuestran que el estrés se relaciona de forma negativa con el resultado del tratamiento de la FIV (Campagne, 2006; Csemiczky, Landgren & Collins, 2000), pues no sólo se observa que niveles altos de ansiedad estado a lo largo de las diferentes etapas de las TRA predicen resultados negativos de embarazo, sino que se incrementa a su vez la probabilidad de abandono del tratamiento (Smeenk et al., 2001); mientras que

otros no hallan ningún efecto significativo del estrés sobre los resultados de la misma (Anderheim, Holter, Bergh & Moller, 2005; Nelson et al., 2003). Sin embargo Cooper, Gerber, McGettrick & Johnson (2007) obtienen que niveles no clínicos de ansiedad estado pueden ser beneficiosos para la obtención de embarazo. A pesar de ello, aunque autores como Hashemi, Simbar, Ramezani-Tehrani, Shams & Majd (2012) hallaron que los niveles altos o bajos de ansiedad estado/rasgo no tienen ningún efecto sobre la tasa de embarazo después de la FIV, sí creen que el asesoramiento es necesario para disminuir la ansiedad en mujeres infértiles y mejorar así su calidad de vida. Esto podría influir en su actitud convirtiéndola en más optimista lo cual según han demostrado Kirchner, Muñoz, Forns, Peñarrubia & Balasch (2011) correlaciona positivamente con la obtención de embarazo.

Cuando tras la FIV se consigue embarazo, las emociones negativas de las mujeres por lo general desaparecen (Verhaak et al., 2007), y las parejas mejoran la autoestima y disminuyen la ansiedad conforme avanza el embarazo (Caruso Klock & Greenfeld, 2000). A pesar de que también se observa una reducción de los síntomas depresivos en las mujeres, sus parejas no muestran cambios en ansiedad y depresión, independientemente del éxito o no del TRA (Verhaak, Smeenk, van Minnen, Kremer & Kraaimaat, 2005). La pareja, previamente infértil, consigue finalmente el premio por el que luchó durante tanto

tiempo y, la ansiedad de perderlo, puede acompañar el período de embarazo (Eugster & Vingerhoets, 1999).

### ***1.3. Esperando al bebé: el embarazo***

El embarazo es una situación nueva y diferente que implica cambios en la vida de la mujer y de su pareja. Quizá la perspectiva de ser padres llena a algunos de alegría, pero los numerosos cambios que esta etapa conlleva no siempre son fáciles de llevar. Resultan importantes las actitudes maternas pues son un factor de riesgo importante para la angustia emocional, así como un componente importante de posibles alteraciones psicológicas para las mujeres durante el embarazo y el período postparto temprano (Sockol & Battle, 2015). Actitudes rígidas o de mala adaptación hacia la maternidad se asocia con un aumento de los síntomas depresivos y ansiosos (Sockol, Epperson & Barber, 2014; Thomason, Flynn, Himle & Volling, 2015). La depresión y la ansiedad son síntomas habituales de estrés entre las mujeres especialmente durante el segundo y tercer trimestre de embarazo y el postparto (Bauer, Knapp & Parsonage, 2016; Lin et al., 2016; Ludemir, Barreto de Araújo, Valongueiro & Lewis, 2010).

En concreto, la depresión durante la edad reproductiva, tiene una tendencia a presentarse con mayor frecuencia posiblemente debido a las

variaciones hormonales que las mujeres presentan, llegando a la cúspide durante el embarazo (Escobar, Pacora, Custodio & Vilar, 2009). Entre el 10 y el 15 % de las mujeres embarazadas presenta depresión significativamente clínica (Dornelas, Ferrand, Stepnowski, Barbagallo & McCullough, 2010). En concreto Kim et al. (2016) en su estudio hallaron un 13% de depresión mayor en el período perinatal. Estos síntomas depresivos suelen empeorar conforme avanza el embarazo, algunos autores establecen una prevalencia del 15%, 14% y 30% en el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente (Setse et al., 2009). Si no se tratan durante el embarazo, las preocupaciones excesivas que estas mujeres pueden experimentar hacen que sean más propensas a tener un parto prematuro, un bebé con bajo peso al nacer, más probabilidad de aborto espontáneo y menores puntuaciones en el test de Apgar, test clínico que valora el estado general del neonato después del parto (Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton & Milgrom, 2009; Dennis, Ross & Grigoriadis, 2008). Además la exposición a la depresión materna durante el embarazo aumenta la vulnerabilidad de la descendencia a desarrollar depresión en la edad adulta. Al intervenir durante el embarazo, las tasas de trastornos depresivos en los adultos jóvenes podrían reducirse potencialmente (Plant, Pariente, Sharp, & Pawlby, 2015). Todo ello refleja la importancia que la vigilancia de la salud psicológica de las mujeres gestantes tiene. A pesar de ello nuestro sistema de salud parece no ofrecer el adecuado tratamiento. Sería conveniente realizar un buen cribado durante el embarazo que nos sirviera tanto de prevención como para realizar los tratamientos adecuados en su caso (Rodríguez-Muñoz, Olivares, Izquierdo, Soto

& Huynh-Nhud, 2016). Siguiendo esta línea Nereu-Bjorn, Neves de Jesus & Casado-Morales (2013) llevaron a cabo un estudio con mujeres gestantes que participaron en un programa de técnicas de relajación con el objetivo de promover un estado de calma, serenidad y bienestar. Los autores encontraron que la relajación era una herramienta útil para la reducción de los estados de ansiedad y depresión durante el embarazo.

La ansiedad prenatal ha recibido mucha menos atención que la depresión. Su tasa de prevalencia se sitúa en un 5 % aproximadamente (Kim et al., 2016). Las mujeres que se sienten inseguras o infelices sobre su embarazo presentan niveles más altos de ansiedad estado durante el mismo. El estrés, la baja autoestima y el bajo apoyo social resultan también determinantes en la ansiedad estado (Akiki, Avison, Speechley & Campbell, 2016). Las mujeres con niveles de ansiedad elevados prenatales pueden tener un mayor riesgo de alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y en el funcionamiento de la placenta lo que conduciría a una mayor susceptibilidad del niño a desarrollar angustia emocional (Seckl & Holmes, 2007). En concreto, en una muestra asiática se dio una asociación entre la ansiedad materna prenatal durante el segundo y tercer trimestre y rasgos temperamentales negativos del niño (Chong et al., 2016). Sin embargo, otros estudios señalan que es el estrés emocional postnatal materno el que tiene un efecto significativo en el desarrollo del temperamento de los niños y el prenatal afectaría a su cognición (Lin et al., 2016). No obstante, igual que ocurría con la depresión durante el embarazo, la ansiedad conlleva no sólo

problemas para la madre sino también consecuencias para el niño que viene en camino. Los patrones de ansiedad y estrés prenatal parecen ser un importante predictor del parto prematuro (Glynn, Dunkel-Schetter, Hobel & Sandman, 2008), del bajo peso al nacer y del desarrollo de enfermedades posteriores en los hijos (Henrichs et al., 2010).

Tomando a la pareja en su conjunto, la insatisfacción marital prenatal y los síntomas depresivos de los futuros padres pueden afectar a la organización de sus representaciones sobre la maternidad/paternidad hacia el final del embarazo (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016). La satisfacción sexual también puede sufrir alteraciones. Nakić Radoš, Soljačić Vraneš & Šunjić (2015) realizaron un estudio que tenía como objetivo examinar los cambios en algunos aspectos de la sexualidad (el deseo sexual, la frecuencia y la satisfacción) en los padres que están esperando y determinar predictores de la satisfacción sexual. A pesar de que hubo una disminución en la satisfacción sexual en casi la mitad de los hombres, en general los participantes percibieron su satisfacción sexual alta. La relación con la pareja parece ser el determinante más importante de la satisfacción sexual, siendo la cercanía con la pareja especialmente importante. Los hombres informaron miedo a herir al feto durante el acto sexual como una de las principales razones que impedía las relaciones sexuales durante el embarazo. Sin embargo, este miedo específico no fue un determinante significativo de la satisfacción sexual.

Aunque la mayor parte de los estudios se centran en la madre se debe asimismo prestar atención al futuro padre pues también puede estar en situación de riesgo de depresión durante y después del embarazo de su pareja, en particular cuando tienen apoyo social deficiente (Freitas et al., 2016). Otros factores de riesgo a tener en cuenta pueden ser la evaluación que el propio padre hace sobre su futura paternidad, las expectativas poco realistas y/o ser padre primerizo, más aún si es menor de 25 años (Clare & Yeh, 2012).

#### ***1.4. Ya somos padres: maternidad/paternidad***

El nacimiento del primer niño es para la mayoría una de las fases determinantes del curso de la vida (Nagy & Nagy, 2016). Cambia el estilo de vida de las parejas, que tienen que adaptarse a las exigencias del nuevo rol parental (Ohashi & Asano, 2012).

Esta transición a la maternidad/paternidad suele considerarse como un acontecimiento vital estresante para prácticamente todos los nuevos padres (Epifanio et al., 2015). Cuando la pareja ha aprendido a convivir con el embarazo, comienzan a anticipar y prepararse para la llegada del nuevo miembro. Empiezan a contemplar todas las incertidumbres que acompañan el convertirse en madre/padre (por ejemplo, la incertidumbre sobre el proceso del parto, lo que su hijo será, y si serán o no buenos padres). En este punto conviene tener en

cuenta la vivencia emocional del embarazo pues las mujeres con trastornos de depresión y ansiedad comórbida antes y durante el embarazo tienen un riesgo elevado para un desarrollo de alteraciones emocionales postnatales desfavorables y por lo tanto podrían beneficiarse de las intervenciones familiares dirigidas durante este período (Asselmann, Wittchen, Petzoldt & Martini, 2016).

Tras el nacimiento del bebé, la pareja debe pasar de la anticipación y la preparación para la crianza a realizar tareas de cuidado y al mismo tiempo lidiar con las otras áreas importantes de su vida (Marshall et al., 2015).

Tal y como hemos expuesto anteriormente esta etapa conlleva cambios significativos en la rutina diaria y en la relación de pareja. Mujeres que han padecido síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo y han visto sus relaciones sexuales afectadas, se encuentran en mayor riesgo de sufrir problemas sexuales también después del parto (Asselmann, Hoyer, Wittchen & Martini, 2016). A su vez, la toma de decisiones con respecto al trabajo, las variaciones a nivel económico importantes, así como las nuevas demandas y expectativas (Akiki et al., 2016), también pueden influir emocionalmente a los recientes padres. Siguiendo esta línea, Gross & Marcussen (2016) analizaron el impacto que las expectativas o creencias en la eficacia como futuros padres tienen sobre los estados de salud mental de estos. A partir de datos que abarcan desde el período prenatal hasta el puerperio encontraron que la eficacia parental

se asociaba negativamente con la depresión postparto tanto para los padres como para las madres a lo largo de este período de transición.

Asimismo a pesar de que las mujeres embarazadas suelen relacionar la transición a la maternidad con expectativas optimistas, los estudios muestran que las experiencias postnatales que no coinciden o superan las expectativas prenatales pueden tener un gran impacto en el desarrollo de la depresión postnatal (Lazarus & Rossouw, 2015). Se ha encontrado que el predictor más fuerte para los síntomas depresivos postnatales maternos y paternos es el estrés (Anding, Röhrle, Grieshop, Schücking & Christiansen, 2016). Cabe señalar que la depresión postnatal es un importante problema de salud mental. Se produce en aproximadamente el 15-20 % de las madres en los países occidentales y puede tener graves consecuencias en el bienestar de la madre y de la familia, además de afectar al desarrollo de los niños (O'Hara & Wisner, 2014), a nivel cognitivo, emocional y conductual (Kim et al., 2016).

La ansiedad también podría desafiar la capacidad de los padres para iniciar y mantener interacciones afectivas positivas con sus hijos y parejas (Vismara et al., 2016). Por extensión, las alteraciones emocionales en los padres pueden afectar a su relación con los hijos. Así, el malestar de pareja, síntomas de depresión y la falta de confianza acerca de su papel como futuros padres son factores de riesgo conocidos para las relaciones entre padres e hijos (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016).

## **1.5. Objetivos**

El objetivo general de esta investigación es conocer las alteraciones emocionales (depresión y ansiedad) y el bienestar psicológico de parejas heterosexuales en diferentes etapas de la transición a la maternidad y a la paternidad.

### **1.5.1. Objetivos Específicos**

1. Determinar si existen diferencias entre los distintos momentos de la transición a la paternidad y a la maternidad en alteraciones emocionales y especialmente estudiar la posible relación entre la ansiedad y la consecución del embarazo.
2. Comparar el grado de bienestar psicológico en la relación de pareja entre los diferentes momentos de la transición a la paternidad y a la maternidad.
3. Analizar las diferencias de sexo que pueden producirse tanto en la aparición de alteraciones emocionales como en el bienestar psicológico en la relación de pareja, en los diferentes momentos de la transición a la paternidad y a la maternidad.

Para ello, hemos realizado dos estudios consecutivos y complementarios con un total de cinco muestras (ver tabla 1). El primer estudio se ha centrado en conocer la sintomatología ansiosa y depresiva y el bienestar psicológico de parejas que no tienen hijos, parejas con embarazo natural y parejas con hijos, estableciendo al mismo tiempo las posibles diferencias de sexo y de grupo.

En función de estos primeros resultados decidimos profundizar en el estudio del papel de la ansiedad y del bienestar psicológico de la pareja, añadiendo a la población del primer estudio, dos muestras de parejas que se encontraban en otras fases del proceso de transición a la paternidad y a la maternidad y que no habían sido estudiadas previamente. De esta forma a partir de una muestra de parejas infértiles que se sometieron a TRA se establecieron dos grupos, uno de ellos configurado por parejas que no consiguieron el embarazo y otro por aquellas que finalmente quedaron embarazadas. Por tanto, en el segundo estudio contamos con cinco grupos: 1) parejas que no buscan el embarazo (a partir de ahora, “sin hijos”), 2) parejas infértiles que no consiguen el embarazo (“infértiles”), 3) parejas infértiles que finalmente consiguen el embarazo mediante TRA (“embarazo TRA”), 4) parejas que han conseguido el embarazo de forma natural (“embarazo natural”) y, 5) parejas que ya tienen hijos (“con hijos”). (Ver tabla 1.).

**TABLA 1.** Grupos y variables estudiadas en ambos estudios

	SIN HIJOS	EMBARAZO NATURAL	CON HIJOS	INFÉRTILES	EMBARAZO TRA
<b>ESTUDIO 1</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
Sintomatología ansiosa, depresiva y bienestar psicológico de la pareja					
<b>ESTUDIO 2</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Sintomatología ansiosa y bienestar psicológico de la pareja					

A continuación, pasamos a exponer las hipótesis correspondientes a cada uno de los dos estudios realizados teniendo en cuenta que las hipótesis del segundo estudio se formulan tras obtener los resultados del primero.

## A) Hipótesis del primer estudio

### 1.- En relación a la **ansiedad estado-rasgo**:

- 1.1. Los participantes del grupo “embarazo natural” mostrarán niveles más altos en ansiedad estado que los grupos “con hijos” y “sin hijos”.
- 1.2. El grupo “con hijos” mostrará mayores niveles de ansiedad estado que el grupo “sin hijos”.
- 1.3. No se encontrarán diferencias significativas en ansiedad rasgo entre ninguno de los tres grupos.

### 2.- En relación a la **sintomatología depresiva**:

- 2.1. El grupo “embarazo natural” mostrarán niveles más altos que los grupos “con hijos” y “sin hijos”.

### 3.- En relación al **bienestar psicológico en la relación de pareja**:

- 3.1. El grupo “embarazo natural” obtendrá menores puntuaciones que los grupos “con hijos” y “sin hijos”.

### 4.- En relación a las **diferencias en función del sexo**:

- 4.1. Las mujeres del grupo “embarazo natural” obtendrán puntuaciones más elevadas en ansiedad estado que los hombres de su mismo grupo.
- 4.2. Las mujeres del grupo “embarazo natural” obtendrán puntuaciones más altas en sintomatología depresiva que los hombres de su mismo grupo.

- 4.3. No se encontrarán diferencias entre hombres y mujeres del grupo “embarazo natural” en bienestar de la pareja.

### B) Hipótesis del segundo estudio

#### **5.- En relación a la ansiedad estado-rasgo:**

- 5.1. El grupo “embarazo TRA” mostrará más ansiedad estado que el resto de grupos.
- 5.2. Los participantes del grupo “infértil” mostrarán mayor ansiedad rasgo que el grupo “embarazo TRA”.

#### **6.- En relación al bienestar psicológico en la relación de pareja:**

- 6.1. Los grupos que han pasado por el proceso de infertilidad (“infértil” y “embarazo TRA”) obtendrán mayores puntuaciones que los grupos “embarazo natural”, “con hijos” y “sin hijos”.

#### **7.- En relación a las diferencias en función del sexo:**

- 7.1. Las mujeres de los dos grupos de infertilidad (“infértil” y “embarazo TRA”) mostrarán mayores niveles de ansiedad estado que sus respectivas parejas.
- 7.2. No se encontrarán diferencias en bienestar psicológico de la pareja entre hombres y mujeres de los grupos (“infértil” y “embarazo TRA”).

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

La muestra total está formada por 256 personas (*Media de edad* = 34.64; *DT* = 4.13), de las cuales 126 son hombres (*Media de edad* = 35.45; *DT* = 4.11) y 130 mujeres con una edad comprendida entre 30 y 45 años, (*Media de edad* = 33.85 y *DT* = 4.02).

La muestra del primer estudio está constituida por 156 participantes, divididos en tres grupos: 25 mujeres en su tercer trimestre de embarazo concebido naturalmente y sus respectivas parejas (*Media* = 36.24 semanas de gestación; *DT* = 2.34; *Media de edad* = 34.48; *DT* = 3.08) y, dos grupos de comparación formados por 54 personas sin hijos (26 hombres y 28 mujeres; *Media de edad* = 31.63; *DT* = 4.60) y 52 con hijos (25 hombres y 27 mujeres; *Media de edad* = 37.38; *DT* = 4.35) que no esperan ningún bebé. En un principio estos dos últimos grupos estaban formados por 28 parejas heterosexuales sin hijos y 27 parejas heterosexuales con hijos, pero finalmente dos varones de cada uno de los grupos rehusaron participar en el estudio.

El segundo estudio amplía esta muestra añadiendo dos grupos de parejas heterosexuales diagnosticadas de infertilidad y formados por 25 parejas cada

uno. Uno de ellos está compuesto por parejas infértiles que consiguen posteriormente embarazo mediante TRA (*Media de edad* = 34.10; *DT* = 4.11) y el otro por parejas infértiles que no consiguen embarazo (*Media de edad* = 35.74; *DT* = 1.78). De esta forma se completa la investigación con grupos en cada una de las etapas de la transición a la maternidad/paternidad. Todos ellos vivían en capital de provincia o alrededores y su nivel socioeconómico era medio-alto.

Para todos los grupos los criterios de inclusión consistían en ser parejas heterosexuales, mayores de edad, sin antecedentes psiquiátricos y/o psicológicos y llevar al menos un año de relación de pareja.

- Criterios de inclusión específicos para el grupo que no busca embarazo (“sin hijos”): no desear tener hijos próximamente ni haberlo deseado con parejas anteriores y no haber sufrido ningún aborto espontáneo y/o provocado.
- Criterios de inclusión específicos para los grupos infértiles: llevar al menos un año de relaciones sexuales no protegidas sin éxito de embarazo, haber sido diagnosticadas de infertilidad, someterse próximamente por primera vez a TRA y no tener hijos anteriores ni con parejas previas.
- Criterios de inclusión específicos para el grupo de embarazo natural: no haber tenido problemas previos de infertilidad, estar en el tercer

trimestre de gestación, embarazo no considerado de alto riesgo y no tener hijos ni con parejas anteriores.

- Criterios de inclusión específicos para el grupo fértil “con hijos”: tener uno o más hijos concebidos de forma natural, no estar intentando concebir.

## **2.2. Instrumentos**

La batería de evaluación consta de los siguientes instrumentos:

- *Inventario de Depresión de Beck, BDI* (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961), versión revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez & Sanz (1991). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático /vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. Muestra una buena

consistencia interna (alfa de Cronbach .76 – .95) y su fiabilidad oscila alrededor de  $r = .8$ . Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...) y su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo .72, y valor predictivo negativo 1 (Ver anexo 4.1.).

*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI* (State-Trait Anxiety Inventory), versión en español actualizada, TEA Ediciones, S.A., (Spielberger, Gorsuch & Lushene 7ª edición; año 2008). Consta de dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir las dos dimensiones. Tiene un total de 40 ítems, 20 para cada subescala. Los elementos describen cómo se siente el sujeto en un momento dado y cómo se sienten generalmente. Los sujetos responden en una escala de cuatro puntos (0 Nada, 1 Algo, 2 Bastante, 3 Mucho). La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. La versión española de esta prueba presenta unos índices de

consistencia interna para la A/E situados entre .90 y .93 y entre .84 y .87 para la A/R. Los valores de fiabilidad calculada por el procedimiento de las dos mitades alcanzan un valor de .94 en A/E y .86 en A/R. En cuanto a la validez concurrente se han encontrado correlaciones significativas entre el factor ansiedad de segundo orden del Cuestionario de personalidad 16PF Forma A de R.B. Catell, y la escala A/E. Sandín (1981) encontró un grado elevado de correlación con la medida de ansiedad del 8SQ ("Eight State Questionnaire" IPAT, 1971). (Ver anexo 4.2.).

- *Escala de Bienestar Psicológico de la pareja, EBP* (Sánchez-Cánovas, 2007). Esta escala de relaciones con la pareja consta de 15 ítems que describen actitudes personales en relación con la sexualidad y las relaciones de pareja que van de 1 a 5, (1 Totalmente en desacuerdo, 2 Moderadamente en desacuerdo, 3 En parte de acuerdo y en parte en desacuerdo, 4 Moderadamente de acuerdo y 5 Totalmente de acuerdo). Los ítems destinados a las mujeres varían de los destinados a los hombres. Inicialmente constaba de 21 ítems de los cuales 15 alcanzaron correlaciones significativas, que son los que definitivamente se han mantenido. Esta escala muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach .88). (Ver anexo 4.3.).

- Entrevista estructurada *ad hoc* para la evaluación de variables sociodemográficas que incluye: edad, sexo, nivel de estudios, tipo de trabajo, número de hijos, semanas de gestación (Ver anexo 3).

### **2.3. Procedimiento**

Para el primer estudio, cuando las mujeres embarazadas (en su tercer trimestre) y sus parejas acudían a sus clases de preparación al parto en un Centro de Salud de Zaragoza se les informaba de la investigación pidiéndoles su colaboración. Para la obtención de los grupos “con hijos” y “sin hijos” se solicitaba su participación cuando acudían al mismo Centro por otras consultas de salud, pero sin presentar problemas médicos ni psicológicos graves y cuyas características sociodemográficas fueran similares a las del grupo “embarazo natural”.

Para el segundo estudio se añadieron dos grupos de parejas que acudían al mismo Centro de Salud que llevaban, al menos, un año de relaciones sexuales sin protección y sin conseguir embarazo, por lo que se trataba de personas diagnosticadas de infertilidad, siendo evaluadas antes de empezar los tratamientos de reproducción asistida. Una vez reclutadas se establecieron, posteriormente, dos grupos en función de quiénes finalmente habían tenido éxito o no con las TRA.

En ambos estudios, las personas que aceptaban participar firmaban el correspondiente consentimiento informado y pasaban a formar parte de la muestra de estudio. A continuación, se les entregaba un cuadernillo de evaluación que contenía una carta de presentación, preguntas correspondientes a los datos sociodemográficos y médicos preparados ad hoc según el grupo al que iban a pertenecer y los instrumentos de evaluación psicológica. Todos los cuestionarios eran explicados uno a uno para poder resolver las posibles dudas y asegurar su correcta cumplimentación. Los instrumentos de evaluación psicológica fueron rellenados en el mismo Centro de Salud por cada uno de los miembros de las parejas por separado, en presencia de la psicóloga que respondía ante cualquier duda que pudiera surgir en su cumplimentación. Este procedimiento (in situ, cada uno independientemente y acompañados por el evaluador) evitaba posibles sesgos en su realización.

Ambos estudios habían sido previamente presentados y aprobados por el Comité de Ética del Centro de Salud y por el Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Ver anexo 5).

## **2.4. Análisis estadístico**

Los análisis estadísticos de ambas investigaciones se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS v. 19 (SPSS Inc.) para Windows. En el primer artículo para analizar la depresión y el bienestar en la pareja, se realizaron dos análisis univariados (ANOVAS) independientes para un diseño bifactorial entregrupos, considerando como variables independientes las variables Grupo y Sexo y como dependientes los cuestionarios BDI y la subescala de relaciones de pareja de la escala EBP. Para la ansiedad se realizó un MANOVA para el diseño bifactorial entregrupos, tomando como variables independientes las variables Grupo y Sexo y la puntuación en el STAI en estado y rasgo de ansiedad como variables dependientes.

Para el análisis del segundo artículo se llevó a cabo un MANOVA bifactorial entregrupos, considerando como variables independientes el Grupo y el Sexo y como variable dependiente las puntuaciones obtenidas en el STAI y un ANOVA independiente bifactorial entregrupos, considerando de nuevo como variables independientes el Grupo y el Sexo y como variable dependiente las puntuaciones obtenidas en la subescala de Relaciones de pareja de la escala de Bienestar Psicológico EBP.

En todos los casos, la significación estadística se estableció para un intervalo de confianza del 95 % y  $p < .05$  como criterio.



### 3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Una exposición exhaustiva de los resultados se describe en los dos artículos publicados correspondientes al primer y segundo estudios realizados:

- *“Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study”* (ver pág 67).
- *“Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood”* (ver pág 80).

A continuación, en la siguiente tabla se expone un resumen general, constituido por los resultados más relevantes de los dos artículos que componen esta Tesis.

**TABLA 2.** Resumen de resultados

	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	BIENESTAR PSICOLÓGICO PAREJA
<b>SEXO</b>		Mujeres más ansiedad RASGO que hombres (estudio 2).	
<b>GRUPO</b>		Grupo “sin hijos” más ansiedad RASGO que grupos “embarazo natural”, “con hijos” (estudios 1 y 2) y que “infértil” (estudio 2).  Grupo “embarazo TRA” más ansiedad ESTADO que “embarazo natural” (estudio 2).	Grupo “embarazo natural” menos bienestar que los grupos “con hijos”, “sin hijos” (estudios 1 y 2), “embarazo TRA” e “infértil” (estudio 2).
<b>INTERACCION GRUPO X SEXO</b>	Mujeres del grupo “embarazo natural” más depresión que hombres del mismo grupo (estudio 1).		

Según muestran los resultados en relación con la *depresión* las mujeres del grupo “embarazo natural” muestran más síntomas en comparación a los hombres del mismo grupo (estudio 1). Con respecto a la *ansiedad estado* el grupo de “embarazo TRA” muestra niveles más altos que el grupo “embarazo natural” (estudio 2). El grupo “sin hijos” tienen valores más altos en *ansiedad rasgo* que los grupos “con hijos”, “embarazo natural” (estudio 1 y 2) y que el “infértil” (estudio 2) y las mujeres más que los hombres en todos los grupos (estudio 2). Por último el grupo “embarazo natural” obtiene menos *bienestar psicológico de la pareja* en comparación con el resto grupos (estudios 1 y 2).

## 4. DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran cómo la transición a la maternidad/paternidad es un proceso que incluye cambios tanto personales como familiares que implican la necesidad de adaptación ante el flujo de situaciones y relaciones cambiantes. Hemos tratado de analizar las posibles alteraciones emocionales y de bienestar psicológico de la pareja que estos cambios conllevan, todo ello en el contexto de parejas heterosexuales, con un nivel socioeconómico medio alto.

Hemos entendido esta etapa evolutiva como un período que comprende desde la decisión de convertirse o no en madres y padres hasta el hecho mismo de serlo, pasando por el embarazo natural así como por la imposibilidad o dificultades para la gestación y los intentos de conseguirla a través de prácticas reproductivas no naturales.

La variable depresión ha sido estudiada únicamente en el primer estudio, en el que no contábamos con parejas diagnosticadas de infertilidad. Los hallazgos encontrados muestran niveles más elevados de depresión en las mujeres frente a los hombres del grupo “embarazo natural”. Estos datos confirman nuestra hipótesis 4.2., y concuerdan con otros estudios que señalan que la depresión perinatal afecta al 10-20 % de las mujeres embarazadas y en

el período de postparto (Campagne, 2004; Chávez-Courtois & González-Pacheco, 2008; Della Vedova et al., 2011; Dornelas et al., 2010; Kim 2016; Ludemir et al., 2010). La mujer es la que debe soportar los cambios físicos y hormonales por lo que la adaptación a esos cambios puede pasar por períodos en los que su bienestar psicológico se vea alterado. Además, en algunos casos las continuas visitas al médico, los reposos por prescripción médica, la falta de apoyo social, pueden afectar de tal forma que deriven en trastornos depresivos. Según Clout & Brown (2015) la angustia experimentada en las mujeres en el tercer trimestre de gestación puede estar relacionada con la necesidad de practicar cesárea lo que a su vez se relacionaría con un aumento del riesgo de angustia postparto en las madres. Por ello, resulta necesario evaluar estos niveles de depresión con el propósito de detectar depresiones significativamente clínicas que afecten tanto a la salud de la madre como a la del bebé que viene en camino, e incluso en la pareja, pues es uno de los mayores apoyos de la embarazada. Más aún, los síntomas depresivos o la depresión en los hombres se ha asociado frecuentemente con la baja satisfacción de pareja y un pobre apoyo social (Skjothaug, Smith, Wentzel-larsen & Moe, 2015), aunque su efecto es menor que el de la depresión materna (Field et al., 2003).

En relación al bienestar psicológico de la pareja, observamos cómo el grupo en el que las mujeres muestran síntomas más elevados de depresión, el grupo “embarazo natural”, tanto hombres como mujeres es el que experimenta

menor bienestar psicológico de la pareja. La presencia de síntomas depresivos no clínicos en las mujeres de este grupo puede afectar a la percepción que los dos miembros tienen acerca de su bienestar psicológico como pareja. Estos resultados apoyan nuestra hipótesis 3.1. y van en la misma línea que la literatura revisada pues según Dulude, Bélanger, Wright & Sabourin (2002) durante el embarazo algunos aspectos de la relación de pareja pueden verse alterados. Así en el caso del sexo tanto la frecuencia como el deseo sexual se ven disminuidos especialmente en el tercer trimestre (Gökyildiz & Beji, 2005; Regan, Lyle, Otto & Joshi, 2003). Por lo tanto, la relación de pareja insatisfactoria es un factor importante que afecta a la calidad de la vida sexual durante el embarazo (Gałązka, Droszol-Cop, Naworska, Czajkowska & Skrzypulec-Plinta, 2015).

Nuestro estudio no puede apoyar a aquellos otros que mantienen que con la llegada del hijo, se produce un descenso en la calidad de la relación (Adamsons, 2013; Cowan & Cowan, 2000; Doss et al., 2009; Ferriby et al., 2015; Figueiro & Conde, 2011; Fillo, Simpson, Rholes & Kohn, 2015; Lawrence, Rothman, Cobb, Rothman & Bradbury, 2008; Le et al., 2016; Marshall et al., 2015; Shapiro et al., 2015; Vismara et al., 2016) pues a pesar de que es el grupo “sin hijos” el que obtiene mejores puntuaciones en bienestar psicológico de la pareja, las diferencias no son significativas con ningún otro grupo, incluyendo al grupo “con hijos”. Quizá la diferencia se deba a la distinta metodología empleada, pues los estudios encontrados están formados por muestras longitudinales de parejas que esperan su primer hijo y en las que se toman medidas pre y

postparto. Sin embargo, nuestro grupo “con hijos” estaba formado por parejas con uno o varios hijos de distintas edades. Entendemos que la transición más difícil a nivel personal y familiar se produce con la llegada del primer hijo o hija. Ciertas dudas o incertidumbres frecuentes para los padres y madres primerizos como por ejemplo cómo cuidar a un recién nacido desaparecen al volver a convertirse en padre o madre. También creemos que los cambios experimentados durante el proceso de convertirse en madre o padre tienen un carácter temporal y, pasados unos meses de adaptación, pueden recuperarse muchos de los hábitos modificados a nivel personal y familiar. Todo ello podría explicar nuestra falta de apoyo a los estudios anteriores. Quizá un grupo más homogéneo formado por parejas fértiles que acabaran de convertirse en padres hubiera arrojado resultados distintos.

Aunque no podemos confirmar la hipótesis 6.1., por no existir significatividad estadística, nuestros resultados reflejan una tendencia de las parejas infértiles a tener un mayor bienestar psicológico en la pareja en comparación con las fértiles. Esto mismo demostraron Masoumi, Garousian, Khani, Oliaei & Shayan (2016) cuyas parejas fértiles obtuvieron menores puntuaciones en satisfacción marital en comparación con las infértiles. Encontramos similitudes con otras investigaciones al observar cómo las parejas diagnosticadas de infertilidad en nuestro estudio ya queden posteriormente embarazadas o no, muestran una relación satisfactoria de pareja. Siguiendo a

Marci et al. (2012), la compatibilidad y la satisfacción conyugal se refieren a un estatus en el que una pareja se siente feliz y satisfecha. Es creado a través del interés mutuo, el cuidado, la aceptación, la comprensión y el cumplimiento de las necesidades del otro, incluidas las necesidades sexuales. En nuestra investigación, ambos grupos infértiles pasan por las mismas fases, desde intentar concebir naturalmente sin éxito mes tras mes, hasta la toma de decisión de acudir a un especialista donde el miedo a un diagnóstico se mezcla con la esperanza de hallar finalmente una solución a su problema. Es en este punto, donde se hace necesaria la confrontación conjunta como una unidad hacia la consecución de una meta en común, el embarazo, por lo que las parejas que deciden someterse a un tratamiento de reproducción asistida necesitan unas raíces sólidas en las que se asienten todas las preocupaciones, inseguridades, complicaciones y fracasos que pueden darse a lo largo del tratamiento.

Resulta interesante valorar que a pesar de que el grupo “embarazo natural” ya ha conseguido la meta que se han propuesto los infértiles (el embarazo), está significativamente por debajo en bienestar psicológico de pareja. Quizá la lucha en la que estas parejas infértiles están inmersas les sirve de motor haciéndoles más resilientes con capacidad de superar paso a paso los obstáculos por los que atraviesan a lo largo de los tratamientos. Puede ser igualmente interesante estudiar las diferencias de aquellos que conciben naturalmente y de aquellos que lo hacen de forma artificial durante el periodo de gestación, para observar si esta satisfacción conyugal que se observa durante

las TRA se extiende a lo largo del período de gestación o si, por el contrario, el miedo a perderlo merma tal relación.

A pesar de que existen estudios que avalan la menor satisfacción conyugal de la mujer durante la transición a la maternidad (Shapiro et al., 2015) nosotras no hemos encontrado tal diferencia de sexo ni en la muestra total ni dentro de cada uno de los grupos. Esto nos lleva a pensar que si bien suele ser la mujer la que más cambios experimenta, las alteraciones emocionales que esta etapa evolutiva puede conllevar también pueden afectar por igual al hombre, de forma que podamos encontrarnos con parejas congruentes en cuanto al bienestar emocional que experimentan ya sea alto, bajo o medio. Estos resultados apoyan nuestras hipótesis 4.3. y 7.2.

Nuestro grupo de “embarazo natural”, en contra de lo esperado (hipótesis 1.1. y 4.1.), es el que menor ansiedad estado manifiesta a pesar de estar en su tercer trimestre de embarazo. Resulta contradictorio con estudios previos que señalan que los síntomas de ansiedad son comunes durante el embarazo (Goodman & Tyler-Viola, 2010) convirtiéndose particularmente importantes en las últimas etapas debido al inminente momento del parto (Heron, O’ Connor, Evans, Golding & Glover, 2004). Es posible que la ilusión de la llegada del bebé contrarreste los posibles efectos de la ansiedad. Cabe recordar que en nuestro trabajo los participantes que integran este grupo eran reclutados de clases de preparación al parto, a las que acudían con su pareja por lo que parece

importante suponer que tales clases ayudarían a las parejas a reducir esta sintomatología al compartir con otras sus miedos y preocupaciones.

En el segundo trabajo hemos querido analizar más específicamente el papel que la ansiedad puede jugar en la consecución del embarazo. Revisando la literatura encontramos trabajos que manifiestan que niveles altos de ansiedad estado disminuyen las probabilidades de éxito de embarazo (Demyttenaere et al., 1998; Smeenk et al., 2001), mientras que otros no encuentran evidencia de que el estrés psicológico afecte al resultado de la FIV (Anderheim et al., 2015), y que los niveles de ansiedad estado y depresión antes del tratamiento de reproducción asistida no influyen en el éxito del mismo (Lintsen, Verhaak, Eijkemans, Smeenk & Braat, 2009). Así el estrés emocional causado por los problemas de fertilidad o por cualquier otro evento de vida durante el tratamiento no influiría de forma directa en la tasa de embarazo (Boivin, Griffiths & Venetis, 2011). En nuestro estudio, el grupo infértil que consigue embarazo es el que mayores niveles de ansiedad estado manifiesta, lo que apoya nuestra hipótesis 5.1., aunque parcialmente pues la diferencia es significativa con el grupo “embarazo natural”. Esta diferencia entre estos dos grupos puede ser debida al momento en el que se llevó a cabo la medida de ansiedad. Así, en el caso del grupo “embarazo TRA” la evaluación tuvo lugar antes de iniciar el tratamiento de reproducción asistida por lo que la incertidumbre de no saber si se quedarían o no embarazadas pudo elevar sus síntomas de ansiedad. Sin embargo en el grupo “embarazo natural” la medida fue tomada durante el tercer trimestre de embarazo, quizá si las hubiéramos evaluado antes de quedarse embarazadas

hubieran mostrado los mismos niveles de ansiedad estado. No obstante, la tendencia de los datos obtenidos nos hace pensar que la ansiedad estado, en sus valores no clínicos, puede tener un valor funcional que podría beneficiar el éxito de las TRA. Estos resultados irían en concordancia con los hallados por Cooper et al. (2007) que mostraron que la relación entre el estrés y la infertilidad abre diferentes cuestiones a las hasta entonces tenidas en cuenta, pues parece indicar que cierto grado de estrés al comienzo del tratamiento puede beneficiar el éxito del embarazo. Más aún, en el trabajo de De Klerk et al. (2007) las mujeres que mostraban más afecto negativo (sentimientos de ira, depresión, incertidumbre y/o ansiedad) antes del tratamiento eran las que más probabilidades tenían de conseguir embarazo en comparación con aquellas que expresaban un afecto negativo moderado. Estos autores encontraron que las parejas que no se quedaban embarazadas durante su primer ciclo de FIV eran las que menor estrés relacionado con la infertilidad mostraban antes del tratamiento. En concreto Zaig et al. (2012) encontraron que las mujeres con síntomas de ansiedad antes de someterse al tratamiento de FIV mostraron una tasa de éxito de embarazo más alta, aunque no estadísticamente significativa, en comparación con aquellas que no padecían ansiedad (57 % frente al 38 %). En cuanto a la ansiedad rasgo pensamos que el grupo "infértil" podría tener valores más altos que el grupo "embarazo TRA" (hipótesis 5.2.) y por lo tanto mostrar menor búsqueda de soporte social y emocional, menor reinterpretación positiva de la experiencia y menor aceptación de la situación enfrentándose de forma menos adaptativa a la situación estresante. Sin embargo, no existen

diferencias entre los dos grupos, lo que nos lleva a pensar que la valoración de una situación en un momento dado (ansiedad estado) puede ser más determinante que la propensión o característica estable en la personalidad (ansiedad rasgo).

Moreno-Rosset & Martín (2009) llevaron a cabo un estudio con población fértil e infértil, donde señalaron que las personas que tienen uno o más hijos presentan mayores niveles de ansiedad; por lo tanto apuntan que, en población fértil, tener hijos es un factor estresante. Esperábamos pues encontrar diferencias en ansiedad estado (hipótesis 1.2.) entre el grupo “sin hijos” y “con hijos”, esperando que éste último mostrara mayores niveles de ansiedad estado. Este resultado no solo contradice el estudio de Moreno-Rosset & Martín (2009), sino también el de Epifanio et al. (2015) que argumentan que la adaptación al nuevo rol parental puede suponer desajustes emocionales que eleven la ansiedad sobre todo en los padres primerizos, alterando a la vez la relación de pareja; sin embargo, nada de ello se ha dado en nuestro estudio. Como apuntábamos anteriormente, las características heterogéneas del grupo “con hijos” (uno o más hijos de diferentes edades) podrían explicar la falta de apoyo a los estudios anteriores y a la hipótesis 1.2.

Al analizar nuestros resultados, no esperábamos encontrar en ansiedad rasgo diferencias entre los grupos (hipótesis 1.3.). Son las parejas “sin hijos” las

que mayores niveles de ansiedad rasgo muestran. Estos datos nos invitan a estudiar las características personales de aquellas parejas que por elección propia deciden no embarcarse en la maternidad/paternidad. Nos referimos a factores de personalidad entre los que incluiríamos la ansiedad rasgo, entendiéndola como una tendencia a percibir las situaciones como más amenazantes (Guillén-Riquelme & Buéla-Casal, 2011), entre las que se encontraría ser padres, debido a los cambios en el estilo de vida que conlleva. El deseo de independencia y libertad, la necesidad de paz en el hogar y rasgos específicos de personalidad como impaciencia, introversión, perfeccionismo y ansiedad son factores que pueden influir en algunas parejas y que las alejan del deseo de maternidad/paternidad (Avison & Furnham, 2015). Como apuntan Blackstone & Stewart (2016), el proceso de decisión de tener o no hijos puede ser más reflexivo en las parejas que finalmente deciden no tener hijos. El excesivo deseo de control y la responsabilidad que en ocasiones acompaña a las personas con niveles altos de ansiedad rasgo puede contribuir en su decisión de no ser padres.

Por último, hemos encontrado que las mujeres en su conjunto muestran puntuaciones más altas en ansiedad rasgo independientemente de los grupos. Este dato, que no habíamos hipotetizado en ninguna dirección, sigue la línea de otros estudios que encuentran una tendencia de las mujeres a puntuar más alto en diferentes trastornos de ansiedad sugiriendo además que los trastornos de

ansiedad no sólo son más frecuentes sino también más discapacitantes en las mujeres que en los hombres (McLean, Asnaani, Litz & Hoffman, 2011). Se ha encontrado una tasa de prevalencia de trastornos de ansiedad de 1.7 veces mayor en mujeres que en hombres (Pesce et al., 2016).

Sí esperábamos que las mujeres de ambos grupos infértiles tuvieran niveles más elevados de ansiedad estado que sus respectivas parejas masculinas (hipótesis 7.1.), pues son ellas las que van a someterse a más cambios durante el proceso de las TRA (Schaller, Griesinger & Banz-Jansen, 2016) y experimentando así mayor afecto negativo y desajuste emocional (Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín & Ramírez-Uclés, 2009). Sin embargo, no podemos confirmar nuestra hipótesis. La diferencia con los estudios anteriores es que el momento en el que se llevó a cabo la evaluación de nuestras parejas infértiles es anterior al comienzo del tratamiento y no durante el mismo, por lo que aún no han podido vivir dichos cambios.

Todos los altibajos que la transición a la maternidad/paternidad puede suponer, nos abren las puertas a una práctica clínica verdaderamente apasionante, pues a pesar de ser un campo ampliamente estudiado cada día las parejas nos sorprenden con sus peculiaridades y nos hacen aprender.

Hemos podido constatar que el proceso de convertirse en madre/padre es dinámico pues la pareja evoluciona a lo largo de las distintas etapas. En dicho proceso, el bienestar psicológico de la pareja cobra especial importancia pues el apoyo que cada miembro experimenta por parte del otro puede modular la vivencia emocional.

El apoyo emocional mutuo de la pareja antes, durante y después del embarazo, la comunicación, la división del trabajo, la cercanía emocional, la satisfacción sexual, el fomento del autocuidado, el desarrollo de aceptación y la búsqueda de ayuda son recomendaciones que pueden prevenir síntomas depresivos y ansiosos a lo largo de las distintas etapas de esta transición (Pilkington, Milne, Cairns & Whelan, 2016).

Intervenciones psicológicas tempranas pueden evitar un incremento de las alteraciones emocionales (Martini, Asselmann, Franziska, Strehle & Wittchen, 2016). Educar a las parejas sobre el papel de la sociedad y expectativas personales antes de tener un hijo, y cómo estas expectativas pueden influir en los niveles de autoestima, depresión, ansiedad y estrés puede favorecer la vivencia de esta etapa evolutiva (Lazarus & Rossouw, 2015) y prevenir un posible malestar psicológico futuro (Vismara et al., 2016).

## 5. CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta Tesis ha sido arrojar luz acerca de qué alteraciones emocionales pueden desarrollarse en cada una de las etapas de la transición a la maternidad/paternidad y cómo todo ello puede afectar a la relación de pareja.

De acuerdo a dichos objetivos, podemos concluir los siguientes aspectos:

- I. Las parejas en transición a la maternidad/paternidad muestran una reducción en el bienestar psicológico de la pareja durante la etapa de embarazo natural. Esa insatisfacción conyugal se da por igual en las mujeres y en los hombres.
  
- II. Es también durante el embarazo natural donde las mujeres muestran síntomas de depresión, sin llegar a ser clínicos. En este caso, a pesar de la baja satisfacción que los hombres manifiestan durante esta etapa, ello no se traduce en síntomas depresivos. Sin embargo, no existen niveles más elevados de ansiedad estado que en el resto de los grupos ni diferencias en esta variable entre ambos miembros de la pareja durante el embarazo natural.

- III. En las parejas infértiles se ha encontrado que, son las que finalmente consiguen quedar embarazadas a través de TRA, las que más ansiedad estado muestran antes del inicio del tratamiento, siendo particularmente importante la diferencia con aquellos que han conseguido un embarazo natural. Por otro lado, no existen diferencias en ansiedad rasgo entre los dos grupos infértiles.
  
- IV. Existe una tendencia a mostrar mayor bienestar psicológico de la pareja en aquellos que están pasando por una experiencia de infertilidad.
  
- V. No se encuentran diferencias en la vivencia de infertilidad entre mujeres y hombres, es decir, ambos miembros de la pareja muestran los mismos niveles en ansiedad y en bienestar psicológico de la pareja.
  
- VI. Las parejas que ya tienen hijos no manifiestan mayor ansiedad estado que el resto.
  
- VII. En cuanto al estudio de la ansiedad rasgo, las mujeres son las que muestran valores superiores no clínicos independientemente de la

etapa de la que hablemos. Y comparando los grupos, son las parejas que deciden no ser madres/padres las que muestran una ansiedad rasgo superior.

Todas estas conclusiones nos hacen pensar en la importancia de considerar la etapa de transición a la maternidad/paternidad en la que se encuentran las parejas, pues en cada una de ellas se tienen unas necesidades distintas derivadas de unos objetivos diferentes. Aunque la mujer ha sido ampliamente estudiada, hemos visto cómo no podemos dejar de dar importancia a cómo el hombre afronta los cambios que las distintas etapas exigen, pues sus estrategias de afrontamiento podrían modular el afrontamiento de la mujer.

### ***5.1. Implicaciones prácticas***

Los datos obtenidos en la presente Tesis sirven para guiarnos en el asesoramiento de futuros padres ante su primera transición a la maternidad/paternidad, sobre todo a aquellos con características socioculturales similares a las de nuestros grupos de estudio. También puede servir para el diseño de programas de intervención así como otros tipos de recursos y actividades (libros, talleres, recursos electrónicos,...) a los que las parejas que estén pasando por alguna de las etapas de esta transición tengan fácil acceso.

Agrupando las implicaciones prácticas derivadas de este estudio en base a las distintas etapas estudiadas podemos concluir:

1. Decidir ser o no padres es una decisión compleja que implica múltiples factores y que puede estar vinculada a ciertos rasgos de personalidad. Percibir ser madre/padre como una amenaza al estilo de vida que conlleva un aumento de estrés puede ser más evidente en aquellos con ansiedad rasgo incluso en sus valores no clínicos. A través del asesoramiento en la toma de decisiones y la utilización de técnicas de visualización podemos ayudar a las parejas a tomar decisiones reproductivas.
2. Que la pareja decida que es el momento idóneo para tener descendencia no implica que lo consiga. Algunas parejas reciben el diagnóstico de infertilidad después de muchos intentos de embarazo, desgastándose emocionalmente, pero el bienestar psicológico de la pareja no tiene por qué verse afectado. Ante la perspectiva de la infertilidad muchas mujeres sienten culpabilidad por no poder controlar sus emociones creyendo que los nervios y la ansiedad que conlleva enfrentarse a TRA va a disminuir sus posibilidades de embarazo. En contra de esta afirmación, podemos dar información a las parejas explicándoles que ciertos niveles de

ansiedad no clínicos pueden incluso contribuir a aumentar la tasa de concepción. Hoy en día cada vez hay más clínicas especializadas en reproducción asistida que cuentan con psicólogos en sus plantillas debido a la importancia que tiene el trabajo emocional con estas parejas no sólo para conseguir su meta, el embarazo, sino para la aceptación de una vida sin hijos en caso de no conseguirlo.

3. El período de gestación requiere especial atención dado que su vivencia no sólo afecta a la madre sino también al bebé que viene en camino. La variedad de cambios a los que la mujer está sometida contribuyen al aumento de síntomas depresivos y a un descenso en la satisfacción de pareja. Debido a las continuas visitas médicas que este período conlleva parece el momento idóneo para que los especialistas no sólo se preocupen por el bienestar físico sino también psicológico de la futura madre con el fin de detectar posibles alteraciones emocionales como la depresión y poder prevenir depresiones postparto priorizando el acceso a las terapias psicológicas durante la etapa perinatal a las mujeres en riesgo (Plant et al., 2015). Clases de preparación al parto en las que las parejas puedan expresar cómo se sienten pueden ayudar a gestionar las emociones por lo que puede resultar beneficioso que

sean impartidas por profesionales de la psicología de la reproducción.

4. Ser madre/padre no necesariamente va acompañado de una reducción en la satisfacción de pareja ni de alteraciones emocionales. Factores personales, situacionales y contextuales pueden modular la gestión emocional de esta etapa.
5. Es importante incluir a los hombres en la investigación sobre la transición a la maternidad/paternidad pues nos va ayudar a entender mejor las consecuencias para la salud mental de convertirse en madre/padre por primera vez, así como mejorar las intervenciones diseñadas para ayudar a las parejas que experimentan esta importante transición.
6. Todas las etapas pueden beneficiarse del trabajo psicológico explorando los recursos y fortalezas de cada miembro y de la pareja para afrontar los cambios que cada una de ellas supone.

## ***5.2. Limitaciones, puntos fuertes y futuras líneas de investigación***

Una de las principales dificultades de nuestro trabajo ha sido contactar con parejas en las que ambos miembros estuvieran dispuestos a compartir sus experiencias y emociones con respecto a la maternidad/paternidad, así como conseguir obtener grupos homogéneos en cada una de las etapas estudiadas.

En cuanto al diseño, desde una perspectiva longitudinal se podría ver todo el proceso de convertirse en madre/padre. Dado que es una transición evolutiva que conlleva reajustes individuales y de pareja podríamos estudiar cómo la pareja viaja emocionalmente en cada una de las etapas y dentro de la etapa de gestación en cada uno de los trimestres. La dificultad de este proceso es que puede llevar años convertirse en madre/padre por lo que resulta complicado disponer de parejas dispuestas a formar parte de un estudio de este tipo. No obstante el carácter transversal de nuestro estudio permite comparar cinco poblaciones distintas en un mismo momento temporal y social.

En cuanto a los instrumentos de evaluación seleccionados, cabe resaltar que la evaluación psicológica se ha llevado a cabo con rigor ético y científico y por profesionales de la psicología seleccionando instrumentos de evaluación que pudieran aportar información útil al estudio y que hubieran sido empleados en otros estudios de similares características. Por ello, seleccionamos el BDI-I, si

bien consideramos que dado que algunos ítems hacen referencia a síntomas físicos que habitualmente pueden ocurrir durante el embarazo uno de sus limitaciones es que podría indicar algún falso positivo. En este sentido, Alexander, Rodríguez-Muñoz, Perry & Le (2014) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar las propiedades psicométricas del BDI-II durante el embarazo en una muestra latina. Concluyeron que el BDI-II puede servir como una medida de cribado para la depresión demostrando buenas propiedades psicométricas durante el período perinatal. Estos autores apuestan por un modelo de tres factores: cognitivo-afectivo, somático y síntomas de embarazo. La distinción entre los dos últimos factores puede ayudarnos a diferenciar entre síntomas comunes de embarazo (llanto, agitación, cambios en los patrones de sueño y cambios en el apetito) de síntomas depresivos patológicos (pérdida de interés, pérdida de energía, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio y pérdida de interés sexual), de esta forma podríamos controlar los falsos positivos mencionados. Por lo que en una línea futura de investigación propondríamos la utilización del BDI-II.

En cuanto al STAI su elección estuvo basada en su validez demostrada en población general, postnatal e infértil, y en que probablemente es uno de los mejores instrumentos que en la actualidad disponemos para la población embarazada (Evans, Spiby & Morrell, 2015). No obstante, a pesar de que las medidas generales de ansiedad han sido adaptadas para su uso durante el

embarazo, creemos que son necesarias más pruebas psicométricas que aseguren que estos cuestionarios contienen ítems fiables y apropiados para el período prenatal. Siguiendo esta línea, Bayrampour et al. (2015) sugieren que la llamada ansiedad relacionada con el embarazo (PrA) está más fuertemente asociada a la evolución materna y del niño que la ansiedad general, por lo que debería constituir un concepto distinto. Otros autores consideran que tanto la ansiedad general como la PrA pueden estar relacionadas con la evolución negativa de la madre, por ejemplo incrementando la náuseas pero que, específicamente, la PrA estaría más relacionada con resultados negativos en el niño como por ejemplo un parto prematuro (Brunton, Dryer, Saliba & Kohlhoff, 2015). Por lo tanto, se necesita más investigación al respecto así como una atención clínica específica en esta población (Blackmore, Gustafsson, Gilchrist, Wymand & O'Connor, 2016).

La elección del EBP estuvo basada en sus excelentes índices de validez y fiabilidad y en la rapidez y brevedad con la que se obtiene una valoración específica del bienestar psicológico de la pareja. Aunque muchos de sus ítems hacen referencia a aspectos sexuales de la relación, estudios de características similares relacionan el bienestar con la satisfacción sexual. No obstante, cabe señalar que no hemos tenido en cuenta el número de hijos que tenían las parejas del grupo “con hijos” ni la edad de los mismos, así como otras variables que pudieran estar influyendo en todos los grupos como la propia historia de evolución de la pareja o características de personalidad individuales que

modulen tanto a la pareja como al bienestar emocional individual de cada miembro.

Las limitaciones mencionadas abren nuevas líneas de investigación como las que hemos ido exponiendo. Tomando la transición maternidad/paternidad en su globalidad, consideramos necesario contar con muestras más amplias, estudios longitudinales, aplicar pruebas de screening relacionadas con el ciclo reproductivo que midieran desajuste emocional, como posible pródromo de trastornos emocionales o la necesidad de incluir al hombre dentro del estudio de cada una de las etapas de transición. Asimismo sería interesante analizar a la pareja como unidad, es decir, poder realizar análisis estadísticos que nos permitan comprender cómo la vivencia de cada miembro de la pareja puede afectar al otro y no sólo a él mismo de forma individual, hipotetizando así cierta interdependencia emocional capaz de modular el tipo de afrontamiento llevado a cabo. Algunos estudios se han centrado en las actitudes maternas pues están relacionadas con trastornos psicológicos entre las madres primerizas durante la transición a la maternidad/paternidad y pueden proporcionar un medio útil para identificar a las mujeres que pueden beneficiarse de la intervención durante el período perinatal (Sockol et al., 2014), sería interesante más estudios al respecto. No obstante, no debemos dejar de lado la influencia que el apoyo social y en concreto el marital puede tener sobre estas actitudes maternas. Estudios centrados en factores protectores y no sólo de riesgo pueden brindarnos una

mejor comprensión gracias a una perspectiva más global sobre los distintos factores que pueden interactuar en esta transición evolutiva (Freitas et al., 2016). Por otro lado, estudios posteriores podrían incluir otros grupos formados, por ejemplo, por parejas en proceso de adopción, familias de acogida, parejas del mismo sexo, etc.

Separando cada una de las etapas descritas, encontramos varias líneas de investigación para el futuro:

En primer lugar, a la luz de los resultados en ansiedad rasgo que encontramos en las parejas que no buscaban tener un hijo realizamos un seguimiento de todas ellas encontrando que aún hoy en día ninguna de ellas tiene el deseo de convertirse en padres por lo que, consideramos interesante analizar si existen ciertos rasgos de personalidad y de pareja que puedan motivar tal decisión. Sería interesante evaluar los acontecimientos vitales que estas parejas puedan estar viviendo y la forma en que se enfrentan a ellos. Puede ser que perciban como una situación potencialmente estresante tener un hijo dados sus niveles más altos de ansiedad rasgo, subestimando sus propios recursos personales y que ello les lleve a desplegar estrategias de afrontamiento poco adaptativas. Llegados a este punto, podemos considerar que cada una de las etapas estudiadas puede ser percibida como amenazante en base a las características individuales de cada persona, por lo que incluir escalas de

estrategias de afrontamiento como la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) con buenas propiedades psicométricas y versatilidad en el análisis de situaciones estresantes (Cano-García, Rodríguez-Franco & García-Martínez, 2007) puede resultar útil para entender y ayudar a las parejas.

En segundo lugar, creemos necesario llevar a cabo más estudios acerca del papel de la ansiedad en infertilidad con respecto a la tasa de embarazo, al bienestar individual y de pareja teniendo en cuenta los recursos y fortalezas con los que la pareja cuenta, no sólo durante el tratamiento de reproducción asistida sino también durante y después del embarazo, pues algunas investigaciones indican que la angustia asociada a la infertilidad podría persistir cuando ya se es madre/padre (Hjelmstedt, Widström, Wramsby & Collins, 2004).

En tercer lugar, puede resultar interesante estudiar las diferencias de relación materno y paterno filial entre aquellos que conciben naturalmente y aquellos que lo hacen de forma artificial, pues algunos estudios indican que a pesar de que los padres que conciben gracias a TRA se implican de manera muy positiva en su nueva función parental, el trauma de la infertilidad puede afectar a la relación padres-hijo (Beauquier-Maccotta, 2009).

En cuarto lugar, dada la importancia de la etapa de embarazo conviene seguir investigando en la detección precoz de trastornos emocionales para el

diseño de tratamientos psicológicos específicos que ayuden al bienestar del padre, de la madre y por extensión del bebé que viene en camino. Asimismo, se podrían establecer las diferencias entre los aspectos psicológicos que un embarazo único conlleva en comparación con uno múltiple.

Por último, una vez que las parejas ya se han convertido en padres puede resultar interesante seguir estudiando qué hace que haya parejas que vivan el proceso de la crianza como una verdadera crisis y otras no. Dentro de esta etapa podrían establecerse subetapas en función de las edades de los niños o diferencias entre familias con un hijo/a o más.



## 6. PUBLICACIONES

### **6.1. Primer artículo**

#### **Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study**

Arnal-Remón, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I. & Antequera-Jurado, R. (2015). Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 128–139. doi.org/10.1080/02646838.2014.986648

País de publicación: Reino Unido

ISSN: Versión impresa 0264-6838; Online 1469-672X

Área: Ciencias médicas y de la salud, Psicología

Bases: JCR y SJR

Factor de Impacto: 0.886 en JCR y 0.410 en SJR

Posición de la revista en el área: 71/129 en JCR

Cuartil: Cuartil 3 en la categoría de Psicología Multidisciplinar en JCR y Cuartil 2 en las categorías de Obstetricia y Ginecología, Psicología y Medicina Reproductiva y Cuartil 3 en la categoría de Pediatría, Perinatología y Salud del niño en SJR.

## Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study

B. Arnal-Remón<sup>a</sup>, C. Moreno-Rosset<sup>a\*</sup>, I. Ramírez-Uclés<sup>a</sup> and R. Antequera-Jurado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, The National Distance Education University (UNED), Madrid, Spain;* <sup>b</sup>*Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Seville, Seville, Spain*

(Received 6 February 2014; accepted 8 November 2014)

**Objective:** The aim of the study was to evaluate symptoms of depression and anxiety and psychological well-being in men and women in their third trimester of pregnancy, and to compare them with two control groups of men and non-pregnant women, both with children and without children. **Background:** Perinatal research has largely focused on maternal depression, anxiety and the state of the marital relationship, but few studies exist including partners and comparisons with control groups of men and women both with and without children. **Methods:** The study was a cross-sectional survey. The total sample was 156 participants. Approximately equal numbers of participants in each group were recruited through a local community health centre in Zaragoza (Spain) and completed questionnaires in the presence of a psychologist. Anxiety, depression and the couple's self-ratings of their well-being were assessed with the Beck Depression Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory, and Psychological Well-being in the couple Scale, respectively. **Results:** The results show higher levels of depression symptoms in the 'pregnancy group'; specifically, pregnant women reported higher levels of depression than their male partners. Also, the 'pregnancy group' (men and women) show lower scores on psychological well-being in the couple compared with the control groups. No significant differences in anxiety-state between the groups and sex were obtained. **Conclusion:** These findings are important for both researchers and clinicians in practice, in order to improve the identification of women with antenatal depressive symptoms and offer more psychological support for women and their partners during and after pregnancy.

**Keywords:** pregnancy; anxiety; depression; marital relationship; gender

### Introduction

Pregnancy represents a period of increased psychological vulnerability (Della Vedova, Ducceschi, Cesana, & Imbasciati, 2011); it can be a stressful life event that may have repercussions for women depending on factors like age, health and socio-economic resources (Ostrove, Adler, Kuppermann, & Washington, 2000). Physical, physiological, psychological and social changes can cause psychological disorders that may affect both the mother to be and her new child's health (Martin & Redshaw, 2010). Antenatal mood symptoms, such as depression and anxiety, have been found to be

---

\*Corresponding author. Email: [cmorenor@psi.uned.es](mailto:cmorenor@psi.uned.es)

associated with premature birth and prior miscarriages (Campagne, 2004; Orr, Blazer, James, & Reiter, 2007) as well as longer periods in hospital during the perinatal period (Lancaster, Flynn, Johnson, Marcus, & Davis, 2010). The baby itself may receive lower Apgar scores or even register a smaller head circumference (Chen, Chan, Tan, & Lee, 2004; Stanton, Lobel, Sears, & Stein De Luca, 2002).

Consequently, early detection of possible emotional disorders may potentially help in preventing subsequent complications both in the mother and the future child and may possibly be useful in prenatal screening. Studies carried out with the screening test CES-D show that 50% of pregnant women present high-level depression symptoms (Orr et al., 2007) and 12.3% at a level of clinical interest (Della Vedova et al., 2011), using cut-off points on the CES-D of either  $\geq 16$  (clinically significant) or  $\geq 23$  (major depression). On the other hand, Rubertsson, Waldenström and Wickberg (2003) identified, in a Swedish sample, a prevalence of antenatal depressive mood of 8% (screened above 14 on the EPDS), while Gavin et al. (2005) reported, in a systematic review, a prevalence of 12.7% of major depression.

The frequency of the depression depends on the pregnancy trimester. Some authors have found that the symptoms get worse as the pregnancy progresses (Mejías, Rodríguez-Pinilla, Fernández-Martín, & Martínez-Frías, 2007), with the risk of depression increasing in the third trimester (Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001). However, other studies have observed a decrease of risk from the first trimester right up to the third. This may be attributable to the specific sample used, given that the population under study may have had additional social support in this cohesive, Catholic, island community (Felice, Saliba, Grech, & Cox, 2004).

Although depression is the most studied, it is not the only mood disorder that may occur during pregnancy. Anxiety symptoms are also common. Distress and anxiety may also be accompanied by the activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the sympathetic nervous system, which would alter the blood flow through the placenta either directly or through changes in the mother's haemodynamic state (Vythilingum et al., 2010). Thus, elevated anxiety symptoms may affect fetal growth. Decreases in vagal tone, levels of dopamine and serotonin, and performance on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale has been observed in newborns (Field et al., 2003).

For these reasons, children born to mothers who suffer from anxiety may have up to double the possibility of developing emotional and behaviour problems as well as a higher risk of suboptimal neurological development. The effects of anxiety, measured trimester by trimester, have also been studied. Higher levels of anxiety have been found in the first and third trimesters, both for pregnant women and their marital partners (Teixeira, Fisk, & Glover, 1999).

Both anxiety and depression can increase in women through lack of support throughout the pregnancy. Partner support seems to be protective in the face of adverse situations, while the absence of support is a risk factor related to earlier onset and increased prevalence of mood disorders before and after giving birth (Alfaraj, Spada, Nikčević, Puffett, & Meer, 2009; Hammarberg et al., 2013; Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius, & Piha, 2001; Rubertsson et al., 2003; Whisman, Davila, & Goodman, 2011).

Support for the male partner is also important. The father-to-be may find his own psychological stress increases throughout the pregnancy due to his worries

about the pain his partner may have to go through during the birth or due to the possibility of complications. At the same time, men may be able to help to identify anxiety symptoms or depression in their partners, making it important to consider their perceptions as well (deMontigny & deMontigny, 2013; Forsyth, Skouteris, Wertheim, Paxton, & Milgrom, 2011). Additionally, Martin and Redshaw (2010) illustrate that pregnancy alters the relationship in the couple, while others suggest that pregnancy may often have a damaging effect on the marital relationship (Clulow, 1991; Dulude, Bélanger, Wright, & Sabourin, 2002). In fact, the longer the pregnancy continues, the more sexual stimulation and satisfaction decreases, as does the ability to experience orgasm due to both fear and the increase in pain during coitus, especially in the third trimester (Pamela, Lyle, Otto, & Joshi, 2003). However, Orji, Ogunlola, and Fasubaa (2002) carried out a study of 500 pregnant women from Ilesa (Nigeria) and found that the sexual desire of most women remained the same throughout the course of the pregnancy (60%), 28% experienced decreased sexual drive, and 12% had increased sexual drive. This illustrates that the possible decrease in sexual desire for some women does not necessarily mean that there are problems in the relationship. The majority of them regain their sexual desire within months of giving birth (Pamela et al., 2003).

Because stress in pregnancy can influence the development of birth complications, early identification of those pregnant women who experience high levels of mood disorders becomes important. The purpose of this study is to analyse the presence of depression and anxiety and the degree of psychological well-being in a sample of pregnant women in their third trimester and their male partners. The results obtained were compared with two control groups, one formed by people who had already had children and another group which had never had offspring. Both the inclusion of men in this study and the comparison of pregnant women with two control groups, one with couples that have had children and one with couples that have never had them, are aspects which have not been included in previous studies. In agreement with the results found in the literature, we expected to find greater levels of depression and anxiety in the 'pregnant group'; these effects could be increased in women; and lesser levels of psychological well-being in the couple from the 'pregnant group'. There should be no differences between couples in the control groups in regards to levels of anxiety, depression and satisfaction.

## **Method**

### ***Participants***

The total sample used in this study consisted of 156 heterosexual participants, 76 men (mean age = 35.16; *SD* = 4.49) and 80 women (mean age = 33.80; *SD* = 4.64). The group labelled 'pregnancy' was made up of 50 participants (25 women and their partners) in their third trimester of pregnancy (mean = 36.24 weeks of gestation; *SD* = 2.34) and with an average age of 34.48 (*SD* = 3.08). All couples invited to participate accepted. None of the couples had children previously. The two control groups consisted of men and women who were not expecting babies; one group already had children and the other with no children at all. The 'no pregnancy with children' group was made up of 52 people (25 men and 27 women; mean age = 37.38; *SD* = 4.35). In the 'no pregnancy without children' group, 54 people (26 men and 28 women; mean age = 31.63; *SD* = 4.60) took part. In both

control groups two men refused to answer the questionnaires. To determine the homogeneity of the three groups in socio-demographic variables, the statistic  $\chi^2$  was applied on the contingency tables which represent the different frequencies in education level (basic studies, secondary or higher) and type of work (top executives, middle-sized companies, administrative workers or sales representatives, office workers or shop keepers, skilled manual labourers, semi-skilled labourers and non-skilled labourers). The results indicate that there are no significant differences between the groups in education level ( $\chi^2(4) = 5.47; p = .24$ ), or in the work situation ( $\chi^2(12) = 16.13; p = .18$ ). The majority are subjects with higher education and professionally active. This indicates that the three groups show homogeneity in these variables. The subjects showed no differences in the existence of fertility problems ( $\chi^2(2) = 4.14; p = .12$ ). Women with high-risk pregnancy, prior miscarriages or major medical or psychological problems were excluded from the research. The whole sample lived in a capital city or its surrounding area.

### ***Instruments***

Depression was measured with the Beck Depression Inventory (BDI; Beck & Steer, 1991), validated in Spanish by Sanz and Vázquez (1998), which is the most used self-report inventory in previous research during pregnancy (Alder, Fink, Bitzer, Hösli, & Holzgreve, 2007; Alfaraj et al., 2009; Faisal-Cury, & Rossi Menezes, 2007). It consists of 21 items which assess a wide range of symptoms of depression. The time framework refers to the present moment and the previous week. In the Spanish population, it shows good internal consistency (Cronbach alpha .83). The test-retest reliability is .72 in a one-month interval and between .60 and .69 in a three-month interval. Its content proved to have both convergent and discriminant validity.

Marital relationships were evaluated with the Psychological Well-being in the couple Scale (EBP; Sánchez-Cánovas, 2007). Created and validated in Spain, it consists of 15 items with different formats for both men and women, and describes personal attitude in relation to sexuality and other relations in the couple. The internal consistency coefficient is .88.

Anxiety was measured using the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2008) which comprises two scales of 20 items, each one assessing current (state) and general (trait) symptoms of anxiety. The internal consistency of studies in the Spanish population has a Cronbach alpha .90 for anxiety-trait and .94 for anxiety-state. The Spielberger STAI is appropriate in the general population and recent years have seen a growing literature utilising the inventory in pregnant populations (Gunning et al., 2010).

### ***Procedure***

Total sample assessment was carried out in a local community health centre in Zaragoza (Spain). The 'pregnancy group' consisted of pregnant women and their partners enrolled in birth school classes. Evaluation of emotional states and psychological well-being in the couple was done in the 'pregnancy group' approximately in the middle of the third trimester at birth school classes. The control groups were assessed when they went to the same centre for health consultations which were neither major medical nor psychological problems. The psychologist explained the

aims of the study to get informed consent from all participants. The questionnaires were presented by one of the study authors (B A-R). All participants signed the necessary agreements. The study was approved by both Health Centre Ethics' boards and by the Research Ethics Committee of the National Distance Education University (UNED).

**Data analysis**

Data analysis for depression and psychological well-being in the couple was performed using bifactorial between-subjects ANOVAs  $2 \times 2$ , considering Group and Gender as independent variables and the BDI and EBP scorings as dependent variables. For anxiety, data analysis was performed using bifactorial between-subjects MANOVAs  $2 \times 2$ , considering Group and Gender as independent variables and the STAI scoring in state and trait anxiety as dependent variables. Post-hoc planned comparisons between the groups were conducted using a Tukey test. The level of significance was set at .05 for all analyses. Data were analysed in SPSS v. 19 (SPSS Inc.).

Table 1. Descriptive statistics for the scales and subscales.

<i>Depression (BDI)</i>						
	Men		Women		Total	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Pregnancy	4.04	3.58	7.44	5.57	5.74	4.94
No pregnancy with children	4.16	3.70	5.81	5.40	5.02	4.69
No pregnancy without children	7.19	6.10	5.61	6.13	6.37	6.11
<i>Psychological well-being in the couple Scale (EBP)</i>						
	Men		Women		Total	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Pregnancy	55.12	8.87	56.64	7.75	55.88	8.28
No pregnancy with children	62.20	5.66	62.27	7.44	62.24	6.56
No pregnancy without children	64.31	5.66	64.30	7.63	64.30	6.67
<i>State-Anxiety (STAI-S)</i>						
	Men		Women		Total	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Pregnancy	12.32	8.66	12.44	6.25	12.38	7.48
No pregnancy with children	14.68	7.05	14.37	9.98	14.52	8.61
No pregnancy without children	15.58	9.72	13.61	7.14	14.56	8.46
<i>Trait-Anxiety (STAI-T)</i>						
	Men		Women		Total	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Pregnancy	12.76	5.15	16.40	7.38	14.58	6.55
No pregnancy with children	13.36	8.58	16.15	7.86	14.81	8.25
No pregnancy without children	19.73	8.67	18.96	6.48	19.33	7.55

## Results

Descriptive data (means and standard deviations) for the measures are presented in Table 1.

### Depression

The 2 (Group)  $\times$  2 (Gender) results yielded a significant effect of Group  $\times$  Gender interaction ( $F(2,150) = 3.07$ ;  $MC_e = 27.24$ ;  $p = .04$ ;  $\eta^2_p = .03$ ;  $\beta = .58$ ). No significant main effect of Gender and Group was found (see Table 2).

Analysis of the interaction was performed comparing men and women's scorings in the different groups ('pregnancy', 'no pregnancy with children' and 'no pregnancy without children'). The  $t$ -test for independent samples was used and the Levene test was conducted to check the assumption of homogeneity of variance. Appropriate corrections in degrees of freedom were applied in case of violation. The results showed significant differences between men and women in the 'pregnancy group' ( $t(48) = -2.56$ ;  $p = .01$ ;  $\beta = .71$ ), such that women presented higher depression levels than men. No significant differences in depression were found in the 'no pregnancy with children' and the 'no pregnancy without children' groups (see Table 3).

### Psychological well-being in the couple

The 2 (Group)  $\times$  2 (Gender) ANOVA results yielded a significant main effect of Group ( $F(2,148) = 18.62$ ;  $MC_e = 52.73$ ;  $p = .00$ ;  $\eta^2_p = .20$ ;  $\beta = 1.00$ ). No significant main effects of Gender and interaction were found (see Table 2).

Table 2. ANOVAs Group  $\times$  Gender for the scales and subscales.

Instruments/variables	$F$	$MC_{error}$	$p$	$\eta^2_p$	$\beta$
<i>Depression (BDI)</i>					
Group	(2,150) = 0.96	27.24	.38	.01	.22
Gender	(1,150) = 1.91	27.24	.16	.01	.28
Group $\times$ Gender	(2,150) = 3.07	27.24	.04*	.03	.58
<i>Psychological Well-being in the couple Scale (EBP)</i>					
Group	(2,148) = 18.6	52.73	.00*	.20	1.00
Gender	(1,148) = 0.20	52.73	.65	.00	.07
Group $\times$ Gender	(2,148) = 0.18	52.73	.84	.00	.08
<i>State-Anxiety (STAI-S)</i>					
Group	(2,150) = 1.18	68.49	.31	.01	.25
Gender	(1,150) = 0.29	68.49	.58	.00	.08
Group $\times$ Gender	(2,150) = 0.23	68.49	.79	.00	.09
<i>Trait-Anxiety (STAI-T)</i>					
Group	(2,150) = 6.95	55.59	.00*	.08	.92
Gender	(1,150) = 2.49	55.59	.11	.01	.35
Group $\times$ Gender	(2,150) = 1.29	55.59	.27	.01	.28

\* $p \leq .05$ .

Table 3. Analysis of the interaction Group × Gender for Depression variable (BDI).

Effects	<i>T</i>	Mean differences	<i>p</i>	$\eta^2_p$	$\beta$
Gender in pregnancy	(48) = -2.56	-3.40	.01*	.12	.71
Gender in no pregnancy with children	(50) = -1.27	-1.65	.20	.03	.24
Gender in no pregnancy without children	(52) = 0.95	1.58	.34	.02	.15

\**p* ≤ .05.

Table 4. Post-hoc Tukey in psychological Well-being in the couple Scale and Anxiety.

<i>Group in psychological Well-being in the couple Scale (EBP)</i>		
	No pregnancy with children	No pregnancy without children
Pregnancy	.00*	.00*
No pregnancy with children		.31
<i>Group in Trait Anxiety (STAI-T)</i>		
	No pregnancy with children	No pregnancy without children
Pregnancy	.98	.00*
No pregnancy with children		.00*

\**p* ≤ .05.

To observe the differences between men and women in psychological well-being in the couple, the post-hoc Tukey test was used. The results show significant differences between the ‘pregnancy group’ and the ‘no pregnancy with children group’ (*p* = .00), and between the ‘pregnancy group’ and the ‘no pregnancy without children group’ (*p* = .00). In both cases, the ‘pregnancy group’ has lower scores. No significant differences were found between control groups. Therefore, the ‘pregnancy group’ (men and women) has the lowest scores in psychological well-being in the couple scale (see Table 4).

### Anxiety

The 2 (Group) × 2 (Gender) MANOVA results yielded significant effects for Group (Wilks’ lambda = 0.87, *F*(4,298) = 5.25; *p* = .00;  $\eta^2_p$  = .06;  $\beta$  = .97). No significant main effects of Gender and interaction were found (see Table 5).

To analyse the group effect in anxiety, two univariate ANOVAS were performed with State and Trait anxiety as dependent variables. The results only show a significant effect of Group in the dependent variable Trait anxiety (*F*(1,150) = 6.95, *MCE* = 55.59; *p* = .00;  $\eta^2_p$  = .08;  $\beta$  = .92; see Table 2).

To observe the differences between the different groups in Trait anxiety, the post-hoc Tukey test was used (see Table 4). The results show significant differences

Table 5. MANOVAs Group × Gender for the variable Anxiety (STAI).

Variables	Wilks’ lambda	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$	$\beta$
Group	.87	(4,298) = 5.25	.00*	.06	.97
Gender	.95	(2,149) = 1.49	.06	.04	.64
Group × Gender	.98	(4,298) = 0.70	.58	.00	.23

\**p* ≤ .05.

between the 'pregnancy group' and the 'no pregnancy without children group' ( $p = .00$ ); the 'no pregnancy without children group' had higher scores (see Table 1). Significant differences between both control groups were also found ( $p = .00$ ), so the 'no pregnancy without children group' has higher scores. Hence, the 'no pregnancy without children group' has higher scores in trait anxiety (see Tables 1 and 4).

### **Discussion**

In a sample of pregnant women who were not experiencing high-risk pregnancies and came from middle to high educational and socio-economic backgrounds, pregnant women experienced increased depression symptoms in the third trimester. These results are consistent with previous research that shows that between 10% and 15% of pregnant women report high levels of depression in pregnancy (Campagne, 2004; Chávez-Courtois & González-Pacheco, 2008; Della Vedova et al., 2011), with women having a greater tendency to experience depression than men during gestation (Dulude et al., 2002; Figueiredo & Conde, 2011), which increases as the pregnancy develops and reaches a climax in the third trimester (Alfaraj et al., 2009; Evans et al., 2001; Mejías et al., 2007). Depressed mood during pregnancy is the most significant predictor of postpartum depression (Beck, 2001; Rubertsson et al., 2003). So, the results of this present study underline the importance of early detection of symptoms of depression in the third trimester of pregnancy. This is an aspect which has been shown by other studies similar to ours both in non-high-risk pregnancy (Alfaraj et al., 2009; Della Vedova et al., 2011) and in high-risk pregnancy (Denis, Michaux, & Callahan, 2012). The American Psychological Association (APA) considers treatment for depression during pregnancy as a priority (Spinelli & Endicott, 2003), so that postpartum depression, which is usually associated with antenatal depression, may be avoided (Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004). Regarding partner relations, our results are in keeping with Dulude et al. (2002), who demonstrated that pregnancy may often have detrimental effects on the marital relationship. Findings also supported that both men and women in the third trimester of pregnancy experienced a decrease of psychological well-being, consistent with previous research (Belsky & Rovine, 1990; Mercer, Ferketich, & DeJoseph, 1993). As Orji et al. (2002) noted, probably some sexuality aspects in the couple may be affected, as well as the appearance of a decline in joint leisure activities (Belsky & Pensky, 1988; Dulude et al., 2002). These are aspects which are included on the scale that we have applied to assess the state of the marital relationship. For that reason, it is important to provide support for the psychological well-being of pregnant women and their partners.

Our results confirm that the 'pregnancy group' did not present any changes in the levels of trait anxiety, an aspect which has been reported by other authors (Gunning et al., 2012). Nor was state anxiety detected in the 'pregnancy group'. As Kowalyk, Hadjistavropoulos and Jones (2009) argued, anxiety about one's health does not increase during pregnancy when physical sensations are attributed to the pregnancy itself and not to any medical process. Gunning et al. (2010) carried out a study in which the STAI in pregnant women was validated and found that the state scores were higher for the women attending hospital clinics than those attending community clinics, with some suggestion that this may be particularly so for women in their third trimester, which coincides with our results. On the other hand,

our sample did not seem to experience anxiety as commonly as previous research has demonstrated (Giardinelli et al., 2012; Goodman & Tyer-Viola, 2010), especially during the third term (Da Costa, Larouche, Drista, & Brender, 1999; Heron et al., 2004). These results leave room for thought about the aspects which may have influence on anxiety levels in pregnant people. The fact that state anxiety was not detected for the 'pregnancy group' invites us to study the first and second trimester because a lack of knowledge, insecurity, fears of losing the child, and screening tests for abnormalities (Down syndrome, trisomy-18, spina bifida, etc.) may be present.

This study has several limitations, including its cross-sectional design, assessment of symptoms only during the third trimester of pregnancy and reduced sample size. This small sample size limits the power of the study to detect differences which might have achieved significance in a larger sample. Thus, generalisation of these results must be made with caution and the results should be considered preliminary. In addition, both depression and anxiety symptoms and psychological well-being were identified using questionnaires. While this approach was adequate, it is clear that brief self-report measures cannot replace clinical interviews.

Despite those limitations, we believe that the contributions of this preliminary study are: first, to have investigated not only pregnant women but also their partners, as the majority of studies are centred only on women without taking men into consideration (deMontigny & deMontigny, 2013). Second, through the two comparison groups, we have been able to observe the significant differences in depression, anxiety and marital relationship between the pregnant couples and the general population with and without children. In future studies, it would be appropriate to use a longitudinal design where pregnant women and their partners are assessed in different trimesters of pregnancy. We suggest the use of extensive samples coming from different types of community, hospital and reproductive health centres and so on, establishing different groups with and without preparation for childbirth.

### **Conclusions**

The present study aims to explore symptoms of depression and anxiety and psychological well-being in a sample of pregnant couples in their third trimester. The results suggest that in pregnancy, it is important to pay attention to both women and men, with the aim of maximising the psychological well-being of both partners. This is an important point, especially in the third trimester of the pregnancy, where the woman's hormone levels and the dynamics of the sexual relations go through a lot of important changes.

With regard to practice, because depression and anxiety do present frequent comorbidity during pregnancy (Goodman & Tyer-Viola, 2010), this study also pinpoints the need to carry out an early assessment on emotional state at the beginning of the pregnancy in order to detect which people are more prone to developing emotional disorders and thus offer support, advice or the appropriate psychological interventions. This will bring more benefits to pregnant women, their partners and the baby they are expecting.

### **Funding**

This article was funded as part of the actions to aid the dissemination of the Research Promotion Plan of the UNED.

## References

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *20*, 189–209. doi: 10.1080/14767050701209560
- Alfaraj, I., Spada, M., Nikčević, A. V., Puffett, A., & Meer, S. (2009). Positive beliefs about rumination in depressed and non-depressed pregnant women: A preliminary investigation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*, 54–60. doi: 10.1080/02646830701759678
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res*, *50*, 275–285.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Beck Depression Inventory. Manual*. Versión revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez & Sanz. (1991). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage and the Family Review*, *12*, 133–156. doi: 10.1300/J002v12n03\_08
- Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years post-partum. *Journal of Marriage and the Family*, *52*, 5–19. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/352833>
- Campagne, D. M. (2004). Detectar la depresión antes, durante y después de la gestación con el perfil anímico del embarazo [Detecting depression before, during and after pregnancy with the pregnancy mood profile]. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, *47*, 27–35. Retrieved from <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/detecting-depression-before-during-and-after-pregnancy-13058147>
- Chávez-Courtois, M., & González-Pacheco, I. (2008). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre–infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural [Perinatal depression presence and the relation mother–infant. Methodological strategy for a sociocultural look]. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, *4*, 101–111. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940108>>ISSN1794-999
- Chen, H., Chan, Y. H., Tan, K. H., & Lee, T. (2004). Depressive symptomatology in pregnancy. A Singaporean perspective. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, *39*, 975–979. doi: 10.1007/s00127-004-0823-8
- Clulow, C. (1991). Partners becoming parents: A question of difference. *Infant Mental Health Journal*, *12*, 256–266. doi: 10.1002/1097-0355(1991)12
- Da Costa, D., Larouche, J., Drista, M., & Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*, 609–621. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00064-1
- Della Vedova, A. M., Ducceschi, B., Cesana, B., & Imbasciati, A. (2011). Maternal bonding and risk of depression in late pregnancy: A survey of Italian nulliparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*, 208–222. doi: 10.1080/02646838.2011.592973
- deMontigny, P., & deMontigny, F. (2013). Conceiving a first child: Fathers' perceptions of contributing elements to their decision. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *31*, 274–284. doi: 10.1080/02646838.2013.809519
- Denis, A., Michaux, P., & Callahan, S. (2012). Factors implicated in moderating the risk for depression and anxiety in high risk pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *30*, 124–134. doi: 10.1080/02646838.2012.677020
- Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J., & Sabourin, S. (2002). High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *20*, 101–123. doi: 10.1080/02646830220134612
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, *323*, 257–260. doi: 10.1136/bmj.323.7307.257
- Faisal-Cury, A., & Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, *10*, 25–32. doi: 10.1007/s00737-006-0164-6

- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders, 82*, 297–301. doi: 10.1016/j.jad.2003.11.011
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., et al. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety, 17*, 140–151. doi: 10.1002/da.10071
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3 months postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 14*, 247–255. doi: 10.1007/s00737-011-0217-3
- Forsyth, C., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2011). Men's emotional responses to their partner's pregnancy and their views on support and information received. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 51*, 53–56. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01244.x
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology, 106*, 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M. C., Lino, G., Lunardi, C., et al. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health, 15*, 21–30. doi: 10.1007/s00737-011-0249-8
- Goodman, J. H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health, 19*, 477–489. doi: 10.1089/jwh.2008.1352
- Gunning, M. D., Denison, F. C., Stockley, C. J., Ho, S. P., Sandhu, H. K., & Reynolds, R. M. (2010). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28*, 266–273. doi: 10.1080/02646830903487300
- Hammarberg, K., Wynter, K., Fisher, J., McBain, J., Gibson, F., Boivin, J., et al. (2013). The experience of pregnancy: Does age or mode of conception matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*, 109–120. doi: 10.1080/02646838.2013.782606
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*, 65–73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004
- Kowalyk, K. M., Hadjistavropoulos, H. D., & Jones, S. L. (2009). What impact does pregnancy have on anxiety about health? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30*, 223–230. doi: 10.3109/01674820903276453
- Lancaster, C. A., Flynn, H. A., Johnson, T., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Peripartum length of stay for women with depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Women's Health, 19*, 31–37. doi: 10.1089/jwh.2009.1383
- Martin, C. R., & Redshaw, M. (2010). Psychological well-being in pregnancy: Food for thought? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28*, 325–327. doi: 10.1080/02646838.2010.536357
- Mejías, C., Rodríguez-Pinilla, E., Fernández-Martín, P., & Martínez-Frías, M. L. (2007). Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina durante el tercer trimestre de la gestación y guías de prevención [Adverse effects of selective serotonin reuptake inhibitors use during the third trimester of pregnancy and prevention guidelines]. *Medicina Clínica, 128*, 584–589. doi: 10.1157/13101615
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., & DeJoseph, J. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing & Health, 16*, 45–56. doi: 10.1002/nur.4770160107
- Orji, E. O., Ogunlola, I. O., & Fasubaa, O. B. (2002). Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 22*, 166–168. doi: 10.1080/01443610120113319
- Orr, S. T., Blazer, D. G., James, S. A., & Reiter, J. (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health, 16*, 535–542. doi: 10.1089/jwh.2006.0116
- Ostrove, J. M., Adler, N. E., Kuppermann, M., & Washington, A. E. (2000). Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health

- in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychology, 19*, 613–618. doi: 10.1037/0278-6133.19.6.613
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders, 65*, 9–17. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00265-2
- Pamela, R. C., Lyle, J. L., Otto, A. L., & Joshi, A. (2003). Pregnancy and changes in female sexual desire. *A review. Sexual Behaviour and Personality, 31*, 603–612. doi: 10.2224/sbp.2003.31.6.603
- Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 21*, 113–123. doi: 10.1080/0264683031000124073
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). *Subescala de relaciones con la pareja (EBP, Escala de Bienestar Psicológico)* (2nd ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema, 10*, 303–318. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72710207>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (2008). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (7th ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Spinelli, M. G., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 555–562. doi: 10.1176/appi.ajp.160.3.555
- Stanton, A. L., Lobel, M., Sears, S., & Stein De Luca, R. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 751–770. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.751
- Teixeira, J., Fisk, N., & Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *British Medical Journal, 318*, 153–157. doi: 10.1136/bmj.318.7177.153
- Vythilingum, B., Geerts, L., Fincham, D., Roos, A., Faure, S., Jonkers, J., et al. (2010). Association between antenatal distress and uterine artery pulsatility index. *Archives of Women's Mental Health, 13*, 359–364. doi: 10.1007/s00737-010-0144-8
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology, 25*, 375–383. doi: 10.1037/a0023790

## **6.2. Segundo artículo**

### ***Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood***

Moreno-Rosset, C., Arnal-Remón, B., Antequera-Jurado, R. & Ramírez-Uclés, I. (2016). Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood, 27(1), 29–35. doi: 10.1016/j.clysa.2016.01.004

País de publicación: España

ISSN: versión impresa 1130-5274, on-line ISSN 2174-0550

Área: Psicología

Factor de Impacto: 0.150 en SJR (año 2015)

Cuartil: 4 (año 2015)



## Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood



Carmen Moreno-Rosset<sup>a,\*</sup>, Beatriz Arnal-Remón<sup>a</sup>, Rosario Antequera-Jurado<sup>b</sup>, Isabel Ramírez-Uclés<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, Spain

<sup>b</sup> Universidad de Sevilla, Spain

### ARTICLE INFO

**Article history:**  
Received 19 September 2015  
Accepted 20 January 2016  
Available online 17 February 2016

**Keywords:**  
Transition to parenthood  
Anxiety  
Marital relationship  
Sex

**Palabras clave:**  
Transición a la paternidad  
Ansiedad  
Relación de pareja  
Sexo

### ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the impact of anxiety and psychological well-being of couples in the transition to parenthood. A sample of 256 participants was divided into five groups: 54 "not seeking pregnancy", two groups seeking pregnancy, 50 "infertile that did not get pregnant" and 50 "infertile that achieves pregnancy", 50 "natural pregnancy", and 52 "fertile with children". State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Psychological Well-being in Couple Scale (EBP in Spanish) were used. The "infertile group that achieves pregnancy" gets the highest state-anxiety levels, even though regarding the anxiety-trait the group that is "not seeking pregnancy" shows the highest levels. Regarding psychological wellbeing in couples, the "natural pregnancy" group shows the lowest scores. These results demonstrate the possible functional role that anxiety-state in non-clinical levels can play in getting pregnant and confirm that psychological well-being in couple's relationship decreases only during pregnancy.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Ansiedad y bienestar psicológico de la pareja en la transición a la paternidad

#### RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar el impacto de la ansiedad y el bienestar psicológico de la pareja en la transición a la paternidad. Una muestra de 256 participantes se dividió en cinco grupos: 54 "no buscan embarazo", dos grupos que buscan el embarazo, 50 "infértil que no consiguen embarazo" y 50 "infértil que logra el embarazo", 50 "embarazo natural" y 52 "fértil con niños". Se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Bienestar Psicológico de la pareja (EBP). El "grupo infértil que logra el embarazo" es el que tiene más altos niveles de ansiedad estado, aunque, en relación con la ansiedad rasgo, es el grupo que "no busca embarazo" el que muestra los niveles más altos. En cuanto al bienestar psicológico en la pareja, el grupo "embarazo natural" es el que muestra las puntuaciones más bajas. Estos resultados demuestran el posible papel funcional que la ansiedad estado en los niveles no clínicos puede jugar en el embarazo y confirma que el bienestar psicológico en la relación de pareja disminuye sólo durante el embarazo.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The transition to parenthood may be perceived as a positive life event but it can also be one of the most stressful and challenging changes in life (Deave, Johnson, & Ingram, 2008; Fillo, Simpson,

Rholes, & Kohn, 2015). Parenthood can be regarded as a mental state, a stage of life, a personal choice, a psychological and biological transition, and a great need for the evolution of the species (Swain, 2011). Undoubtedly, the birth of the first child transforms the lifestyle of couples and forces them to make significant changes in their dynamics and functioning in order to adapt to their new roles as parents (Ohashi & Asano, 2012). The transition from pregnancy to parenting involves periods of adjustment, modifying the lifestyle from one stage to another. These periods have important

\* Corresponding author: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). C/Juan del Rosal, 10. 28040 Madrid.  
E-mail address: [cmorenor@psi.uned.es](mailto:cmorenor@psi.uned.es) (C. Moreno-Rosset).

implications for parents, for the parent-child relationship, and for infant development.

But parenting is not a single event but a process. Typically, it begins with pregnancy (or for some couples even before pregnancy, with planning, fertility tests, or by taking prenatal vitamins) and ends a few months after birth. During the transition to parenthood, the couple undergoes a profound transformation, differentiating their relationship into two subsystems: the conjugal dynamics and the co-parenting dynamics (Bouchard, 2014). Some authors suggest that couples become more dissatisfied with their relationship after having children, because the arrival of a new member requires the reorganization of the family dynamics, which can be experienced as a "crisis" (Twenge, Campbell, & Foster, 2003). According to Cowan and Cowan (1995), on average the satisfaction with the relationship usually decreases after the birth of the first child. Thus, for some people it means changes in their life role, the development of chronic fatigue, increased financial burdens, and greater work-family conflict, all of which can increase stress levels. Frequently there is a decrease in marital satisfaction, couple's activities, a reduction in sexual and intimate activities, a reorganization of work and leisure time, and increased conflict (Adamsons, 2013; Cowan & Cowan, 1995; Fillo et al., 2015; Lawrence, Rothman, Cobb, & Bradbury, 2012). The adjustment that occurs during the transition to parenthood differs significantly by sex. Thus, women tend to report higher levels of stress and greater decrease in marital satisfaction than their partners (Bouchard, 2014; Gameiro, Moura-Ramos, Canavaro, Almeida-Santos, & Dattilio, 2011), as well as greater changes in lifestyles and routines (Deave et al., 2008). Nevertheless, in some cases the transition to parenthood may not lead to negative effects (Twenge et al., 2003). Some parents maintain the same levels of satisfaction they had before the birth of the baby and some relationships even improve (Cowan & Cowan, 1995; Fillo et al., 2015; Lawrence et al., 2012; Twenge et al., 2003).

The transition to parenthood is by nature multidimensional and complex, encompassing cultural aspects (de Montigny & de Montigny, 2013) and biological, psychological, dyadic, and social dimensions (Testa, 2010) and so, deciding to have children is one of the most important issues many couples face in their lives. Unlike earlier times, thanks to contraception, couples today are free to decide when to have children and how many they are going to have. When deciding on this issue, they can also consider whether having a child will affect their relationship (Mortensen, Torsheim, Melkevik, & Thuen, 2012).

Many pregnancies are unplanned, babies are born earlier than young couples might want, some are parents without having planned to stay together long term and others unexpectedly become parents as older adults. Even for those that have planned, it may take some time to achieve pregnancy (Redshaw & Martin, 2009). In the field of fertility, the goal is a child, the act is giving birth, the context is the couple, and all this in a short period of time, which can make the intention to have children be more realistic (Testa, Cavalli, & Rosina, 2012). However, many couples decide to postpone parenthood, waiting for the right time (job, economic, emotional security, etc.) thinking that when the time arrives they will have children. On occasions, the right time comes but desires and nature do not come together and then couples must face making complicated decisions such as deciding to not be parents, to adopt or undergo infertility testing and/or treatment (Redshaw & Martin, 2009).

In this last case, in addition to the transition from being a couple to a family, the couple must also make the transition from infertility to medically assisted fertility. If we consider the experience of infertility as a stressful life event, it follows that the stress associated with infertility will affect the quality of subsequent interactions in families who have conceived by assisted reproduction (Cairo et al., 2012). For some, the word paternity and/or maternity evokes

memories, for others a desire, and for many an idealization (Swain, 2011), since for people in infertility treatment, this fact is preceded by many years of efforts, dreams, and desires. However, according to Gameiro et al. (2011) couples who conceive through ART report higher levels of marital satisfaction in the transition to parenthood. According to these authors, this increase is due to the experience of infertility, because during this time the relationship can become stronger. In fact, many couples think that infertility has strengthened their marriage, enabling them to face other difficulties.

However, the decision to delay parenthood is not without consequences. In addition to reduced fertility, it can lead to the need for more prenatal tests in the first months of pregnancy, more interventions during labor and higher rates of caesarean section, and, more commonly in older women, poorer physical health after birth. Therefore, postponing parenthood may seem appropriate at a given time but can be regretted (Redshaw & Martin, 2009). Moreover, successful treatment does not guarantee that women will adapt easily to their new lifestyle. Difficulties in adapting to pregnancy are particularly common among infertile women.

In general terms, the pregnancy itself is a state in which the physical, psychological, and social changes can disrupt the couple because it is not only a complex psychological process but it is also an important event in the life of the woman, her partner, and their families (Lepecka-Klusek & Jakiel, 2007). Many studies describe pregnancy as a time which is a challenge for some couples, often characterized by changes in the dynamics of the relationship (Martin & Redshaw, 2010) and/or lowering of the quality (Dulude, Bélanger, Wright, & Sabourin, 2002). According to Henriksen, Torsheim, and Thuen (2015) the level of relationship satisfaction predicts the risk of infectious diseases in pregnancy. These results are especially important because infectious diseases have the potential to harm the mother and the developing fetus when they occur during pregnancy. Moreover, stress during pregnancy has adverse effects on emotional health. Thus, pregnant women who have stress have a higher risk of substance abuse, developing preeclampsia and premature delivery (Flanagan, Gordon, Moore, & Stuart, 2015), such that high anxiety symptoms may affect fetal growth (Field et al., 2003). That is why some studies have focused on the search for interventions that promote the wellbeing of pregnant women. So, it has been found that relaxation causes a significant decrease in negative emotional states such as anxiety during pregnancy (Guszkowska, Lagwald, & Sempolska, 2013), since it favors states of wellbeing and positive emotionality, promotes bonding of the pregnant mother with the fetus and helps them face and manage stress, and this favors the mother and the unborn child (Nereu-Bjorn, Neves de Jesus, & Casado-Morales, 2013).

Thus, taken as a whole, the transition to parenthood encompasses different moments, ranging from a decision not to have children, to then trying, then waiting, and finally parenting. At each stage the relationship is different, and stressful situations can bring out anxiety symptoms. Although stress and/or anxiety are an adaptive response that can be beneficial to increasing and maintaining performance and health, its excess or deficiency, quantitatively or qualitatively, can be harmful. Thus, the optimal level of activation is one that, in each case, favors the best physical and psychological functioning and, therefore, maximum performance within the real possibilities of each person. Activation levels below or above the optimal level lead to faulty functioning, which impairs performance (Buceta-Fernández, Mas-García, & Bueno-Palomino, 2012). Anxiety and stress are multifaceted concepts and their measurement requires specific cognitive, behavioral, and physiological measures (Koster, 2012).

This research is a continuation of a preliminary study that evaluated symptoms of depression and anxiety and psychological

well-being in men and women in their third trimester of pregnancy, compared with two control groups of men and non-pregnant women, both with children and without children (Arnal-Remón, Moreno-Rosset, Ramírez-Uclés, & Antequera-Jurado, 2015). This study seeks to extend our understanding of the role of anxiety and satisfaction in couples' relationships through more transition to parenthood stages, ranging from couples not seeking pregnancy, two groups seeking pregnancy (one infertile group that does not get pregnant and one that finally gets pregnant with assisted reproduction techniques), those who are naturally pregnant and those with children.

## Method

### Participants

The total sample used in this study consisted of 256 heterosexual participants, 126 men (mean age = 35.45,  $SD = 4.11$ ) and 130 women (mean age = 33.85,  $SD = 4.02$ ). The sample was divided into five groups depending on the different stages in the transition to parenthood: "not seeking pregnancy" group, 54 participants (mean age 31.63,  $SD = 4.60$ ), two groups seeking pregnancy, "infertile that did not get pregnant", 50 participants (mean age 35.74,  $SD = 1.78$ ), "infertile that achieves pregnancy", 50 participants (mean age 34.10,  $SD = 4.11$ ), "natural pregnancy" group, 50 participants in their third trimester of pregnancy (mean age 34.48,  $SD = 3.08$ ) and "fertile with children" group, 52 participants (mean age 37.38,  $SD = 4.35$ ). All couples invited to participate accepted.

### Procedure

Total sample assessment was carried out in a local community health center in Zaragoza (Spain). Evaluation of couples' anxiety and psychological well-being was done in the "natural pregnancy" group approximately in the middle of the third trimester at birth school classes. The group that is "not seeking pregnancy" and the "fertile with children" group were assessed when they went to the same center for health consultations which were neither major medical nor psychological problems. Both infertile groups turned to the medical center after at least one year of unprotected sexual relations with no positive results, and were assessed before starting assisted reproduction treatment (ART). After the ART, we selected two groups depending on whether or not they had achieved pregnancy. The psychologist explained the aims of the study to get informed consent from all participants. The questionnaires were presented by one of the study authors (B. A-R). Each participant completed a sociodemographic, medical, and psychological questionnaire in order to assess compliance with the general inclusion criteria (being of legal age, not having suffered serious psychological disorders or mood disorder and/or anxiety disorders, and not taking drugs that could destabilize mood) and with specific criteria depending on the group they would be part of. Specific criteria for "not seeking pregnancy" group were not trying to conceive and not having tried it previously, even with another couple. Specific criteria for both "infertile" groups were having an infertility diagnosis being at least one year having unprotected sexual relations without pregnancy success, not having yet begun any ART, not having suffered any previous miscarriage, and not having children from any previous relationships. Specific criteria for the "natural pregnancy" group were having conceived naturally without undergoing any ART, with gestational development free from medical and/or psychological complications. Finally, specific criteria for "fertile with children" group were not being pregnant and not trying to conceive, and having given birth after a natural pregnancy. The entire sample was matched in terms of socioeconomic and educational levels.

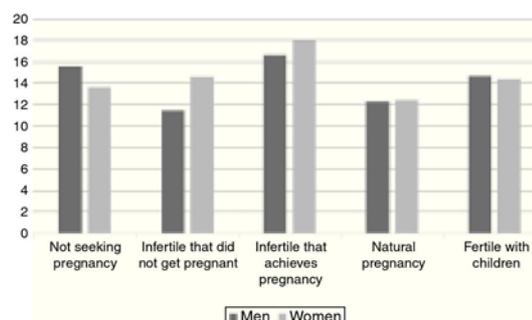


Figure 1. Mean of the scores obtained in State-Anxiety (STAI).

All participants signed the necessary agreements. The study was approved by both Health Center Ethics' boards and by the Research Ethics Committee of the Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

### Measures

Anxiety was measured using the Spanish version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene 2008), which comprises two scales of 20 items, each one assessing current (state) and general (trait) symptoms of anxiety. The internal consistency of studies in the Spanish population has a Cronbach alpha .90 for trait-anxiety and .94 for state-anxiety. The STAI is appropriate in the general population and recent years have seen a growing number of publications utilizing the inventory in pregnant populations (Gunning et al., 2010).

Marital relationships were evaluated with the Psychological Well-being in the couple Scale (EBP in Spanish; Sánchez-Cánovas, 2007). Created and validated in Spain, it consists of 15 items with different formats for both men and women, and describes personal attitudes in relation to sexuality and other relations in the couple. The internal consistency coefficient is .88.

### Design

A bifactorial intergroup design 3 x 2 was used, considering group and sex as independent variables, and the scores obtained in the above-described questionnaires/subscales as dependent variables.

### Data Analysis

The following data analyses were conducted: a bifactorial intergroup 3 x 2 MANOVA, taking group and sex as independent variables and the scores obtained in STAI as dependent variables, and a bifactorial intergroup 3 x 2 ANOVA, taking the same independent variables as before and the scores obtained in the EBP as dependent variable.

### Results

Table 1 shows the mean values and standard deviations of the scores obtained in the different questionnaires. In what follows we provide the mean values obtained in each questionnaire as a function of groups and sex (see Figures 1, 2 and 3).

The MANOVA group x sex results for the anxiety variable illustrate a significant effect of the group variable (Wilks' Lambda = .88,  $F(8, 490) = 4.00$ ,  $p = .00$ ,  $\eta^2_p = .06$ ,  $\beta = .99$ ) and of the sex variable,

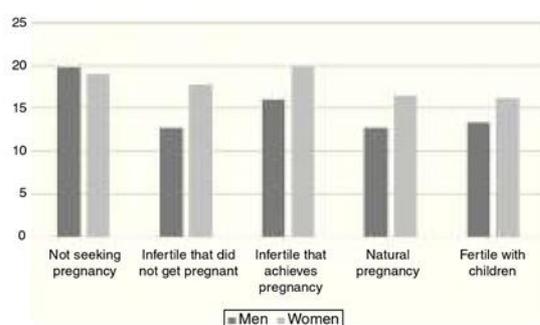
**Table 1**  
Mean and Standard Deviations of the Scores obtained in the Different Questionnaires

	STAI (state-anxiety)					
	Men		Women		Total	
	M	SD	M	SD	M	SD
Not seeking pregnancy	15.58	9.72	13.61	7.14	14.56	8.46
Infertile that did not get pregnant	11.48	6.00	14.6	9.46	13.04	8.00
Infertile that achieves pregnancy	16.68	6.44	18.00	7.71	17.34	7.06
Natural pregnancy	12.32	8.66	12.44	6.25	12.38	7.48
Fertile with children	14.68	7.05	14.37	9.98	14.52	8.61
	STAI (trait-anxiety)					
	Men		Women		Total	
	M	SD	M	SD	M	SD
Not seeking pregnancy	19.73	8.67	18.96	6.48	19.33	7.55
Infertile that did not get pregnant	12.76	6.27	17.72	8.28	15.24	7.69
Infertile that achieves pregnancy	16.00	6.91	19.88	6.61	17.94	6.97
Natural pregnancy	12.76	5.15	16.40	7.38	14.58	6.55
Fertile with children	13.36	8.58	16.15	7.86	14.81	8.25
	Psychological well-being in couples (EBP)					
	Men		Women		Total	
	M	SD	M	SD	M	SD
Not seeking pregnancy	64.31	5.66	64.30	7.63	64.30	6.67
Infertile that did not get pregnant	64.56	7.01	63.64	5.73	64.10	6.36
Infertile that achieves pregnancy	63.48	7.43	64.88	5.15	64.18	6.36
Natural pregnancy	55.12	8.87	56.64	7.75	55.88	8.28
Fertile with children	62.20	5.66	62.27	7.44	62.24	6.56

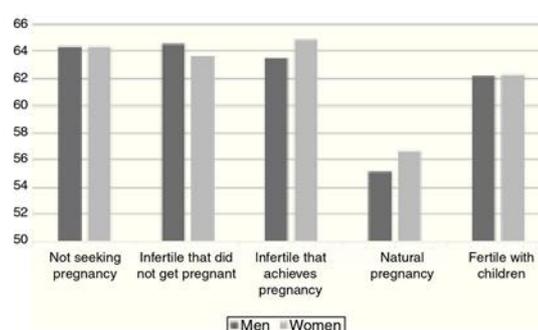
**Table 2**  
MANOVA Group x Sex Results for the Anxiety Variable (STAI)

Variables	Wilks' Lambda	F	p	$\eta^2_p$	$\beta$
Group	.88	(8, 490) = 4.00	.00**	.06	.99
Sex	.94	(2, 245) = 7.53	.00**	.05	.94
Group x sex	.97	(8, 490) = 0.70	.68	.01	.33

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .



**Figure 2.** Mean of the scores obtained in Trait-Anxiety (STAI).



**Figure 3.** Mean of the scores obtained in Psychological well-being in the couple (EBP).

Wilks' Lambda = .94,  $F(2, 245) = 7.53$ ,  $p = .00$ ,  $\eta^2_p = .05$ ,  $\beta = .33$  (see Table 2).

The ANOVA results for dependent variables state and trait-anxiety (see Table 3) illustrate a significant effect of group on the state-anxiety,  $F(4, 246) = 2.86$ ,  $MC_e = 63.87$ ,  $p = .02$ ,  $\eta^2_p = .04$ ,  $\beta = .77$ , and trait-anxiety,  $F(4, 246) = 4.50$ ,  $MC_e = 53.37$ ,  $p = .00$ ,  $\eta^2_p = .06$ ,  $\beta = .93$ ; and of sex on the trait-anxiety,  $F(1, 246) = 10.07$ ,  $MC_e = 53.37$ ,  $p = .00$ ,  $\eta^2_p = .03$ ,  $\beta = .88$ , with women showing in general higher scores than men (see Figure 2).

In order to illustrate the differences in scores obtained by the different groups in state and trait-anxiety, *a posteriori* Tukey comparisons were performed (see Table 4). Regarding state-anxiety, significant differences were found between "infertile that achieves pregnancy" group and "natural pregnancy" group ( $p = .01$ ), being "infertile that achieves pregnancy" the group with highest scores. Regarding the results of group on trait-anxiety, significant differences were obtained between "not seeking pregnancy" group and "infertile that did not get pregnant" ( $p = .03$ ), "natural pregnancy"

**Table 3**  
ANOVA Group x Sex Results for the Different Scales and Subscales of the Questionnaires

Questionnaires/variables	F	MC <sub>error</sub>	p	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>	β
<i>State anxiety</i>					
Group	(4, 246) = 2.86	63.87	.02*	.04	.77
Sex	(1, 246) = 0.20	63.87	.64	.00	.07
Group x sex	(4, 246) = 0.72	63.87	.57	.01	.23
<i>Trait anxiety</i>					
Group	(4, 246) = 4.50	53.37	.00**	.06	.93
Sex	(1, 246) = 10.07	53.37	.00**	.03	.88
Group x sex	(4, 246) = 1.18	53.37	.31	.01	.37
<i>Psychological well-being in couples (EBP)</i>					
Group	(4, 246) = 12.06	57.72	.00**	.16	1.00
Sex	(1, 246) = 0.96	57.72	.32	.00	.16
Group x sex	(4, 246) = 0.23	57.72	.91	.00	.10

\*p < .05, \*\*p < .01.

**Table 4**  
Post-hoc Tukey in Anxiety and Psychological Well-being in Couples

	Group in State Anxiety (STAI-S)			
	Infertile that did not get pregnant	Infertile that achieves pregnancy	Natural pregnancy	Fertile with children
Not seeking pregnancy	.87	.39	.63	1.00
Infertile that did not get pregnant		.06	.99	.88
Infertile that achieves pregnancy	.06		.01*	.38
Natural pregnancy	.99	.01*		.65
Group in Trait Anxiety (STAI-T)				
	Infertile that did not get pregnant	Infertile that achieves pregnancy	Natural pregnancy	Fertile with children
Not seeking pregnancy	.03*	.86	.00**	.01*
Infertile that did not get pregnant		.34	.99	.99
Infertile that achieves pregnancy	.34		.14	.19
Natural pregnancy	.99	.14		1.00
Group in psychological well-being in the couple (EBP)				
	Infertile that did not get pregnant	Infertile that achieves pregnancy	Natural pregnancy	Fertile with children
Not seeking pregnancy	.98	.98	.00**	.65
Infertile that did not get pregnant		1.00	.00**	.93
Infertile that achieves pregnancy	1.00		.00**	.92
Natural pregnancy	.00**	.00**		.00**

\*p < .05, \*\*p < .01.

(p = .00), and "fertile with children" (p = .01) groups, being 'not seeking pregnancy' the group with highest scores of trait-anxiety.

The ANOVA results taking group and sex as independent variables and the scores obtained in the psychological wellbeing in the couple (EBP) as dependent variable show a significant effect of group variable,  $F(4, 246) = 12.06$ ,  $MC_e = 57.72$ ,  $p = .00$ ,  $\eta^2_p = .16$ ,  $\beta = 1.00$  (see Table 3).

A posteriori Tukey comparisons, performed (see Table 4) to illustrate the differences in EBP between the different groups, show significant differences between "natural pregnancy" group and the rest of the groups: "fertile with children" (p = .00), "not seeking pregnancy" (p = .00), "infertile that did not get pregnant" (p = .00), and "infertile that achieves pregnancy" (p = .00), being "natural pregnancy" the group with lowest scores (see Table 1, Figure 3).

## Discussion

The present study has shown that psychological wellbeing in couples changes throughout the different stages of parenthood. These results are consistent with those found by Adamsons (2013), Cowan and Cowan (1995), Fillo et al. (2015), and Lawrence et al. (2012). These changes are usually negative but transient, and can vary throughout the different stages of the transition and after the first year or year and a half after the birth of new child they stabilize

(Lawrence, Rothman, Cobb, Rothman, & Bradbury, 2008), though they do not affect both partners equally. Our results at least partially confirm these data, as we found differences in satisfaction with the relationship between groups with a greater decline among those who are expecting a child (Dulude et al., 2002; Lawrence et al., 2008). Undoubtedly, women experience the physical, hormonal, and emotional changes more intensely during pregnancy and this difference in impact on both partners can contribute to the decline in the quality of their relationship. We must also consider that all participants in this group were in their third trimester and intimate and sexual relations may decline due to their own discomforts in this period, influencing a decline in overall marital satisfaction.

Our results also show that experiences prior to infertility play an important role in the levels of satisfaction with the relationship (Lawrence et al., 2008), since the infertile group that achieves pregnancy shows higher levels of couple wellbeing than the natural pregnancy group, with no significant differences in the other groups. This result reinforces the idea that couples that conceived through ART have a more satisfactory prenatal functioning (Cairo et al., 2012), since the experience of infertility strengthens the marital relationship (Gameiro et al., 2011). This also justifies that there are no significant differences between the infertile group that did not get pregnant and those that finally become pregnant because,

regardless of having or not having success, both have undergone infertility treatment.

There are several studies that provide evidence that, with the arrival of the child, there is a decline in the quality of the relationship (Adamsons, 2013; Cowan & Cowan, 1995; Fillo et al., 2015; Lawrence et al., 2012). However, in our study, although the group that is not seeking pregnancy shows higher levels of satisfaction in the couple, this result does not have statistical significance with fertile couples with children. So, we cannot say that a decrease in marital satisfaction occurs when one is already a parent, which can be explained by intrapersonal factors (such as strategies for coping with stressful situations or previous expectations of parenthood), or by dyadic factors (such as prenatal marital satisfaction and/or degree of pregnancy planning) or, finally, by factors of a contextual character (such as interference between work and family, the existence of other stressful life events or social support) that may be predictors of well-being in a couple with children (Lawrence et al., 2012). The transversal nature of our study does not allow us to provide information on this question, and so it should be contrasted with a prospective longitudinal study.

The results in state-anxiety draw attention because we observed a significant group effect, with the infertile group that achieved pregnancy obtaining higher scores compared to natural pregnancy group, which shows the functional role that state-anxiety can play relative to achieving pregnancy. Our results are aligned with studies that show that non-clinical levels of state-anxiety may be beneficial for becoming pregnant (Cooper, Gerber, McGettrick, & Johnson, 2007; de Klerck et al., 2008; Li, Newell-Price, Jones, Ledger, & Li, 2012). Thus, reaching an optimal level of activation would be functional to the success of these treatments as both a deficit of activation and/or excessive levels of stress may not be adaptive in achieving pregnancy. And this may have an interesting application in clinical practice where by following Anderheim, Holter, Bergh, and Möller (2005) we could guide interventions for couples undergoing ART that are focused on achieving an optimal and functional level of state anxiety that would help achieve pregnancy. However, other works showing that high levels of state-anxiety during the different ART stages predict adverse pregnancy outcomes and increase the probability of treatment abandonment (Demyttenaere et al., 1998; Smeenk et al., 2001) and those which show that state-anxiety levels of women who do not get pregnant are higher than those who get pregnant (Csemiczky, Landgren, & Collins, 2000).

On the other hand, women in the natural pregnancy group have the lowest scores on state-anxiety. The fact that this group was attending childbirth preparation classes reveals the importance these group sessions have for the psychological well-being, not only for pregnant women, but also for their partners; hence, there are no sex differences. In these classes, participants have the opportunity to share experiences, discuss the changes and concerns that they experience, and benefit from techniques such as relaxation, which has proved a useful tool for reducing anxiety levels and promote positive emotionality (Guszkowska et al., 2013; Nereu-Bjorn et al., 2013).

Contrary to what might be expected, the group of participants with children shows no difference in state-anxiety compared with the group of participants without children. As Ohashi and Asano (2012) note, stress levels increase after childbirth because of the demands of parenting and the difficulties in harmonizing with other roles, including marital. Our results are in line with those of Bouchard (2014) indicating that despite how stressful parenting can be, anxiety levels may depend on personal and partner's resources and capacity to tackle these changes.

The data on trait-anxiety are interesting because we did not expect to obtain significant differences between groups. However, the group not seeking pregnancy got the highest scores, and, if we understand the trait-anxiety as a personality factor that would

include relatively stable individual differences that respond to situations perceived as threatening (Guillén-Riquelme & Buela-Casal, 2011), we can think that perhaps these people, in spite of obtaining non-clinical values in trait-anxiety, may be more likely to perceive being parents as threatening because of the changes in different areas of life (relationship, job, social, etc.) that it entails.

As regards sex differences, the results only show significant differences in levels of trait-anxiety, which is well known and referenced in the literature, regardless of the area in which we focus (McLean, Asnaani, Litz, & Hoffman, 2011). Although women have a greater tendency to trait-anxiety, they have similar levels of state-anxiety as men, so it seems that rather than individual characteristics, the level of anxiety presented by subjects at a particular time can be modulated by contextual (similar life events), relationship, and partner dynamics variables (Bouchard, 2014; Buceta-Fernández et al., 2012). As regards the welfare of the couple we found no differences by sex. Thus, the greater involvement of women during the transition to parenthood and their tendency to focus more on the role of mother than wife (Fox, 2009) does not necessarily affect their assessment of the relationship nor their partner's assessment. So, the increase in the changes that arise from the process of parenting may be affecting other vital areas, but couples have the personal or dyadic resources needed to maintain the same levels of marital satisfaction.

The research presented in this article has some limitations. First, the groups, though homogeneous, consist of a small number of participants, so obtaining larger samples is necessary. Second, the transversal nature of the study does not allow us to detect or predict factors influencing each of the moments of this transition, including the full process of assisted reproduction treatment, the three trimesters of gestation, and the evolution as parents with children at different ages. However, we want to highlight some important contributions of our work. First, the use of five groups, each at a different stage of the transition to parenthood and all of them with equal male and female participation, in particular the use of a group of couples without children. Secondly, we were able to verify the importance of the functional role that anxiety may play in the goal of transition to parenthood, which is being parents.

## Conclusion

Our study aims to assess anxiety and psychological well-being through five different stages in the transition to parenthood: when couples are not seeking pregnancy, with an infertility diagnosis achieving pregnancy and not achieving pregnancy after ART, during pregnancy, particularly in the third trimester having conceived naturally, and when you are already a father/mother. Results indicate the importance of considering the time of transition to parenthood in relation to the psychological well-being, given that a reduction thereof may occur during pregnancy, thus leading to the development of potential emotional disorders, while an increase may appear in couples with infertility diagnosis that are strengthened to deal with assisted reproductive treatments.

It should be noted the importance of studying anxiety as a state in couples with infertility diagnosis because of the fact that, in contrast with common beliefs shared by some patients when going to their gynecologist by which nervousness and anxiety will hinder their goal of conception, we noted that non-clinical state-anxiety levels can contribute or at least not harm getting pregnant.

## Financial Support

This article was funded as part of the actions to aid the dissemination of the UNED Research Promotion Plan.

## Conflict of Interest

The authors of this article declare no conflict of interest.

## References

- Adamsons, K. (2013). Predictors of relationship quality during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 160–171. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.791919>
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, 20, 2969–2975. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dei219>
- Arnal-Remón, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I., & Antequera-Jurado, R. (2015). Assessing depression, anxiety and couple psychological wellbeing in pregnancy: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33, 128–139. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2014.986648>
- Bouchard, G. (2014). The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46, 20–28. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031259>
- Buceta-Fernández, J. M., Mas-García, B., & Bueno-Palomino, A. (2012). *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid, España: Dykinson.
- Cairo, S., Darwiche, J., Tissot, H., Favez, N., Germond, M., Guex, P., & Despland, J. N. (2012). Family interactions in IVF families: change over the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30, 5–20. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2012.669830>
- Cooper, B. C., Gerber, J. R., McGettrick, A. L., & Johnson, J. V. (2007). Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88, 714–717. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.11.158>
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 412–423.
- Csemiczky, G., Landgren, B. M., & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79, 113–118. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0412.2000.079002113.x>
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(30). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- de Klerk, C., Hunfeld, J. A., Heijnen, E. M., Eijkemans, M. J., Fauser, B. C., Passchier, J., & Macklon, N. S. (2008). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction*, 23, 112–116. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dem357>
- de Montigny, P., & de Montigny, F. (2013). Conceiving a first child: fathers' perceptions of contributing elements to their decision. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 274–284. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.809519>
- Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., & D'Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 69, 1026–1033. [http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(98\)00089-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(98)00089-2)
- Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J., & Sabourin, S. (2002). High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 101–123. <http://dx.doi.org/10.1080/02646830220134612>
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 140–151. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10071>
- Fillo, J., Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Kohn, J. L. (2015). Dads doing diapers: Individual and relational outcomes associated with the division of child care across the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 298–316. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038572>
- Flanagan, J. C., Gordon, K. C., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2015). Women's stress, depression, and relationship adjustment profiles as they relate to intimate partner violence and mental health during pregnancy and postpartum. *Psychology of Violence*, 5, 66–73. <http://dx.doi.org/10.1037/a0036895>
- Fox, B. (2009). *When couples become parents*. Toronto: University of Toronto Press.
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., Almeida-Santos, T., & Dattilio, F. M. (2011). Congruence of the marital relationship during transition to parenthood: A study with couples who conceived spontaneously or through assisted reproductive technologies. *Contemporary Family Therapy*, 33, 91–106. <http://dx.doi.org/10.1007/s10591-011-9153-7>
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI) [Psychometric update and differential item functioning in the State Trait Anxiety Inventory]. *Psicothema*, 23, 510–515.
- Gunning, M. D., Denison, F. C., Stockley, C. J., Ho, S. P., Sandhu, H. K., & Reynolds, R. M. (2010). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 266–273. <http://dx.doi.org/10.1080/02646830903487300>
- Guszkowska, M., Lagwald, M., & Sempolska, K. (2013). Influence of a relaxation session and an exercise class on emotional states in pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 121–133. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.784897>
- Henriksen, R. E., Torsheim, T., & Thuen, F. (2015). Relationship Satisfaction Reduces the Risk of Maternal Infectious Diseases in Pregnancy: The Norwegian Mother and Child Cohort Study. *PLoS ONE*, 10(1), e0116796. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116796>
- Koster, E. H. (2012). Introduction to special section on "measures of anxiety and stress: a contemporary update and review. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25, 601–602. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2012.729332>
- Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22, 41–50. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.41>
- Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., & Bradbury, T. N. (2012). *Marital satisfaction across the transition to parenthood: Three eras of research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepecka-Klusek, C., & Jakiel, G. (2007). Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: A comparative study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12, 51–57. <http://dx.doi.org/10.1080/13625180601012394>
- Li, W., Newell-Price, J., Jones, G. L., Ledger, W. L., & Li, T. C. (2012). Relationship between psychological stress and recurrent miscarriage. *Reproductive Biomedicine Online*, 25, 180–189. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.012>
- Martin, C. R., & Redshaw, M. (2010). Psychological well-being in pregnancy: Food for thought? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 325–327. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2010.536357>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hoffman, S. G. (2011). Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1027–1035. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Mortensen, Ø., Torsheim, T., Melkevik, O., & Thuen, F. (2012). Adding a baby to the equation. Married and cohabiting women's relationship satisfaction in the transition to parenthood. *Family Process*, 51, 122–139. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01384.x>
- Nereu-Bjorn, M. B., Neves de Jesus, S., & Casado-Morales, M. I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud [Relaxation strategies during the gestation period. Health Benefits]. *Clinica y Salud*, 24, 77–83. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a9>
- Ohashi, Y., & Asano, M. (2012). Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: a longitudinal study. *Nursing and Health Sciences*, 14, 140–147. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00669.x>
- Redshaw, M., & Martin, C. (2009). Planned pregnancy, trajectories for parenthood and infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 221–222. <http://dx.doi.org/10.1080/02646830903178214>
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). *Subescala de relaciones con la pareja (EBP, Escala de Bienestar Psicológico)* (2nd ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Smeenk, J. M., Verhaak, C. M., Eugster, A., van Minnen, A., Zielhuis, G. A., & Braat, D. D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16, 1420–1423.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (2008). *(Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI))* (7th ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Swain, J. E. (2011). Becoming a Parent - Biobehavioral and Brain Science Perspectives. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41, 192–196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2011.02.004>
- Testa, R. (2010). She wants, he wants: Couples's child bearing desires in Austria (Working Paper 3/2010). *Vienna Institute of Demography*.
- Testa, R., Cavalli, L., & Rosina, A. (2012). The decision of whether to have a child: Does couple disagreement matter? *Vienna Institute of Demography (Working Paper 2012/7)*.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A Metaanalytic-Review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574–583. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x>



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adamsons, K. (2013). Predictors of relationship quality during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 160–171. doi:10.1080/02646838.2013.791919

Ahlqvist-Björkroth, S., Korja, R., Junttila, N., Savonlahti, E., Pajulo, M., Räihä, H. & Aromaa, M. (2016). Mothers' and fathers' prenatal representations in relation to marital distress and depressive symptoms. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 388-400. doi: 10.1002/imhj.21578

Ahmadi, H., Montaser-Kouhsari, L., Nowroozi, M.R. & Bazargan-Hejazi, S. (2011). Male infertility and depression: a neglected problem in the Middle East. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 824-830. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02155.x

Akiki, S., Avison, W.R., Speechley, K.N. & Campbell, M.K. (2016). Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: role of maternal feelings about the pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 196, 260–267. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.016

Alexander, L.A., Rodríguez-Muñoz, M., Perry, D.F. & Le, H.N. (2014). The latent symptom structure of the Beck depression inventory: second edition in Latina pregnant women. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1132-1141. doi:10.1007/s10995-013-1343-5

American Society for Reproductive Medicine (2012). Fact sheet: Stress and infertility. Available at: [http://www.asrm.org/Stress\\_and\\_Infertility\\_factsheet](http://www.asrm.org/Stress_and_Infertility_factsheet) (accessed 16 November 2012).

Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C. & Moller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, 20(10), 2969–2975. doi: 10.1093/humrep/dei219

Anding, J.E., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B. & Christiansen, H. (2016). Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of Affective Disorders*, 190, 300-309. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.033

Asselmann, E., Hoyer, J., Wittchen, H.U. & Martini, J. (2016). Sexual problems during pregnancy and after delivery among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *The journal of sexual medicine*, 13(1), 95-104. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.005

Asselmann, E., Wittchen, H.U., Petzoldt, J. & Martini, J. (2016). Peripartum changes in partnership quality among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 281-290. doi: 10.1007/s00737-015-0556-6

Avison, M. & Furnham, A. (2015). Personality and voluntary childlessness. *Journal of Population Research*, 32(1), 45–67. doi: 10.1007/s12546-014-9140-6

Bayrampour, H., Ali, E., Deborah A., McNeil, D.A., Benzies, K., MacQueen, G. & Tough, S. (2015). Pregnancy-related anxiety: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115-130. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023

Bauer, A., Knapp, M. & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 192 83-90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005.

Beauquier-Maccotta, B. (2009). Los niños nacidos mediante reproducción asistida. [Children born with assisted reproduction]. *EMC – Pediatría*, 44(4), 1-6. doi: 10.1016/S1245-1789(09)70192-1

Beck, A.T. & Steer, R.A. (1991). *Beck Depression Inventory. Manual*. Versión revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez & Sanz. (1991). The Psychological Corporation.

Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 5–19. doi: 10.2307/352833

Benyamini, Y., Gozlan, M. & Kokia, E. (2009). Women's and men's perception of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 1–16. doi: 10.1348/135910708X279288

Biehle, S.N. & Mickelson, K.D. (2011). Personal and co-parent predictors of parenting efficacy across the transition to parenthood. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(9), 985-1010. doi: 10.1521/jscp.2011.30.9.985

Blackstone, A. & Stewart, M.D. (2012). Choosing to be Childfree: research on the decision not to Parent. *Sociology Compass, 6*(9), 718-727. doi: 10.1111/j.1751-9020.2012.00496.x

Blackstone, A. & Stewart, M.D. (2016). 'There's more thinking to decide': How the childfree decide not to parent. *The Family Journal, 24*(3), Jul, 296-303. doi: 10.1037/t25467-000

Blackmore, E.R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wymand, C. & O'Connor, T.G. (2016). Pregnancy-related anxiety: evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 197*, 251-258. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.008

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A. & Nygren, K.G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction, 22*(6), 1506-1512. doi: 10.1093/humrep/dem046

Boivin, J., Griffiths, E. & Venetis, C.A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal, 342* doi.org/10.1136/bmj.d223

Brunton, R.J., Dryer, R., Saliba, A. & Kohlhoff, J. (2015). Pregnancy anxiety: a systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*, 176, 24-34. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.039

Campagne, D. M. (2004). Detectar la depresión antes, durante y después de la gestación con el perfil anímico del embarazo [Detecting depression before, during and after pregnancy with the pregnancy mood profile]. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 47(1), 27-35. Retrieved from <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/detecting-depression-before-during-and-after-pregnancy-13058147>

Campagne, D.M. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*, 21(7), 1651–1658. doi: 10.1093/humrep/del078

Cano-García, F.J., Rodríguez-Franco, L. & García-Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.

Carmichael, G. & Whittaker, A. (2007). Choice and circumstance: Qualitative insights into contemporary childlessness in Australia. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 23(2), 111-143. doi: 10.1007/s10680-006-9112-4

Caruso Klock, S. & Greenfeld, D.A. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and Sterility* 73(6), 1159–1164.

Chávez-Courtois, M., & González-Pacheco, I. (2008). Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural [Perinatal depression presence and the relation mother-infant. Methodological strategy for a sociocultural look]. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 4(1), 101-111. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940108>> ISSN 1794-999

Chen, E.Y, Enright, R.D. & Tung, E.T. (2016). The influence of family unions and parenthood transitions on self-development. *Journal of Family Psychology*, 30(3), 341-352. doi: 10.1037/fam0000154

Chong, S.C., Broekman, B.F., Qiu, A., Aris, I.M., Chan, Y.H., Rifkin-Graboi, A.,...Chen, H. (2016). Anxiety and depression during pregnancy and temperament in early infancy: findings from a multi-ethnic, asian, prospective birth cohort study. *Infant Mental Health Journal*, 37(5), 584-598. doi: 10.1002/imhj.21582

Clare, C.A. & Yeh, J. (2012). Postpartum depression in special populations: a review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(5), 313-23. doi: 10.1097/OGX.0b013e318259cb52.

Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S.J. & Milgrom, J. (2009). My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 330-345. doi: 10.1080/02646830903190904

Clout, D. & Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*, 188, 60-67. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.054.

Cooper, B.C, Gerber, J.R, McGettrick, A.L. & Johnson, J.V. (2007). Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88(3), 714-717. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.11.158

Cowan, C.P. & Cowan, P.A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44(4), 412–423. doi: 10.2307/584997

Cowan, C., & Cowan, P. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum.

Cousineau, T.M & Domar, A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293–308. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003

Csemiczky, G., Landgren, B.M. & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(2), 113–118.

De Klerk, C., Hunfeld, J.A.M., Heinen, E.M.E.W., Eijkemans, M.J.C., Fauser, B.C.J.M., Passchier, J. & Macklon, N.S. (2007). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction* 23(1), 112-116. doi: 10.1093/humrep/dem357

Del Castillo-Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Martín-Díaz, M.D. & Ramírez-Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. [Gender differences in affect, emotional maladjustment and adaptive resources in infertile couples: a positive approach]. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 41-48.

Della Vedova, A. M., Ducceschi, B., Cesana, B. & Imbasciati, A. (2011). Maternal bonding and risk of depression in late pregnancy: a survey of italian nulliparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 208–222. doi: 10.1080/02646838.2011.592973

Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D.,...D'Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 69(6), 1026–1033. doi.org/10.1016/S0015-0282(98)00089-2

Dennis C.L, Ross, L.E. & Grigoriadis, S. (2008). *Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión prenatal* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

Don, B.P. & Mickelson, K.D. (2014). Relationship satisfaction trajectories across the transition to parenthood among low-risk parents. *Journal of Marriage and Family*, 76(3), 677–692. doi: 10.1111/jomf.12111

Donarelli, Z., Kivlighan Jr. D.M., Allegra, A. & Gianluca, G.L. (2016). How do individual attachment patterns of both members of couples affect their perceived infertility stress? An actor–partner interdependence analysis. *Personality and Individual Differences*, 92, 63–68. doi: 10.1016/j.paid.2015.12.023

Dornelas, E.A., Ferrand, J., Stepnowski, R., Barbagallo, J. & McCullough, L. (2010). A pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *Journal of psychotherapy integration*, 20(4), 364-382. doi: 10.1037/a0022035

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) 601–619. doi: 10.1037/a0013969

Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among polish infertile couples: an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30(1), 11–20. doi: 10.1080/01674820902830276

Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J. & Sabourin, S. (2002). High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *Journal of*

*Reproductive and Infant Psychology*, 20(2), 101–123. doi: 10.1080/02646830220134612

Epifanio, M.S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M. & La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 7(2): 5872. doi: 10.4081/pr.2015.5872

Escobar, J., Pacora, P., Custodio, N. & Villar, W. (2009). Depresión postparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? [Postpartum Depression: is it associated with gender-based violence?]. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(2), 115-118. doi: 10.15381/anales.v70i2.959

Eugster, A. & Vingerhoets, A.J.J.M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48(5), 575-589. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00386-4

Evans, K., Spiby, H. & Morrell, C.J. (2015). A psychometric systematic review of self-report instruments to identify anxiety in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1986-2001. doi: 10.1111/jan.12649

Ferriby, M., Kotila, L., Dush, C.K. & Schoppe-Sullivan, S. (2015). Dimensions of attachment and commitment across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 29(6), 938–944. doi: 10.1037/fam0000117

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R. & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17(3), 140-151. doi: 10.1002/da.10071

Figueiredo, B. & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*, 132, 146–157. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.007

Fillo, J., Simpson, J.A., Rholes, W.S. & Kohn, J.L. (2015). Dads doing diapers: Individual and relational outcomes associated with the division of childcare across the transition to parenthood. *Journal of personality and social psychology*, 108(2), 298-316. doi: 10.1037/a0038572

Freitas, C.J., Williams-Reade, J., Distelberg, B., Curtis, A. Fox, C.A. & Lister, Z. (2016). Paternal depression during pregnancy and postpartum: an international delphi study. *Journal of Affective Disorders*, 202, 128–136. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.056

Gałązka, I., Droszol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M. & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the sexual function during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 445-454. doi: 10.1111/jsm.12747

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., Canavarro, M.C., Almeida-Santos, T. & Dattilio, F.M. (2011). Congruence of the marital relationship during transition to parenthood: A study with couples who conceived spontaneously or through

assisted reproductive technologies. *Contemporary Family Therapy*, 33(2), 91-106. doi: 10.1007/s10591-011-9153-7

Gana K. & Jakubowska, S. (2016). Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1043–1054. doi: 10.1177/1359105314544990

Gao, J., Zhang, X., Su, P., Liu, J., Shi, K., Hao, Z.,...Liang, C. (2013). Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1935-1942. doi: 10.1111/jsm.12207

Glynn, L.M., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C.J. & Sandman, C.A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, 27(1), 43–51. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.43

Gökyildiz, S. & Beji, N.K. (2005). The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(3), 201-215. doi: 10.1080/00926230590513410

Goodman, J. H. & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health*, 19(3), 477-489. doi: 10.1089=jwh.2008.1352

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L. & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and

psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive BioMedicine Online*, 24(6), 670– 679. doi:10.1016/j.rbmo.2012.03.002

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Griva, F. & Vaslamatzi, G. (2016). Alexithymia and fertility-related stress. *Women & Health*, 56(3), 312-25. doi: 10.1080/03630242.2015.1088119.

Gross, C.L. & Marcussen, K. (2016). Postpartum depression in mothers and fathers: the role of parenting efficacy expectations during the transition to parenthood. *Sex Roles*, 1-16. doi: 10.1007/s11199-016-0629-7).

Guillén-Riquelme, A. & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). [Psychometric update and differential item functioning in the State Trait Anxiety Inventory]. *Psicothema* 23(3), 510-515.

Hashemi, S., Simbar, M., Ramezani-Tehrani, F., Shams, J. & Majd, H.A. (2012). Anxiety and success of in vitro fertilization. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 164(1), 60–64. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.05.032.

Henrichs, J., Schenk, J.J., Roza, S.J., van den Berg, M.P., Schmidt, H.G., Steegers, E.A.P.,...Tiemeier, H. (2010). Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: the generation R study. *Psychological Medicine*, 40(4), 633–643. doi: 10.1017/S0033291709990894

Heron J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J. & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65–73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004

Hidalgo, M.V. (2009). Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. [Support for families during the process of transition to maternity and paternity]. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, 38, 133-152.

Hidalgo, M.A., Menéndez, S., López, I. & Sánchez, J. (2014). Nacer a la vida: un programa de apoyo y formación durante la transición a la maternidad y la paternidad. [Born to life: a program of support and training for the transition to motherhood and parenthood]. *Journal for the study of education and development*, 27(4), 407-415. doi: 10.1174/0210370042396968

Hjelmstedt, A., Widström, A.M., Wramsby, H. & Collins, A. (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81(5), 1254–1264. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.09.061

Kaufman, G. & Bernhardt, E. (2015). Gender, work and childbearing: couple analysis of work adjustments after the transition to parenthood. *Community, Work & Family*, 18(1), 1-18. doi: 10.1080/13668803.2014.928610

Kim, J.J., Silver, R.K., Elue, R., Adams, M.G., La Porte.L.M., Cai, L.,... Gibbons, R.D. (2016). The experience of depression, anxiety, and mania among

perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 883–890. doi: 10.1007/s00737-016-0632-6

Kirchner, T., Muñoz, D., Forns, M., Peñarrubia, J. & Balasch, J. (2011). Identifying by means of coping typologies and primary appraisal the likelihood of positive beta-hCG test results in women undergoing IVF treatment: a preliminary study. *Human Reproduction*, 26(5), 1138–1143. doi: 10.1093/humrep/der028

Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P. & Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(1), 23–30.

Lampic, C., Svanberg, A.S., Karlström, P. & Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human Reproduction*, 21(2), 558–564. doi: 10.1093/humrep/dei367

Langdrige, D., Sheeran, P. & Connolly, K. (2005). Understanding the reasons for parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 121–133. doi: 10.1080/02646830500129438

Lawrence, E., Rothman, A.D., Cobb, R.J., Rothman, M.T. & Bradbury, T.N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 41-50. doi: 10.1037/0893-3200.22.1.41.

Lazarus, K. & Rossouw, P. (2015). Mothers' expectations of parenthood: the impact of prenatal expectations on self-esteem, depression, anxiety, and stress post birth. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(2), 102-123. doi: 10.12744/ijnpt.2015

Le, Y., McDaniel, B.T., Leavitt, C.E. & Feinberg, M.E. (2016). Longitudinal associations between relationship quality and coparenting across the transition to parenthood: a dyadic perspective. *Journal of Family Psychology*, 30(8), 918-926. doi: 10.1037/fam0000217

Lin, Y., Xu, J., Huang, J., Jia, Y., Zhang, J., Yan, C. & Zhang, J. (2016). Effects of prenatal and postnatal maternal emotional stress on toddlers' cognitive and temperamental development. *Journal of Affective Disorders*, 207, 9-17. doi: 10.1016/j.jad.2016.09.010

Lintsen, A.M.E., Verhaak, C.M., Eijkemans, M.J.C., Smeenk, J.M.J. & Braat, D.D.M. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, 24(5), 1092-1098. doi: 10.1093/humrep/den491

Ludemir, A.B., Barreto de Araújo, T.V., Valongueiro, S.A. & Lewis, G. (2010). Common mental disorders in late pregnancy in women who wanted or attempted an abortion. *Psychological Medicine*, 40(9), 1467-1476. doi: 10.1017/S003329170999184X

Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Ilaria Soave, I., Giugliano, E.,...Patella, A. (2012). Procreative sex in infertile couples: the decay of

pleasure? *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:140. doi: 10.1186/1477-7525-10-140

Marshall, E.M, Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (2015). Personality, communication and depressive symptoms across the transition to parenthood: a dyadic longitudinal investigation. *European Journal of Personality*, 29(2), 216–234. doi: 10.1002/per.1980

Martini, J., Asselmann, E., Franziska, E., Strehle, J. & Wittchen, H.U. (2016). A prospective-longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 58–66. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.04.007

Masoumi, S.Z., Garousian, M., Khani, S., Oliaei, S.R. & Shayan, A. (2016). Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *International Journal of Fertility & Sterility*, 10(3), 290-296.

McElroy, M. B. (1990) The empirical content of Nash-bargained household behaviour. *Journal of Human Resources*, 25(4), 559–583. doi: 10.2307/145667

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. & Hoffman, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006

Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Jenaro, C. (2008). DERA. *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA ediciones 2007. Madrid: Ediciones TEA.

Moreno-Rosset, C. & Martín, M.D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. [Anxiety in fertile and infertile couples]. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 97-109.

Moreno-Rosset, C., del Castillo Aparicio, M., Ramírez-Uclés, I. & Martín Díaz, M. D. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. [Emotional and affective states in infertility: a comparative study with fertile people]. *Behavioral Psychology*, 19(3), 683-703.

Nagy, E. & Nagy, B.E. (2016). Coping with infertility: comparison of coping mechanisms and psychological immune competence in fertile and infertile couples. *Journal of Health Psychology*, 21(8), 1799–1808. doi: 10.1177/1359105314567206

Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H. & Šunjić, M. (2015). Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(3):282-93. doi: 10.1080/0092623X.2014.889054

Nelson, D.B., Grisso, J.A., Joffe, M.M., Brensinger, C., Shaw, L. & Datner, E. (2003). Does stress influence early pregnancy loss? *Annals of Epidemiology* 13(4), 223–229.

Nelson, C.J., Shindel, A.W., Naughton, C.K., Ohebshalom, M. & Mulhall, J.P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1907–1914. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x

Nereu-Bjorn, M. B., Neves de Jesus, S. & Casado-Morales, M. I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud [Relaxation strategies during the gestation period. Health Benefits]. *Clínica y Salud*, 24, 77–83. doi.org/10.5093/cl2013a9

O'Hara, M.W. & Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

Ohashi, Y. & Asano, M. (2012). Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: a longitudinal study. *Nursing and Health Sciences*, 14(2), 140–147. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00669.x

Omeje, J.C., Oshi, S.N. & Oshi, D.C. (2011). Does possession of assets increase women's participation in reproductive decision-making? Perceptions of nigerian women. *Journal of Biosocial Science*, 43(1), 101-111. doi:10.1017/S0021932010000520

Pesce, L., van Veen, T., Carlier, I., van Noorden, M.S., van der Wee, N.J.A., van Hemert, A.M. & Giltay, E.J. (2016). Gender differences in outpatients with anxiety disorders: The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 278-287. doi: 10.1017/S2045796015000414

Peterson, B.D., Pirritano, M., Block, J. & Schmidt L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 95(5), 1759–1763. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.01.125

Pinto, T.M., Figueiredo, B., Pinheiro, L.L. & Canário, C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of reproductive and infant psychology*, 34(4), 343-355. doi: 10.1080/02646838.2016.1178853

Pilkington, P., Milne, L., Cairns, K. & Whelan, T. (2016). Enhancing reciprocal partner support to prevent perinatal depression and anxiety: a delphi consensus study. *BMC Psychiatry*, 3, 16-23. doi: 10.1186/s12888-016-0721-0

Plant, D.T., Pariante, C.M., Sharp, D. & Pawlby, S. (2015). Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 213–220. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156620

Redshaw, M. & Martin, C.R. (2011). Reproductive decision-making, prenatal attachment and early parenting. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 195-196. doi: 10.1080/02646838.2011.614106

Regan, P.C., Lyle, J.L., Otto, A.L. & Joshi, A. (2003). Pregnancy and changes in female sexual desire: a review. *Social Behaviour and Personality: an international journal*, 31(6), 603-611. doi.org/10.2224/sbp.2003.31.6.603

Ripley, J.S., Garthe, R.C., Perkins, A., Worthington Jr., E.L., Davis, D.E., Hook, J.N.,...Eaves, D. (2016). Perceived partner humility predicts subjective stress during transition to parenthood. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 5(3), 157-167. doi: 10.1037/cfp0000063

Rodríguez-Muñoz, M.F., Olivares, M.E., Izquierdo, N., Soto, C. & Huynh-Nhud, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99. doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001

Sánchez-Cánovas, J. (2007). *Subescala de relaciones con la pareja (EBP, Escala de Bienestar Psicológico)* (2<sup>nd</sup> ed.). Madrid: TEA Ediciones.

Schaller, M.A, Griesinger, G. & Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293(5), 1137-1145. doi:10.1007/s00404-016-4033-x

Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U. & Boivin J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 244–251. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.015

Schumm, W.R. (2012). Reviewing the reviews. *Marriage & Family Review*, 48(5), 415-417. doi: 10.1080/01494929.2012.677390

Schwiter, K. (2011). Anticipating the transition to parenthood: the contribution of foucaultian discourse analysis to understanding life-course patterns. *Royal Geographical Society*, 43(4), 397–404. doi: 10.1111/j.1475-4762.2010.00975.x

Seckl, J. & Holmes, M. (2007). Mechanisms of disease: glucocorticoids, their placental metabolism and fetal 'programming' of adult pathophysiology. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*, 3(6), 479–488. doi: 10.1038/ncpendmet0515

Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L.A., Strobino, D., Powe, N.R. & Nicholson, W. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The health status in pregnancy (HIP) Study. *Maternal Child Health Journal*, 13(5), 577–587. doi: 10.1007/s10995-008-0392-7

Shapiro, A.F., Gottman, J.M. & Fink, B.C. (2015). Short-Term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(4), 239-251. doi: 10.1037/cfp0000051

Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-larsen, T. & Moe, V. (2015). Prospective fathers' adverse childhood experiences, pregnancy-related anxiety, and depression during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 104-113. doi: 10.1002/imhj.21485

Skovholt, T.M. & Thoen, G. (1987). Mental imagery and parenthood decision making. *Journal of Counseling and Development*, 65, 315-316. doi: 10.1002/j.1556-6676.1987.tb01294.x

Smeenk, J.M.J., Verhaak, C.M., Eugster, A., van Minnen, A., Zielhuis, G.A. & Braat, D.D.M. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16(7), 1420–1423. doi: 10.1093/humrep/16.7.1420

Sociedad Española de Fertilidad (2017). *La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas*. Barcelona: Grupo Grafico. Recuperado de <http://www.sefertilidad.net/index.php?seccion=biblioteca&subSeccion=biblioteca>

Sockol, L.E. & Battle, C.L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women's Mental Health*, 18(4), 585-93. doi: 10.1007/s00737-015-0511-6

Sockol, L.E., Epperson, C.N. & Barber, J.P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 199–212. doi: 10.1007/s00737-014-0424-9

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R. (2008). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (7<sup>th</sup> ed.). Madrid: TEA Ediciones.

Stanley, S.M., Markman, H.J. & Whitton, S.W. (2002). Communication, conflict and commitment: insights on the foundations of relationship success from a national survey. *Family Process*, 41(4), 659–675.

Terrasa L.T. (2000). Reproducción e infertilidad: visión histórica y antropológica. En C. Moreno Rosset (Dir.), *Factores psicológicos de la infertilidad* (pp. 1-31). Madrid: Sanz y Torres, S.L.

Thomason, E., Flynn, H.A., Himle, J.A. & Volling, B.L. (2015). Are women's parenting-specific beliefs associated with depressive symptoms in the perinatal period? Development of the rigidity of maternal beliefs scale. *Depression and Anxiety*, 32(2), 141–148. doi: 10.1002/da.22280

Twenge, J.M., Campbell, W.K. & Foster, C.A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a metaanalytic-review. *Journal of Marriage and Family* 65(3), 574-583. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x

Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., van Minnen, A., Kremer, J.A. & Kraaijmaat, F.W. (2005). A longitudinal prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20(8), 2253–2260. doi: 10.1093/humrep/dei015

Verhaak, C.M., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F. & Braat, D., (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36. doi: 10.1093/humupd/dml040

Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S.,... Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: a 3- to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 7:938. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00938

Wischmann, T.H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868–1876. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x

Ying, L.Y., Wu, L.H. & Loke, A.Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1640–1652. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004

Zaig, I., Azem, F., Schreiber, S., Gottlieb, Y., Meiboom, H. & Bloch, M. (2012). Women's psychological profile and psychiatric diagnoses and the outcome of in vitro fertilization: is there an association? *Archives of Women's Mental Health*, 15(5), 353-359. doi: 10.1007/s00737-012-0293-z



## 8. ANEXOS

### Anexo 1

#### Hoja de Información y Consentimiento Informado

---

### Estudio 1





Comité de Bioética

## HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y/O EXPERIMENTACIÓN<sup>1</sup>

**Título del Proyecto:**

PROCESAMIENTO COGNITIVO, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL EMBARAZO

**Autorizado por:** Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación y/o experimentación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del consentimiento por parte de los sujetos que participen en dicha investigación/experimentación. A tal efecto, a continuación se detallan los objetivos y características del proyecto de investigación arriba referenciado, como requisito previo a la prestación del consentimiento y a su colaboración voluntaria en el mismo:

**OBJETIVOS<sup>2</sup>:** Determinar si existen diferencias emocionales (ansiedad, depresión) y de bienestar psicológico en la relación de pareja entre hombres y mujeres que están esperando un hijo y hombres y mujeres con y sin hijos que no esperan un bebé.

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:** Cada participante deberá rellenar un formulario con datos acerca de su situación sociodemográfica (sin hijos, embarazo natural, con hijos). Además se le proporcionarán unos cuestionarios que miden sus niveles de ansiedad, depresión y de bienestar psicológico de relación de pareja.

**POSIBLES BENEFICIOS:** La comparación entre las mujeres y hombres de los grupos que han decidido no tener hijos todavía, los que han conseguido el embarazo y los que ya tienen hijos, permitirá conocer las características y necesidades en cada diferente etapa de la transición a la maternidad y la paternidad.

**POSIBLES INCOMODIDADES Y/O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO:** Ninguno. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar participar.

**PREGUNTAS E INFORMACIÓN:** Cada participante en este estudio podrá realizar a la investigadora todas las preguntas que considere necesarias. Para ello, pueden contactar con Beatriz Arnal (móvil 620 92 41 60).

**PROTECCIÓN DE DATOS<sup>3</sup>:** Este proyecto requiere el manejo de datos sociodemográficos y de aspectos emocionales y de bienestar psicológica en la relación de pareja, que serán tratados conforme a las normas aplicables, garantizando la confidencialidad de los mismos. El tiempo necesario para rellenar los datos y los cuestionarios será de 30 a 50 minutos. Todos los datos de los participantes en el estudio estarán anonimizados para posteriores publicaciones, custodiados y protegidos en todo momento por la responsable del estudio. La participación de este proyecto de investigación es voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento.

Y para que conste por escrito a efectos de información de las personas a las que se solicita su participación voluntaria en el proyecto antes mencionado, se ha formulado y se entrega la presente hoja informativa

En ..... a ..... de.....de.....

Beatriz Arnal Remón (Investigadora principal)

<sup>1</sup> Redacte el documento de información conforme a los apartados que se indican. Se deberá entregar *la Hoja de información*, firmada por el investigador principal, a cada uno de los sujetos participantes en la investigación/experimentación y copia de la misma deberá figurar en el reverso de la *Hoja de consentimiento informado* que cada participante firma y entrega al investigador para su archivo.

<sup>2</sup> Los apartados 1 a 5 son obligatorios y deben ser cumplimentados por el investigador principal del proyecto. En el apartado 2 se debe detallar lo que se va a solicitar al participante.

<sup>3</sup> Este párrafo debe figurar sólo en los supuestos en los que el proyecto afecte a datos de carácter personal.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D./D<sup>a</sup>.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, copia de la cual figura en el reverso de este documento, y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informado y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada en el proyecto de investigación PROCESAMIENTO COGNITIVO, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL EMBARAZO que ha sido autorizado por el Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y para el que se ha pedido mi colaboración.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio,

- cuando quiera;
- sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- sin ningún tipo de repercusión negativa para mí.

Por todo lo cual, PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar en el proyecto de investigación antes citado.

En ..... a .... de ..... de .....

Fdo. ....

## Anexo 2

### Hoja de Información y Consentimiento Informado

---

## Estudio 2





Comité de Bioética

## HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y/O EXPERIMENTACIÓN<sup>1</sup>

**Título del Proyecto:**

ANSIEDAD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE PAREJAS EN DIFERENTES MOMENTOS DE LA TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD/PATERNIDAD

**Autorizado por:** Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Este proyecto corresponde a una segunda fase del estudio que fue aprobado por el Comité bajo el título: PROCESAMIENTO COGNITIVO, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL EMBARAZO. La legislación vigente establece que la participación de toda persona en un proyecto de investigación y/o experimentación requerirá una previa y suficiente información sobre el mismo y la prestación del consentimiento por parte de los sujetos que participen en dicha investigación/experimentación. A tal efecto, a continuación se detallan los objetivos y características del proyecto de investigación arriba referenciado, como requisito previo a la prestación del consentimiento y a su colaboración voluntaria en el mismo:

**OBJETIVOS<sup>2</sup>:** Analizar la función que la ansiedad (en sus niveles no clínicos) y el bienestar psicológico de la pareja pueden ejercer en diferentes momentos de la transición a la maternidad/paternidad. Se parte de un estudio previo en el que han participado 3 grupos de parejas: 1) cuando deciden no ser padres, 2) cuando se ha conseguido el embarazo de forma natural, y 3) cuando ya son padres. El objetivo en esta segunda fase es analizar, además, cuando existen dificultades para el embarazo y se consigue o no a través de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:** Antes de iniciar los tratamientos de TRA, cada participante rellenará un formulario con datos sociodemográficos y unos cuestionarios que miden sus niveles de ansiedad y de bienestar psicológico de relación de pareja.

**POSIBLES BENEFICIOS:** La comparación entre las mujeres y hombres de todos los grupos permitirá conocer las características y necesidades en cada diferente etapa de la transición a la maternidad y la paternidad, en especial en la etapa de dificultades de embarazo y la posible consecución del mismo a través de las TRA.

**POSIBLES INCOMODIDADES Y/O RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO:** Ninguno. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar participar.

**PREGUNTAS E INFORMACIÓN:** Cada participante en este estudio podrá realizar a la investigadora todas las preguntas que considere necesarias. Para ello, pueden contactar con Beatriz Arnal (móvil 620 92 41 60).

**PROTECCIÓN DE DATOS<sup>3</sup>:** Este proyecto requiere el manejo de datos sociodemográficos y de aspectos emocionales y de bienestar psicológica en la relación de pareja, que serán tratados conforme a las normas aplicables, garantizando la confidencialidad de los mismos. El tiempo necesario para rellenar los datos y los cuestionarios será de 30 a 50 minutos. Todos los datos de los participantes en el estudio estarán anonimizados para posteriores publicaciones, custodiados y protegidos en todo momento por la responsable del estudio. La participación de este proyecto de investigación es voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento.

Y para que conste por escrito a efectos de información de las personas a las que se solicita su participación voluntaria en el proyecto antes mencionado, se ha formulado y se entrega la presente hoja informativa

En ..... a ..... de.....de.....

Beatriz Arnal Remón (Investigadora principal)

<sup>1</sup> Redacte el documento de información conforme a los apartados que se indican. Se deberá entregar *la Hoja de información*, firmada por el investigador principal, a cada uno de los sujetos participantes en la investigación/experimentación y copia de la misma deberá figurar en el reverso de la *Hoja de consentimiento informado* que cada participante firma y entrega al investigador para su archivo.

<sup>2</sup> Los apartados 1 a 5 son obligatorios y deben ser cumplimentados por el investigador principal del proyecto. En el apartado 2 se debe detallar lo que se va a solicitar al participante.

<sup>3</sup> Este párrafo debe figurar sólo en los supuestos en los que el proyecto afecte a datos de carácter personal.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D./D<sup>a</sup>.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado, copia de la cual figura en el reverso de este documento, y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informado y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada en el proyecto de investigación ANSIEDAD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE PAREJAS EN DIFERENTES MOMENTOS DE LA TRANSICIÓN A LA MATERNIDAD/PATERNIDAD y para el que se ha pedido mi colaboración. Este proyecto corresponde a una segunda fase del Proyecto titulado: PROCESAMIENTO COGNITIVO, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL EMBARAZO que ha sido autorizado por el Comité de Bioética de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio,

- cuando quiera;
- sin tener que dar explicaciones y exponer mis motivos; y
- sin ningún tipo de repercusión negativa para mí.

Por todo lo cual, PRESTO MI CONSENTIMIENTO para participar en el proyecto de investigación antes citado.

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. ....

## Anexo 3

Hojas de datos sociodemográficos de los cinco grupos de  
participantes en el estudio

---

### Anexo 3.1. Datos Sociodemográficos (GRUPO "SIN HIJOS")

Edad:      Sexo:      N° Identificación:      ¿Intentando concebir?:

Estudios (por favor, marque la casilla correspondiente):

<b>1</b>	Sin estudios
<b>2</b>	Estudios básicos o primarios
<b>3</b>	Formación profesional, B.U.P. o Estudios medios
<b>4</b>	Estudios superiores o Universitarios

Profesión (por favor, marque la casilla correspondiente):

	Grandes ejecutivos, propietarios de grandes empresas y grandes profesionales (Presidente de Banco, Juez, Médico, Economista, Ingeniero, Arquitecto, Profesor de Universidad, Veterinario...)
	Directores comerciales, propietarios de medianas Empresas y profesionales menores (Bibliotecario, Enfermero, Profesor de Primaria, Secundaria, Bachiller, Gerente)
	Personal administrativo, pequeños comerciantes (representantes de ventas, Secretaria particular, Agentes de seguros, pequeños comercios: panadería, perfumería, floristería, decoración...) Auxiliar clínica, Publicista, RRPP
	Oficinistas y vendedores (vendedor de grandes o pequeños almacenes) Auxiliar administrativo
	Obreros manuales especializados (Peluquero, Panadero, Cartero, Fontanero, Guardia urbano, Sastre, Carpintero, Mecánico de automóvil, Oficial de albañilería, Cocinero...) Hostelería, Camarero, Bombero, Policía local
	Maquinistas y obreros semi-especializados (Metalúrgico, Gasolinero, Soldador, Montador, Conductor de taxi o autobuses, Albañil...) Camionero
	Trabajadores no cualificados (Basurero, Mozo, Portero, Limpieza, Cargador, Repartidor, Ama de casa, Conserje)
	Pensionista, en paro, minusvalía

**Anexo 3.2. Datos Sociodemográficos personas con diagnóstico infertilidad (GRUPO “INFÉRTIL” y “EMBARAZO TRA”)**

**Edad:**

**Sexo:**

**Nº Identificación:**

**Estudios (por favor, marque la casilla correspondiente):**

<b>1</b>	Sin estudios
<b>2</b>	Estudios básicos o primarios
<b>3</b>	Formación profesional, B.U.P. o Estudios medios
<b>4</b>	Estudios superiores o Universitarios

**Profesión (por favor, marque la casilla correspondiente):**

	Grandes ejecutivos, propietarios de grandes empresas y grandes profesionales (Presidente de Banco, Juez, Médico, Economista, Ingeniero, Arquitecto, Profesor de Universidad, Veterinario...)
	Directores comerciales, propietarios de medianas Empresas y profesionales menores (Bibliotecario, Enfermero, Profesor de Primaria, Secundaria, Bachiller, Gerente)
	Personal administrativo, pequeños comerciantes (representantes de ventas, Secretaria particular, Agentes de seguros, pequeños comercios: panadería, perfumería, floristería, decoración...) Auxiliar clínica, Publicista, RRPP
	Oficinistas y vendedores (vendedor de grandes o pequeños almacenes) Auxiliar administrativo
	Obreros manuales especializados (Peluquero, Panadero, Cartero, Fontanero, Guardia urbano, Sastre, Carpintero, Mecánico de automóvil, Oficial de albañilería, Cocinero...) Hostelería, Camarero, Bombero, Policía local
	Maquinistas y obreros semi-especializados (Metalúrgico, Gasolinero, Soldador, Montador, Conductor de taxi o autobuses, Albañil...) Camionero

	Trabajadores no cualificados (Basurero, Mozo, Portero, Limpieza, Cargador, Repartidor, Ama de casa, Conserje)
	Pensionista, en paro, minusvalía

\*Tras el tratamiento de reproducción asistida se rellenará la siguiente la cuestión: ¿han conseguido embarazo?

### **Anexo 3.3. Datos Sociodemográficos (GRUPO “EMBARAZO NATURAL”)**

**Edad:            Sexo:    Semanas de gestación (mujer):**

**Nº Identificación:**

**Estudios (por favor, marque la casilla correspondiente):**

<b>1</b>	Sin estudios
<b>2</b>	Estudios básicos o primarios
<b>3</b>	Formación profesional, B.U.P. o Estudios medios
<b>4</b>	Estudios superiores o Universitarios

**Profesión (por favor, marque la casilla correspondiente):**

	Grandes ejecutivos, propietarios de grandes empresas y grandes profesionales (Presidente de Banco, Juez, Médico, Economista, Ingeniero, Arquitecto, Profesor de Universidad, Veterinario...)
	Directores comerciales, propietarios de medianas Empresas y profesionales menores (Bibliotecario, Enfermero, Profesor de Primaria, Secundaria, Bachiller, Gerente)
	Personal administrativo, pequeños comerciantes (representantes de ventas, Secretaria particular, Agentes de seguros, pequeños comercios: panadería, perfumería, floristería, decoración...) Auxiliar clínica, Publicista, RRPP
	Oficinistas y vendedores (vendedor de grandes o pequeños almacenes) Auxiliar administrativo
	Obreros manuales especializados (Peluquero, Panadero, Cartero, Fontanero, Guardia urbano, Sastre, Carpintero, Mecánico de automóvil, Oficial de albañilería, Cocinero...) Hostelería, Camarero, Bombero, Policía local
	Maquinistas y obreros semi-especializados (Metalúrgico, Gasolinero, Soldador, Montador, Conductor de taxi o autobuses, Albañil...) Camionero

	Trabajadores no cualificados (Basurero, Mozo, Portero, Limpieza, Cargador, Repartidor, Ama de casa, Conserje)
	Pensionista, en paro, minusvalía

**Anexo 3.4. Datos Sociodemográficos (GRUPO “CON HIJOS”)**

**Edad:**                      **Sexo:**                      **Nº Identificación:**

**Nº hijos:**

**Estudios** (por favor, marque la casilla correspondiente):

<b>1</b>	Sin estudios
<b>2</b>	Estudios básicos o primarios
<b>3</b>	Formación profesional, B.U.P. o Estudios medios
<b>4</b>	Estudios superiores o Universitarios

**Profesión** (por favor, marque la casilla correspondiente):

	Grandes ejecutivos, propietarios de grandes empresas y grandes profesionales (Presidente de Banco, Juez, Médico, Economista, Ingeniero, Arquitecto, Profesor de Universidad, Veterinario...)
	Directores comerciales, propietarios de medianas Empresas y profesionales menores (Bibliotecario, Enfermero, Profesor de Primaria, Secundaria, Bachiller, Gerente)
	Personal administrativo, pequeños comerciantes (representantes de ventas, Secretaria particular, Agentes de seguros, pequeños comercios: panadería, perfumería, floristería, decoración...) Auxiliar clínica, Publicista, RRPP
	Oficinistas y vendedores (vendedor de grandes o pequeños almacenes) Auxiliar administrativo
	Obreros manuales especializados (Peluquero, Panadero, Cartero, Fontanero, Guardia urbano, Sastre, Carpintero, Mecánico de automóvil, Oficial de albañilería, Cocinero...) Hostelería, Camarero, Bombero, Policía local
	Maquinistas y obreros semi-especializados (Metalúrgico, Gasolinero, Soldador, Montador, Conductor de taxi o autobuses, Albañil...) Camionero

	Trabajadores no cualificados (Basurero, Mozo, Portero, Limpieza, Cargador, Repartidor, Ama de casa, Conserje)
	Pensionista, en paro, minusvalía

## Anexo 4

### Instrumentos de Evaluación Psicológica

---

**Anexo 4.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961), versión revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez & Sanz (1991).**

**INSTRUCCIONES**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas y señale en cada grupo la que describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar su elección.

1.

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Siento que quizá pueda ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me avergüenzo de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades y errores.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.
- Continuamente me culpo por mis faltas.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- Desearía suicidarme.

10.

- No lloro más de lo que solía.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera.

11.

- No estoy más irritable de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito en absoluto ni por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido mi interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido todo mi interés por los demás.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

13.

- Tomo mis decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormirme.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar      SÍ      NO

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS**

## Anexo 4.2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI ; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), versión en español de TEA (2008)

# STAI

Apellidos y nombre

Edad  Sexo:  Varón  Mujer Fecha  /  /

Centro  Curso/puesto

Otros datos

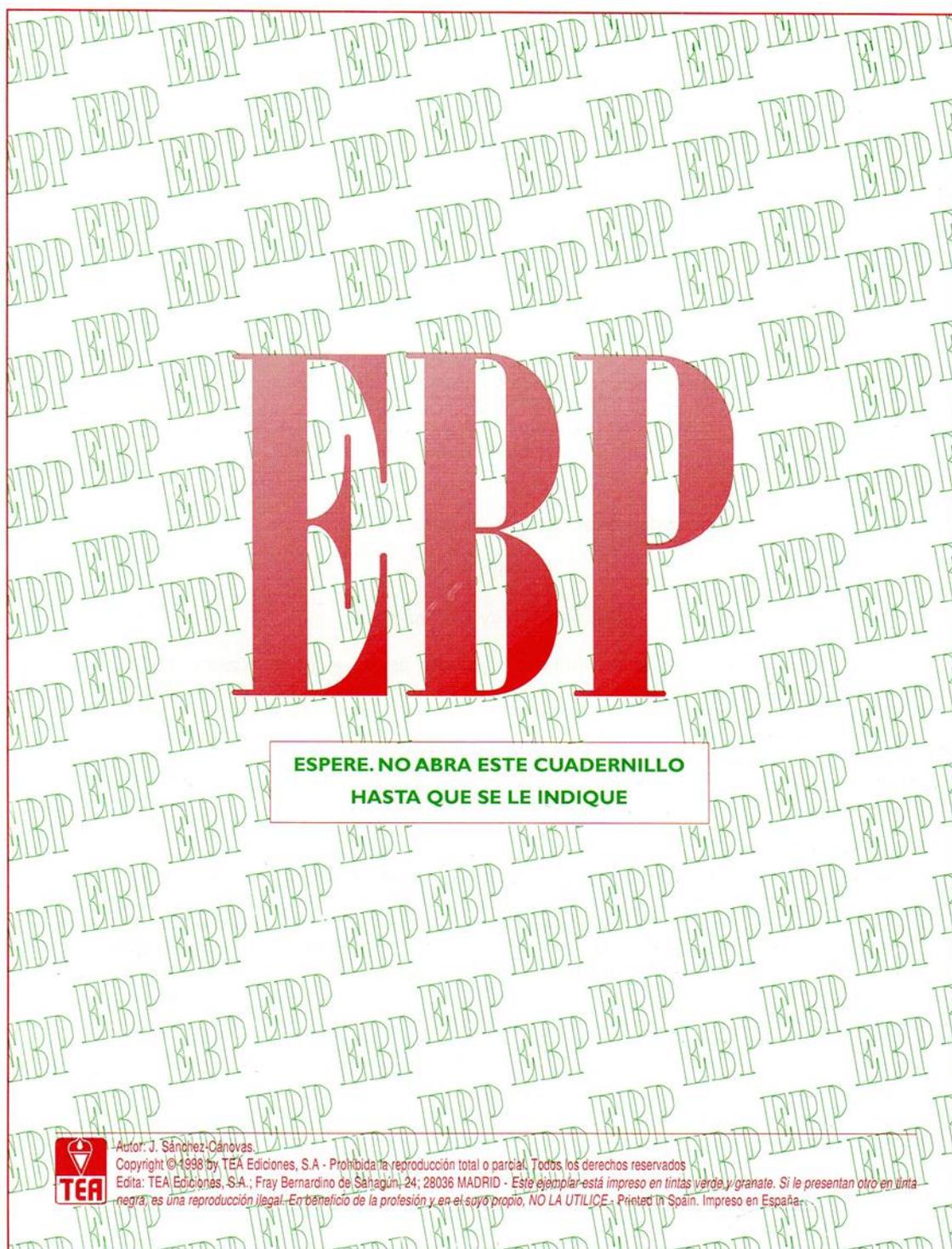
A-E		A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.				Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3				
2	Me siento seguro.	0	1	2	3				
3	Estoy tenso.	0	1	2	3				
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3				
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3				
6	Me siento alterado.	0	1	2	3				
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3				
8	Me siento descansado.	0	1	2	3				
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3				
10	Me siento confortable.	0	1	2	3				
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3				
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3				
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3				
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3				
15	Estoy relajado.	0	1	2	3				
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3				
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3				
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3				
19	Me siento alegre.	0	1	2	3				
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3				
A-R		A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.				Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien.	0	1	2	3				
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3				
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3				
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3				
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3				
26	Me siento descansado.	0	1	2	3				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3				
28	Vejo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3				
30	Soy feliz.	0	1	2	3				
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3				
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3				
33	Me siento seguro.	0	1	2	3				
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3				
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3				
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3				
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3				
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3				
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3				
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3				

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Autor: C. D. Spielberger. Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



**Anexo 4.3. Escala de Bienestar Psicológico de la pareja (EBP; Sánchez-Cánovas, 2007)**



## mujeres

1. Atiendo al deseo sexual de mi esposo.
2. Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales.
3. Me siento feliz como esposa.
4. La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida.
5. Mi marido manifiesta cada vez menos deseo de realizar el acto sexual.
6. Cuando estoy en casa no aguanto a mi marido en ella todo el día.
7. Mis relaciones sexuales son ahora poco frecuentes.
8. Mi pareja y yo tenemos una vida sexual activa.
9. No temo expresar a mi marido mi deseo sexual.
10. A mi marido le cuesta conseguir la erección.
11. Mi interés sexual ha descendido.
12. El acto sexual me produce dolores físicos, cosa que antes no me ocurría.
13. Mi esposo y yo estamos de acuerdo en muchas cosas.
14. Hago con frecuencia el acto sexual.
15. El acto sexual me proporciona placer.

**varones**

1. Atiendo al deseo sexual de mi esposa.
2. Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales.
3. Me siento feliz como esposo.
4. La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida.
5. Mi mujer manifiesta cada vez menos deseo de realizar el acto sexual.
6. Cuando estoy en casa no aguanto a mi mujer en ella todo el día.
7. Mis relaciones sexuales son ahora poco frecuentes.
8. Mi pareja y yo tenemos una vida sexual activa.
9. No temo expresar a mi mujer mi deseo sexual.
10. Me cuesta conseguir la erección.
11. Mi interés sexual ha descendido.
12. El acto sexual me produce dolores físicos, cosa que antes no me ocurría.
13. Mi esposa y yo estamos de acuerdo en muchas cosas.
14. Hago con frecuencia el acto sexual.
15. El acto sexual me proporciona placer.



## Anexo 5

### Certificado del Comité de Bioética de la UNED

---

Vicerrectorado de Investigación



**D. RICARDO MAIRAL USÓN, PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA**

**CERTIFICA:** Que a la vista de los informes favorables presentados por los miembros del Comité de Bioética, se adopta el siguiente ACUERDO:

"El proyecto titulado: "Procesamiento cognitivo, ansiedad, depresión y bienestar psicológico en el embarazo" cumple todos los requisitos de idoneidad requeridos por este Comité para proyectos que implican investigación con personas".

Y para que conste, se expide el presente certificado que se remite a D<sup>a</sup> Beatriz Arnal Remón como responsable del Proyecto al que se alude en el acuerdo transcrito.

Madrid, 29 de enero de 2014

El Presidente del Comité de Bioética

D. Ricardo Mairal Usón  
Vicerrector de Investigación

