



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

TESIS DOCTORAL

**FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES
RELACIONADOS CON LA SALUD
EMOCIONAL
DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO**

**PRESENTADA POR:
DAVID FELIGRERAS ALCALÁ**

**DIRIGIDA POR:
DR. D. ANTONIO FRÍAS OSUNA
DR. D. RAFAEL DEL PINO CASADO**

JAÉN, JUNIO 2022

ISBN



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado

TESIS DOCTORAL

FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES RELACIONADOS CON LA SALUD EMOCIONAL DE LAS MUJERES DURANTE EL PUERPERIO

Presentada por:

David Feligreras Alcalá

Dirigida Por:

Dr. D. Antonio Frías Osuna

Dr. D. Rafael Del Pino Casado

Jaén, 2022



Universidad de Jaén

Escuela de Doctorado



"Lloraba siempre que mi bebé lloraba. Todas y cada una de las veces.

Yo sollozaba mientras la amamantaba y
le cambiaba el pañal y la acunaba.

Mi marido me preguntaba qué ocurría y yo simplemente
negaba con la cabeza, con las lágrimas corriéndome
por las mejillas, y decía: 'no lo sé'".

Testimonio de mujer con depresión puerperal. Fuente: <https://www.biobiochile.cl/noticias/mujer/maternidad/2017/10/05/10-sinceros-testimonios-de-mujeres-que-sufrieron-depresion-posparto.shtml>

Contribuciones científicas

Artículos publicados que forman parte de la Tesis Doctoral:

- Feligreras-Alcalá D, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 5230. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145230>
Journal Citation Reports: Factor de impacto 3,39 (2020). SCIE: Categoría: Environmental sciences 118/274 Q2; Public, environmental & occupational health 68/203 Q2; SSCI: Categoría: Public, environmental & occupational health 42/176 Q1.
- Feligreras-Alcalá D, Cazalilla-López MdP, del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A. Validity and Reliability of the Caregiver Strain Index Scale in Women during the Puerperium in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18: 3602. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073602>
Journal Citation Reports: Factor de impacto 3,39 (2020). SCIE: Categoría: Environmental sciences 118/274 Q2; Public, environmental & occupational health 68/203 Q2; SSCI: Categoría: Public, environmental & occupational health 42/176 Q1.

Los resultados derivados de la Tesis Doctoral se han difundido en el XII Premio Nacional de Investigación "José López Barneo", organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Agradecimientos

A mis directores de tesis Dr. D. Antonio Frías Osuna y Dr. D. Rafael del Pino Casado por el esfuerzo y dedicación que han brindado a esta investigación. Y gracias por la confianza que me han otorgado desde el primer día.

A Puri, por su apoyo y paciencia sin condiciones, gracias por tantos momentos juntos.

A Elisa, por convertirme en mi razón de vivir y levantarme el ánimo con sólo una mirada.

A mis padres y mi hermana, por su cariño y apoyo, sin ellos no habría llegado a ser quien soy.

A mis compañeras y compañeros, por sus palabras de ánimo y el interés mostrado en esta tesis.

A todas las mujeres que han participado en esta investigación de forma voluntaria y altruista, y han sacrificado su tiempo, con el único fin de ayudar a otras mujeres en situación de dificultad.

Índice de abreviaturas

ACOG: Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, por sus siglas en inglés.

APA: Asociación Americana de Psicología, por sus siglas en inglés.

CES-D: Centre for Epidemiological Studies – Depression Scale.

CCI: Coeficiente de correlación intraclase.

CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados.

CSI: Índice de Esfuerzo del Cuidador, por sus siglas en inglés.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España.

ESEMeD: European Study of Epidemiology of Mental Disorders.

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale.

FDA: Food and Drug Administration.

GAS: Síndrome de Adaptación General, por sus siglas en inglés.

GRR: Recursos de resistencia generalizada, por sus siglas en inglés.

IMAO: Inhibidores de la monoaminooxidasa.

IEC: Índice de Esfuerzo del Cuidador.

IRSS: Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina.

ISRN: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina.

JCR: Journal Citation Report.

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PDSS: Postpartum Depression Screening Scale.

PHQ-9: Patient Health Questionnaire – 9.

RNAO: Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, por sus siglas en inglés.

SCID: Structured Clinical Interview for the DSM.

SOC: Sentido de coherencia, por sus siglas en inglés.

SRRS: Escala de Calificación de Reajuste Social, por sus siglas en inglés.

STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, por sus siglas en inglés.

Tabla de contenido

Contribuciones científicas	7
Agradecimientos	9
Índice de abreviaturas	11
Tabla de contenido	13
Índice de figuras	17
Índice de tablas	19
Prólogo	21
Introducción	23
Parte I: Marco conceptual y estado de la cuestión	27
Capítulo I. El puerperio y su relación con la salud de las mujeres	29
1. Concepto de puerperio	29
2. Impacto del embarazo, parto y puerperio sobre la mortalidad materna	29
3. Adaptación psicosocial de la mujer durante el puerperio	30
4. Vínculo entre madre y recién nacido.....	31
Capítulo II. La depresión como determinante de la salud emocional	33
1. Concepto de depresión.....	33
2. Historia de la depresión	34
3. Magnitud y trascendencia de la depresión	36
Capítulo III. Depresión puerperal	39
1. Depresión perinatal	39
2. Depresión puerperal	40
2.1. Clasificación CIE-10.....	40
2.2. Clasificación DSM V.	40
3. Diagnóstico de la depresión puerperal.....	41
3.1. Entrevista clínica.....	41
3.2. Escalas de cribado.....	43
4. Síntomas de depresión puerperal.....	44
5. Depresión puerperal y mortalidad	45
6. Tratamiento de la depresión puerperal.	46
7. Depresión puerperal y morbilidad en el recién nacido	48
8. Factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en el puerperio	48
8.1. Factores biológicos	49
8.2. Factores psicosociales	49
Capítulo IV. Ansiedad durante el puerperio	53
1. Concepto de ansiedad	53

2. Magnitud y transcendencia de la presencia de ansiedad	54
3. Instrumentos de medida	55
4. Factores asociados a la presencia de ansiedad durante el puerperio	56
5. Consecuencias y tratamiento de la ansiedad durante el puerperio	57
Capítulo V. Recursos personales y familiares, y la salud emocional durante el puerperio	59
1. Recursos personales y familiares	59
2. Apoyo social	59
3. Autoeficacia en los cuidados del recién nacido	61
4. Funcionamiento familiar	63
5. Sentido de coherencia	64
5.1. Sentido de coherencia	65
5.2. Recursos de resistencia generalizada	65
6. La carga del cuidador	66
6.1. Síndrome de Adaptación General de Selye	67
6.2. Modelo transaccional de Lazarus y Folkman	67
6.3. Modelo del proceso de estrés de Pearlin	69
6.4. Modelo Teórico Expandido del Cuidado	70
6.5. Índice de Esfuerzo del Cuidador	71
Parte II. Trabajo de campo	73
Objetivos	75
Resumen de la metodología	77
1. Factores personales y familiares relacionados con la salud emocional de las mujeres durante el puerperio	77
1.1. Diseño y participantes	77
1.2. Variables de estudio	77
1.3. Consideraciones éticas	80
1.4. Análisis de los datos	80
2. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado a los cuidados del recién nacido	81
2.1. Adaptación del cuestionario	81
2.2. Validez de contenido a través de expertos	81
2.3. Prueba piloto	81
2.4. Validación clínica	81
2.5. Validez de criterio	81
2.6. Validez de constructo	82
2.7. Fiabilidad	82
2.7.1. Consistencia interna	82
2.7.2. Estabilidad (Test-Retest)	82
3. Artículo 1	83
4. Artículo 2	97
Resumen global de los resultados	109
1. Características de las participantes	109
2. Prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad	110
3. Factores personales y familiares asociados a la presencia de síntomas depresivos y ansiedad	110

4. Validez y fiabilidad del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido en mujeres durante el puerperio	112
4.1. Validación clínica.....	112
4.2. Validez de criterio	113
4.3. Validez de constructo	113
4.4. Fiabilidad	113
Discusión	114
1. Prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad durante el puerperio	114
2. Factores asociados a la presencia de síntomas depresivos y ansiedad	114
3. Perfil de riesgo de síntomas depresivos y ansiedad en el puerperio	115
4. Validez y fiabilidad del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido en mujeres durante el puerperio	115
5. Limitaciones.....	116
Conclusiones	117
Bibliografía	119
Anexos	133
Anexo 1. Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Cox et al., 1987).....	135
Anexo 2. Cuestionario de ansiedad-estado STAI (Spielberger y Lushene, 1982).....	137
Anexo 3. Escala de Calificación de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967)	139
Anexo 4. Cuestionario Duke-UNC-11 (Broadhead et al., 1988).....	141
Anexo 5. Escala de valoración de la prestación de cuidados (Lawton, 2000)	143
Anexo 6. APGAR familiar (Smilkstein, 1978).....	145
Anexo 7. Cuestionario de Orientación a la Vida (SOC-13)(Antonovsky, 1987).....	147
Anexo 8. Índice de Esfuerzo del Cuidador (Robinson, 1983)	149
Anexo 9. Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de Jaén	151
Anexo 10. Índice de Esfuerzo del Cuidador Adaptado al Cuidado del Recién Nacido	153
Anexo 11. Caregiver Strain Index Adapted to Newborn Care (English Translation of the Spanish Version).....	155

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia de trastornos depresivos por región en el mundo. Fuente: OMS (2017).

Figura 2. Prevalencia de depresión en España. Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad (2017).

Figura 3. Prevalencia de depresión en países industrializados. Fuente: Postpartum Support International (2021).

Índice de tablas

Tabla 1. Estados de ánimo, pensamientos y salud física/comportamientos asociados a la depresión puerperal. Fuente: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2018).

Tabla 2. Ejemplos de afirmaciones que pueden sugerir síntomas depresivos. Fuente: RNAO (2018).

Tabla 3. Manejo paso a paso del tratamiento de la depresión puerperal. Fuente: Adaptado de Stewart, 2019.

Tabla 4. Factores de riesgo de depresión perinatal. Fuente: Adaptado de Registered Nurses' Association of Ontario (2018).

Tabla 5. Descripción de la muestra estudiada.

Tabla 6. Matriz de correlación de las medidas de las variables de estudio.

Tabla 7. Regresión lineal múltiple, método por pasos (variable dependiente: síntomas depresivos).

Tabla 8. Regresión lineal múltiple, método por pasos (variable dependiente: ansiedad).

Tabla 9. Diferencias en las medias de la carga percibida en los subgrupos de mujeres con y sin síntomas depresivos, ansiedad, sentido de coherencia y apoyo social.

Prólogo

Esta tesis doctoral muestra la prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad en mujeres durante el puerperio, así como los factores personales y familiares asociados a la aparición de estos trastornos. De igual manera, se ha llevado a cabo el proceso de adaptación y validación psicométrica del Índice de Esfuerzo de Cuidador (IEC) en mujeres durante el puerperio. Este proceso ha tenido lugar en varias etapas, las cuales se describen a lo largo del documento. La organización de la tesis es la siguiente:

En primer lugar, se expone una introducción que sirve de presentación de la situación actual del tema estudiado en esta tesis doctoral.

En la primera parte de esta tesis, se presenta el marco teórico y el estado de la cuestión que justifica la necesidad de este estudio, dividida en cuatro capítulos principales. En el primer capítulo, se expone el concepto de puerperio y su magnitud. En el segundo capítulo, se presenta la historia de la depresión en adultos, así como su concepto y definición, y los principales datos de magnitud y trascendencia en la actualidad. Respecto al tercer capítulo, se explica la depresión puerperal en general, y de forma más específica, se desarrolla el diagnóstico, sintomatología, clasificación, tratamiento, morbilidad y mortalidad, así como los factores asociados a los síntomas depresivos durante el puerperio. En el cuarto capítulo, se explica la ansiedad y se expone el concepto, magnitud y trascendencia, instrumentos de medida, así como las consecuencias y tratamiento de la misma durante el puerperio. Para finalizar la primera parte de la tesis, en el quinto capítulo, se exponen los recursos personales y familiares que hemos estudiado para determinar la posible relación con la salud emocional durante el puerperio.

La segunda parte de la tesis se dedica a la presentación de la investigación propiamente dicha, y que hemos denominado “trabajo de campo”; en ella se presentan los objetivos de la tesis; la descripción detallada de la metodología utilizada en las distintas fases; los resultados de la investigación presentados en función de los objetivos, y escritos en formato de artículos científicos publicados; la discusión general de los resultados; y el planteamiento de las conclusiones de la tesis doctoral.

Introducción

La salud emocional, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades, con una perspectiva futura de continuo crecimiento en los países de altos ingresos (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria [GPC], 2008).

El proceso de embarazo, parto y puerperio es un período de grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales en la vida de la mujer. De forma frecuente, pueden aparecer reacciones transitorias de ansiedad o síntomas depresivos; sin embargo, existen mujeres que sobrepasan los límites de la normalidad y experimentan sintomatología compatible con un trastorno mental (Gaviria, 2009). Hasta hace pocos años, existía una idealización de la maternidad que, unida a la creencia errónea de que el embarazo era un factor protector de la salud emocional de la mujer, llevó a una situación de dificultad en el diagnóstico y ausencia de intervenciones en las mujeres afectadas (Molina, 2006).

En la literatura existe una relación estrecha entre síntomas depresivos y de ansiedad y salud emocional. Se ha podido constatar que la ansiedad se relaciona negativamente con el rendimiento académico, la autoestima y el abuso de sustancias, y se relaciona de forma positiva con el rendimiento físico, social, funcional y el bienestar emocional (Dolz y Oliver, 2021). De igual manera, las personas con estos trastornos presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad. Existe evidencia de asociación entre depresión y enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias y conducta suicida. La relación de estas patologías y la depresión es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento y al mismo tiempo la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, el cual presenta una serie de características tales como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración (OMS, 2021). La depresión puede llegar a cronificarse y dificultar el desempeño en el trabajo o la escuela, así como el afrontamiento de la vida en el día a día. Si se presenta de forma leve, puede ser tratada sin necesidad de medicación; en cambio, cuando aparece de manera moderada o grave, puede requerir psicoterapia profesional y tratamiento farmacológico. En sus formas más graves, puede llevar incluso al suicidio (cada año se suicidan unas 700.000 personas, siendo la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años) (OMS, 2021).

Se calcula que, en la actualidad, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, pues se estima que afecta al 3,8% de la población, incluyendo un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos mayores de 60 años (OMS, 2020) (Figura 1).

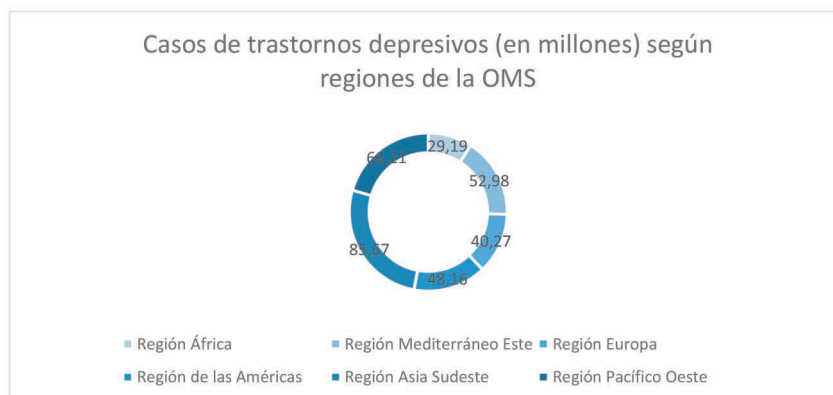


Figura 1. Prevalencia de trastornos depresivos por región en el mundo.
Fuente: OMS (2017).

Las cifras de personas con depresión han aumentado en un 50% desde el año 1990 (OMS, 2021). Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) (2017), un 10,8% de la población mayor de 15 años fue diagnosticada de algún problema de salud mental, siendo el porcentaje mayor entre las mujeres (14,1%) que entre los hombres (7,2%); este hecho puede verse también en el caso concreto de la depresión, donde la proporción de mujeres con este trastorno es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%) (Figura 2) (ENSE, 2017).

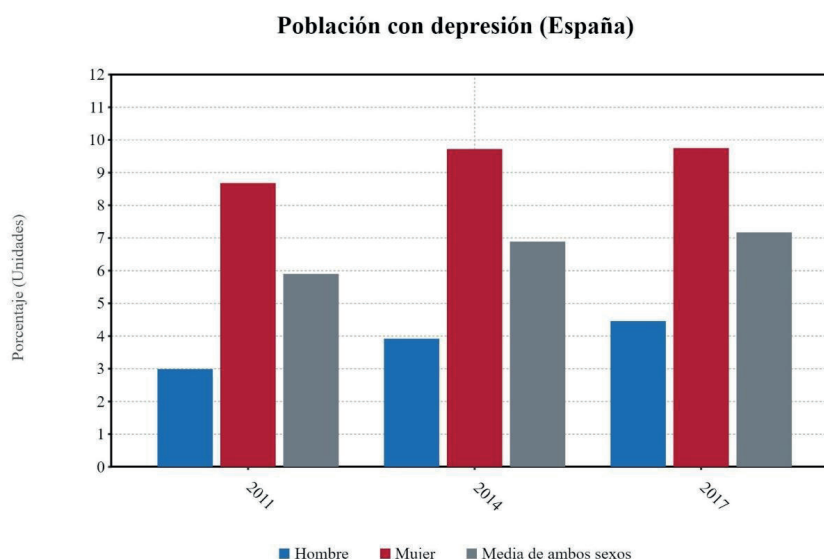


Figura 2. Prevalencia de depresión en España. Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad (2017).

La depresión puerperal no se reconoce como un diagnóstico distinto de la depresión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); sin embargo, el DSM en su

quinta edición (DSM-V), incluye como novedad respecto a su versión anterior, el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del puerperio (American Psychological Association [APA], 2013). La OMS, en su 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-11), define la depresión puerperal como un trastorno mental y conductual leve que comienza en las seis semanas posparto (OMS, 2021). Una de cada siete mujeres sufre depresión puerperal (la depresión puerperal tiene una prevalencia del 13% en los países industrializados) (figura 3); asimismo, el 20% de las mujeres que dan a luz cada año presenta este trastorno (OMS, 2021; Shorey et al., 2018; Fiala et al., 2017). Los estudios llevados a cabo en España la sitúan entre un 10 y un 23% (Marín-Morales et al., 2018; Míguez et al., 2017; Escríbá-Aguilar y Artazcoz, 2011; García-Esteve et al., 2003).

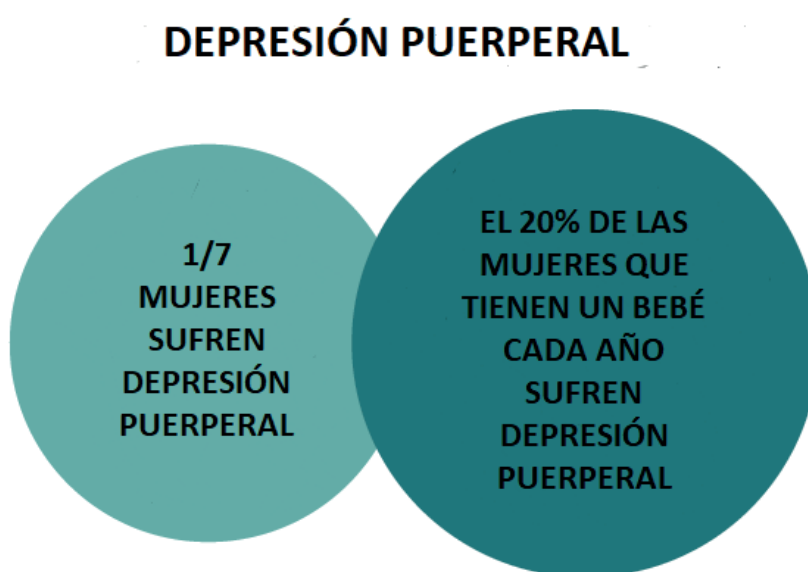


Figura 3. Prevalencia de depresión en países industrializados. Fuente: Adaptado de Postpartum Support International (2021).

Las manifestaciones clínicas habituales son: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés o de la capacidad para disfrutar de las actividades, pérdida de apetito y peso, cambios en el patrón del sueño, sensación de cansancio y pérdida de energía, sensación de inquietud, sentimientos de culpa y/o inutilidad, disminución de la capacidad de concentración, o incluso, dificultades para vincularse con el recién nacido (Hospital Clínic, 2019). Las consecuencias de los síntomas depresivos durante la etapa del puerperio no sólo afectan al funcionamiento social y ocupacional de la mujer, sino que se extiende a la pareja, la familia y la interacción madre-hijo (O'Hara y Wisner, 2014; McMahon et al., 2006). La depresión puerperal se asocia con peor calidad de vida del recién nacido, pudiendo afectar a su desarrollo emocional, intelectual y cognitivo (Slomian et al., 2019).

A pesar de las consecuencias negativas de la presencia de síntomas depresivos sobre la salud de la mujer en el puerperio, éste es un aspecto desatendido por los servicios de salud, así como

objeto de pocas intervenciones en prevención y promoción de la salud. Estas intervenciones pasan inevitablemente por la identificación de los factores de riesgo (Fahey y Shenassa, 2013).

La literatura ha estudiado factores biopsicosociales asociados a la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad en el puerperio; sin embargo, existen determinados factores que han sido menos examinados y que podemos incluir en un modelo de recursos personales y familiares, tales como apoyo social, funcionamiento familiar, autoeficacia y sentido de coherencia. Si bien estos recursos personales y familiares se han relacionado con la salud emocional en otras áreas del cuidado familiar, se necesita mayor investigación en el puerperio.

Asimismo, el proceso de embarazo, parto y puerperio constituye un acontecimiento importante en la vida de la mujer, donde se enfrenta a cambios significativos en sus esferas cognitiva, conductual y social. En ocasiones, este proceso puede percibirse como estresante (Razurel et al., 2017), lo que puede llevar a un aumento de la carga subjetiva sobre el cuidado del recién nacido (Nurbaeti et al., 2019; Nelson, 2003). Existen estudios que sugieren que un mayor nivel de carga subjetiva con respecto al cuidado del recién nacido podría estar asociado con un mayor nivel de estrés y un aumento de los síntomas depresivos (Poo et al., 2008).

En este sentido, sería de especial utilidad contar con un instrumento de medición adaptado a las mujeres en el puerperio, que permita una valoración más específica del constructo de la carga percibida del cuidado en esta población. El IEC (Robinson, 1983) es un instrumento diseñado para medir la carga percibida de los cuidadores de familiares dependientes. Es una escala simple, que requiere poco tiempo para completar, y ofrece la posibilidad de un acercamiento empático hacia el cuidador (Odriozola et al, 2008).

Por tanto, la adaptación del IEC durante el puerperio tendría una enorme aplicabilidad clínica. Por un lado, permitiría la detección de la carga percibida por las mujeres durante el puerperio y la identificación precoz de aquellas con altos niveles de carga percibida en el cuidado y, en consecuencia, con tendencia a la depresión puerperal, entre otras complicaciones asociadas. Por otro lado, permitiría mejorar el tratamiento de estos problemas de salud con un enfoque más específico e individualizado. Así, esta escala se convertiría en una herramienta útil para detectar la carga percibida por las mujeres durante el puerperio.

Parte I:

Marco conceptual y estado de la cuestión

Capítulo I

El puerperio y su relación con la salud de las mujeres

1. Concepto de puerperio

El puerperio se define como el período transcurrido desde la finalización del parto hasta aproximadamente las 6 semanas posteriores a éste, cuando ocurre la primera menstruación y el organismo regresa a la normalidad previa al embarazo. Existen pequeños cambios que van a persistir y diferencian a las mujeres nuligestas de aquellas que ya han tenido algún embarazo o parto. Durante este período tienen lugar una serie de cambios involutivos del aparato genital y del resto del organismo. Es este momento se instaura la lactancia materna y, posteriormente, reaparecen la ovulación y la menstruación. Es importante destacar que la valoración a la mujer debe englobar un enfoque tanto fisiológico como psicosocial (Ministerio de Sanidad, 2014).

El puerperio se divide de forma clásica en tres etapas, diferenciadas tanto por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que ocurren, como por los riesgos asociados a esta fase; por ello, los cuidados proporcionados por los profesionales van a ser distintos (Ministerio de Sanidad, 2014):

- Puerperio inmediato. Dura 24 horas, y se puede diferenciar un período de dos horas tras el parto, donde el útero logra la hemostasia definitiva. Este período requiere de una vigilancia más exhaustiva, por el riesgo aumentado de hemorragia.
- Puerperio precoz. Hasta el séptimo día posparto, siendo esta fase donde ocurren los procesos involutivos más importantes.
- Puerperio tardío. Desde el octavo hasta los 40-45 días.

2. Impacto del embarazo, parto y puerperio sobre la mortalidad materna

Las cifras mundiales de mortalidad materna son muy altas, ya que cada día fallecen 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio (en el año 2015 se estimaron 303.000 fallecimientos de mujeres en el mundo). La mayoría tienen lugar en países de ingresos bajos, y probablemente muchas de ellas podrían haberse evitado (OMS, 2019).

Desde el año 1990 se observa una reducción en países subsaharianos, distintas regiones de Asia o regiones del Norte de África. Y, más aún, desde el año 2000, cuando se observa una aceleración en la reducción de la razón de muerte materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos), superando en algunos países una reducción del 5,5% (OMS, 2019).

Estas cifras muestran las desigualdades en el acceso a los servicios de salud ya que, en 2015, la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es sólo de 12 por cada 100.000 (OMS, 2019). Asimismo, además de estas diferencias entre los países, existen diferencias dentro de un mismo país y con mujeres con ingresos altos y bajos, así como entre la población rural y la urbana (OMS, 2019).

La mayor parte de las muertes maternas son evitables, siendo imprescindible para ello un acceso a la atención prenatal durante la gestación, así como a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas posparto. De igual manera, la salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas. Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos fallecieron en 2015, y 2,6 millones nacieron muertos. De ahí la importancia de que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios, ya que la atención y el tratamiento adecuados pueden suponer para la madre y el recién nacido la diferencia entre la vida y la muerte (OMS, 2019).

La mayoría de estas mujeres fallecen por complicaciones relacionadas con el proceso de embarazo, parto y puerperio. La mayoría de estas complicaciones aparecen durante la gestación, y se pueden prevenir o tratar; otras, sin embargo, están presentes previamente al embarazo, y pueden agravarse con la gestación, particularmente si no se tratan durante la asistencia a la mujer. El 75% de las complicaciones que causan estas cifras de mortalidad materna son: hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional (incluyendo preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto, y abortos (Say et al., 2014).

3. Adaptación psicosocial de la mujer durante el puerperio

El nacimiento de una hija o un hijo es un acontecimiento de grandes e intensas emociones para la mujer y su familia. Por ello, cabe señalar que, además de los cambios fisiológicos que acontecen durante el puerperio, en ocasiones nos encontramos con una situación desbordante para la mujer debido a una serie de cambios psicosociales asociados a la llegada del recién nacido (Ministerio de Sanidad, 2014).

Rubin llevó a cabo una observación de mujeres durante el puerperio, con lo que logró identificar conductas que se repetían conforme las mujeres asumían su nuevo rol maternal. En consecuencia, definió tres etapas de la adaptación tras el nacimiento (Rubin, 1967):

- A. Aceptación. Esta primera etapa tiene lugar durante el primer o segundo día tras el parto. La mujer suele permanecer pasiva y con una actitud de dependencia. Asimismo, tiene dudas en la toma de decisiones y se encuentra preocupada por sus necesidades. También

relata de forma reiterada su versión de la experiencia del parto, ayudándola a establecer las diferencias entre la realidad y su experiencia, y aclarar las posibles dudas.

- B. Apoyo. La segunda etapa también se llama etapa de transición. La mujer empieza a recuperar energía, experimentando un mayor bienestar físico. Es posible que aún sienta inseguridad como madre, pero en este momento ya se ofrece a participar de forma activa y tomar decisiones independientes. La mujer necesita la confirmación de que está desempeñando de forma adecuada el papel de madre.
- C. Adopción de nuevas responsabilidades. Esta etapa tiene lugar cuando la mujer adopta conductas independientes al asumir su nuevo rol maternal. Tiene lugar tras el alta, normalmente en su hogar, recuperando su sitio allí. La mujer empieza a ver al recién nacido como un ser independiente. Suelen producirse cambios en la relación con su pareja y su familia. Si aparece un trastorno del rol, inducido por las nuevas responsabilidades y las exigencias, puede dar lugar a la aparición de sentimientos de depresión o pérdida.

4. Vínculo entre madre y recién nacido.

El vínculo materno-filial se desencadena con el nacimiento. Esta "unión" entre la madre y el recién nacido se logra gracias al contacto visual, el tacto y el reconocimiento de la voz y el olfato. Las diferentes teorías sobre el vínculo proponen que esta vinculación es innata, y se trata de un impulso instintivo, el cual consiste en comportamientos específicos de cada especie, el cual se forma a partir de impulso secundarios. Las primeras horas tras el parto son claves en el desarrollo del vínculo entre la madre, el padre, en su caso, y el recién nacido (Ministerio de Sanidad, 2014).

La importancia del vínculo está ampliamente aceptada, al igual que los efectos negativos que pueden aparecer cuando éste no se desarrolla. La formación del vínculo depende de muchos factores; entre ellos, podemos destacar un abordaje sensible por parte de los profesionales de la salud en un ambiente humano, dando importancia a las preferencias de los padres. Existen determinadas complicaciones que pueden interaccionar en el vínculo negativamente, tales como enfermedad materna o estancia hospitalaria del recién nacido. Durante el puerperio, los profesionales de la salud deben fomentar la interacción familiar continua, mediante apoyo y contenidos educativos dirigidos tanto a la madre como al padre (Ministerio de Sanidad, 2014).

De igual manera, los pediatras Kenell y Klaus (1974) evidenciaron la importancia del contacto precoz madre/recién nacido tras el nacimiento y sus consecuencias favorables en el desarrollo de la lactancia materna y el establecimiento de un vínculo emocional, el cual va a durar toda la vida. Estos autores apuntaban a un período sensible, durante los primeros minutos y horas tras el parto, donde los padres deben tener un contacto estrecho con el recién nacido para que "el desarrollo posterior sea óptimo". Asimismo, las distintas teorías del vínculo indican que es innata, es decir, que se trata de un impulso instintivo basado en comportamientos específicos de la especie (Klaus et al., 1974).

El desarrollo evolutivo es un proceso en el cual el niño o la niña va construyendo su realidad, incorporando los elementos de esta realidad, como los estímulos, los modelos de referencia

y los esquemas que las figuras vinculares les proporcionan, y les van a permitir comenzar a desenvolverse y adquirir experiencia. Esta interiorización de los estímulos de la realidad se lleva a cabo a través del vínculo. El recién nacido va construyendo un relato, en el cual los vínculos afectivos dejan huellas, la mayoría de ellas positivas. Dichas huellas hacen que la niña o niño afronten la experiencia de una manera determinada. Esta experiencia va a modificar sus modelos y su percepción de la vida, y la manera en que llega a ella depende una base afectiva adecuada (Ministerio de Sanidad, 2014).

Por ello, el vínculo es un privilegio, porque ayuda a influir en su desarrollo y, a su vez, una responsabilidad, porque si la huella que deja en el recién nacido es negativa, va a obligar a una intervención terapéutica posterior. Por lo tanto, uno de los aspectos clave para madres y padres es saber cimentar un vínculo afectivo constructivo y positivo con sus hijas e hijos, para proporcionarles la seguridad afectiva necesaria para el desarrollo de su crecimiento y autonomía posteriores (Ministerio de Sanidad, 2014).

De esta manera, la familia que establece un vínculo afectivo con sus hijas o hijos, les están proporcionando un modelo cognitivo de referencia acerca de sí mismos y el resto del mundo, es decir, un modelo de relación que conlleva una serie de expectativas. La construcción de un adecuado vínculo implica expresar afecto y demostrar interés; así, un vínculo adecuado genera sentimientos de seguridad y estabilidad. El vínculo que se crea en los primeros años de vida es básico en el desarrollo de nuestra identidad y nuestra afectividad (Ministerio de Sanidad, 2014).

Por lo tanto, un vínculo afectivo es importante porque va a determinar nuestra visión del mundo y nuestra interpretación de las relaciones, es decir, nuestro desarrollo cognitivo y nuestro desarrollo social. Un vínculo afectivo adecuado genera seguridad, y ayuda a la autonomía y la libertad en las relaciones, las cuales son necesarias para el desarrollo de una alta autoestima y el desarrollo pleno de la persona (Ministerio de Sanidad, 2014).

Capítulo II

La depresión como determinante de la salud emocional

1. Concepto de depresión

Según la OMS, la depresión es un trastorno de salud mental común, caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concorra con cansancio y falta de concentración (OMS, 2021). Por ello, podemos hablar de una afectación global psíquica y física, haciendo énfasis en la esfera afectiva (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2009).

El diagnóstico del trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observables poco específicos, tales como el deterioro de la apariencia y el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño o quejas somáticas inespecíficas. La diferencia entre estos cambios patológicos y los normales es la persistencia de la clínica, la gravedad y el grado de deterioro funcional y social (NCCMH, 2009).

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque en ocasiones resulte difícil establecer la autonomía diagnóstica frente a otras entidades psicopatológicas. De forma frecuente, la depresión se asocia a ansiedad, con diferentes combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones; de igual manera, la depresión puede presentarse junto al abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas (OMS, 2021); también es habitual su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad (Egede, 2007).

Asimismo, la depresión se presenta de forma más frecuente en personas con enfermedad física crónica, siendo su relación recíproca, es decir, los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y, a su vez, la depresión puede afectar de forma negativa el curso de la patología física. De igual manera, la depresión también constituye un factor de riesgo para determinadas patologías físicas, como el caso de las enfermedades cardiovasculares (Egede, 2007).

La depresión puede aparecer a cualquier edad, aunque presenta mayor prevalencia entre los 15 y 45 años, por lo que genera un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales (Patten et al., 2009). Los síntomas asociados al trastorno depresivo pueden ser diferentes dependiendo de la edad: las personas jóvenes muestran una

mayor proporción de síntomas relacionados con el comportamiento, mientras que los adultos presentan frecuentemente síntomas somáticos (Hegeman et al., 2012).

2. Historia de la depresión

El trastorno depresivo aparece como una de las primeras enfermedades mentales descritas en la historia. A lo largo de los siglos, la medicina y la filosofía, así como posteriormente la psicología y la psiquiatría, tratan de entender por qué aparece la depresión en el ser humano. Ya en el siglo XIX a.C. en el Libro de los Muertos se habla de la melancolía como una enfermedad del estado de ánimo. En Egipto, en los papiros de Ebers y Edward Smith, se describe la histeria como una enfermedad causada por el útero, el cual recorría el cuerpo humano provocando diferentes patologías. En la medicina oriental hindú, la melancolía se encontraba dentro del cuerpo humano y en determinadas características de la personalidad (Pérgola, 2002).

Las primeras aproximaciones para la comprensión científica de la depresión se inician durante la época de la Grecia Clásica con Hipócrates, quien describe con síntomas clínicos lo que denominaba melancolía de esta manera: "un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud" (Pérgola, 2002). Un siglo después, Aristóteles continúa las concepciones de Hipócrates y considera que existen cuatro tipos de temperamento: melancólico, sanguíneo, colérico y flemático (Pérgola, 2002). El temperamento melancólico se identificó como una descripción de lo que hoy conocemos por depresión, ya que se caracterizaba por miedo, tristeza, desagrado por la gente y deseo de morir (Stelmack, 1991).

En la Europa Medieval, las ideas de la Grecia Clásica y la Antigua Roma sufren un retroceso y renace el primitivismo y la brujería. La enfermedad mental era tratada por monjes en los monasterios, a través de exorcismos con el objetivo de sacar los demonios del hombre. Incluso San Agustín, asegura que las enfermedades de los cristianos son provocadas por los demonios (Vallejo, 1998). Durante el Renacimiento, destaca la figura del médico Paracelso, quien estableció la diferencia entre la debilidad mental y diferentes formas de manía; asimismo, se convierte en el primero que identifica los componentes sexuales de los demás factores en el desarrollo de la histeria (Pérgola, 2002).

En el año 1621, el escritor y clérigo inglés Robert Burton escribe "Anatomía de la melancolía", la obra más completa de la melancolía, donde incluye una descripción de causas, síntomas y causas de este trastorno (Tuke, 2015). Durante este siglo, nace Thomas Willis, considerado el padre de la neurología. Algunas de las investigaciones de Willis se basan en demostrar que las enfermedades mentales tenían su origen en daños en el tejido cerebral, y la melancolía podía dividirse en universal o particular, según la afectación de las habilidades cognitivas (Telles-Correia, 2015).

En el año 1725, aparece el término actual de depresión, acuñado por el británico Sir Richard Blackmore. En nuestro país, tiene gran importancia el médico español de origen árabe Andrés Piquer y Arrufat, que diagnostica al monarca español Fernando VI de manía-melancolía, siste-

matizando la enfermedad con gran detalle. En 1764, el médico escocés Robert Whytt relaciona el término depresión mental, con espíritu bajo, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986). Comienza en Europa en esta época la idea de que los enfermos mentales deben recibir un tratamiento adecuado en lugares específicos para atender estos problemas. Con esta nueva visión crítica y racional, unida a los avances científicos se desencadena la nueva visión del concepto de enfermedad mental (Coto, 1995).

Durante el siglo XIX diferentes psiquiatras europeos se afanan en crear sistemas clasificatorios y definir enfermedades mentales. El considerado padre de la Psiquiatría, Philippe Pinel, elabora una clasificación de los trastornos psíquicos: melancolía, alteración de la función intelectual; manía, excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él; demencia, alteración de los procesos de pensamiento; e idiocia, detrimento de las facultades intelectuales y afectos (Vallejo, 1998). Un aporte importante fue el realizado por el psiquiatra francés Louis Delasiauve, quien acuñó el término "depresión"; a partir de ese momento, esta expresión reemplaza al término "melancolía" (Walusinski, 2017).

Al inicio del siglo XX aparecen varias escuelas psicológicas con distintos enfoques y planteamientos, tales como el Psicoanálisis, basado en la teoría de Sigmund Freud, sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta; y el Conductismo, asociado a Watson, Pavlov y Skinner, centrado en la forma en que influyen el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología. Asimismo, el psiquiatra estadounidense Aaron Beck identifica la triada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo, y una visión de futuro sufrida o fracasada (Hernández, 2007).

En el año 1957 se producen varios hechos importantes relacionados con el concepto y el tratamiento de la depresión. Aparecen los primeros antidepresivos: la Imipramina, de la familia de los tricíclicos, descubierta por Roland Kuhn, quien cree que este medicamento actúa contra la melancolía o depresión endógena; y la Iproniazida, de la familia de los antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), descubierta por Nathan Kline, quien considera este tratamiento como un psicoestimulante no específico para cualquier tipo de estado de ánimo depresivo. Por otro lado, la depresión ya no se diferencia entre endógena y reactiva, sino que se empieza a ver como una patología de la disfunción y del déficit (Londoño, 2013).

Asimismo, el psiquiatra alemán Karl Leonhard propone la separación los trastornos afectivos en bipolares (personas con trastornos maníacos depresivos o circulares) y unipolares (personas con historia sólo de depresión o sólo de manía). Desde los años 70, se ha utilizado la distinción entre bipolar I, en aquellos casos con historia de algún episodio de manía; y bipolar II, en aquellos casos en que sólo ha existido episodios de hipomanía (Londoño, 2013).

Las visiones de Kuhn y Kline coexisten hasta la redacción del DSM-III en 1980, donde Kuhn se impone, en especial, cuando la denominación de "antidepresivo" prevalece y dicta las guías prácticas médicas; esto va a generar una disputa en la Psiquiatría y la Medicina General, ya que para muchos esta nomenclatura es errónea, ya que esta molécula rebasa la indicación de la depresión. Sin embargo, el concepto de la depresión como enfermedad de pleno derecho que difundirá el DSM posteriormente es la que se va a imponer en la medicina, a pesar de las controversias en la definición, semiología y patogenia de este trastorno (Londoño, 2013).

En la actualidad, en Psiquiatría la depresión se concibe desde el DSM-V como herramienta diagnóstica, y desde los avances en el campo de la neurociencia, como explicación a las causas de este trastorno. El DSM-V muestra que existe un gran número de estresores sociales diferentes a la pérdida de un ser querido que pueden provocar fuertes respuestas emocionales y no necesariamente son desadaptativas. La neurociencia relaciona la depresión no sólo con diferentes niveles de neurotransmisores en el cerebro, si no con diferencias en las conexiones y en la anatomía del cerebro (Anand et al., 2005).

3. Magnitud y transcendencia de la depresión

Según la OMS, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, de las que menos del 25% tiene acceso a tratamientos efectivos. En esta misma línea, señala que un 20% de la población desarrollará un trastorno depresivo en su vida, incrementándose en el caso de confluencia con otras enfermedades o estrés. En la actualidad, y debido a su impacto funcional y su tendencia a la cronicidad y recurrencia, la depresión es una de las principales causas de discapacidad, y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad (OMS, 2021).

La depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia en España. De acuerdo a la ENSE realizada en el año 2017, un 6,68% de la población española habría sido diagnosticada de depresión en los últimos doce meses, es decir, unos tres millones de personas en España (Navío y Pérez, 2020). Sin embargo, cabe la posibilidad de que la magnitud de este trastorno sea aún mayor, ya que sólo el 58% de las personas que padecen depresión buscan ayuda en los servicios de salud (Gabilondo et al., 2011).

Existen pocas investigaciones en nuestro país sobre la salud mental con muestras representativas de la población. Sin embargo, entre éstas se puede destacar el estudio ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorders), donde se concluye que el 10% de la población española habría padecido al menos un episodio depresivo mayor en su vida, y una prevalencia-año del 4% (Haro et al., 2006); de igual manera, el estudio "Edad con Salud" llevado a cabo los años 2011 y 2012, la prevalencia de depresión en una muestra representativa de la población española se situó en el 9%; sin embargo, los autores del estudio exponen que esta cifra podría estar sobreestimada debido a la adaptación de la entrevista diagnóstica utilizada (Lara et al., 2015).

Estos estudios sitúan a nuestro país como uno de los países de Europa con menores cifras de depresión. Sin embargo, la Encuesta de Salud Europea (European Health Interview Survey) llevada a cabo en el año 2014 indica que España se encuentra en torno a la media europea (Navío y Pérez, 2020). De igual manera, el estudio de carga global de enfermedad realizado en 2015 encuentra una prevalencia de depresión en nuestro país similar a Alemania, menor que Portugal o Grecia, y superior a Holanda o Reino Unido (Navío y Pérez, 2020).

En cuanto a las diferencias por sexo, diferentes estudios han encontrado una prevalencia superior de depresión en las mujeres sobre los hombres. La encuesta nacional de salud encontró una prevalencia anual de depresión de un 9% frente al 4% en el caso de los hombres (Navío y Pérez, 2020). El estudio ESEMeD obtuvo una prevalencia anual de episodio depresivo mayor

del 5,7% en las mujeres y el 2% en los hombres (Haro et al., 2006). De igual manera, Gabilondo et al. (2010) estimaron que un 14% de las mujeres y un 4% de los hombres han sufrido un episodio depresivo mayor en algún momento de su vida. A pesar de las diferencias en los estudios, se puede constatar una prevalencia de depresión superior en las mujeres que, en los hombres, tendencia similar en la mayoría de los países del mundo (Navío y Pérez, 2020).

Capítulo III

Depresión puerperal

1. Depresión perinatal

La depresión perinatal es un tipo de trastorno del estado de ánimo que tiene lugar durante el embarazo y el puerperio, hasta incluso un año después del parto. La depresión perinatal es reconocida como una de las enfermedades más frecuentes y, en países desarrollados, la complicación del proceso de embarazo, parto y puerperio más frecuentemente infradiagnosticada (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2018). Es una causa importante de carga de enfermedad a nivel mundial, si se estiman los costes de la atención sanitaria, la morbilidad y mortalidad, así como el número de años perdidos por enfermedad. En los países industrializados, aproximadamente el 10% de las mujeres durante el embarazo y el 13% durante el puerperio, experimentan una enfermedad mental, principalmente depresión, pudiendo aparecer en diferentes momentos del embarazo y/o el puerperio. La depresión perinatal puede desarrollar consecuencias negativas para la mujer tanto a corto como a largo plazo, pudiendo extenderse a la pareja, familia y/o entorno social de la mujer afectada (RNAO, 2018).

Al igual que con cualquier otro trastorno mental, se deben descartar los síntomas depresivos que están relacionados con condiciones médicas no tratadas o que son los efectos directos del consumo de alcohol u otras sustancias. Las condiciones médicas que pueden provocar síntomas de depresión y ansiedad, y que son comunes en las mujeres durante el puerperio, incluyen disfunción tiroidea y anemia (Stewart y Vigod, 2019).

En la primera semana tras el parto, algunas mujeres frecuentemente pueden experimentar una serie de síntomas y molestias físicas que se han denominado blues puerperal ("postpartum blues" o "baby blues", en inglés). La prevalencia de este trastorno puede oscilar entre el 26% y el 84%. Aunque no existen criterios establecidos para su diagnóstico, los estudios de Handley et al. (1980) y, posteriormente, O'Hara et al., (2014) propusieron unos criterios con los que obtuvieron una tasa de prevalencia del 26%. Entre los síntomas que aparecen podemos destacar estado de ánimo disfórico, llanto, labilidad del estado de ánimo, ansiedad, insomnio, pérdida del apetito e irritabilidad (O'Hara y Wisner, 2014). Los hallazgos de estos estudios sugieren que los síntomas de tristeza se encuentran en la misma dimensión que los síntomas del estado de ánimo en otros momentos de la vida de la mujer. La evidencia muestra que los síntomas del estado de ánimo empeoran la primera semana posparto y mejoran posteriormente de forma gradual (O'Hara, 1995). Asimismo, los síntomas negativos del estado de ánimo alcanzan su máximo entre el tercer y quinto día posparto, manifestando, probablemente, reajustes hormonales después del parto (Buttner et al., 2012; Gonidakis et al., 2007; O'Hara, 1995). Por lo gene-

ral, los síntomas de la tristeza disminuyen entre los 10-12 días posparto de forma espontánea sin necesidad de atención médica o psicológica, a excepción de aquellos casos que evolucionan hacia un episodio de depresión puerperal (O'Hara, 1995). Las depresiones puerperales son generalmente independientes de la tristeza; sin embargo, la tristeza posparto representa un factor de riesgo de la depresión puerperal (O'Hara 1995). Asimismo, otros factores comunes son la presencia acontecimientos estresantes o síntomas depresivos durante el embarazo, alteraciones del sueño, o antecedentes de óbito fetal (Medina-Serdán, 2013). Se recomienda informar a la mujer y la familia sobre este trastorno, sus principales factores asociados, así como sugerir un acompañamiento y apoyo familiar durante este momento, indicando que, si no desaparece la sintomatología tras dos o tres semanas, contacte con un profesional de la salud (Medina-Serdán, 2013).

Por otro lado, la psicosis puerperal se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos (Medina-Serdán, 2013). La psicosis puerperal se presenta de forma rápida entre el tercer y noveno día tras el nacimiento, con fluctuaciones del estado de ánimo, confusión y deterioro cognitivo marcado que sugiere delirio, comportamiento extraño, o insomnio (Medina-Serdán, 2013). La incidencia de psicosis puerperal varía entre 0,25-2 casos por cada 1000 nacimientos, y la edad media de aparición es 26,3 años, momento en el que la mayoría de las mujeres tienen su primer o segundo hijo o hija (Bergink et al, 2016; Sit et al., 2006). Entre los principales factores de riesgo de desarrollo de psicosis posparto podemos destacar los antecedentes personales de trastornos afectivos, antecedentes de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, psicosis posparto previa, e historia familiar de trastornos afectivos (Medina-Serdán, 2013).

2. Depresión puerperal

La depresión puerperal comprende un importante problema de salud pública, el cual podemos definir en la actualidad en base a los siguientes criterios:

2.1. Clasificación CIE-10

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE-10), realizada por la OMS, establece la clasificación y codificación de enfermedades, siendo su principal objetivo el registro sistemático, así como el análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad de diferentes países. Con relación a los trastornos mentales y del comportamiento, incluye la depresión (categoría F32.9), y concretamente la depresión posnatal o posparto (categoría F53.0), cuyo diagnóstico requiere el inicio en el posparto (durante las primeras semanas hasta los tres primeros meses posparto), con una duración de más de dos semanas (CIE-10, 2020).

2.2. Clasificación DSM V.

El DSM es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA, el cual contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Estos criterios diagnósticos proporcionan un lenguaje común entre los distintos profesionales de la

salud, ayudando a que los diagnósticos sean precisos y consistentes. Es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación (APA, 2013).

Según el DSM, para el diagnóstico de depresión mayor, 5 o más de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer (APA, 2013):

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Aumento o pérdida significativa (>5%) de peso, o disminución o aumento del apetito.
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

En la actualidad, no existen pruebas de laboratorio ni de imagen que ofrezcan un diagnóstico de este trastorno. Sin embargo, estas pruebas pueden ser necesarias para descartar otros trastornos físicos que puedan provocar depresión; entre estas pruebas, se incluyen hemograma, TSH y electrolitos, vitamina B12 y ácido fólico. En ocasiones, puede resultar apropiado determinar pruebas de uso de drogas ilegales (Hospital Clínic, 2019).

El DSM, en su quinta edición (DSM-V), incluye como novedad respecto a su versión anterior, un trastorno depresivo mayor con inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas de posparto (APA, 2013).

3. Diagnóstico de la depresión puerperal

3.1. Entrevista clínica

El diagnóstico de la depresión puerperal se realiza a través de entrevistas clínicas validadas, tales como CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (Wittchen, 1994), MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Sheehan et al., 1998) o SCID (Structured Clinical Interview for the DSM) (First y Gibbon, 2004).

La CIDI es una entrevista completa muy estructurada que consta de preguntas relacionadas con síntomas, divididas en secciones. Éstas, a su vez, se agrupan en dos partes principales: la primera parte es el diagnóstico, que incluye la parte clínica de la entrevista, con una sección introductoria de detección y 22 secciones de diagnóstico, que evalúan diferentes condiciones

psiquiátricas; y la segunda parte incluye varios apartados no clínicos que evalúan el uso de servicios, toma de psicofármacos, condiciones físicas crónicas, factores de riesgo, redes sociales, sobrecarga del cuidador, y variables sociodemográficas (Wittchen, 1994).

La MINI es una entrevista breve diagnóstica estructurada, que se desarrolló en Francia y Estados Unidos para explorar 17 trastornos de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-V. Está estructurada completamente para que pueda administrarse por entrevistadores no especializados. Está centrada en los trastornos actuales (Sheehan et al., 1998).

La SCID es una guía para una entrevista semiestructurada para realizar diagnósticos de acuerdo con los criterios de diagnóstico publicados en el DSM-V de la APA. Es realizada por un profesional de la salud mental capacitado y familiarizado con la clasificación y los diagnósticos del DSM-V. Las personas entrevistadas pueden ser pacientes psiquiátricos o de medicina general, así como personas que no se identifican como pacientes, tales como participantes de una encuesta comunitaria sobre enfermedades mentales o familiares de pacientes psiquiátricos (First y Gibbon, 2004).

Sin embargo, puede resultar complicado administrar estas entrevistas a la población atendiendo a criterios de tiempo y recursos; por lo tanto, muchos profesionales de la salud e investigadores administran herramientas de cribado, las cuales constituyen una medida de prevención secundaria. Se realiza a mujeres a priori sanas, con el fin de detectar la presencia de síntomas depresivos de forma precoz, mejorando el pronóstico y reduciendo tanto la mortalidad como las limitaciones asociadas. (Levis et al., 2019).

Algunos de los ítems incluidos en estas escalas de cribado plantean síntomas similares a los que se evalúan en las entrevistas clínicas, aunque la mayoría no incluyen todos los síntomas relevantes. Asimismo, a diferencia de las entrevistas clínicas validadas, los métodos de screening no incluyen la historia personal de la mujer, necesaria para el diagnóstico diferencial, no evalúan el deterioro funcional, ni investigan trastornos no psiquiátricos que pueden producir síntomas similares (Thombs et al., 2018). Las personas con un resultado positivo en el screening, deben ser evaluadas por un profesional de la salud capacitado para confirmar los criterios de diagnóstico. La mayoría de las escalas de cribado sobreestiman la prevalencia de depresión puerperal en comparación con los diagnósticos reales, encontrando, en muchas ocasiones un valor predictivo positivo de la prueba bajo (algunos estudios indican que menos de un 30% de las pacientes con un cribado positivo, presenta depresión mayor) (Levis et al., 2019; Thombs et al., 2018).

La Guía de Práctica Clínica de Embarazo y Puerperio (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [GPC], 2014) recomienda la utilización de métodos de screening de síntomas depresivos en este período para discriminar el riesgo de depresión puerperal. En primer lugar, se sugiere el empleo de dos preguntas sencillas realizadas a la mujer tras el parto, incluidas a su vez, en la GPC del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), las cuales se formulan así:

- "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?"
- "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"

En caso de respuesta afirmativa a ambas preguntas, se recomienda realizar una última pregunta: "¿Cree que este sentimiento requiere de apoyo o ayuda?". La utilización de estas preguntas presenta un adecuado rendimiento para descartar este trastorno en las mujeres que contestan de manera negativa a las preguntas (Mann y Gilbody, 2011). En caso de respuesta afirmativa, se sugiere, a continuación, el uso de cuestionarios como método de screening de la depresión puerperal (Mann y Gilbody, 2011).

3.2. Escalas de cribado

Entre los ejemplos de instrumentos de cribado de la depresión puerperal se pueden destacar: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987); Whooley Scale (Whooley et al., 1997); o Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) (Beck y Gable, 2007). Asimismo, existen investigaciones que utilizan otros cuestionarios diseñados para población general como: Beck Depression Inventory (BDI y BDI-II) (Beck et al., 1996; 1993); Centre for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977); Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001).

La herramienta de cribado de síntomas depresivos en el puerperio más utilizada es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (Cox et al., 1987), siendo el cuestionario que muestra un mejor rendimiento para la detección de depresión menor o mayor tras el parto (Anexo 1) (Hewitt et al., 2009). En el desarrollo de esta investigación se ha evaluado la presencia de síntomas depresivos en el puerperio mediante esta herramienta. La EPDS se trata de una escala autoadministrada de 10 ítems, con cuatro posibles alternativas de respuesta, puntuadas de 0 a 3, según la gravedad de los síntomas. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 30 puntos (proporcional al nivel de síntomas depresivos). Un punto de corte, igual o superior a 10 puntos, se considera adecuado para detectar síntomas depresivos en este período, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63% (García-Esteve et al., 2003).

Se recomienda su uso en las primeras 6 semanas posparto para asegurar un correcto cribado de síntomas depresivos en el puerperio, según el Ministerio de Sanidad de España (GPC, 2014). Está validada en España (García-Esteve et al., 2003), así como en múltiples países e idiomas, llegando hasta un total de al menos 37 lenguas diferentes (Cox et al., 2014). Otros organismos como el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, la Academia Estadounidense de Pediatría y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU, también recomiendan la detección posparto de rutina utilizando el EPDS; sin embargo, no se debe olvidar que la entrevista clínica validada es el estándar de oro para determinar un diagnóstico (Stewart y Vigod, 2019).

La escala Whooley (Whooley et al., 1997) es una herramienta recomendada para la detección de síntomas depresivos durante el período perinatal; se trata de una versión abreviada del procedimiento de evaluación de trastornos mentales en Atención Primaria, el cual consiste en una evaluación en dos etapas de cinco de los grupos de trastornos más comunes en Atención Primaria, incluyendo la depresión. Las dos preguntas originales incluyen los dos criterios principales para el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-V con respecto al estado de ánimo deprimido y la pérdida de placer. Arroll sugiere añadir una tercera relacionada con la necesidad de ayuda, para mejorar la especificidad de estas preguntas (Arroll et al., 2005).

El PDSS es un instrumento autoadministrado de 35 ítems, creado específicamente para nuevas madres. La prueba otorga una puntuación de gravedad general en tres diferentes rangos: ajuste normal, síntomas significativos de depresión posparto y detección positiva de depresión posparto mayor. El PDSS también proporciona puntuaciones para siete áreas de distinta sintomatología: trastornos del sueño y alimentación, ansiedad/inseguridad, labilidad emocional, confusión mental, pérdida de uno mismo, culpa/vergüenza y pensamientos suicidas (Beck y Gable, 2007).

El BDI está compuesto por una lista de 21 síntomas y actitudes que se clasifican según su intensidad. Existen diferentes versiones: el BDI, con una semana de marco para la aparición de síntomas, y el BDI-II, que utiliza dos semanas. Las calificaciones de las versiones utilizadas con más frecuencia (BDI-I y BDI-II) se obtienen sumando las puntuaciones de los 21 ítems. Aunque originalmente fue diseñado para ser administrado por entrevistadores capacitados, la mayoría de las veces es autoadministrado. Este instrumento se utiliza para medir la gravedad de la depresión en personas deprimidas, y también en población general. Debido a la dependencia de síntomas somáticos, puede producir puntuaciones más altas y mayor número de falsos positivos en embarazadas que en otros pacientes (Beck et al., 1996; 1993).

El CES-D está diseñado para medir el nivel actual de sintomatología depresiva y el afecto depresivo. Los 20 ítems fueron elegidos de cinco escalas de depresión utilizadas previamente para representar todos los componentes principales de la sintomatología depresiva en población general. Cada elemento se califica en escalas de cuatro puntos que indican el grado de ocurrencia durante la última semana. Cada escala puede distinguir entre grupos clínicos y grupos comunitarios generales. Aunque por lo general se puntúa de forma continua, se ha sugerido un corte de 16 puntos o más como screening positivo para la depresión (Radloff, 1977).

El PHQ-9 es un instrumento que permite realizar el cribado de los pacientes con trastornos depresivos y, además, permite definir la severidad del cuadro y el seguimiento del trastorno. Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas dos semanas, según los criterios del DSM-V. Según la puntuación obtenida en la escala, se pueden clasificar en: síndrome depresivo mayor, otro síndrome depresivo, síntomas depresivos positivos, y síntomas depresivos negativos (Kroenke et al., 2001).

4. Síntomas de depresión puerperal

Los síntomas de la depresión puerperal suelen aparecer entre las cuatro y seis semanas posparto, y pueden variar de una mujer a otra. Si atendemos a los criterios para el diagnóstico de depresión puerperal del DSM-V, incluyen un estado anímico depresivo o pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se disfrutaban, además de otros síntomas como: trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), casi a diario; pérdida o aumento de peso del 5% o más en el plazo de un mes, sin haber realizado dieta ni un consumo excesivo de alimentos; agitación; falta de energía o sensación de fatiga a diario; dificultades para concentrarse o en la toma de decisiones; sentimientos de inutilidad o culpa inapropiados; o pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida con o sin plan concreto (RNAO, 2018).

En la tabla 1 se enumeran otros signos y síntomas de depresión puerperal, clasificados en función de los estados de ánimo, pensamientos y salud física/comportamientos:

Estados de ánimo	Pensamientos	Salud física/ Comportamientos
Tristeza	Problemas de concentración	Pérdida de apetito
Pérdida del interés o placer (Anhedonia)	Baja autoestima	Cambios en el aspecto físico
Sentimientos de culpa	Falta de atención	Trastornos del sueño
Cambios de humor	Dificultades para la toma de decisiones y procesos cognitivos	Llanto frecuente
Ansiedad	Ideación suicida	Falta de energía
Desesperanza	Preocupación excesiva	
Miedo a estar a solas con el bebé por dificultades para manejarlo	Irritabilidad	
	Inseguridad en sí misma en actividades como cuidar del bebé	

Tabla 1. Estados de ánimo, pensamientos y salud física/comportamientos asociados a la depresión puerperal. Fuente: Registered Nurses' Association of Ontario (2018).

Aunque es cierto que la sintomatología de la depresión puerperal varía de una mujer a otra, existen ciertas similitudes en la forma de expresarlos, tal y como aparece en la tabla 2:

Síntoma depresivo	Ejemplo de afirmaciones que describen estos síntomas
Falta de energía, letargo	"Todo me supone un esfuerzo."
Baja autoestima	"Soy un fracaso como madre, como persona y como pareja."
Tristeza	"Tengo ganas de llorar todo el tiempo."
Ideación suicida	"Creo que todos estarían mejor sin mí."
Ansiedad, culpa, remordimientos	"He cometido un error terrible."
Falta de concentración, desorientación, confusión	"Me siento confundida."

Tabla 2. Ejemplos de afirmaciones que pueden sugerir síntomas depresivos. Fuente: Adaptado de Registered Nurses' Association of Ontario (2018).

5. Depresión puerperal y mortalidad

Los trastornos psiquiátricos en el puerperio pueden tener implicaciones graves para las mujeres, los recién nacidos y sus familias. Los resultados trágicos de los trastornos psiquiátricos no tratados entre las mujeres incluyen el suicidio, los intentos de suicidio y el infanticidio. Existen estudios que concluyen que aquellas mujeres con psicosis posparto presentan un riesgo 70 veces mayor de suicidio durante el primer año (Appleby et al., 1998). Asimismo, en relación a los resultados a largo plazo, se ha podido ver que la esperanza de vida de los pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico grave es 15-20 años inferior que la población general (Johanssen et al., 2016); concretamente, una revisión llevada a cabo por Chesney et al. (2014) sobre el ries-

go de mortalidad por todas las causas en pacientes psiquiátricos, concluye que las mujeres con un ingreso psiquiátrico posparto presentaban unas tasas de mortalidad más altas en todos los grupos de diagnóstico.

Existen pocos estudios que hayan examinado la relación entre síntomas depresivos maternos y el riesgo de mortalidad infantil, y en la mayoría de los casos, el diseño es débil y con limitado poder estadístico; una revisión sistemática de 2016 muestra que investigaciones realizadas en países de bajos ingresos encontraron una asociación entre depresión prenatal y mortalidad neonatal (Surkan et al., 2016). Sin embargo, en países de ingresos altos no se encontró asociación entre la depresión prenatal y la pérdida de un hijo (Surkan et al., 2016). En cuanto a la depresión puerperal, se ha encontrado que los niños hasta los 5 años presentan un riesgo 1,47 veces mayor si su madre presenta depresión puerperal; de igual manera, se han encontrado tasas de mortalidad infantiles superiores en aquellas mujeres que presentaban síntomas depresivos. La depresión puerperal podría representar un trastorno más crítico para los resultados de supervivencia infantil que la depresión prenatal (Chen et al., 2011).

6. Tratamiento de la depresión puerperal.

El tratamiento de la depresión puerperal requiere una intervención llevada a cabo por un equipo multidisciplinar especializado en la aplicación de un plan individualizado, basado en las necesidades maternas y la evidencia científica. Para llevar a cabo el tratamiento, se desarrollan dispositivos específicos que permitan el tratamiento intensivo en un espacio compartido con la madre y el recién nacido (Hospital Clínic, 2019).

Las guías clínicas internacionales recomiendan las Unidades de Hospitalización Madre-Bebé para los episodios graves, en especial aquellos casos que presenten síntomas psicóticos o riesgo suicida, y que la madre ingrese con el bebé, cuando sea posible. No existe este tipo de dispositivo en nuestro país; sin embargo, el Hospital Clínic de Barcelona posee un dispositivo de hospitalización parcial, para aquellos casos de depresión puerperal moderada-grave, donde las madres reciben un tratamiento multidisciplinar e intensivo, así como intervenciones específicas para la promoción del vínculo, los cuidados maternos y la lactancia materna, compaginando con el tratamiento psicofarmacológico. Asimismo, se llevan a cabo intervenciones psicoeducativas acerca de la enfermedad y la prevención de futuros episodios (Hospital Clínic, 2019).

La terapia psicológica que mayor eficacia ha demostrado en el tratamiento de la depresión puerperal son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. La terapia psicológica cognitivo-conductual es la más utilizada, y se puede realizar de forma individual y en grupo. Esta terapia se centra en el presente, en los problemas actuales de la madre, en el establecimiento de objetivos concretos y se basa en el aprendizaje de técnicas realizadas en el día a día, las cuales ayuden a lograr los objetivos. Esto conlleva el incremento de actividades sociales y autocuidado, así como el tiempo dedicado a ella misma; implementar técnicas de relajación o regulación emocional en los momentos de estrés; entrenar la asertividad, que permita a la mujer defender los deseos y opiniones, respetando a los demás; intervenir acerca de los pensamientos negativos respecto a ella misma, la maternidad o relacionados con el recién nacido (Hospital Clínic, 2019).

En relación con el tratamiento farmacológico y el manejo de las enfermedades mentales durante el embarazo y lactancia, existen datos en los últimos 30 años que sugieren que los antidepresivos en general, y los Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (IRSS), de primera elección en la depresión puerperal, son seguros durante la lactancia materna. Para la instauración o mantenimientos del tratamiento durante el embarazo o la lactancia, se debe llevar a cabo una valoración de riesgo/beneficio del fármaco, así como de los efectos de la depresión no tratada (Hospital Clínic, 2019).

Recientemente se ha desarrollado un nuevo fármaco, la Brexanolona, una fórmula intravenosa del alopregnanolona, el cual disminuye de forma rápida los síntomas de la depresión puerperal moderada-grave, aunque se encuentra pendiente de aprobar por la agencia estadounidense reguladora del medicamento (FDA, por sus siglas en inglés). Este tratamiento se aplica por vía intravenosa en régimen de hospitalización, y presenta una mejoría a partir de las 48-60 horas de administración. Se presenta como una opción futura que disminuya la duración de la depresión puerperal, aunque aún no ha sido aprobada ni comercializada en España, y presenta una serie de inconvenientes tales como el coste o la vía de administración (Hospital Clínic, 2019).

Por otro lado, la terapia electroconvulsiva es un tratamiento eficaz y seguro en casos de depresión grave (por ejemplo, marcada inhibición, riesgo vital, melancolía, síntomas psicóticos), o en aquellos casos resistentes al tratamiento farmacológico. En el puerperio se puede realizar terapia electroconvulsiva con anestésicos compatibles con la lactancia. Se podría valorar en determinados casos de depresión grave en el embarazo (Hospital Clínic, 2019).

En otros países desarrollados, como por ejemplo Canadá, se apuesta de igual manera por un enfoque integral y multidisciplinario, donde tras el diagnóstico de DPP, se diseñan estrategias psicosociales para aumentar el autocuidado, mejorar el apoyo social y reducir el impacto de eventos estresantes negativos (Stewart y Vigod, 2019). En aquellos casos de mujeres con síntomas de al menos gravedad moderada, se requieren estrategias de tratamiento adicional para lograr la remisión; en dichos casos, se deben explicar y buscar las preferencias de la madre, incluyendo el deseo de tratamiento no farmacológico versus estrategias farmacológicas, así como intervenciones grupales versus individuales (Tabla 3) (Stewart y Vigod, 2019).

DPP	DPP: moderada	DPP: severa
Autocuidado	Tratamiento psicológico, incluyendo terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal.	IRSS solos o con psicoterapia (considere la seguridad de la lactancia).
Protección del sueño	Agregar IRSS si la respuesta es insuficiente (considere la seguridad de la lactancia).	Considere el cambio de antidepresivos y aumento de estrategias si no hay respuesta.
Ejercicio		Considere la TEC con tendencias suicidas graves, psicosis o resistencia al tratamiento
Estrategias de apoyo psicosocial.		
Investigar y manejar los estresores sociales, comorbilidades médicas y psiquiátricas.		

Tabla 3. Manejo paso a paso del tratamiento de la depresión puerperal. Fuente: Adaptado de Stewart, 2019.

7. Depresión puerperal y morbilidad en el recién nacido

La depresión puerperal aumenta el riesgo de resultados adversos en el recién nacido en un 31%, incrementando el riesgo de desnutrición, retraso del crecimiento, baja estatura, diversas enfermedades infantiles y lactancia mixta o artificial. Tal riesgo no se modifica a lo largo de la distinta edad del lactante, aunque disminuye a medida que aumenta dicha edad (Dadi et al., 2020).

Existen diferencias entre los países de ingresos altos y bajos: en los países de bajos ingresos, la depresión puerperal se asocia a un menor aumento de peso y retraso en el crecimiento del lactante; en países de ingresos altos, existe asociación con el peso y la longitud al inicio de la vida del recién nacido (Slomian et al., 2019). Asimismo, se observan asociaciones negativas entre los síntomas depresivos en el puerperio y el desarrollo cognitivo infantil, desarrollo del lenguaje, comportamientos infantiles, preocupaciones generales de salud infantil y calidad del sueño (Slomian et al., 2019).

Con relación a la interacción madre-hijo, la depresión puerperal se asocia a un déficit en los cuidados al recién nacido, lo que a su vez influye en dificultades en el vínculo, y la aparición de lazos inseguros. Además, las dificultades en el vínculo madre-hijo podrían disminuir la calidad de la crianza y afectar las tasas de comportamientos abusivos. En cuanto a la lactancia materna, se observa una asociación entre la presencia de síntomas depresivos en el puerperio y un aumento de problemas tales como lactancia materna discontinuada, menor satisfacción, disminución de confianza, entre otros (Slomian et al., 2019; de Castro et al., 2015). De igual manera, la depresión puerperal se asocia a una duración inferior de la lactancia materna y un incremento en los problemas relacionados con esta práctica, independientemente de si existía un tratamiento de la sintomatología de este trastorno (de Castro et al. 2015).

La calidad de la relación entre la madre y el recién nacido es fundamental para el desarrollo infantil, y la depresión puerperal parece tener un efecto negativo en este sentido; asimismo, podría existir una asociación entre una insatisfacción con la relación madre-hijo o el entorno y la presencia de mayores problemas de comunicación, problemas familiares, dificultades en el desarrollo social, o dificultad en las relaciones con otras personas. Además, los grupos con niveles socioeconómicos inferiores, así como países de bajos ingresos, presentan un mayor riesgo de aparición de estas dificultades (Slomian et al., 2019).

8. Factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en el puerperio

La etiología de la aparición de depresión puerperal suele ser única en cada mujer y multifactorial. Es importante reconocer los factores asociados a la aparición de depresión puerperal, y de este modo ayudar en la valoración e intervención de este trastorno. La evidencia actual puede clasificar los factores asociados a la depresión puerperal en dos categorías principales: biológica y, en su mayor parte, psicosocial. Por un lado, los estudios biológicos se centran en el sistema endocrino, inmunológico y factores genéticos; mientras que las investigaciones rela-

cionadas con los factores psicosociales se centran en los factores estresantes y las relaciones interpersonales.

8.1. Factores biológicos

El embarazo normal está caracterizado por modificaciones biológicas destinadas al mantenimiento de éste, favoreciendo el desarrollo fetal y promoviendo el trabajo de parto y la lactancia. El organismo de la mujer está capacitado para adaptarse rápidamente a las necesidades tanto maternas como fetales. Tras el parto, se produce una serie de ajustes biológicos que, dependiendo del tiempo de lactancia, pueden tardar varias semanas o meses en establecerse por completo. Estos ajustes pueden afectar a la salud mental materna (Yim et al., 2015).

En primer lugar, en cuanto a las hormonas femeninas, no existe evidencia entre la abstinencia de estrógenos o progesterona en el desarrollo de depresión puerperal. Sin embargo, en algunas investigaciones se relaciona la oxitocina perinatal baja con un aumento en los síntomas depresivos. De igual manera, existe una escasez de estudios disponibles para la prolactina y la testosterona y, en la mayoría de la literatura, no se controló de forma adecuada la lactancia materna (Yim et al., 2015).

En cuanto a las hormonas relacionadas con el estrés, existe evidencia que el incremento en los niveles de la hormona liberadora de corticotropina al final del embarazo puede predecir los síntomas depresivos durante los primeros meses posparto, asociación que no parece extenderse al resto de hormonas. A pesar de ello, existe un número limitado de investigaciones que sugieren una mayor investigación futura relacionando la reactividad al estrés con la actividad del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal (Yim et al., 2015).

Por otro lado, las investigaciones que han examinado los procesos inflamatorios en el contexto de la depresión puerperal muestran resultados inconsistentes, con tamaños de muestra pequeños y herramientas inespecíficas para la evaluación de los síntomas depresivos (Yim et al., 2015). En cuanto a los estudios relacionados con la genética, algunas investigaciones apuntan a posibles efectos de variaciones polimórficas en genes dentro del sistema monoaminérgico, así como para los receptores de estrógenos, péptido de oxitocina, glucocorticoide y genes del receptor 1 de la hormona liberadora de corticotropina (Yim et al., 2015).

8.2. Factores psicosociales

De manera similar a lo que ocurre con la mayoría de los trastornos mentales, no existe una sola causa para la aparición de depresión puerperal. Una revisión sistemática realizada sobre factores biológicos y psicosociales relacionados con la aparición de síntomas depresivos en el puerperio organiza estos factores psicosociales en: a) estresantes episódicos; b) factores relacionados con estrés crónico; c) factores relacionados con las relaciones interpersonales (Yim et al., 2015).

Entre los estresantes episódicos, se sugiere que las mujeres que experimentan eventos vitales estresantes tienen más probabilidades de desarrollar DPP (Yim et al., 2015); de igual manera, existe un mayor riesgo de síntomas depresivos en el puerperio ante la presencia de estrés crónico, como estrés con los cuidados y dificultades financieras (Yim et al., 2015). En cuanto a las

relaciones interpersonales, existe evidencia de que la satisfacción con el apoyo social, el apoyo de la pareja y la satisfacción con la relación posparto son factores protectores; y la necesidad de apoyo, la ansiedad, la ambivalencia del apego, la violencia de pareja o familiar y el abuso de sustancias confieren mayor vulnerabilidad para el desarrollo de DPP (Yim et al., 2015). Se sugiere que las relaciones cercanas de alta calidad cumplen funciones como mejorar la autoestima y la confianza de la madre, amortiguando el aumento de las demandas y el estrés diario (Yim et al., 2015).

En esta misma línea, una revisión sistemática llevada a cabo por Norhayati et al. (2014) acerca de la magnitud y los factores de riesgo de la DPP concluye que, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, los principales factores de riesgo psicológicos son depresión y ansiedad prenatal, enfermedad psiquiátrica previa, mala relación de pareja, eventos vitales estresantes y actitud negativa hacia el embarazo. De igual manera, en la revisión sistemática realizada por Warfa et al. (2014) la presencia de apego inseguro aparece como un importante factor de riesgo en el desarrollo de depresión posparto, así como su relación con otros factores como el bajo apoyo social o un menor nivel de funcionamiento familiar.

La Guía de Buenas Prácticas “Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal de la RNAO propone una tabla de factores de riesgo de depresión perinatal clasificados en tres niveles, dependiendo de la mayor o menor probabilidad de desarrollo de este trastorno (Tabla 4) (RNAO, 2018):

Factores de riesgo alto	Factores de riesgo moderado	Factores de riesgo bajo
Antecedentes de enfermedades psiquiátricas, incluida la depresión o la ansiedad en cualquier momento.	Acontecimientos vitales estresantes	Bajo nivel socio-económico.
Síntomas de ansiedad prenatal.	Condición de refugiada o inmigrante.	Falta de pareja o persona allegada, monoparentalidad.
Inicio de depresión durante el embarazo o el posparto.	Escasa ayuda social o percepción de falta de apoyo.	Embarazo no planificado o no deseado.
	Resultados obstétricos desfavorables.	Problemas con la lactancia materna, incluyendo falta de apoyo social o de ayuda del personal sanitario.
	Baja autoestima.	
	Historia de abuso físico o sexual durante la infancia o vida adulta.	
	Violencia de la pareja.	
	Historia de trauma en salud reproductiva.	
	Sentimiento de pena consecuencia de aborto espontáneo, muerte fetal o pérdida de un hijo.	
	Consumo de sustancias, incluyendo el tabaco.	

Tabla 4. Factores de riesgo de depresión perinatal. Fuente: Adaptado de Registered Nurses' Association of Ontario (2018).

Por otro lado, recientes estudios ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo un mayor número de investigaciones que incluyan determinados factores psicosociales, que podrían actuar como factores de confusión, tales como patología psiquiátrica previa (Vaezi et al., 2019; Nanni y Trosi, 2017), o acontecimientos vitales estresantes (Matsumura et al., 2022; Plant et al., 2017). En la realización de esta tesis, se eliminó de la población de estudio a todas las mujeres con patología previa psiquiátrica, y se analizaron nuestras asociaciones de interés en una población que se encontraba libre del efecto de dicho confusor (Quispe et al., 2020).

Asimismo, en esta investigación, se han analizado mediante análisis multivariante los acontecimientos vitales estresantes previos al año como factor de confusión (Quispe et al., 2020). Los acontecimientos vitales estresantes son sucesos observables, indeseables, no programados e incontrolables que generalmente conllevan importantes consecuencias para el bienestar tanto físico como psicológico de la persona. Los conceptos de estrés y factor estresante fueron acuñados por primera vez por Hans Selye en 1956, quien, a través de sus experimentos en animales de laboratorio, pudo concluir que la exposición repetida y prolongada a condiciones y estímulos nocivos, incrementaba la susceptibilidad a enfermedades en estos animales. En línea con Selye, las primeras investigaciones sobre el estrés en los seres humanos se centraron en los efectos negativos de los acontecimientos vitales en el bienestar. Los factores estresantes de los acontecimientos vitales se conceptualizaron como “un acontecimiento de magnitud suficiente para cambiar las actividades habituales de la mayoría de las personas” (Holmes y Rahe, 1967).

Desde este enfoque se desarrolló la Escala de Calificación de Reajuste Social (SRRS, por sus siglas en inglés), (Holmes y Rahe, 1967). A través de esta herramienta los investigadores evaluaron el estrés a través del número de unidades de acontecimientos vitales estresantes durante un tiempo determinado (Anexo 3). La escala consta de una lista de 43 acontecimientos vitales a los que se les asigna una puntuación en función del estrés que genera en la persona. Se seleccionan los acontecimientos estresantes experimentados en el último año y se suman las puntuaciones previamente establecidas. Una puntuación inferior a 150 indica un riesgo pequeño de enfermar a causa del estrés; entre 151 y 299 el riesgo es moderado; y una puntuación superior a 300 puntos indica un riesgo importante. Esta escala se encuentra adaptada a la población española (de Rivera, 1983). Argumentaron que, aquellas personas con puntuación más alta presentaban un mayor nivel de estrés y, en consecuencia, manifestaban niveles menores de bienestar (Holmes y Rahe, 1967).

Aunque la identificación de los acontecimientos vitales estresantes mejora la capacidad para predecir aquellos con mayor probabilidad de afectar al bienestar, aún queda por resolver si los acontecimientos vitales estresantes tienen consecuencias independientes a largo plazo para el bienestar, ya que, dependiendo de la gravedad del evento puede determinar cuánto tiempo y en qué medida los acontecimientos vitales estresantes afectar al bienestar de la persona.

Capítulo IV

Ansiedad durante el puerperio

1. Concepto de ansiedad

La definición de ansiedad suele realizarse en términos subjetivos. Spielberger y Lushene (1984) definen el estado de ansiedad como “una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descargar del sistema nervioso autónomo”. Sin embargo, otros autores prefieren definiciones más operativas como Wolpe (1979), que define la ansiedad como “la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo”.

Una propiedad de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria, ya que tiene la capacidad de señalar una amenaza para el individuo. Esto le otorga un valor funcional, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa. Sin embargo, esta utilidad pasa a ser desadaptativa cuando se anticipa un peligro que no es real; en otras palabras, la ansiedad no siempre cambia en proporción al peligro objetivo, sino que puede ocurrir de forma irracional como en situaciones de escaso peligro objetivo o sin peligro real. Por lo tanto, la ansiedad puede ser entendida como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (o ansiedad patológica). La diferencia entre ambas es que, a nivel general, la ansiedad patológica se caracteriza por presentar diferencias cuantitativas respecto a la ansiedad normal, es decir, un mayor nivel de ocurrencia, intensidad y duración (Spielberger y Lushene, 1984).

La ansiedad no es un concepto unitario, sino que implica tres sistemas de respuesta (Sandín, 2009):

- Subjetivo o cognitivo. Se trata del componente relacionado con la experiencia interna. Incluye variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. En esta dimensión se incluyen las experiencias como miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, o pensamientos intrusivos, entre otros. La persona con ansiedad siente de forma subjetiva un estado emocional desagradable.
- Fisiológico o somático. La experiencia de ansiedad se puede acompañar de cambios fisiológicos en relación con un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo, reflejado tanto en respuestas externas (sudoración, palidez, tensión muscular...), como internas (aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la frecuencia respiratoria, disminución de la salivación...). De igual manera, existen cambios orgánicos pertenecientes a funciones corporales controladas de forma voluntaria (agitación, defecación, respi-

ración...), e involuntaria o parcialmente voluntaria (palpitaciones, vómitos, temblor...). La experiencia subjetiva se puede percibir como molesta o desagradable, contribuyendo de esta forma a incrementar el estado subjetivo de ansiedad.

- Motor o conductual. Se refiere, por un lado, a los componentes observables de la conducta, tales como las respuestas de escape y evitación; y, por otro lado, variables como la expresión facial o la postura.

2. Magnitud y transcendencia de la presencia de ansiedad

La ansiedad es uno de los trastornos de salud mental más predominantes, ya que afecta al 25% de la población mundial. La ansiedad es un trastorno común en las mujeres, ya que el 30% de ellas experimenta al menos un episodio a lo largo de su vida, y presentando el doble de probabilidades que los hombres de aparición de este trastorno (Zappas et al., 2021). Durante el puerperio, la prevalencia de ansiedad es del 13-18%, y la presencia combinada de ambos trastornos, ansiedad y depresión se estima en un 13%. La presencia de ansiedad en el puerperio está relacionada con diferentes resultados adversos, como una disminución de la eficacia del papel de los padres, dificultad para afrontar la situación o niveles más bajos de confianza (Dennis et al., 2017; Clout y Brown, 2015; Porter y Hsu, 2003).

Durante el proceso de embarazo, parto y puerperio las mujeres parecen particularmente vulnerables a los trastornos de ansiedad, pudiendo afectar entre un 11% y un 21% de las mujeres. En ocasiones, este trastorno es más frecuente que la depresión puerperal; sin embargo, suele ser infradiagnosticada tanto por las mujeres como por el personal sanitario por la dificultad para diferenciar los síntomas de ansiedad con los síntomas propios de esta etapa (Zappas et al., 2021).

La ansiedad suele ser habitual en este período por el nuevo papel de madre y cuidadora del recién nacido, pero esta sintomatología debería ser pasajera y no debe interferir en la vida de la mujer; si estos síntomas continúan, podría causar un deterioro en las actividades de la vida diaria, pudiendo desembocar en un trastorno de ansiedad generalizada (Misri et al., 2015). El trastorno de ansiedad generalizada se define clínicamente como una preocupación desproporcionada y abrumadora que puede resultar en deficiencias en el funcionamiento (Misri et al., 2015). El DSM-V no aborda específicamente este trastorno durante el puerperio, por lo que a menudo no se diagnostica ni se trata adecuadamente.

Los criterios del DSM-V para el diagnóstico del Trastorno Ansiedad Generalizada en la población general son (APA, 2013):

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han es-

tado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Si aplicáramos los criterios del DSM-V para la depresión perinatal sobre la ansiedad perinatal, podríamos decir que la mujer cumpliría los anteriores criterios diagnósticos, con un inicio del episodio durante el embarazo o dentro de las primeras 4 semanas posteriores al parto. Sin embargo, en la práctica clínica el período posparto se extiende incluyendo el primer año posparto, por lo que los síntomas podrían no ser significativos o ser claramente diferenciados dentro de las primeras 4 semanas (Zappas et al., 2021).

3. Instrumentos de medida

En la actualidad, no existe un consenso acerca de cuál es la mejor herramienta de detección de ansiedad perinatal o posparto. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) recomienda que tanto la ansiedad como la depresión se evalúen al menos una vez durante el puerperio con un instrumento validado (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018). Idealmente, la detección se debe realizar en el transcurso de una entrevista de diagnóstico clínico; sin embargo, cada vez se utilizan más los instrumentos autoadministrados, debido en gran medida por la falta de tiempo y de especialistas (ACOG, 2018).

El cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI, por sus siglas en inglés) es un instrumento autoadministrado diseñado para evaluar la ansiedad (Spielberger y Lushene, 1982). Este instrumento mide dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado, referida a condición emocional transitoria; y la ansiedad como rasgo, descrita como la propensión ansiosa relativamente estable. En el desarrollo de esta investigación se ha evaluado la ansiedad-estado como medida específica de la ansiedad en este período (Anexo 2). Se compone por un total de 20 ítems, en una escala tipo Likert de 4 puntos según la intensidad. La puntuación total en cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos, recomendándose el percentil 75 como punto de corte en mujeres adultas (Spielberger y Lushene, 1982). El coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total de la subescala estado fue 0,94 (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011). Esta escala está validada en el embarazo y puerperio con una sensibilidad del 80,9% y una especificidad del 79,7% (Grant et al., 2008).

El cuestionario de trastorno de ansiedad general (GAD-7, por sus siglas en inglés) se desarrolló como una medida de detección breve para el trastorno de ansiedad generalizada con pacientes de atención primaria, el cual contenía 7 ítems sobre los síntomas de este trastorno en las últimas 2 semanas. Asimismo, se validó durante el embarazo y el puerperio con una sensibilidad del 61,3% y una especificidad del 72,7%, con un punto de corte de 13 (Simpson et al., 2014). Posteriormente, se realizó una versión más breve que utiliza sólo 2 preguntas. Sin embargo, un estudio de validación del cuestionario GAD-2 como instrumento de detección de primera línea en embarazadas, no pudo respaldar su eficacia debido a un excesivo número de falsos positivos (Nath et al., 2018).

La Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS, por sus siglas en inglés) es una escala desarrollada y validada en mujeres perinatales. EL PASS tiene 38 ítems que detectan una variedad de síntomas de ansiedad. Presenta un corte de puntuación de 26, y las pruebas psicométricas demostraron una sensibilidad del 70%, una especificidad del 30%, y un área bajo la curva de 0,7 (Somerville et al., 2014).

4. Factores asociados a la presencia de ansiedad durante el puerperio

Con relación a factores biológicos, cambios fisiológicos como alteraciones en los mediadores inflamatorios, las hormonas o incluso el sueño durante y después del embarazo, pueden desempeñar un papel en el desarrollo de este trastorno, siendo la interrupción en el eje del hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales la causa más probable (Zappas et al., 2021). Asimismo, la proliferación durante el embarazo de marcadores inflamatorios está implicada en la liberación de cortisol, la principal hormona del estrés (Zappas et al., 2021).

Las mujeres con antecedentes de TAG, trastorno de estrés postraumático, problemas de sueño o antecedentes de abuso, corren mayor riesgo de desarrollar ansiedad en el puerperio (Zappas et al., 2021). De igual manera, otros determinantes sociales de la salud tales como apoyo social, acontecimientos vitales estresantes o dificultad en las relaciones familiares se erigen como predictores de ansiedad en este período (Zappas et al., 2021; Farr et al., 2014). Aunque existe una extensa investigación sobre la depresión puerperal que ha permitido conocer deter-

minados hallazgos sobre la ansiedad, éste es un trastorno relativamente descuidado y poco estudiado en mujeres durante el puerperio.

5. Consecuencias y tratamiento de la ansiedad durante el puerperio

La presencia de síntomas de ansiedad durante el puerperio puede tener consecuencias a corto y largo plazo tanto para la madre como para el recién nacido. La ansiedad puede interferir con el vínculo materno-infantil; existe mayor probabilidad de interrupción de la lactancia materna; aparición de efectos negativos en el desarrollo, el temperamento y la conducta del niño en la primera infancia; desarrollo subóptimo de los niños en la edad escolar en las esferas conductual, cognitiva, social y emocional (Misri et al., 2015).

El tratamiento de primera línea para la ansiedad de leve a moderada en la población general es la terapia cognitivo-conductual; sin embargo, existen pocas investigaciones que hayan evaluado su efectividad en el puerperio. Los estudios relacionados con esta terapia apuntan a una mejora de la preocupación y ansiedad de la madre (Maguire et al., 2018). Por otro lado, el tratamiento farmacológico incluye en la actualidad IRSS, IRSN (Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina) y Benzodiazepinas, en especial para casos moderados o graves (Misri et al., 2015). Se prefiere la monoterapia, y la dosis debe ser lo más baja posible, e incrementarse según las necesidades maternas (Misri et al., 2015). Los ISRS y los IRSN son detectables en niveles bajos en la leche materna, y pueden aparecer en niveles mínimos en la sangre del bebé (Zappas et al., 2021).

En ocasiones, las mujeres pueden presentar dudas acerca de tomar este tipo de medicamentos en el embarazo o el puerperio, optando por enfoques complementarios y alternativos. Existe poca evidencia científica acerca de los enfoques no farmacológicos; sin embargo, existen hallazgos prometedores beneficiosos asociados a las técnicas de Mindfulness. El Mindfulness se puede definir como "el esfuerzo intencional de prestar atención al momento presente de una manera curiosa y sin prejuicios" (Zappas et al., 2021).

Capítulo V

Recursos personales y familiares, y la salud emocional durante el puerperio

1. Recursos personales y familiares

Existen algunos factores asociados a la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad en el puerperio que han sido menos estudiados que los descritos anteriormente, y que podríamos incluir en un modelo de recursos personales y familiares. Entre estos factores, los autores encuentran: el apoyo social, el funcionamiento familiar, la autoeficacia en el cuidado, el sentido de coherencia, y percepción de la carga del cuidado. Aunque los recursos personales y familiares previos se han relacionado con la salud emocional en otras áreas del cuidado familiar (del-Pino-Casado et al., 2019a; del-Pino-Casado et al., 2019b), su estudio en el puerperio ha sido escaso e inconcluso con pocos estudios que analicen cuestiones relacionadas con los recursos personales y familiares (Abadiga, 2019; Alzahrani, 2019; Gan et al., 2019; Hassert et al., 2018; Ferguson, 2016; Reid y Taylor, 2015; Wernand et al., 2014; Mohammad et al., 2011; Leung et al., 2005).

2. Apoyo social

El apoyo social se define como el conjunto de recursos sociales que una persona percibe como disponibles para sí misma, o aquellos que realmente se le proporcionan (Reid y Taylor, 2015). Se puede dividir en dos tipos: apoyo emocional, definido como demostraciones de amor, estima, empatía y aliento; e instrumental, que se concreta en la oferta y suministro de ayuda en las responsabilidades y problemas (Reid y Taylor, 2015). En ocasiones, se menciona una tercera categoría, el apoyo informativo, el cual se refiere a la información aportada por los demás, que permite encontrar solución a los problemas de la mujer. A su vez, estos tipos se pueden subdividir en apoyo recibido, el cual implica disposiciones reales de apoyo; y apoyo percibido, que indica la creencia de la persona de que tiene disponible el apoyo en caso de necesidad (Reid y Taylor, 2015).

En los últimos años, se han llevado a cabo diferentes investigaciones que demuestran la relación entre un menor apoyo social y la aparición de depresión mayor (Thoits y Peggy, 2011); el apoyo social se trata de un factor protector en el riesgo de depresión mayor, donde un déficit

continuo en el apoyo lleva a un incremento de la sintomatología depresiva (Horenstein et al., 2008). Se han descrito dos vías de funcionamiento del apoyo social en la disminución de depresión puerperal, una directa o protectora, y otra indirecta o mediadora. La vía de efecto directo expone que el apoyo social presenta efectos protectores para la salud mental, mejorando los comportamientos saludables, aumentando los sentimientos positivos y mejorando la regulación emocional (Horenstein et al., 2008). En cuanto a la vía indirecta o mediadora, el apoyo social amortigua los efectos nocivos de los estresores, permitiendo un mejor ajuste emocional a los eventos negativos y facilitando la prevención del desarrollo de depresión mayor (Horenstein et al., 2008).

La idea del efecto mediador del apoyo social sobre el estrés va en consonancia con el marco del proceso de estrés de la salud mental (Pearlin, 1991). Este marco facilita un esquema conceptual para entender cómo el estrés y el apoyo social impactan en la salud mental. Uno de los elementos de esta concepción es que el apoyo social forma parte de una vía causal más amplia hacia la salud mental, la cual se entiende mejor explorándola tanto por sí misma como con los estresores vitales (Thoits y Peggy, 2011; Pearlin, 1989).

En la literatura aparece un gran número de instrumentos que evalúan este constructo, cada uno diseñado para determinadas poblaciones con características específicas. Los cuestionarios más utilizados en mujeres durante el puerperio son: Cuestionario Duke-UNC-11 (Bellón et al., 1996a); Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988); Social Support Questionnaire (SSQ) (Sarason et al., 1983); Medical Outcomes Study (MOS) (Sherbourne y Stewart, 1991).

El cuestionario Duke-UNC-11 se trata de un instrumento autoadministrado que evalúa el apoyo social percibido (Anexo 4) (Broadhead et al., 1988). Este instrumento mide el apoyo social tanto en su dimensión afectiva, referida a expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia; como a su dimensión confidencial, por la que las personas pueden recibir información, consejo o guía. Se compone de 11 ítems junto a una escala de respuesta tipo likert. El rango de puntuación oscila de 11 a 55 puntos. Una puntuación inferior a 32 puntos indica un apoyo social percibido bajo, mientras que una puntuación superior a 32 indica un apoyo normal. Este cuestionario ha sido validado en la población española, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 (Bellón et al., 1996a).

La Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) es un cuestionario breve autoadministrado de 12 ítems para identificar el nivel percibido de apoyo social de un individuo, con una estructura de tres factores: familiares (ítems 3, 4, 8, 11); amigos (6, 7, 9, 12); y otras personas significativas (1, 2, 5, 10). Cada ítem puntúa en una escala del 1 al 7, siendo la puntuación total la suma de las puntuaciones de cada ítem respondido, correspondiendo la mayor puntuación a un mayor apoyo social percibido (Zimet et al., 1988).

El Social Support Questionnaire (SSQ) es un cuestionario diseñado para medir el apoyo social. Existen dos versiones, una de 27 ítems y una segunda abreviada de 6 ítems. Cada ítem es una pregunta que solicita la respuesta en dos partes: en la primera, se pide a los participantes que enumeren a todas las personas que se ajustan a la descripción de la pregunta; en la segunda parte, se solicita que indiquen su nivel de satisfacción en general con estas personas (Sarason et al., 1983).

El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) es un instrumento breve y multidimensional, que puede ser autoadministrado, propuesto por Sherbourne y Stewart en 1991. Esta herramienta permite conocer las dimensiones emocional, instrumental, afectiva y de interacción social positiva, además de ofrecer un índice global de apoyo social (Sherbourne y Stewart, 1991).

El apoyo social puede jugar un papel beneficioso en la reducción del riesgo de aparición de síntomas depresivos en el puerperio, ya que aquellas mujeres que manifiestan menos apoyo social presentan mayores niveles de depresión puerperal (Racine et al., 2019; Gan et al., 2019). El apoyo social se erige como uno de los predictores más sólidos de la depresión puerperal (Beck, 2001). De acuerdo con diferentes investigaciones, el apoyo social podría ser capaz de predecir la aparición de depresión puerperal en las mujeres, siendo un factor protector en la aparición de este trastorno (Reid y Taylor, 2015). Sin embargo, la mayoría de los estudios no han controlado posibles factores de confusión como los acontecimientos vitales estresantes, que podrían ser un factor importante dado su efecto en la depresión puerperal (Matsumura et al., 2022).

3. Autoeficacia en los cuidados del recién nacido

Según la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, la autoeficacia se define como "la creencia de una persona sobre su capacidad para organizar y ejecutar cursos de acción para la gestión de determinadas situaciones" (Bandura, 1997). La autoeficacia percibida afecta a los procesos de pensamiento, así como al nivel de motivación y los estados afectivos. Una baja autoeficacia puede dar lugar a evitación, poca motivación, tendencia a darse por vencido, poca aspiración y escaso compromiso con las metas. Sin embargo, una alta autoeficacia promueve el interés, la participación, el establecimiento de metas y altos niveles de esfuerzo para lograrlas (Bandura, 1997).

La autoeficacia es un conjunto de creencias situacionales, más que un rasgo general (Bandura, 1997). Según Bandura, "se conceptualiza y evalúa en términos de juicios de capacidad particularizados que varían entre ámbitos de actividad, diferentes niveles de demandas de tareas dentro de un dominio de actividad determinado y en diferentes circunstancias situacionales" (Bandura, 1995). Estas creencias de autoeficacia cambian de acuerdo al nivel de las demandas de desempeño y los diferentes comportamientos. Las personas actúan según sus creencias de autoeficacia relacionadas con un dominio, y las escalas de autoeficacia relacionadas con ese dominio predicen mejor el comportamiento que una escala de autoeficacia general (Bandura, 1997).

Las principales fuentes de información para incrementar la autoeficacia son las experiencias de dominio o logros de desempeño, el aprendizaje indirecto, la persuasión verbal, y la autoevaluación de las respuestas afectivas y fisiológicas. Las experiencias de dominio son ejecuciones exitosas de la conducta objetivo y la manera más efectiva para incrementar la autoeficacia. En cuanto al aprendizaje indirecto, éste se produce mediante el modelado social viendo el éxito de otros a través de la perseverancia. La persuasión verbal implica valoraciones positivas realistas de semejantes. Por último, la autoevaluación positiva de los indicadores fisiológicos y la disminución de los niveles de estrés y las emociones negativas afectan de igual manera a la autoeficacia (Bandura, 1997).

La autoeficacia es una habilidad clave en el desempeño de la función materna, así como para llevar a cabo de forma competente el cuidado infantil y otras tareas que dependen de la confianza en sus capacidades maternas. En este sentido, podemos introducir el término “maestría”, definida por Lawton como “una visión positiva sobre la propia capacidad (del cuidador para suministrar de forma exitosa una asistencia de calidad a los receptores de cuidado) y sobre la evolución del propio comportamiento durante el proceso de cuidado” (Lawton et al., 1989).

Algunos autores consideran ambos términos como sinónimos; sin embargo, puede observarse que se trata de términos que manifiestan la sensación de control de la persona, pero presentan algunas diferencias: la maestría se refiere a la sensación de control sobre la globalidad de la situación de cuidado, sin diferenciar actividades, situaciones o tareas; por otro lado, la autoeficacia mide esta sensación de control de forma situacional, especificando la sensación de control de forma particular para determinadas situaciones caracterizadas por el tipo de actividad o de demanda de cuidado (del-Pino-Casado, 2010).

Existen diferencias, asimismo, en las diferentes herramientas estandarizadas de medida usadas para estos conceptos. Aquellas investigaciones que miden maestría utilizan distintas escalas, entre las que encontramos la escala de Lawton, la cual mide la maestría como recurso personal (del-Pino-Casado, 2010). A nivel práctico, la maestría se utiliza como variable predictora de las consecuencias del cuidado y como variable que define las consecuencias del cuidado, en concreto, la ganancia personal con el cuidado (del-Pino-Casado, 2010).

Existen escasos instrumentos en la bibliografía que evalúen la autoeficacia en los cuidados del recién nacido; entre ellos, podemos destacar: Escala de valoración de la prestación de cuidados de Lawton (Lawton et al., 2000); Parent Expectations Survey (PES) (Reece, 1992); Parenting Sense of Competence (PSOC) (Gibaud-Wallston y Wandersman, 1978).

La escala de valoración de la prestación de cuidados de Lawton es un cuestionario autoadministrado, el cual, en su apartado maestría en el cuidado, analiza la importancia de la capacidad de la mujer como predictor de la salud física y psíquica de la mujer (Lawton et al., 2000). Consta de 6 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert, que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), en la que mayores puntuaciones indican mayor autoeficacia en los cuidados. Los ítems de esta escala han sido adaptados para los cuidados del recién nacido en la realización de este estudio (Anexo 5).

El cuestionario Parent Expectations Survey (PES) fue desarrollado para medir las percepciones tempranas de la madre sobre la autoeficacia en el cuidado del recién nacido. Es un instrumento autoadministrado de 20 ítems en formato Likert. Para obtener la puntuación total, se suman las puntuaciones individuales de cada ítem y, posteriormente, se dividen por el total de ítems (Reece, 1992).

La escala Parenting Sense of Competence (PSOC) es un cuestionario de 17 ítems que mide el sentido general de competencia de los padres, e incluye dos subescalas que miden la autoeficacia y la satisfacción de los padres con el cuidado. Fue desarrollado originalmente para evaluar la autoestima de los padres utilizando dos escalas: habilidad-conocimiento, y valor-confort (Gibaud-Wallston y Wandersman, 1978). Posteriormente, se les cambió el nombre por eficacia y satisfacción. El factor de eficacia examina la competencia, los niveles de capacidad y las

habilidades para resolver problemas de los padres en su nuevo rol; mientras que el factor satisfacción examina la ansiedad, motivación y frustración de los padres.

Existen pocas investigaciones que relacionen autoeficacia con síntomas depresivos en el puerperio. Aquellos estudios llevados a cabo durante el proceso de embarazo, parto y puerperio encuentran una relación significativa inversa entre una autoeficacia materna y aparición de depresión puerperal (Leahy-Warren et al., 2011). Del mismo modo, menores expectativas de autoeficacia se relacionan con niveles más altos de síntomas de ansiedad durante el embarazo (Wernand et al., 2014).

4. Funcionamiento familiar

La familia se puede definir como un sistema de individuos, los cuales han decidido vivir juntos o se relacionan con objeto de apoyarse, unidos por lazos emocionales y características comunes (Friedemann, 1995). La familia es una unidad biopsicosocial con un comportamiento como tal frente a la salud y la atención sanitaria, de forma que, a través de la transmisión de valores y creencias de padres a hijos, el proceso que ocurre desde que se detecta una enfermedad hasta que desaparece se encuentra influido por las decisiones adoptadas en el seno del grupo familiar (Romer et al., 1999). Una familia sana es aquella que desempeña de forma adecuada sus funciones de acuerdo con las demandas del entorno (Bellón et al., 1996b).

La familia funcional se caracteriza por recibir apoyo, comprensión y ánimo entre sus miembros, permitiendo de esta manera avanzar a través de los distintos estadios de crecimiento y desarrollo, reflejándose en los miembros de la familia la reproducción de determinadas pautas de funcionalidad que engloban una amplia gama de factores (Castilla et al., 2014). De igual manera, las familias funcionales presentan características tales como un estilo de comunicación claro y directo, definición de roles, autonomía de los integrantes, habilidad en la resolución de problemas, cohesión y solidaridad entre sus miembros (Castilla et al., 2014).

Una familia disfuncional es la que no cumple sus funciones, en relación con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y las demandas que percibe del entorno (Bellón et al., 1996b). Sin embargo, el equilibrio funcional de la familia puede verse alterado en determinadas situaciones, como puede ser el nacimiento de un hijo o una hija; en este caso, la cooperación y participación de los diferentes miembros de la familia es necesaria para lograr el equilibrio de la salud de la familia (Bellón et al., 1996b).

El Doctor Gabriel Smilkstein en 1978 desarrolló el cuestionario APGAR familiar, una herramienta diseñada para determinar si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influye empeorando su situación (Smilkstein, 1978). Los componentes que se evalúan de la función familiar son:

- Adaptación (Adaptation). El uso de los recursos intra y extrafamiliares, para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar se encuentra amenazado por un cambio o una crisis.

- Participación (Participation). La participación como socio, en relación con la colaboración en la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder de cada miembro de la familia.
- Crecimiento (Growth). El logro en la maduración emocional y física, y en la autorrealización de los miembros de la familia, a través de soporte y fuerza mutua.
- Afecto (Affection). La relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- Recursos (Resources). El compromiso o determinación de dedicación de tiempo, espacio y dinero al resto de miembros de la familia.

El APGAR familiar es un cuestionario autoadministrado que muestra cómo percibe la persona el nivel de funcionamiento de la unidad familiar (Anexo 6) (Smilkstein, 1978). Consta de 5 preguntas, cada una de las cuales puede tomar una de las siguientes puntuaciones: 0 (Casi nunca), 1 (Algunas veces), 2 (Casi siempre). El rango de puntuación oscila entre 0 y 10 puntos. Una puntuación total de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción; una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia funcional. Este cuestionario está validado en la población española, presentando un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 (Bellón et al., 1996b).

La funcionalidad familiar posee un gran interés en la esfera de la salud, y actualmente se ha incrementado el esfuerzo por reconocer las fortalezas y potencialidades familiares para que, como grupo, desafíen las dificultades y ofrezcan apoyo a sus integrantes (Castilla et al., 2014). La relación de pareja afecta significativamente a los síntomas depresivos de la mujer, pudiendo ser un factor de riesgo o protección dependiendo del nivel de estrés experimentado en la relación (Banker y LaCoursiere, 2014). La percepción materna de funcionalidad familiar parece constituir un factor asociado al desarrollo de depresión puerperal en púerperas de bajo riesgo obstétrico, lo que se relaciona con hallazgos de otras investigaciones que señalan que no tener un adecuado apoyo familiar aparece como un factor significativo en el riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en el puerperio (Dois et al., 2012).

5. Sentido de coherencia

El término "salutogénesis" es definido por primera vez en el año 1979 por Aaron Antonovsky, un investigador y sociólogo interesado en la teoría del estrés, el cual había llevado a cabo un estudio epidemiológico sobre los efectos de la menopausia en mujeres que habían pasado por eventos vitales extremadamente estresantes (Antonovsky, 1979). A partir del análisis de las entrevistas, empezó a desarrollar un nuevo marco teórico para la salud, el cual denominó salutogénesis, el origen de la salud; la salutogénesis es un concepto de estrés orientado a los recursos, centrado en los recursos, y que mantiene y mejora el movimiento en un continuo sobre un eje entre la enfermedad y la salud total (Antonovsky, 1979). Según Antonovsky, la salutogénesis no está limitada por fronteras disciplinarias de una profesión, sino más bien por un enfoque interdisciplinario; asimismo, expone que no se trata de una cuestión de persona, sino de una interacción entre las personas y las condiciones del contexto de vida (Antonovsky, 1979). El

modelo salutogénico de salud se basa en dos conceptos centrales: el sentido de coherencia (SOC, por sus siglas en inglés) y los recursos de resistencia generalizada (GRR, por sus siglas en inglés) (Eriksson y Lindström, 2016).

5.1. Sentido de coherencia

El SOC es un indicador positivo de salud, que constituye la base del Modelo Salutogénico, el cual se centra en la salud en lugar de la enfermedad, con el objetivo de una adaptación exitosa ante los estresores de la vida (Antonovsky, 1979). Antonovsky define este concepto como "una orientación global que expresa el alcance en el que el individuo tiene un sentimiento de confianza dominante, duradero y dinámico, caracterizado por una alta probabilidad de predecir los entornos internos y externos y de que los eventos se desarrollen tan bien como puede razonablemente ser esperado" (Antonovsky, 1979). Asimismo, Antonovsky expresa que "es una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables" (Antonovsky, 1987). Un elemento importante en la orientación salutogénica es ver los estímulos como desafíos, no como amenazas que conducen al colapso, y ver los desafíos como parte natural de la vida cotidiana (Eriksson y Lindström, 2006).

El concepto de SOC está constituido por tres dimensiones estrechamente relacionadas: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. La comprensibilidad es el componente cognoscitivo del constructo. Según esta idea, el SOC procede de estímulos internos y externos, los cuales a lo largo de la vida son estructurados, predecibles y explicables. La manejabilidad expresa el componente instrumental, el cual apunta al grado en que el individuo entiende que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentran a su disposición. En cuanto a la significatividad se refiere al componente motivacional del constructo, donde las demandas son vistas como retos valiosos como forma de involucrarse e invertir valor en ellos (Eriksson y Lindström, 2006). Una persona con un SOC fuerte tiene más probabilidad de definir los estímulos como no estresantes, o como irrelevantes o benignos (Antonovsky, 1987).

5.2. Recursos de resistencia generalizada

Los recursos de resistencia generalizada (GRR, por sus siglas en inglés) son tanto de carácter externo como interno. Los GRR pueden ser de cualquier tipo, desde las dimensiones espirituales, a materiales o virtuales de la mente, así como los procesos y mecanismos psicológicos. La idea principal es que las personas puedan utilizar los GRR para su propio bien y el desarrollo de la salud. Los GRR, caracterizados por el equilibrio entre la ausencia de carga y la sobrecarga, así como por la participación en la configuración de los resultados (procesos de empoderamiento), otorgan a la persona un conjunto de experiencias de vida significativas y coherentes que, a su vez, crean un SOC sólido (Eriksson y Lindström, 2006). Todos los GRR tienen la capacidad de facilitar la comprensión de los incontables factores estresantes que aparecen constantemente en nuestra vida, brindando los requisitos previos para el desarrollo de un SOC sólido. El resultado principal en el modelo de Antonovsky es la salud e, indirectamente, bienestar que, a su vez, conduce a calidad de vida (Eriksson y Lindström, 2006).

El cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ, por sus siglas en inglés), es el instrumento original creado por Antonovsky para medir el SOC (SOC-29), compuesto originalmente por 29 ítems (Anexo 7). Posteriormente, este autor desarrolló posteriormente una versión más corta constituida por 13 ítems (SOC-13) (Antonovsky, 1987). La escala de SOC de Antonovsky, como hemos visto, valora tres dimensiones del SOC: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, estrechamente relacionadas. Consta de 13 ítems que se responden en una escala tipo Likert con siete puntuaciones, que van desde 1 (siempre) a 7 (nunca), donde mayor puntuación señala mayor SOC. El SOC ha sido validado en multitud de idiomas y países, así como en diferentes poblaciones, culturas y grupos de pacientes; entre ellas, se encuentra la validación en la población española, presentando un alfa de Cronbach de 0,80 (Virués-Ortega et al., 2007).

Existen pocas investigaciones que examinen la relación entre el SOC y salud emocional de la mujer. Ferguson et al. (2016) concluyó que las mujeres con SOC alto demostraron una mayor salud emocional, experimentando menos depresión, ansiedad, estrés y trastorno de estrés postraumático.

6. La carga del cuidador

El cuidado es un estresor que impacta de forma negativa en la persona cuidadora, sobrecargándola, por lo que el cuidado informal se ha conceptualizado como un acontecimiento vital estresante (Zarit, 1998). Las personas que ejercen esta tarea de cuidado pueden experimentar problemas de salud y consecuencias negativas en el bienestar psicológico derivados del estrés ocasionado por las circunstancias en que se desarrolla el cuidado. Esta situación de malestar y estrés fue conceptualizada con el término de carga (Zarit, 2002).

Existen multitud de definiciones del concepto de carga derivadas de las investigaciones llevadas a cabo en este campo; sin embargo, una de las conceptualizaciones más destacadas es la realizada por Zarit y colaboradores, quienes señalaron la carga generada por la provisión de cuidados como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador” (Zarit, 1980). Según Zarit, el término carga no se puede resumir en un solo concepto, sino que más bien ha de ser entendido en un proceso multidimensional (Zarit, 2002).

Por otro lado, la bibliografía estudiada sobre las consecuencias negativas del cuidado informal evidencia la presencia de variabilidad individual en las personas cuidadoras respecto a la carga y el estrés percibidos, ya que, por un lado, hay personas que tienen la capacidad de adaptarse a circunstancias exigentes, mientras que otras son abrumadas por estresores mínimos; de igual manera, se ha podido evaluar la existencia de variaciones en la adaptación al estrés a lo largo del tiempo durante el que se prestan los cuidados (Zarit, 2002; 1996).

Las perspectivas teóricas analizadas en la investigación de las diferencias individuales sobre las variables relacionadas con la carga del cuidador se basan principalmente en los modelos psicológicos del estrés. En función del marco teórico adoptado, el estrés se define como una respuesta no específica del organismo (Selye, 1983; 1960; 1954); características asociadas a

los estímulos del ambiente (Holmes y Rahe, 1967); interacción entre estímulos estresantes y respuestas fisiológicas con factores cognitivos mediadores (Lazarus y Folkman, 1984).

6.1. Síndrome de Adaptación General de Selye

Mientras cursaba la carrera de Medicina, Hans Selye comenzó a desarrollar su teoría acerca de la influencia del estrés en la capacidad de las personas para enfrentarse o adaptarse a las consecuencias de lesiones o enfermedades. Pudo examinar que pacientes con diversas dolencias manifestaban síntomas similares, los cuales podían ser atribuidos al esfuerzo del organismo para responder al estrés de la enfermedad. Selye denominó a esta respuesta Síndrome del Estrés o Síndrome de Adaptación General (GAS, por sus siglas en inglés) (Sandín, 1995).

El GAS se basa en la respuesta del organismo ante una situación de estrés distribuida en tres fases (Sandín, 1995):

- Fase de alarma. El organismo percibe una posible reacción de estrés y comienza a desarrollar una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas, las cuales lo predisponen para afrontar dicha situación estresante. La aparición de estos síntomas se encuentra influenciada por factores físicos del estímulo ambiental, factores personales, la intensidad de la amenaza percibida, entre otros.
- Fase de resistencia. Se produce una adaptación a la situación estresante y se desarrolla un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales para enfrentarse a la situación de estrés de la forma menos lesiva para la persona. Si definitivamente se produce la adaptación, aparecen consecuencias como disminución de la resistencia general del organismo, disminución del rendimiento de la persona, menos tolerancia a la frustración o diferentes trastornos fisiológicos.
- Fase de agotamiento. Si la fase anterior fracasa aparece la fase de agotamiento en la que los trastornos fisiológicos, psicológicos y sociales tienden a la cronicidad.

6.2. Modelo transaccional de Lazarus y Folkman

La Teoría de Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1987; 1984; Lazarus 1991) maximiza la importancia de los factores psicológicos (principalmente cognitivos) como mediadores entre los estresores y las respuestas al estrés. En esta perspectiva el estrés aparece a través de las relaciones particulares de la persona y su entorno. Lazarus y Folkman proponen una definición de estrés psicológico como "el resultado de una relación entre el sujeto y el ambiente, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus y Folkman, 1984). Estos autores se centran en tres dimensiones básicas: la definición de estrés, la valoración cognitiva y el afrontamiento, entendidos como los mediadores de las reacciones emocionales a corto plazo del estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

La persona, ante una situación de estrés, puede realizar dos clases de valoraciones cognitivas: la evaluación primaria, que sería la valoración del sujeto acerca de las repercusiones de una situación en su bienestar, las cuales pueden ser evaluadas como: daño o pérdida,

cuando ya se ha producido ocasionando emociones negativas como culpa, decepción o tristeza; amenaza, donde la persona anticipa el daño desafío o beneficio, provocando emociones negativas como preocupación o ansiedad; desafío, cuando ocurre una valoración positiva de los recursos necesarios para afrontar la situación, generando emociones positivas como confianza o esperanza; beneficio, cuya valoración no induce la reacción de estrés, produciendo emociones positivas como felicidad o liberación (Lazarus y Folkman, 1984).

La evaluación secundaria consiste en la valoración individual de la persona en relación con sus recursos en el afrontamiento de la situación. Esta evaluación conlleva el conocimiento de recursos, una reflexión sobre la idoneidad de la elección de dichos recursos para la obtención de los resultados esperados, y la seguridad en la aplicación de estrategias de manera efectiva. La reacción de estrés depende principalmente del modo en que la persona valora sus propios recursos de afrontamiento. Ambos tipos de evaluación interactúan determinando el nivel de estrés y la respuesta emocional que la persona experimenta en una situación concreta (Lazarus y Folkman, 1984).

De ambos tipos de evaluación nace el proceso del afrontamiento, definido por los autores como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de los individuos” (Lazarus y Folkman, 1986). Existen tres dimensiones donde situar los distintos estilos de afrontamiento (del-Pino-Casado, 2010):

- El método empleado en el afrontamiento: activo, aquel que moviliza esfuerzos para las diferentes soluciones de la situación; pasivo, aquel que simplemente espera que las condiciones cambien, sin hacer nada; de evitación, cuya base es huir o evitar la situación y/o sus consecuencias.
- La focalización del afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema, el cual predomina cuando las condiciones se evalúan como susceptibles de cambio; afrontamiento centrado en la emoción, dirigido a regular la respuesta emocional derivada del problema; afrontamiento centrado en la reevaluación del problema.
- La actividad movilizada en el afrontamiento: afrontamiento cognitivo y afrontamiento conductual.

Según Lazarus y Folkman, existe un cuarto componente del proceso de afrontamiento al estrés, que son los antecedentes causales, los cuales están formados por variables de personalidad, como valores, compromisos, metas y creencias; y variables ambientales, tales como demandas, recursos, limitaciones y aspectos temporales. Estos antecedentes causales tienen influencia en el proceso de valoración cognitiva. Por lo tanto, el estrés no sería consecuencia directa de la situación estresante, sino de la percepción del individuo de la situación, que se encuentra bajo la influencia del contexto y los recursos individuales (del-Pino-Casado, 2010).

Sin embargo, de acuerdo a Zarit (Zarit, 1990a), este marco teórico tiene una serie de limitaciones, ya que no considera el contexto familiar donde se desarrolla la asistencia a la persona dependiente, ni el contexto sociocultural donde el cuidado tiene lugar.

6.3. Modelo del proceso de estrés de Pearlin

Uno de los modelos más usados en relación con el cuidado informal es el Modelo del Proceso de Estrés (Pearlin, 1991; 1990; 1989), el cual adopta un acercamiento multidimensional en el que se indican las variables que podrían predecir el impacto negativo del cuidado en la salud de la persona cuidadora. Este modelo propone que las variables contextuales del cuidado influyen en la adaptación de la persona al proceso de cuidado y pueden afectar al estrés y a su bienestar. Entre estas variables podemos destacar las características sociodemográficas, la estructura familiar, el contexto cultural, el tiempo dedicado al cuidado, o la disponibilidad de servicios y cuidadores secundarios, entre otras.

Según este autor existen igualmente estresores primarios objetivos, como la dependencia específica de la persona dependiente, las demandas de cuidado, así como las responsabilidades derivadas del cuidado. Estos estresores supondrían un impacto subjetivo en el cuidador, provocando reacciones emocionales negativas. Por lo tanto, aparece un tercer tipo de estresor, los estresores primarios subjetivos, a los que también denominan “valoración subjetiva del cuidador a las demandas del cuidado”. Entre sus dimensiones se incluyen un sentimiento de sobrecarga de rol, cautividad del rol, y pérdida de intercambios afectuosos entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado (Pearlin, 1991; 1990; 1989).

Estos estresores primarios pueden proliferar a otras esferas de la vida del cuidador, apareciendo así los estresores secundarios. Sus principales manifestaciones serían conflictos en la familia y el entorno laboral, problemas de tipo económico, una disminución en las actividades sociales y el tiempo libre; estas manifestaciones se denominan en este modelo como “tensiones de rol”. Asimismo, estos autores proponen dimensiones subjetivas denominadas “tensiones intrapsíquicas”, las cuales comprenden la pérdida de la autoestima y la maestría, así como la pérdida percibida de la identidad personal, o la falta de competencia. Al igual que los estresores primarios, puede existir variabilidad en el desarrollo de los estresores dependiendo de cada cuidador (Pearlin, 1991; 1990; 1989).

El impacto de estos estresores estaría regulado por variables moduladores, entre las que destacan el afrontamiento y el apoyo social, las cuales permiten a la persona cuidadora limitar los efectos del cuidado de la persona dependiente. Esta experiencia de cuidado conlleva la aparición de consecuencias a nivel de la salud tanto física como psíquica en la persona cuidadora, las cuales pueden dar lugar al abandono del rol de cuidador como resultado de dichos efectos. Cabe destacar la importancia de las diferencias individuales respecto a las repercusiones del cuidado (Pearlin, 1991; 1990; 1989).

Para finalizar, el Modelo del Proceso del Estrés conceptualiza tres fases diferentes en la provisión de los cuidados a la persona dependiente: el cuidado en el domicilio, el ingreso institucional y la aflicción por la pérdida; de modo que el malestar experimentado por la persona cuidadora en la primera fase continúa su influencia en las siguientes. Por ello, la consideración del cuidado como proceso continuo explicita el impacto acumulativo de la asistencia del cuidado en el estrés del cuidador, así como la interacción de los distintos estresores a lo largo del tiempo y diferentes transiciones tales como la institucionalización o la pérdida (Pearlin, 1991; 1990; 1989).

6.4. Modelo Teórico Expandido del Cuidado

Zarit (1989; 1990a) amplió el modelo anterior con la introducción de la valoración secundaria de Lazarus y Folkman. Zarit explica que esta dimensión permite una valoración general de cómo se siente el cuidador respecto a la situación de cuidado. Las personas cuidadoras realizan valoraciones generales de su situación, valorando la contribución de cada estresor y los recursos con los que cuentan de forma individual, siendo esta valoración general un fuerte predictor del abandono del cuidado. Por ello, la valoración subjetiva permite obtener una valoración general que indica de manera adecuada la capacidad de la persona cuidadora en el manejo de la situación y el mantenimiento del rol de cuidador (Zarit, 1990a).

Dentro de este modelo adquiere sentido el concepto de carga del cuidador, el cual utiliza cuando desarrolla su instrumento de evaluación de la carga del cuidador "Caregiver Burden Interview" (Zarit 2002; 1986; 1980). Mediante esta herramienta evalúa si las demandas a las que tienen que enfrentarse los cuidadores son superiores a las que están dispuestos o son capaces de asumir. De acuerdo a Zarit (1990b), las personas cuidadoras experimentan carga si perciben que estas demandas exceden sus recursos.

Posteriormente, Zarit amplía este modelo con la intención de adecuarlo a las variables que emergen en las investigaciones relacionadas con el impacto del cuidado en cuidadores de personas dependientes. Principalmente, Zarit incorpora la dimensión "evaluación primaria" del modelo de Lazarus y Folkman (1984), desarrollando el "Modelo del Proceso del Estrés Modificado de Lazarus y Pearlin" (Zarit, 2002). En este modelo, el impacto de los distintos estresores primarios objetivos debe entenderse dependiendo de su importancia o del grado de amenaza a los cuidadores, los cuales pueden ser evaluados por parte del cuidador.

Así, la carga subjetiva se considera un estado caracterizado por el estrés, el cansancio y las dificultades para adaptarse al rol de cuidador, provocado por una evaluación negativa de la situación del cuidador que atenta contra su salud física, psicológica y emocional. De acuerdo a Crespo y López-Martínez (Crespo y López-Martínez, 2008), el término carga subjetiva se refiere a "la valoración por parte del cuidador de que la situación del cuidado supera las habilidades que posee el cuidador para afrontar adecuadamente la situación." En este sentido, también puede referirse a la percepción que tienen las mujeres de sentirse desconcertadas, agobiadas, atrapadas, resentidas y excluidas. Se considera que la carga objetiva refleja los aspectos diarios y prácticos de la prestación de cuidados que capturan dimensiones cuantitativas de la función del cuidador, como el nivel de necesidades de cuidados y las horas de prestación de cuidados (del-Pino-Casado, 2010).

Podemos encontrar dos subconceptos dentro de la carga subjetiva: la sobrecarga subjetiva y la sobrecarga expresada. El primer subconcepto se relaciona con la valoración de la persona cuidadora de la situación de cuidado y sus capacidades; en cuanto al segundo, hace referencia a la que la persona cuidadora declara, la cual puede estar condicionada por normas sociales (del-Pino-Casado, 2010). El proceso de embarazo, parto y puerperio constituye un acontecimiento importante en la vida de la mujer, donde se enfrenta a cambios significativos en sus esferas cognitiva, conductual y social. A veces, este proceso puede percibirse como estresante, lo que puede conducir a un aumento de la carga subjetiva sobre el cuidado del recién nacido.

En este contexto, podríamos considerar el puerperio como una etapa en la que la carga subjetiva es significativa. Algunos autores afirman que las mujeres con altos niveles de carga de cuidados podrían tener una mayor tendencia a desarrollar problemas de salud durante el puerperio. La investigación de factores asociados a la presencia de consecuencias negativas relacionadas con la carga subjetiva durante el puerperio adquiere especial importancia en la detección precoz y prevención de estos factores, como la ansiedad o los síntomas depresivos.

De acuerdo a López-Martínez (2019), la presencia de sobrecarga del cuidador puede asociarse con la aparición de trastornos como síntomas depresivos (Geng et al., 2018) y ansiedad (Cooper, 2007). Se han llevado a cabo diferentes estudios para explorar la posible asociación de carga subjetiva y síntomas depresivos en cuidadoras de familiares con demencia y familiares con cáncer (López-Martínez, 2019). Las personas con sobrecarga presentan 2,57 y 1,88 veces mayor probabilidad de tener ansiedad y depresión, respectivamente (Denno et al., 2013). Una revisión sistemática llevada a cabo por del-Pino-Casado et al. concluye que la sobrecarga subjetiva se trata de un posible factor de riesgo de aparición de síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares (del-Pino-Casado et al., 2019).

Con relación a la presencia de depresión puerperal, existen estudios que sugieren que un mayor nivel de carga subjetiva con respecto al cuidado del recién nacido podría estar asociado con un mayor nivel de estrés y un aumento de los síntomas depresivos (Nurbaeti et al., 2019; Poo et al., 2008). Del mismo modo, Leung et al. muestran la importancia del estrés en el cuidado del recién nacido como un predictor importante de la aparición de depresión puerperal (Leung et al., 2005).

6.5. Índice de Esfuerzo del Cuidador

El Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) se trata de una entrevista semiestructurada que mide el grado de sobreesfuerzo de las personas cuidadoras de mayores dependientes en general (Robinson, 1983). El IEC consta de 13 ítems con respuesta dicotómica: verdadero o falso (anexo 8). Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total mayor o igual a 7 sugiere un nivel elevado de sobreesfuerzo. Este instrumento se encuentra validado en población cuidadora española, con un alfa de Cronbach de 0,80 (López-Alonso y Moral, 2005).

Esta escala fue diseñada originalmente por Betsy Robinson en 1983 en cuidadoras informales de pacientes mayores tras una hospitalización por enfermedad cardíaca o implantación de prótesis de cadera, presentando buenos datos de fiabilidad (alfa de Cronbach de 0,86) y validez de constructo (Robinson, 1983). Según expone del-Pino-Casado, "la evidencia de dicha validez de constructo fue estudiada en tres áreas distintas, encontrando correlaciones estadísticamente significativas en ellas. Dichas áreas fueron: a) características del paciente: capacidad funcional, deterioro cognitivo, estado general, alteraciones emocionales (ansiedad, depresión y hostilidad), autoevaluación de su situación, autoevaluación del progreso en la convalecencia, satisfacción con dicho progreso y reingresos; b) percepción subjetiva de las relaciones del proceso de cuidado por parte de la persona cuidadora: dificultades y situaciones que se oponen a su labor de ayuda, satisfacción con el grado de comprensión de sus problemas y dificultades por parte de la persona cuidada, apoyo social (instrumental y emocional) recibido por otros y grado en el que la labor de ayuda ha cambiado su vida; c) salud emocional y general de la persona cui-

dadora: estado general de salud, alteraciones emocionales (ansiedad, depresión y hostilidad)” (del-Pino-Casado, 2010).

La escala del IEC ha sido ampliamente utilizada y adaptada a diversas poblaciones, contextos culturales e idiomas. En población española, esta escala ha sido validada en personas cuidadoras de pacientes con patologías crónicas, oncológicas y agudas que precisaban cuidados en el domicilio (López-Alonso y Moral, 2005) y en personas cuidadoras de enfermos diagnosticados de demencia (Odriozola et al., 2008), con un alfa de Cronbach de 0,808, y cuyos resultados apoyan la utilización del IEC en población española. Sin embargo, no se ha encontrado ningún estudio de validación que acredite su utilización en mujeres durante el puerperio.

Según concluyó Robinson en la validación original (Robinson, 1983), el IEC es un instrumento valioso en diferentes áreas que se centran en la atención de la salud, por lo que las investigaciones de relaciones que involucran dependencia y cuidado pueden incluir el IEC en la evaluación de estas relaciones (Robinson, 1983). Ante la inexistencia de un instrumento de medida de la carga subjetiva relacionada con los cuidados del recién nacido, queda justificada la validación del IEC en mujeres durante el puerperio realizada en este estudio, adaptando los ítems de esta escala para los cuidados del recién nacido.

Por otro lado, si bien los recursos personales y familiares desarrollados en esta investigación se han relacionado con la salud emocional en otras áreas del cuidado familiar, su estudio en el puerperio ha sido escaso e inconcluso con pocos estudios que analicen cuestiones relacionadas con los recursos personales y familiares; por lo tanto, se necesita más investigación sobre este tema ya que podría resultar clave en la atención sanitaria a mujeres durante el puerperio, orientando las intervenciones de los profesionales de la salud.

Parte II

Trabajo de campo

Objetivos

1. Determinar la prevalencia puntual de síntomas depresivos y ansiedad en mujeres a las 6 semanas posparto.
2. Establecer la posible relación entre recursos personales y familiares (apoyo social percibido, funcionamiento familiar, autoeficacia en los cuidados, sentido de coherencia y carga subjetiva), y síntomas depresivos y ansiedad en el puerperio.
3. Identificar un posible perfil de riesgo de desarrollo de depresión puerperal y ansiedad en mujeres durante el puerperio.
4. Determinar la validez y fiabilidad del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido en mujeres durante el puerperio.

Resumen de la metodología

El trabajo de campo se organizó en dos fases: en primer lugar, se llevó a cabo una investigación original mediante un estudio descriptivo transversal de correlación para determinar la relación de los factores personales y familiares con la salud emocional de las mujeres durante el puerperio; posteriormente, se determinó la validez y fiabilidad del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido.

1. Factores personales y familiares relacionados con la salud emocional de las mujeres durante el puerperio.

Para esta investigación se diseñó un estudio descriptivo transversal con una medición a las 6 semanas posparto, para dar respuesta a los objetivos 1, 2 y 3.

1.1. Diseño y participantes

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Materno-Infantil de Jaén, en el que participaron 212 mujeres que dieron a luz entre los meses de marzo y septiembre de 2019. Se utilizó un muestreo aleatorio sistemático, y el tamaño de muestra se calculó asumiendo un nivel de significación del 5% y una potencia del 80%, necesitando 200 mujeres para detectar un coeficiente de correlación de al menos 0,175 (Machin et al., 1997). El tamaño de muestra se incrementó en un 10% para prevenir posibles no respuestas. Considerando el número de partos estimado en el Hospital Materno-Infantil de Jaén durante el período de estudio, se estableció una fracción muestral de cinco. La primera muestra se seleccionó mediante el método de lotería con muestreo aleatorio simple, y cada muestra siguiente se obtuvo del registro de nacimientos del Hospital hasta obtener el tamaño de muestra deseado. Hubo un porcentaje del 3,64% de no respuesta (8 mujeres). Los criterios de exclusión fueron edad igual o menor a 19 años, antecedentes personales previos y / o actuales de patología psiquiátrica, enfermedad grave o muerte del recién nacido, no entender el idioma español, no aceptar participar en el estudio o no firmar el consentimiento informado.

1.2. Variables de estudio

Para la caracterización de la muestra se recogieron las siguientes variables: edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, ingresos familiares, búsqueda de embarazo, número de embarazos, tipo de parto, sexo del recién nacido y antecedentes familiares de patología psiquiátrica.

Las variables independientes estudiadas fueron apoyo social percibido, percepción del funcionamiento familiar, autoeficacia en el cuidado del recién nacido, sentido de coherencia y carga subjetiva. En cuanto a las variables dependientes se incluyeron las variables ansiedad y síntomas depresivos. Como variable de control se utilizó la presencia de eventos vitales estresantes durante el año previo al momento de la recogida de los datos.

Las mujeres fueron captadas durante el ingreso hospitalario tras el parto, donde se explicó el estudio a las mujeres seleccionadas y se les ofreció la participación en el mismo. A cada mujer que aceptó participar, se le entregó el modelo de Consentimiento Informado para su lectura y firma. Para finalizar, se solicitó un teléfono de contacto con el objeto de concertar una visita domiciliaria a las 6 semanas posparto, realizando un recordatorio vía telefónica la semana previa a la cita. En la visita domiciliaria a las 6 semanas posparto, se recogieron los datos individuales y sociodemográficos, y las variables propuestas.

Las variables de estudio se recogieron de forma anónima mediante los siguientes cuestionarios validados:

- Ansiedad.

El cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI, por sus siglas en inglés) es un instrumento autoadministrado diseñado para evaluar la ansiedad (Spielberger y Lushene, 1982). Este instrumento mide dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado, referida a condición emocional transitoria; y la ansiedad como rasgo, descrita como la propensión ansiosa relativamente estable. En el desarrollo de esta investigación se ha evaluado la ansiedad-estado como medida específica de la ansiedad en este período (Anexo 2). Se compone por un total de 20 ítems, en una escala tipo Likert de 4 puntos según la intensidad. La puntuación total en cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos, recomendándose el percentil 75 como punto de corte en mujeres adultas (Spielberger y Lushene, 1982). El coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total de la subescala estado fue 0,94 (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

- Síntomas depresivos.

La EPDS se trata de una escala autoadministrada de 10 ítems, con cuatro posibles alternativas de respuesta, puntuadas de 0 a 3, según la gravedad de los síntomas. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 30 puntos (proporcional al nivel de síntomas depresivos). Un punto de corte, igual o superior a 10 puntos, se considera adecuado para detectar síntomas depresivos en este período, con una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63% (García-Esteve et al., 2003).

- Apoyo social.

El cuestionario Duke-UNC-11 se trata de un instrumento autoadministrado que evalúa el apoyo social percibido (Anexo 4) (Broadhead et al., 1988). Este instrumento mide el apoyo social tanto en su dimensión afectiva, referida a expresiones de amor, aprecio, simpatía o pertenencia; como a su dimensión confidencial, por la que las personas pueden recibir información, consejo o guía. Se compone de 11 ítems junto a una escala de respuesta tipo likert. El rango de puntuación oscila de 11 a 55 puntos. Una puntuación inferior a 32 puntos indica un apoyo social percibido bajo, mientras que una puntuación superior a 32

indica un apoyo normal. Este cuestionario ha sido validado en la población española, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 (Bellón et al., 1996a).

- Autoeficacia en los cuidados del recién nacido.

La escala de valoración de la prestación de cuidados de Lawton es un cuestionario autoadministrado, el cual, en su apartado maestría en el cuidado, analiza la importancia de la capacidad de la mujer como predictor de la salud física y psíquica de la mujer (Lawton et al., 2000). Consta de 6 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert, que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), en la que mayores puntuaciones indican mayor autoeficacia en los cuidados. Los ítems de esta escala han sido adaptados para los cuidados del recién nacido en la realización de este estudio (Anexo 5).

- Funcionamiento familiar.

El APGAR familiar es un cuestionario autoadministrado que muestra cómo percibe la persona el nivel de funcionamiento de la unidad familiar (Anexo 6) (Smilkstein, 1978). Consta de 5 preguntas, cada una de las cuales puede tomar una de las siguientes puntuaciones: 0 (Casi nunca), 1 (Algunas veces), 2 (Casi siempre). El rango de puntuación oscila entre 0 y 10 puntos. Una puntuación total de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción; una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia funcional. Este cuestionario está validado en la población española, presentando un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 (Bellón et al., 1996b).

- Sentido de coherencia.

El cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ, por sus siglas en inglés), es el instrumento original creado por Antonovsky para medir el SOC (SOC-29), compuesto originalmente por 29 ítems (Anexo 7). Posteriormente, este autor desarrolló posteriormente una versión más corta constituida por 13 ítems (SOC-13) (Antonovsky, 1987). La escala de SOC de Antonovsky, como hemos visto, valora tres dimensiones del SOC: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, estrechamente relacionadas. Consta de 13 ítems que se responden en una escala tipo Likert con siete puntuaciones, que van desde 1 (siempre) a 7 (nunca), donde mayor puntuación señala mayor SOC. El SOC ha sido validado en multitud de idiomas y países, así como en diferentes poblaciones, culturas y grupos de pacientes. Esta escala se encuentra validada en la población española, presentando un alfa de Cronbach de 0,80 (Virués-Ortega et al., 2007).

- Carga subjetiva.

La escala del Índice de Esfuerzo del Cuidador ha sido ampliamente utilizada y adaptada a diversas poblaciones, contextos culturales e idiomas. En población española, esta escala ha sido validada en personas cuidadoras de pacientes con patologías crónicas, oncológicas y agudas que precisaban cuidados en el domicilio (López-Alonso y Moral, 2005) y en personas cuidadoras de enfermos diagnosticados de demencia (Odriozola et al., 2008), con un alfa de Cronbach de 0,808, y cuyos resultados apoyan la utilización del IEC en población española. Dicha escala está compuesta por 13 ítems con respuesta dicotómica (verdadero-falso) en el contexto de una entrevista semiestructurada cuya puntuación os-

cila entre 0 y 13 puntos. Sin embargo, no se ha encontrado ningún estudio de validación que acredite su utilización en mujeres durante el puerperio.

- Acontecimientos vitales estresantes.

La escala de Holmes-Rahe consta de una lista de 43 acontecimientos vitales a los que se les asigna una puntuación en función del estrés que genera en la persona. Se seleccionan los acontecimientos estresantes experimentados en el último año y se suman las puntuaciones previamente establecidas. Una puntuación inferior a 150 indica un riesgo pequeño de enfermar a causa del estrés; entre 151 y 299 el riesgo es moderado; y una puntuación superior a 300 puntos indica un riesgo importante. Esta escala se encuentra adaptada a la población española (de Rivera, 1983). Argumentaron que, aquellas personas con puntuación más alta presentaban un mayor nivel de estrés y, en consecuencia, manifestaban niveles menores de bienestar (Holmes y Rahe, 1967).

1.3. Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Jaén (Sistema Sanitario Público de Andalucía), con número de identificación 0262-M1-17 (Anexo 9). Se realizó de acuerdo con la legislación estatal y los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964. Se solicitó el Consentimiento Informado como garantía de respeto al principio bioético de autonomía. Se garantizó la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos. Las participantes tuvieron la oportunidad, tanto verbalmente como por escrito, de negarse a participar o abandonar el estudio en cualquier momento.

1.4. Análisis de los datos

El análisis de los datos se estructuró en 3 fases: en primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables. A continuación, se realizó una matriz de correlaciones para explorar las relaciones entre las variables independientes y dependientes, usando el coeficiente de correlación (r) de Pearson, y el coeficiente Rho de Spearman (en aquellas variables que no cumplían los supuestos de normalidad); por último, se utilizó una regresión lineal múltiple (método por pasos) para el análisis multivariable, con la confirmación previa de los supuestos del modelo de regresión lineal: normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov); linealidad (visto con gráficos de regresión parcial); homocedasticidad (gráfico de residuo estandarizado); independencia del error (Durbin-Watson); no colinealidad (factor de inflación de la varianza y tolerancia). Las variables que no cumplieron con la normalidad se transformaron mediante transformaciones de Box-Cox (Box y Cox, 1964).

Este estudio se publicó en 2020 en la revista "International Journal of Environmental Research and Public Health" con el título "Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium". Esta revista se encuentra incluida en Journal Citation Reports (JCR, por sus siglas en inglés) con un factor de impacto de 3,39 para el año 2020, y situada en la posición 42/176 (Q1) en la categoría de Salud Pública, Ambiental y Ocupacional (Ciencias Sociales), así como en la posición 68/203 (Q2) en la categoría de Salud Pública, Ambiental y Ocupacional, y en la posición 118/274 (Q2) en la categoría de Ciencias Ambientales (Ciencias).

2. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado a los cuidados del recién nacido

El estudio de validación tuvo como propósito dar respuesta al objetivo 4 de esta tesis.

2.1. Adaptación del cuestionario

En primer lugar, se procedió a la adaptación de los ítems de la escala "Índice de Esfuerzo del Cuidador" (versión española validada por López-Alonso y Moral) al cuidado del recién nacido. La revisión y adaptación de cada uno de los ítems se realizó mediante consenso de un grupo de trabajo formado por expertos en cuidados durante el puerperio (Anexo 10).

2.2. Validez de contenido a través de expertos

A continuación, se determinó la validez de contenido mediante el índice de concordancia del Coeficiente de Validez "V de Aiken" (Escurra, 1988; Aiken, 1985), a través de un grupo de cinco expertos del Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén, con amplia experiencia académica en el área de estudio y otras áreas complementarias.

2.3. Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto para determinar la comprensión y aplicabilidad de la escala a través de entrevistas semiestructuradas a 40 mujeres en el puerperio, en las que se le preguntó si entendían adecuadamente los ítems de la escala. Posteriormente, se realizó un análisis e interpretación de las respuestas obtenidas.

2.4. Validación clínica

La validación clínica se llevó a cabo con los datos obtenidos en nuestra investigación original.

2.5. Validez de criterio

La validez de criterio se evaluó mediante correlaciones con las puntuaciones de otros instrumentos que miden constructos relacionados con la carga subjetiva. Estos instrumentos de medición fueron la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) para el constructo de depresión (Cox et al., 1987), la escala de ansiedad estado-rasgo STAI para el constructo de ansiedad (Spielberger y Lushene, 1982), la escala Antonovsky SOC para el constructo de sentido de coherencia (Antonovsky, 1993) y la escala Duke-UNC-11 para el constructo de apoyo social (Broadhead et al., 1988).

Estos instrumentos de medición fueron elegidos porque existe suficiente evidencia científica que relaciona la carga subjetiva con una mayor incidencia de depresión en mujeres en el puerperio, con mayores niveles de ansiedad en los cuidadores de pacientes a nivel hospitalario, con un menor SOC en los cuidadores de familiares ancianos y con menor apoyo social en cuidadores de adultos con esquizofrenia.

Utilizamos las correlaciones bivariadas de Pearson entre las puntuaciones del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado a los cuidados del recién nacido y las puntuaciones de los cuestionarios de las variables que cumplían con los supuestos de normalidad (síntomas depresivos, ansiedad y SOC), y correlaciones bivariadas de Spearman en apoyo social; este fue un análisis similar al realizado en la validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en nuestro país (López-Alonso y Moral, 2005).

2.6. Validez de constructo

Para evaluar la validez de constructo se realizó el método de grupos conocidos. Las pruebas de diferencia de medias se llevaron a cabo utilizando la prueba t de Student y la magnitud del efecto se midió utilizando la d de Cohen. Las hipótesis probadas fueron, según la literatura científica sobre carga subjetiva, (1) a mayor presencia de síntomas depresivos, mayor nivel de carga subjetiva en mujeres en el puerperio (Poo et al., 2008); (2) cuanto mayor es la presencia de síntomas de ansiedad, mayor es el nivel de carga subjetiva en las mujeres en el puerperio (del-Pino-Casado et al., 2021); (3) cuanto menor es el SOC, mayor es el nivel de carga subjetiva (del-Pino-Casado et al., 2019); y (4) a menor apoyo social, mayor nivel de carga subjetiva en la mujer en el puerperio (Peng et al., 2019). Se utilizaron los puntos de corte propuestos por cada autor en las escalas utilizadas para síntomas depresivos, síntomas de ansiedad y apoyo social, mientras que nosotros utilizamos la mediana en el caso del SOC.

2.7. Fiabilidad

2.7.1. Consistencia interna

Para determinar la consistencia interna, se analizó el alfa de Cronbach. Para la valoración de este coeficiente se utilizaron las recomendaciones de George y Mallery, quienes muestran que una consistencia interna aceptable tiene valores superiores a 0,70 (George y Mallery, 2010).

2.7.2. Estabilidad (Test-Retest)

La estabilidad se midió con el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Para ello, se volvió a administrar la escala al cabo de una semana a una muestra de 20 mujeres. Siguiendo las recomendaciones de Fleiss, los valores superiores a 0,75 representan una fiabilidad excelente (Fleiss, 1986).

Para realizar los análisis, el nivel de significación estadística se fijó en 0,05. Las relaciones entre las variables propuestas se examinaron con la ayuda del programa SPSS v. 22.0.

Este estudio se publicó en 2021 en la revista "International Journal of Environmental Research and Public Health" con el título "Validity and Reliability of the Caregiver Strain Index Scale in Women during the Puerperium in Spain". Esta revista se encuentra incluida en Journal Citation Reports (JCR, por sus siglas en inglés) con un factor de impacto de 3,39 para el año 2020, y situada en la posición 42/176 (Q1) en la categoría de Salud Pública, Ambiental y Ocupacional (Ciencias Sociales), así como en la posición 68/203 (Q2) en la categoría de Salud Pública, Ambiental y Ocupacional, y en la posición 118/274 (Q2) en la categoría de Ciencias Ambientales (Ciencias).

3. Artículo 1

Feligreras-Alcalá D, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 5230. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145230>



Article

Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium

David Feligreras-Alcalá, Antonio Frías-Osuna * and Rafael del-Pino-Casado 

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Jaén, 23071 Jaén, Spain; dfa00001@red.ujaen.es (D.F.-A.); rdelpino@ujaen.es (R.d.-P.-C.)

* Correspondence: afrias@ujaen.es; Tel.: (+34)-953-212574

Received: 10 June 2020; Accepted: 18 July 2020; Published: 20 July 2020



Abstract: *Introduction:* This study investigated the relationship between personal and family resources (i.e., social support, family functioning, self-efficacy in care, sense of coherence and perceived burden of care) and depressive and anxiety symptoms in women during the puerperium, adjusting for stressors. *Methods:* This is a quantitative research design, carried out through a descriptive, cross-sectional correlation study. This study includes 212 women over the age of 19 who gave birth from March to September 2019 in Maternal and Child Hospital of Jaén (Spain). Women were selected during the immediate postpartum period. The variables analysed were postpartum depressive symptoms (Edinburgh scale), anxiety symptoms (STAI state anxiety questionnaire), perceived social support (Duke-UNC-11), family functioning (family APGAR), self-efficacy in care (Lawton), sense of coherence (SOC-13), perceived burden (Caregiver Strain Index) and stressful life events (Holmes and Rahe). The main analysis consisted of a multiple linear regression. *Results:* The regression model of depressive symptoms found a positive association with perceived burden ($\beta = 0.230$, $p = 0.015$) and negative associations with self-efficacy in care ($\beta = -0.348$, $p < 0.001$), social support ($\beta = -0.161$, $p < 0.001$) and sense of coherence ($\beta = -0.081$, $p = 0.001$). The regression model of anxiety symptoms obtained a positive association with perceived burden ($\beta = 1.052$, $p < 0.001$) and negative associations with self-efficacy in care ($\beta = -0.329$, $p = 0.041$), social support ($\beta = -0.234$, $p = 0.001$) and sense of coherence ($\beta = -0.262$, $p < 0.001$). *Discussion:* Firstly, depressive and anxiety symptoms in the puerperium period may be more prevalent than in other periods of a woman's life. Secondly, perceived social support, self-efficacy in caring for the newborn and sense of coherence may be protective factors for depressive and anxiety symptoms in the puerperium period. Finally, perceived burden in caring for the newborn may be a risk factor for these symptoms.

Keywords: depression; postpartum; anxiety; risk factors; puerperium; pregnancy

1. Introduction

The postpartum or puerperium period is defined as the period of 6–8 weeks beginning 1 h after the birth of the foetus and the expulsion of the placenta, and it reflects the approximate time needed for uterine involution and return of most maternal organic systems to their pre-pregnancy state; it is also characterised by psychosocial adaptations, including changes in parental role [1,2], modifications in family relationships [3] and alterations in self-perception and body image [4]. It represents a period of special vulnerability for women in the appearance of different psychological disorders, especially depressive symptoms [1] and anxiety [5].

Depression is a mental disorder that constitutes the main cause of disability in the world and contributes significantly to the overall global burden of morbidity [6]. The lifetime rate of depression is around 20% of the population, affecting more women than men [7]. Puerperal depression is not recognised as a separate diagnosis of depression in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders (DSM). However, in its fifth edition (DSM-V), it includes as a novelty compared to its previous version, a major depressive disorder with onset in the peripartum, considering its development during pregnancy or in the first four weeks of postpartum [8]. The World Health Organization (WHO), in its 11th Revision of International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, defines puerperal depression as a mild mental and behavioural disorder that begins in the 6 weeks of postpartum [6].

Depressive disorders during the postpartum period can be classified into three categories: postpartum sadness, postpartum psychosis and postpartum depression. Postpartum sadness affects 50–85% of women, appearing around the 4th day and disappearing on the 10th postpartum day, with symptoms such as short periods of crying, anxiety, sadness, difficulty sleeping, confusion and irritability. Postpartum psychosis has a prevalence of 0.1–0.2%, occurring in the first 2 weeks postpartum. It includes symptoms such as agitation, paranoia, disorganised thinking and hallucinations. It requires emergency treatment for risk of suicide or harm to the newborn [9,10].

Postpartum or puerperal depression has a prevalence of 12–13% at 6 weeks of postpartum in industrialised countries [1,11], as well as a prevalence period of 19% in the first 12 months of postpartum [12]. In Spain, the studies carried out place it between 10% and 13% [13,14]. The usual clinical manifestations are depressive mood, irritability, loss of interest in habitual activities, insomnia, fatigue and loss of appetite [10]. The consequences of depressive symptoms during puerperium stage not only affect the social and occupational functioning of women but also extend to the couple, the family and mother–child interaction [15]. Puerperal depression is associated with a worse quality of life for the newborn, which may affect their emotional, intellectual and cognitive development [16,17].

The prevalence of puerperal depression can be determined through questionnaires, used as a screening method for depressive symptoms in this period, or through a structured clinical interview, which determines the diagnosis of major or minor depressive disorders [9]. The prevalence of a major depressive episode diagnosed through clinical interview is lower than the prevalence established through screening [18].

Anxiety is a common disorder in women, since 30% of them experience at least one episode throughout their lives [7]. During the puerperium, prevalence of anxiety is 13–18% [19,20], and the combined presence of both disorders, anxiety and depression is estimated at 13% [20]. The presence of anxiety in puerperium is related to different adverse outcomes, such as a decreased effectiveness of the parental role, difficulty in coping or lower levels of confidence [21–23].

Despite negative consequences of the presence of depressive symptoms or anxiety on women's health in the postpartum period, this is a neglected aspect by the health services, as well as the object of few interventions in prevention and promotion of health [24]. These interventions inevitably go through identification of risk factors of both processes.

Traditionally, literature has studied different factors associated with the appearance of depressive symptoms or anxiety in the postpartum period, which could be divided based on different areas of women: physical or biological factors, such as delicate physical health [25]; psychological factors, such as depression or anxiety during pregnancy [26]; previous psychiatric illness [26] or a poor relationship with her couple [13]; obstetric factors, such as unwanted pregnancy [27]; paediatric factors, such as initiation or not of breastfeeding [28]; or socio-demographic factors, such as maternal age [29] or low economic status [26].

In addition, the consequences of the presence of anxiety and postpartum depression on emotional regulation, the formation of the attachment system and the development of the child are currently gaining importance; several studies show that the presence of anxiety and postpartum depression is associated with a lower performance of infant language, as well lower social engagement, less mature regulatory behaviours and more negative emotionally, and higher cortisol reactivity [30,31]. In this sense, in the systematic review carried out by Warfa et al. the presence of insecure attachment appears as an important risk factor in the development of postpartum depression, as well as its relationship with other factors such as low social support or a lower level of family functioning [32]. Likewise, there

are also factors associated with the presence of depressive symptoms or anxiety in the postpartum period that have been studied to a lesser extent than those described above and that we could include in a personal and family resources model. Among these factors, the authors find social support (i.e., instrumental, emotional or informational support provided by family and friends) [33], family functioning (i.e., perception of the level of fulfilment of basic family functions) [34], self-efficacy (i.e., belief of efficacy) in care [35], sense of coherence [36] and perception of the burden of care [37]. Sense of coherence is defined as a global orientation that expresses the degree of confidence that the stimuli that come from internal and external environments of oneself in the course of life are structured, those are predictable and explainable, that resources are available to meet the demands represented by these stimuli and these demands are challenges, worthy of investment and commitment [36]. Perceived burden is defined as the caregiver's assessment that the care situation is beyond their ability to cope with adequately [37].

Although previous personal and family resources have been related to emotional health in other areas of family care [38,39], their study in puerperium has been scarce and inconclusive with only a few studies that analyse issues related to personal and family resources [40–48]. Therefore, further research is needed on this issue.

With the development of this research, the authors have proposed the following objectives: (1) to determine point prevalence of depressive symptoms and anxiety in women at 6 weeks after delivery; (2) to establish the possible relationship between personal and family resources (i.e., perceived social support, family functioning, self-efficacy in care, sense of coherence and perceived burden) and depressive symptoms and anxiety in women in puerperium; and (3) to identify a possible risk profile for the development of postpartum depression and anxiety in women during puerperium.

2. Methods

2.1. Design

A quantitative research was carried out through a descriptive, cross-sectional design of correlation in women during puerperium and located in the province of Jaén, Spain.

2.2. Ethical Considerations

This study was approved by the Research Ethics Committee of Jaén (Public Health System of Andalusia). This study was carried out in accordance with state legislation and the principles established in the Helsinki Declaration of 1964. Informed Consent was requested as a guarantee of respect for bioethical principle of autonomy. The confidentiality and privacy of data obtained was guaranteed. Participants were given the opportunity, both verbally and in writing, to refuse to participate or leave the study at any time.

2.3. Participants

The participants in this study were women who gave birth at Maternal and Child Hospital of Jaén between March and September 2019. After an exhaustive review of literature, the authors determined to carry out a systematic random sampling. The sample size was calculated using Epidat 3.1 program, assuming a significance level of 5% and a power of 80%, in which 200 sample units are necessary to detect a correlation coefficient of at least 0.175 [49]. This sample size was increased by 10% to prevent future non-responses. Considering the number of births estimated at Maternal and Child Hospital of Jaén during the study period, in addition to the necessary sample of 220 women, a sampling fraction of five was established. The first sample was selected by lottery method with simple random sampling. Every following sample was selected from the Hospital's birth register until the desired sample size was obtained. The exclusion criteria were the following: (1) equal age or less than 19 years, (2) previous history or current staff of psychiatric pathology, (3) serious illness or exitus of the newborn, (4) not

understanding the Spanish language, (5) not accepting participation in the study or (6) not signing the informed consent.

2.4. Study Measures

2.4.1. Sociodemographic Variables

Some of the variables collected were marital status, educational level, employment status, family income, pregnancy search and family history of psychiatric pathology.

2.4.2. Independent Variables

The independent variables of this study are the perceived social support, perception of family functioning, self-efficacy in newborn's care, sense of coherence and perceived burden.

Perceived social support was measured by the Duke-UNC-11 questionnaire [33], a self-administered instrument that measures social support both in its affective dimension (i.e., referring to expressions of love, appreciation, sympathy or belonging) and its confidential dimension (i.e., that through which people can receive information, advice or guidance). It consists of 11 items along with a 5-point, Likert response scale, ranging from 1 (Much less than I want) to 5 (As much as I want). Scoring for total questionnaire ranges from 11 to 55 points (directly proportional to the level of perceived social support). This questionnaire has been validated in the Spanish population with adequate clinimetric properties (e.g., Cronbach's alpha coefficient of 0.93) [50]. In this study, Cronbach's alpha coefficient was 0.91.

The perception of family functioning was assessed using the family APGAR questionnaire [34], which is a self-administered questionnaire that shows how a person perceives the level of functioning of a family unit. It consists of five questions, each of which can take one of the following scores: 0 (Almost never), 1 (Sometimes), 2 (Almost always). The range of scores is between 0 and 10 points. This questionnaire is validated in the Spanish population, presenting a Cronbach alpha coefficient of 0.84 [51]. In our study, Cronbach's alpha coefficient was 0.85.

Self-efficacy in newborn care was measured by the mastery or self-efficacy dimension of Lawton's questionnaire [35]. This is a self-administered questionnaire that includes 12 items with a Likert response scale, ranging from 1 (totally disagree) to 5 (totally agree), where higher scores indicate greater self-efficacy in care. The items on this scale were adapted for newborn care in this study. In this study, Cronbach's alpha coefficient was 0.77.

The sense of coherence was collected using the SOC-13 Sense of Coherence scale [36]. This scale assesses three dimensions of sense of coherence: compressibility, manageability and significance, which are closely related. It consists of 13 items that are answered on a Likert scale with seven scores, ranging from 1 (always) to 7 (never), where a higher score indicates a greater sense of coherence. This scale is validated in the Spanish population, presenting a Cronbach's alpha of 0.80 [52]. In this study, Cronbach's alpha coefficient was 0.88.

Perceived burden was assessed using the Caregiver Strain Index [53], a scale that measures the degree of overexertion of carers of dependent people in general. It consists of 13 items with a true or false dichotomous response. Each affirmative answer scores 1, so the range of scores goes from 0 to 13 (directly proportional to burden). This instrument was validated in the Spanish caregiver population [54], with a Cronbach's alpha of 0.80. The items of this scale were adapted for newborn's care in the performance of this study. In this study, Cronbach's alpha coefficient was 0.71.

2.4.3. Dependent Variables

Dependent symptoms and anxiety in puerperium were included as dependent variables.

Depressive symptoms were measured using the Edinburgh postpartum depression scale [55]. This scale is used to detect depressive states in the postpartum period. It is a self-administered scale of 10 items, with four possible response alternatives, scored from 0 to 3, depending on the severity of

symptoms. Scores range from 0 to 30 points (proportional to level of depressive symptoms). A cut-off point, equal to or greater than 10 points, is considered adequate to detect depressive symptoms in this period, with a sensitivity of 79%, a specificity of 95% and a positive predictive value of 63% [14]. Its use is recommended in the first 6 weeks of postpartum to ensure correct screening for depressive symptoms in puerperium, according to the Ministry of Health, Social Services and Equality of Spain [56]. It is validated and widely applied in Spain [14]. In this study, Cronbach's alpha coefficient was 0.86.

Anxiety was measured by STAI state-trait's anxiety questionnaire [57], a self-administered instrument that measures two independent concepts of anxiety: on the one hand, anxiety as a state is referred to as a transient emotional condition; on the other hand, anxiety as a trait is described as a relatively stable anxious propensity. In the development of this research, anxiety-status was evaluated as a specific measure of anxiety during this study period. This subscale consists of 20 items, with 4-point, Likert responses (proportional to intensity of anxiety). Total subscale scores range from 0 to 60 points, with the 75th percentile recommended as a cut-off point in adult women [57]. This questionnaire is validated in the Spanish population, presenting a Cronbach's alpha coefficient of 0.94 [58]. In this study, the Cronbach's alpha coefficient of the state subscale was 0.94.

2.4.4. Control Variable

The presence of stressful life events was included as a control variable, and these were measured using the Holmes–Rahe social readjustment scale [59]. It consists of 43 vital events to which a score is assigned according to the stress it generates in the person. Stressful events experienced in the last year are selected and previously established scores are added. This scale was adapted to the Spanish population [60].

2.5. Data Collection Procedure

Women were captured during their hospital admission after childbirth, in the period between 15 March 2019 and 15 September 2019. The study was explained to those selected women and they were offered to participate in the study. Each woman who agreed to participate was given the Informed Consent model for reading and signing and corresponding questionnaires. These questionnaires were self-filled anonymously during the 6th week after the delivery. There was a total of eight non-responses (3.64%), so a definitive sample was 212 women.

2.6. Data Analysis

A descriptive analysis of the quantitative variables was carried out through measures of central tendency (i.e., means or medians) and dispersion measures (i.e., standard deviations or interquartile range), in addition to the frequencies and percentages of the qualitative variables. A correlation matrix was performed to explore the relationships between the variables, and the Pearson's correlation coefficient (r) and the Spearman's Rho coefficient were used (in those variables that did not meet the normality assumptions). For the multivariable analysis, a multiple linear regression (stepwise method) was carried out, with prior confirmation of assumptions of the linear regression model: normality (Kolmogorov–Smirnov test); linearity (seen with partial regression graphs); homoscedasticity (graph of standardised residue); error independence (Durbin–Watson); non-collinearity (variance inflation factor and tolerance). Those variables that did not meet normality were transformed by Box–Cox transformations, with the help of Statistica 8.0 (Stat Soft Inc., Tulsa, USA) program [61]. For the correlations and multivariable analyses, the level of statistical significance was set at 0.05. Relationships between the proposed variables were examined with the help of the SPSS v22.0 (IBM International Business Machines Corporation, Armonk, NY, USA) program.

3. Results

3.1. Description of Sample and Study Variables. Prevalence of Depression and Anxiety

Descriptive data of the sample and study variables are shown in Table 1. Out of the total of 220 postnatal women sampled, 212 participated in the study; making a response rate of 96.36%. The average age of women who participated is 32 years, with a minimum age of 19 years and a maximum age of 47 years. The majority of the women were married (78.3%) and were in active employment status on their own or another's account (69.4%). In addition, 47.6% of participants had university studies, and 90.1% of women reported that pregnancy had been sought.

The average score of depressive symptoms is 7.20 (95% CI; 6.53–7.89). Using the cut-off point of 10 in the EPDS questionnaire, the point prevalence of depressive symptoms at 6 weeks after delivery is 26.9% (95% CI; 21.2–33.0). The average anxiety score is 17.26 (95% CI; 15.95–18.67). Taking the 75th percentile, the point prevalence of anxiety at 6 weeks postpartum is 27.8% (95% CI; 21.7–34.0). Joint prevalence in our sample of comorbidity of both disorders is 20.3% (95% CI; 15.1–25.5).

Table 1. Description of studied sample.

Variables	(I)		
	n(%)	M (SD)	Median (IQR)
Age		32.67 (4.58)	
Marital Status			
Single	8 (3.80)		
Married	166 (78.30)		
With couple	35 (16.50)		
Separated or divorced	3 (1.40)		
Education level			
Primary	18 (8.50)		
Secondary	21 (9.90)		
High School	12 (5.70)		
FP Middle degree	36 (17.00)		
FP Higher degree	24 (11.30)		
University	101 (47.60)		
Employment situation			
Student	3 (1.40)		
Active or own account	39 (18.40)		
Asset	108 (50.90)		
Unemployed	47 (22.20)		
Domestic work	15 (7.10)		
Family income			
< from 500€	1 (0.50)		
From 500 to <1000€	27 (12.70)		
From 1000 to <1500€	60 (28.30)		
From 1500 to <2000€	54 (25.50)		
From 2000 to <2500€	29 (13.70)		
From 2500 to <3000€	28 (13.20)		
From 3000 to <5000€	10 (4.70)		
> from 5000€	3 (1.40)		
Pregnancy wanted			
Yes	191 (90.10)		
No	21 (9.90)		
Number of pregnancies		1.835 (0.98)	
Mode of delivery			
Eutocic	141 (66.50)		
Instrumental	32 (15.10)		
Caesarean section	39 (18.40)		
Sex of newborn			
Man	112 (52.80)		
Woman	100 (47.20)		

Table 1. Cont.

(II)			
Variables	n(%)	M (DE)	Median (IQR)
Family history of psychiatric pathology			
Yes	13 (6.10)		
No	199 (93.60)		
Depressive symptoms prevalence	57 (26.90)		
Anxiety		17.255 (10.64)	
Anxiety prevalence	59 (27.80)		
Comorbid prevalence of depressive and anxiety symptoms	43 (20.30)		
Family functioning			9 (8.00–10.00)
Social support			47.50 (37.00–52.00)
Sense of coherence		67.066 (13.50)	
Self-efficacy in care		23.943 (3.46)	
Perceived burden		5.231 (2.76)	
Stressful life events			181 (150.00–248.50)
Source: self-made			

3.2. Factors Related to Depression and Anxiety

The variables that met normal assumptions were the following: depressive symptoms, anxiety, sense of coherence, self-efficacy in care and perceived burden. The variables that did not meet normal assumptions, however, were social support, family functioning and stressful life events; therefore, Box-Cox transformations were carried out. No breaches were detected in the rest of the assumptions in regression model (e.g., Durbin-Watson of 1.94 for depressive symptoms and 2.02 for anxiety; and tolerances between 0.45 and 0.86 for depressive symptoms and between 0.45 and 0.85 for anxiety).

Regarding correlations (Table 2) a positive association was found between the presence of depressive symptoms and perceived burden ($r = 0.429$; $p < 0.001$) and stressful life events ($\rho = 0.240$; $p = 0.001$). In addition, a negative association was found between depressive symptoms and family functioning ($\rho = -0.364$; $p < 0.001$), social support ($\rho = -0.537$; $p < 0.001$), sense of coherence ($r = -0.616$; $p < 0.001$) and self-efficacy in care ($r = -0.466$; $p < 0.001$). Regarding anxiety, a positive association was found with perceived burden ($r = 0.532$; $p = 0.01$) and stressful life events ($\rho = 0.186$; $p = 0.001$). Likewise, a negative association was found between anxiety and family functioning ($\rho = -0.370$; $p < 0.001$), social support ($\rho = -0.539$; $p < 0.001$), sense of coherence ($r = -0.644$; $p < 0.001$) and self-efficacy in care ($r = -0.361$; $p < 0.001$).

In the regression model of depressive symptoms, independent variables were included together with the control variable, stressful life events. The resulting model has an R^2 of 0.52 (Table 3). In this model, the presence of depressive symptoms is positively associated with the perceived burden ($\beta = 0.133$; $p = 0.015$) and negatively with self-efficacy in care ($\beta = -0.253$; $p < 0.001$), social support ($\beta = -0.334$; $p < 0.001$) and sense of coherence ($\beta = -0.231$; $p < 0.001$). No association was found with family functioning or stressful life events. Regarding the anxiety regression model, it has an R^2 of 0.58 (Table 4). In this model, anxiety is positively associated with the perceived burden ($\beta = 0.273$; $p < 0.001$) and negatively with self-efficacy in care ($\beta = -0.107$; $p = 0.041$), social support ($\beta = -0.217$; $p = 0.001$) and the sense of coherence ($\beta = -0.333$; $p < 0.001$). No association was found with family functioning or stressful life events.

Table 2. Correlation matrix of measures of study variables.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Depressive symptoms	1									
2 Anxiety	0.772 **	1								
3 Family functioning	−0.364 **	−0.370 **	1							
4 Social support	−0.537 **	−0.539 **	0.570 **	1						
5 Sense of coherence	−0.616 **	−0.644 **	0.587 **	0.689 **	1					
6 Self-efficacy in care	−0.466 **	−0.361 **	0.152 *	0.273 **	0.376 **	1				
7 Perceived burden	0.429 **	0.532 **	−0.314 **	−0.379 **	−0.447 **	−0.258 **	1			
8 Stressful life events	0.240 **	0.186 **	−0.260 **	−0.236 **	−0.305 **	−0.050	0.211 **	1		
9 Age	0.032	0.101	−0.019	−0.052	−0.035	−0.107	0.075	−0.109	1	
10 Number of pregnancies	0.075	0.097	0.005	−0.102	−0.072	0.017	0.033	−0.010	0.318 **	1

** Correlation is significant at 0.01 level; * correlation is significant at 0.05 level; source: self made.

Table 3. Multiple linear regression by steps (dependent variable: depressive symptoms).

Variables	Beta	Standard Error	Beta Standardised	p
Perceived burden	0.230	0.094	0.133	0.015
Self-efficacy in care	−0.348	0.072	−0.253	<0.001
Social support	−0.161	0.032	−0.334	<0.001
Sense of coherence	−0.081	0.025	−0.231	0.001

R²: 0.52; source: self made.

Table 4. Multiple linear regression by steps (dependent variable: anxiety).

Variables	Beta	Standard Error	Beta Standardised	p
Perceived burden	1.052	0.209	0.273	<0.001
Self-efficacy in care	−0.329	0.160	−0.107	0.041
Social support	−0.234	0.072	−0.217	0.001
Sense of coherence	−0.262	0.056	−0.333	<0.001

R²: 0.58; source: self made.

4. Discussion

In this study, approximately one in four women had depressive symptoms at 6 weeks postpartum—the proportion of anxiety being similar. These figures show the importance of these problems, which are higher than those found in other periods outside the puerperium [1,12,21,28,62]. The results are superior to those of other studies in the postpartum period [20,63,64]. The differences could be due to the fact that the questionnaires used were screening tools, so they can overestimate the presence of the disorders [65], the cut-off point used in the questionnaires [65] or even the moment at which the prevalence is measured (the figures decrease as the postpartum) [66].

In this study, the authors found that less perceived social support, greater perceived burden, less self-efficacy in care and a lesser sense of coherence are accompanied by increased depressive symptoms and anxiety in women in the puerperium (i.e., at 6 weeks after delivery), regardless of the presence of other stressful life events unrelated to the care of the newborn.

Our results are consistent with those of other studies that have analysed the relationship between anxiety, depression and social support in postpartum women [41,67–70], self-efficacy in care [42,71,72] and sense of coherence [40,73,74]. The authors have not found studies that relate anxiety and depression to perceived burden, although there are studies that relate the above problems to perceived stress in

relation to newborn care [43,75,76], where they show a directly proportional relationship. Perceived burden can be considered as the assessment of the care situation as stressful [77].

The findings of this study improve the available evidence on the possible risk factor role of perceived burden on anxiety and depression in the puerperium and the possible protective effect of perceived social support, self-efficacy in care and the sense of coherence. This is because in this study the effect of these factors was analysed together, controlling for possible confounding factors and with a sufficient sample size and extracted by probabilistic sampling, with a very low percentage of refusal to participate in the study. In addition, this study highlights the important contribution of the above factors in explaining the variance of depressive symptoms and anxiety.

According to Lazarus and Folkman [78], the proliferation of stress towards its negative emotional consequences, among which are anxiety and depression, occurs when assessing potentially stressful situations as a threat to which the person cannot respond. The data support the hypothesis that those women who perceive as adequate or satisfactory the support they receive from family and friends in the care of the newborn, perceive their capacities regarding such care as adequate, and have a greater sense of coherence, so they see the care situation as understandable (i.e., internal and external stimuli are perceived as ordered, structured and rationally understandable), manageable (i.e., they believe they have the necessary resources to cope with it) and significant (i.e., they feel it is worth dedicating efforts to it), valuing the care situation as less stressful, in line with the theoretical approaches of Cohen et al. [79] for social support, Bandura [80] for self-efficacy and Antonovsky [36] for the sense of coherence. On the other hand, our results support the hypothesis that those women who perceive a higher level of perceived burden in the realisation of care related to the newborn, could feel overcome by the care situation, trapped by it and excluded from their social relationships and that this perception can make them perceive the care situation as more stressful [77].

The findings of this study allow us to propose a risk profile of anxiety and depression in the puerperium that would be characterised by low perceived social support, high perceived burden, low self-efficacy in care and low sense of coherence. This risk profile could be useful for screening and early detection of women at high risk of anxiety and depression. On the other hand, the results justify assessing the feasibility of interventions aimed at improving the perception of competence in care [81], to work on the sensation of feeling connected as a way to improve the perception of social support received [82], to promote the sense of coherence [39] and to alleviate the feeling of burden in care by fostering a positive perception of the newborn rearing [83].

5. Limitations

The study has some limitations that should be noted. Firstly, it is a cross-sectional, descriptive study of correlation, so it can only describe the associations between the study factors, and the causality between them cannot be deduced. In addition, because of the foregoing and with regard to the determination of prevalence, we lack information on whether the prevalence found vary when approaching or moving away at the time of delivery. Secondly, the questionnaires used are screening tools, so they can overestimate the prevalence of anxiety and depression. This is the reason why, in this study, the authors talk about depressive symptoms and anxiety and not depression and anxiety, respectively.

6. Conclusions

Despite the above limitations, we can reach the following conclusions: (1) depressive and anxiety symptoms in the puerperium period may be more prevalent than in other periods of a woman's life; (2) perceived social support, self-efficacy in caring for the newborn and sense of coherence can be protective factors for depressive symptoms and anxiety in the puerperium; (3) perceived burden in caring for the newborn may be a risk factor for the mentioned symptoms.

At the level of clinical practice, screening for the above factors may be justified for early prevention of depressive and anxiety disorders in the postpartum period.

Author Contributions: Conceptualization, D.F.-A.; A.F.-O., and R.d.-P.-C.; methodology, D.F.-A.; A.F.-O., and R.d.-P.-C.; formal analysis, D.F.-A., and R.d.-P.-C.; investigation, D.F.-A., and A.F.-O.; resources, D.F.-A.; data curation, D.F.-A.; A.F.-O., and R.d.-P.-C.; writing—original draft preparation, D.F.-A.; writing—review and editing, D.F.-A.; A.F.-O., and R.d.-P.-C.; visualization, D.F.-A.; supervision, R.d.-P.-C. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Leahy-Warren, P.; McCarthy, G.; Corcoran, P. Postnatal depression in first-time mothers: Prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2011**, *25*, 174–184. [CrossRef] [PubMed]
2. Mercer, R.T. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J. Nurs. Scholarsh.* **2004**, *36*, 226–232. [CrossRef] [PubMed]
3. Hill, P.D.; Aldag, J.C. Maternal perceived quality of life following childbirth. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* **2007**, *36*, 328–334. [CrossRef]
4. Rallis, S.; Skouteris, H.; Wertheim, E.H.; Paxton, S.J. Predictors of body image during the first year postpartum: A prospective study. *Women Health* **2007**, *45*, 87–104. [CrossRef] [PubMed]
5. Britton, J.R. Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depress. Anxiety* **2008**, *25*, 793–800. [CrossRef] [PubMed]
6. World Health Organization. Depression. Available online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> (accessed on 16 February 2020).
7. Kessler, R.C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas, K.R.; Walters, E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* **2005**, *62*, 593–602. [CrossRef]
8. Association, A.P. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*; APA: Washington, DC, USA, 2013.
9. O'Hara, M.W.; Wisner, K.L. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* **2014**, *28*, 3–12. [CrossRef]
10. Cohen, L.S.; Wang, B.; Nonacs, R.; Viguera, A.C.; Lemon, E.L.; Freeman, M.P. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr. Clin. N. Am.* **2010**, *33*, 273–293. [CrossRef]
11. Fiala, A.; Švancara, J.; Klánová, J.; Kašpárek, T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* **2017**, *17*, 104. [CrossRef]
12. Gaynes, B.N.; Gavin, N.; Meltzer-Brody, S.; Lohr, K.N.; Swinson, T.; Gartlehner, G.; Brody, S.; Miller, W.C. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid. Rep./Technol. Assess.* **2005**, *119*, 1–8. [CrossRef]
13. Escribà-Agüir, V.; Artazcoz, L. Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *J. Epidemiol. Community Health* **2011**, *65*, 320–326. [CrossRef]
14. Garcia-Esteve, L.; Ascaso, C.; Ojuel, J.; Navarro, P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J. Affect. Disord.* **2003**, *75*, 71–76. [CrossRef]
15. McMahon, C.A.; Barnett, B.; Kowalenko, N.M.; Tennant, C.C. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *J. Child. Psychol. Psychiatry Allied Discip.* **2006**, *47*, 660–669. [CrossRef]
16. Giallo, R.; Cooklin, A.; Nicholson, J.M. Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across the early parenting period: An Australian population-based longitudinal study. *Arch. Women's Ment. Health* **2014**, *17*, 115–125. [CrossRef] [PubMed]
17. Grace, S.L.; Evindar, A.; Stewart, D.E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Arch. Women's Ment. Health* **2003**, *6*, 263–274. [CrossRef] [PubMed]
18. Norhayati, M.N.; Hazlina, N.H.; Asrenee, A.R.; Emilin, W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J. Affect. Disord.* **2015**, *175*, 34–52. [CrossRef] [PubMed]

19. Bener, A.; Gerber, L.M.; Sheikh, J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: A major public health problem and global comparison. *Int. J. Women's Health* **2012**, *4*, 191–200. [\[CrossRef\]](#)
20. Falah-Hassani, K.; Shiri, R.; Dennis, C.L. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J. Affect. Disord.* **2016**, *198*, 142–147. [\[CrossRef\]](#)
21. Dennis, C.L.; Falah-Hassani, K.; Shiri, R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* **2017**, *210*, 315–323. [\[CrossRef\]](#)
22. Clout, D.; Brown, R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *J. Affect. Disord.* **2015**, *188*, 60–67. [\[CrossRef\]](#)
23. Porter, C.L.; Hsu, H.C. First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *J. Fam. Psychol.* **2003**, *17*, 54–64. [\[CrossRef\]](#)
24. Fahey, J.O.; Shenassa, E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J. Midwifery Women's Health* **2013**, *58*, 613–621. [\[CrossRef\]](#)
25. Cheng, C.Y.; Walker, L.O.; Chu, T.P. Physical conditions and depressive symptoms of Chinese postpartum mothers in the United States and Taiwan. *Health Care Women Int.* **2013**, *34*, 539–555. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
26. Robertson, E.; Grace, S.; Wallington, T.; Stewart, D.E. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen. Hosp. Psychiatry* **2004**, *26*, 289–295. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
27. Salm Ward, T.; Kanu, F.A.; Robb, S.W. Prevalence of stressful life events during pregnancy and its association with postpartum depressive symptoms. *Arch. Women's Ment. Health* **2017**, *20*, 161–171. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
28. Hahn-Holbrook, J.; Haselton, M.G.; Dunkel Schetter, C.; Glynn, L.M. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? *Arch. Women's Ment. Health* **2013**, *16*, 411–422. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
29. Sword, W.; Landy, C.K.; Thabane, L.; Watt, S.; Krueger, P.; Farine, D.; Foster, G. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: A prospective cohort study. *BJOG* **2011**, *118*, 966–977. [\[CrossRef\]](#)
30. Reck, C.; Van Den Bergh, B.; Tietz, A.; Müller, M.; Ropeter, A.; Zipser, B.; Pauen, S. Maternal avoidance, anxiety cognitions and interactive behaviour predicts infant development at 12 months in the context of anxiety disorders in the postpartum period. *Infant Behav. Dev.* **2018**, *50*, 116–131. [\[CrossRef\]](#)
31. Feldman, R.; Granat, A.; Pariente, C.; Kanety, H.; Kuint, J.; Gilboa-Schechtman, E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* **2009**, *48*, 919–927. [\[CrossRef\]](#)
32. Warfa, N.; Harper, M.; Nicolais, G.; Bhui, K. Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: A systematic review. *BMC Psychol.* **2014**, *2*, 56. [\[CrossRef\]](#)
33. Broadhead, W.E.; Gehlbach, S.H.; de Gruy, F.V.; Kaplan, B.H. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med. Care* **1988**, *26*, 709–723. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
34. Smilkenstein, G. The family APGAR: A proposal multidimensional health locus control (MHCL) scales. *Health Educ. Monograph.* **1978**, *6*, 160–170.
35. Lawton, M.P.; Moss, M.; Hoffman, C.; Perkinson, M. Two transitions in daughters' caregiving careers. *Gerontologist* **2000**, *40*, 437–448. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
36. Antonovsky, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.* **1993**, *36*, 725–733. [\[CrossRef\]](#)
37. Crespo, M.; Martínez, J.L. *El Estrés en Cuidadores de Mayores Dependientes: Cuidarse Para Cuidar*; Psicología Pirámide: Madrid, Spain, 2007.
38. Del-Pino-Casado, R.; Rodríguez Cardosa, M.; López-Martínez, C.; Orgeta, V. The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* **2019**, *14*, e0217648. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
39. Del-Pino-Casado, R.; Espinosa, A.; López, C.; Orgeta, V. Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* **2019**, *242*, 14–21. [\[CrossRef\]](#)
40. Ferguson, S.; Browne, J.; Taylor, J.; Davis, D. Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery* **2016**, *34*, 158–165. [\[CrossRef\]](#)
41. Reid, K.M.; Taylor, M.G. Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Soc. Sci. Res.* **2015**, *54*, 246–262. [\[CrossRef\]](#)

42. Wernand, J.J.; Kunseler, F.C.; Oosterman, M.; Beekman, A.T.; Schuengel, C. Prenatal changes in parenting self-efficacy: Linkages with anxiety and depressive symptoms in primiparous women. *Infant Ment. Health J.* **2014**, *35*, 42–50. [\[CrossRef\]](#)
43. Leung, S.S.; Martinson, I.M.; Arthur, D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Res. Nurs. Health* **2005**, *28*, 27–38. [\[CrossRef\]](#)
44. Gan, Y.; Xiong, R.; Song, J.; Xiong, X.; Yu, F.; Gao, W.; Hu, H.; Zhang, J.; Tian, Y.; Gu, X.; et al. The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: A prospective study. *BMC Psychiatry* **2019**, *19*, 232. [\[CrossRef\]](#)
45. Abadiga, M. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. *PLoS ONE* **2019**, *14*, e0224792. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
46. Alzahrani, A.D. Risk Factors for Postnatal Depression among Primipara Mothers. *Span. J. Psychol.* **2019**, *22*, E35. [\[CrossRef\]](#)
47. Mohammad, K.I.; Gamble, J.; Creedy, D.K. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery* **2011**, *27*, e238–e245. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
48. Hassert, S.; Sharon, S.R.; Payakkakom, A.; Kodyšová, E. Postpartum Depressive Symptoms: Risks for Czech and Thai Mothers. *J. Perinat. Educ.* **2018**, *27*, 38–49. [\[CrossRef\]](#)
49. Machin, D.; Campbell, M.J.; Fayers, P.M.; Pinol, A.P. *Sample Size Tables For Clinical Studies*, 2nd ed.; Blackwell Science Ltd.: Oxford, UK, 1997; pp. 153–157.
50. Bellón Saameño, J.; Delgado Sánchez, A.; Luna del Castillo, J.; Lardelli Claret, P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten. Primaria* **1996**, *18*, 153–163. [\[PubMed\]](#)
51. Bellón Saameño, J.; Delgado Sánchez, A.; Luna del Castillo, J.; Lardelli Claret, P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten. Primaria* **1996**, *18*, 289–296. [\[PubMed\]](#)
52. Virués-Ortega, J.; Martínez-Martín, P.; Del Barrio, J.L.; Lozano, L.M. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med. Clin.* **2007**, *128*, 486–492. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
53. Robinson, B.C. Validation of a Caregiver Strain Index. *J. Gerontol.* **1983**, *38*, 344–348. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
54. Alonso, S.L.; Serrano, M.M. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm. Comun.* **2005**, *1*, 12–17.
55. Cox, J.L.; Holden, J.M.; Sagovsky, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* **1987**, *150*, 782–786. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
56. Ministry of Health, Social Services and Equality. *Clinical Practice Guide for Pregnancy and Puerperium Care*; Ministry of Health, Social Services and Equality: Madrid, Spain, 2014.
57. Spielberger, R.L.; Lushene, R. *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*; TEA Ediciones: Madrid, Spain, 1982.
58. Guillén-Riquelme, A.; Buela-Casal, G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema* **2011**, *23*, 510–515. [\[PubMed\]](#)
59. Holmes, T.H.; Rahe, R.H. The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.* **1967**, *11*, 213–218. [\[CrossRef\]](#)
60. De Rivera, G.; Revuelta, J.; Morera Fumero, A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* **1983**, *4*, 7–11.
61. Box, G.E.; Cox, D.R. An analysis of transformations. *J. R. Stat. Soc. Ser. B (Methodol.)* **1964**, *26*, 211–243. [\[CrossRef\]](#)
62. Ghaedrahmati, M.; Kazemi, A.; Kheirabadi, G.; Bahrani, M.; Ebrahimi, A. Examining the relationship between mothers' prenatal mental health and demographic factors with postpartum depression. *J. Educ. Health Promot.* **2018**, *7*, 146. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
63. Razurel, C.; Kaiser, B.; Antonietti, J.P.; Epiney, M.; Sellenet, C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health* **2017**, *57*, 154–172. [\[CrossRef\]](#)
64. Underwood, L.; Waldie, K.; D'Souza, S.; Peterson, E.R.; Morton, S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch. Women's Ment. Health* **2016**, *19*, 711–720. [\[CrossRef\]](#)

65. Thombs, B.D.; Kwakkenbos, L.; Levis, A.W.; Benedetti, A. Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *CMAJ* **2018**, *190*, E44–E49. [\[CrossRef\]](#)
66. Petrozzi, A.; Gagliardi, L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *J. Perinat. Med.* **2013**, *41*, 343–348. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
67. Zheng, X.; Morrell, J.; Watts, K. Changes in maternal self-efficacy, postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study. *Midwifery* **2018**, *62*, 151–160. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
68. Aktan, N.M. Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clin. Nurs. Res.* **2012**, *21*, 183–194. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
69. Eastwood, J.G.; Jalaludin, B.B.; Kemp, L.A.; Phung, H.N.; Barnett, B.E. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: Findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2012**, *12*, 148. [\[CrossRef\]](#)
70. Navarrete, L.E.; Lara-Cantú, M.A.; Navarro, C.; Gómez, M.E.; Morales, F. Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression. *Rev. Investig. Clin.* **2012**, *64*, 625–633.
71. Abdollahi, F.; Agajani-Delavar, M.; Zarghami, M.; Lye, M.S. Postpartum Mental Health in First-Time Mothers: A Cohort Study. *Iran. J. Psychiatry Behav. Sci.* **2016**, *10*, e426. [\[CrossRef\]](#)
72. Leahy-Warren, P.; McCarthy, G. Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery* **2011**, *27*, 802–810. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
73. Sjöström, H.; Langius-Eklöf, A.; Hjertberg, R. Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **2004**, *83*, 1112–1118. [\[CrossRef\]](#)
74. Weidner, K.; Bittner, A.; Pirling, S.; Galle, M.; Junge-Hoffmeister, J.; Einsle, F.; Stöbel-Richter, Y. Protective factors for postpartum depression. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* **2013**, *59*, 391–407.
75. Dennis, C.L.; Falah-Hassani, K.; Brown, H.K.; Vigod, S.N. Identifying women at risk for postpartum anxiety: A prospective population-based study. *Acta Psychiatr. Scand.* **2016**, *134*, 485–493. [\[CrossRef\]](#)
76. Nurbaeti, I.; Deoisres, W.; Hengudomsub, P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sex. Reprod. Healthc.* **2019**, *20*, 72–76. [\[CrossRef\]](#)
77. Del-Pino-Casado, R.; Palomino-Moral, P.A.; Pastor-Bravo, M.D.M. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: A path analysis. *BMC Geriatr.* **2017**, *17*, 274. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
78. Folkman, S.; Lazarus, R.S. *Stress, Appraisal, and Coping*; Springer Publishing Company: New York, NY, USA, 1984.
79. Cohen, S.; Gottlieb, B.H.; Underwood, L.G. Social relationships and health. In *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*; Cohen, S., Gottlieb, B.H., Underwood, L.G., Eds.; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2000; pp. 3–25.
80. Bandura, A. *Social Foundations of Thought and an Action: A Social Cognitive Approach*; Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ, USA, 1986.
81. Tang, W.K.; Chan, C.Y. Effects of psychosocial interventions on self-efficacy of dementia caregivers: A literature review. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **2016**, *31*, 475–493. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
82. Elvish, R.; Lever, S.-J.; Johnstone, J.; Cawley, R.; Keady, J. Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Couns. Psychother. Res.* **2013**, *13*, 106–125. [\[CrossRef\]](#)
83. Taheri, M.; Takian, A.; Taghizadeh, Z.; Jafari, N.; Sarafranz, N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod. Health* **2018**, *15*, 73. [\[CrossRef\]](#)



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

4. Artículo 2

Feligreras-Alcalá D, Cazalilla-López MdP, del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A. Validity and Reliability of the Caregiver Strain Index Scale in Women during the Puerperium in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18: 3602. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073602>



Article

Validity and Reliability of the Caregiver Strain Index Scale in Women during the Puerperium in Spain

David Feligreras-Alcalá, María del Pilar Cazalilla-López , Rafael del-Pino-Casado * and Antonio Frías-Osuna

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Jaén, 23071 Jaén, Spain; dfa00001@red.ujaen.es (D.F.-A.); mpcl0008@red.ujaen.es (M.d.P.C.-L.); afrias@ujaen.es (A.F.-O.)

* Correspondence: rdelpino@ujaen.es; Tel.: +34-953-212021



Citation: Feligreras-Alcalá, D.; Cazalilla-López, M.d.P.; del-Pino-Casado, R.; Frías-Osuna, A. Validity and Reliability of the Caregiver Strain Index Scale in Women during the Puerperium in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 3602. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073602>

Academic Editor: M.Carmen Míguez Varela

Received: 4 February 2021

Accepted: 27 March 2021

Published: 30 March 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Background: The objective of this study is to determine the validity and reliability of the Caregiver Strain Index (CSI) for women during the postpartum period. Methods: This is a validation study of a measurement instrument. This study includes 212 women over the age of 19 who gave birth from March to September 2019 in Maternal and Child Hospital of Jaén (Spain). The items of the CSI were adapted for newborn care. Content validity was measured by five experts, calculating the index of agreement (Aiken's V). Criterion validity was assessed by correlations with scores of other tools that measure constructs related to burden (Edinburgh Postpartum Depression Scale, State-Trait Anxiety Questionnaire, SOC-13 and Duke-UNC-11). Construct validity was determined by the known-groups method. Internal consistency was measured using Cronbach's Alpha, and stability was analysed using the intraclass correlation coefficient (ICC). Results: Regarding content validity, an Aiken's V of 1.00 ($p = 0.032$) was obtained. Regarding criterion validity, the correlation analyses showed statistically significant coefficients between the scores of the questionnaire and those of the sense of coherence ($r = -0.447, p < 0.001$), depressive symptoms ($r = 0.429, p < 0.001$), social support ($\rho = -0.379, p < 0.001$) and anxiety symptoms ($r = 0.532, p < 0.001$). The known-groups method showed statistically significant differences in the mean of subjective burden between the groups (depressive symptoms, anxiety symptoms, sense of coherence and social support). The total scale obtained a Cronbach's alpha value of 0.710. The ICC was 0.979. Conclusions: The adapted CSI is a valid and reliable screening tool for the subjective burden in women during the puerperium. The adapted CSI can play an important role as a guide to detect the subjective burden in women during the puerperium.

Keywords: subjective burden; caregiver strain index; puerperium; postpartum depression; validity; reliability

1. Introduction

The process of pregnancy, childbirth and puerperium constitutes an important event in a woman's life, where she faces significant changes in her cognitive, behavioural and social spheres [1]. Sometimes, this process can be perceived as stressful [2,3], which can lead to an increase in the subjective burden on newborn care [4,5]. The subjective burden has been defined based on the model of the General Theory of Stress. In this model, the caregiver must face certain stressors, and the caregiver's response will be conditioned by psychological processes that include emotional impact, the perception of social support and coping strategies [6]. On the other hand, according to the Lazarus and Folkman Stress Transactional Model, the consequences of stress are measured according to the way in which caregivers perceive, evaluate and manage the care process [7].

Thus, subjective burden is considered a state characterised by stress, fatigue and difficulties in adapting to the role of caregiver, caused by a negative evaluation of the caregiver's situation that threatens their physical, psychological and emotional health [8]. The term subjective burden refers to the assessment by the caregiver that the care situation

surpasses the skills that the caregiver possesses to deal with the situation adequately [9]. In this sense, it can also refer to the perception that women have of feeling bewildered, burdened, trapped, resentful and excluded [9]. The objective burden is considered to reflect the daily and practical aspects of the provision of care that capture quantitative dimensions of the caregiver function, such as the level of care needs and the hours of care provision [10].

The presence of caregiver burden can be associated with the appearance of disorders such as depressive symptoms [11] and anxiety [12]. In this context, we could consider the puerperium as a stage in which the subjective burden is significant. Some authors affirm that women with high levels of care burden could have a greater tendency to develop health problems during the puerperium. The investigation of factors associated with the presence of negative consequences related to the subjective burden during the postpartum period, takes on special importance in the early detection and prevention of these factors, such as anxiety [13] or depressive symptoms [14].

Several studies have been carried out to explore the possible association of subjective burden and depressive symptoms in caregivers of the elderly [15–17]. In relation to the presence of postpartum depression (PPD), there are studies that suggest that a higher level of subjective burden regarding newborn care could be associated with a higher level of stress and an increase in depressive symptoms [18,19]. Similarly, Leung et al. [14] show the importance of stress with newborn care as an important predictor of the appearance of PPD. Postpartum depression has a prevalence of 12–13% at 6 weeks of postpartum in industrialised countries [20,21]; in Spain, the studies carried out place it between 10% and 23% [22–25].

In this sense, it would be especially useful to have a measurement instrument adapted to women in the puerperium, which allows a more specific assessment of the construct of the subjective burden of care in this population. The Caregiver Strain Index (CSI) is an instrument designed to measure the subjective burden of caregivers of dependent family members. It is a simple scale, which requires little time to complete, and offers the possibility of an empathic approach towards the caregiver [26]. Robinson validated this instrument in 1983 in the United States (U.S.) in caregivers of patients, after hospital discharge, with atherosclerotic heart disease or with implantation of a hip prosthesis [27].

The CSI scale has been widely used and adapted to diverse populations, cultural contexts and languages [28–30]. In the Spanish population, this scale has been validated with caregivers of patients with chronic, oncological and acute pathologies that required home care [31] and in caregivers of patients diagnosed with dementia [26], with an acceptable internal consistency (Cronbach's alpha of 0.80). This scale is made up of 13 items with a dichotomous response (yes/no) in the context of a semistructured interview whose score ranges from 0 to 13 points [31]. However, no validation study has been found to prove its use in women during the puerperium.

Thus, the adaptation of this CSI scale would have enormous clinical applicability. On the one hand, it would allow the detection of subjective burden in these types of caregivers and early identification of women with high levels of subjective burden in care and therefore with a tendency towards postpartum depression or anxiety, among other associated complications. On the other hand, it would allow improving the treatment of these health problems with a more specific and individualised approach. Thus, this scale would become a useful tool for detecting the subjective burden in care in puerperal women. The aim of this study is to determine the validity and reliability of the CSI in women during the puerperium.

2. Materials and Methods

2.1. Questionnaire Adaptation

To carry out this work, the items of the CSI scale (Spanish version validated by López Alonso et al. [31]) were adapted for newborn care, after consensus of a working group formed by the authors of the present study.

2.2. Content Validation by Experts

Content validity was measured by five experts from the Department of Nursing of the University of Jaén, with extensive academic experience in the study area and other complementary areas. The index of agreement that should exist to determine this validity was established using the Validity Coefficient V of Aiken [32,33].

2.3. Pilot Test

A pilot test was conducted to determine the comprehension and applicability of the scale through semistructured interviews with 40 women during the puerperium, during which they were asked if they adequately understood the items of the scale. Subsequently, an analysis and interpretation of the responses obtained was carried out, identifying possible aspects that were not well understood.

2.4. Clinical Validation

Clinical validation was carried out through a descriptive cross-sectional study in women during the puerperium in the province of Jaén, Spain, using the data collected by Feligreras et al. [34]. Two-hundred-and-twelve women who gave birth at the Maternal-Infant Hospital of Jaén were recruited by random sampling between March and September 2019.

The sample size analysed allows us to affirm, for a 13-item scale, that the calculated Cronbach's alpha is significantly higher than the value of 0.7, with a statistical power of 80% and a significance level of 5%, taking the value of the null hypothesis at 0.6 (calculations performed with PASS 11). The aforementioned sample size also allows us to detect differences of at least 1.1 points out of 13 (8.5%) with a power of 80% and a significance level of 5%, taking as a reference a standard deviation of 2.76 (calculations made with EpiDat 4.2).

The exclusion criteria were age equal to or less than 19 years, previous and/or current personal history of psychiatric pathology, serious illness or death of the newborn, not understanding the Spanish language, not accepting participation in the study or not signing the informed consent.

For the characterisation of the sample, the following variables were collected: age, marital status, educational level, employment situation, family income, pregnancy search, number of pregnancies, type of delivery, sex of the newborn and family history of psychiatric pathology.

2.4.1. Criterion Validity

Criterion validity was assessed by correlations with the scores of other instruments that measure constructs related to subjective burden. These measurement instruments were the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for the depression construct [35], the state-trait anxiety scale STAI for the anxiety construct [36], the Antonovsky SOC scale for the construct of sense of coherence [37] and the Duke-UNC-11 scale for the construct of social support [38].

Depressive symptoms were measured using the EPDS [35]. This scale is used to detect depressive states in the postpartum period. It is a self-administered scale of 10 items, with four possible response alternatives, scored from 0 to 3, depending on the severity of symptoms. Scores range from 0 to 30 points (proportional to the level of depressive symptoms). A cut-off point, equal to or greater than 10 points, is considered adequate to detect depressive symptoms in this period, with a sensitivity of 79%, a specificity of 95% and a positive predictive value of 63% [25]. Its use is recommended in the first 6 weeks of postpartum to ensure correct screening for depressive symptoms in puerperium, according to the Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social of Spain [39]. It is validated and widely applied in Spain [25].

Anxiety was measured by STAI state-trait's anxiety questionnaire [36], a self-administered instrument that measures two independent concepts of anxiety: On the one hand, anxiety as a state is referred to as a transient emotional condition; on the other hand, anxiety as a trait

is described as a relatively stable anxious propensity. In the development of this research, anxiety status has been evaluated as a specific measure of anxiety during this study period. This subscale consists of 20 items, with 4-point, Likert responses (proportional to intensity of anxiety). Total subscale scores range from 0 to 60 points, with the 75th percentile recommended as a cut-off point in adult women [36]. This questionnaire is validated in the Spanish population, presenting a Cronbach's alpha coefficient of 0.94 [40].

The sense of coherence was collected using the SOC-13 Sense of Coherence scale [37]. This scale assesses three dimensions of sense of coherence: compressibility, manageability and significance, which are closely related. It consists of 13 items that are answered on a Likert scale with seven scores, ranging from 1 (always) to 7 (never), where a higher score indicates a greater sense of coherence. This scale is validated in the Spanish population, presenting a Cronbach's alpha of 0.80 [41].

Perceived social support was measured by the Duke-UNC-11 questionnaire [38], a self-administered instrument that measures social support both in its affective dimension (i.e., referring to expressions of love, appreciation, sympathy or belonging) and its confidential dimension (i.e., that through which people can receive information, advice or guidance). It consists of 11 items along with a 5-point, Likert response scale, ranging from 1 (Much less than I want) to 5 (As much as I want). Scoring for the total questionnaire ranges from 11 to 55 points (directly proportional to the level of perceived social support). This questionnaire has been validated in the Spanish population with adequate psychometric properties (e.g., Cronbach's alpha coefficient of 0.93) [42].

These measurement instruments were chosen because there is sufficient scientific evidence that relates the subjective burden with a higher incidence of depression in postpartum women [19], with higher levels of anxiety in caregivers of patients at the hospital level [43], with a lower sense of coherence in caregivers of dependent elderly relatives [11] and with less social support in caregivers of adults with schizophrenia [44].

We used the Pearson bivariate correlations between the scores of the adapted CSI and the scores of the questionnaires of the variables that fulfilled the assumptions of normality (depressive symptoms, anxiety and sense of coherence), and bivariate Spearman correlations in social support; this was a similar analysis to that carried out in the validation of the CSI in our country [31].

2.4.2. Construct Validity

To evaluate the construct validity, the known-groups method was performed. Difference of means tests were carried out using the Student's t-test and the magnitude of the effect was measured using Cohen's d. The hypotheses tested were, according to the scientific literature on subjective burden, (1) the greater the presence of depressive symptoms, the higher the subjective burden level in women in the puerperium [19]; (2) the greater the presence of anxiety symptoms, the higher the level of subjective burden in women in the puerperium [43]; (3) the lower the sense of coherence, the higher the level of subjective burden [11]; and (4) the less social support, the higher the level of subjective burden in women in the puerperium [44]. The cut-off points proposed by each author in the scales used for depressive symptoms, anxiety symptoms and social support were used, whereas we used the median in the case of the sense of coherence.

2.4.3. Reliability

Internal Consistency

To determine internal consistency, Cronbach's alpha was analysed. For the assessment of this coefficient, the recommendations of George and Mallery [45] were used, who show that an acceptable internal consistency has values greater than 0.70.

Stability (Test–Retest)

Stability was measured with the intraclass correlation coefficient (ICC). To do this, the scale was administered again after one week to a sample of 20 women. Following the Fleiss recommendations [46], values above 0.75 represent excellent reliability.

To carry out the analyses, the level of statistical significance was set at 0.05. The relationships between the proposed variables were examined with the help of the SPSS v. 22.0 (IBM International Business Machines Corporation, Armonk, NY, USA) program.

3. Results

3.1. Definitive Questionnaire and Pilot Test

In adapting the questionnaire, the examples that the authors provided in the original version for chronic, oncological and acute patients requiring home care were replaced with examples related to newborn care. In addition, item number 10 has been adapted to a newborn care situation. The final questionnaire (the CSI adapted to newborn care) is showed in Appendix A, and its translation into English is presented in Appendix B.

Regarding content validity, the five experts obtained a Validity Coefficient V of Aiken of 1.00 ($p = 0.032$) for the total of the items of the questionnaire [32,33]. Therefore, according to the recommendations of Aiken, we can show the maximum agreement among the experts, avoiding random coincidences. There were no changes derived from the performance of the content validity analysis in the questionnaire.

After conducting the pilot test, an adequate understanding of the item statements was verified.

3.2. Clinical Validation

Descriptive data of the sample are shown in Table 1. The mean age of the participating women was 32 years, with a minimum age of 19 and a maximum age of 47 years. Most of the women were married (78.3%) with an active employment situation, self-employed or employed (69.4%). Forty-seven percent of the participants had university studies, and 90.1% of the women reported that the pregnancy had been wanted.

Table 1. Description of the studied sample.

Variables		n (%)	M (SD)	CI 95%
Age			32.670 (4.58)	32.06–33.26
Marital Status	Single	8 (3.8)		1.40–6.60
	Married	166 (78.3)		72.60–83.50
	With couple	35 (16.5)		11.80–21.70
	Separated or divorced	3 (1.4)		0.00–3.30
Education level	Primary	18 (8.5)		4.70–12.30
	Secondary	21 (9.9)		6.10–14.20
	High School	12 (5.7)		2.40–9.00
	FP Middle degree	36 (17.0)		12.30–22.20
	FP Higher degree	24 (11.3)		7.10–15.60
Employment situation	University	101 (47.6)		41.00–54.20
	Student	3 (1.40)		0.00–3.30
	Active or own account	39 (18.4)		13.70–23.60
	Asset	108 (50.9)		43.90–57.10
	Unemployed	47 (22.2)		16.50–27.80
Family income	Domestic work	15 (7.1)		4.20–10.80
	<from 500€	1 (0.5)		0.00–1.40
	From 500 to <1000€	27 (12.7)		8.50–17.00
	From 1000 to <1500€	60 (28.3)		22.60–34.40
	From 1500 to <2000€	54 (25.5)		19.80–31.60
	From 2000 to <2500€	29 (13.7)		9.00–17.90
	From 2500 to <3000€	28 (13.2)		9.00–17.90
	From 3000 to <5000€	10 (4.7)		1.90–8.00
	>from 5000€	3 (1.4)		0.0–3.30

Table 1. Cont.

Variables		n (%)	M (SD)	CI 95%
Pregnancy wanted	Yes	191 (90.1)	1.835 (0.986)	85.80–93.90
	No	21 (9.9)		6.10–14.20
No. of pregnancies				1.71–1.97
Type of delivery	Eutocic	141 (66.5)		60.80–73.10
	Instrumental	32 (15.1)		10.40–20.30
	Caesarean section	39 (18.4)		13.20–23.60
Sex of newborn	Male	112 (52.8)		46.20–59.90
	Female	100 (47.2)		40.10–53.80
Family history of psychiatric pathology	Yes	13 (6.1)		3.30–9.40
	No	199 (93.6)		90.60–96.70

Source: self-made.

The minimum CSI score obtained was 0 and the maximum score was 13, the mean score being 5.23 (SD: 2.76). The correlations between the different items and the overall result were higher than 0.2 in all cases [47], and the ICC for the agreement between items was 0.71 [48].

3.3. Criterion Validity

The correlation analyses showed statistically significant coefficients between the scores of the adapted CSI questionnaire and those of sense of coherence ($r = -0.447$, $p < 0.001$), depressive symptoms ($r = 0.429$, $p < 0.001$), social support ($\rho = -0.379$, $p < 0.001$) and anxiety symptoms ($r = 0.532$, $p < 0.001$).

3.4. Construct Validity

We proceeded to perform the known-groups method. There were statistically significant differences in the mean of subjective burden between the groups analysed: (1) presence or not of depressive symptoms (6.68 vs. 4.69; $d: 0.77$; 95% CI: 0.45, 1.08), (2) presence or absence of anxiety symptoms (7.08 vs. 4.51; $d: 1.02$; 95% CI: 0.71, 1.34), (3) presence or not of sense of coherence (4.28 vs. 6.21; $d: -0.76$; 95% CI: -1.04 , -0.48) and (4) presence or not of social support (4.88 vs. 7.00; $d: -0.81$; 95% CI: -1.18 , -0.43) (Table 2).

Table 2. Differences in means of subjective burden in the subgroups of women with and without depressive symptoms, anxiety, sense of coherence and social support.

Variable	Mean (SD)	Significance	Cohen's d	95% CI
Depressive symptoms	Yes: 6.68 (2.72)	$p < 0.0001$	0.77	(0.45, 1.08)
	No: 4.69 (2.58)			
Anxiety	Yes: 7.08 (2.62)	$p < 0.0001$	1.02	(0.71, 1.34)
	No: 4.51 (2.47)			
Sense of coherence	Yes: 4.28 (2.56)	$p < 0.0001$	-0.76	$(-1.04, -0.48)$
	No: 6.21 (2.62)			
Social support	Yes: 4.88 (2.67)	$p < 0.0001$	-0.81	$(-1.18, -0.43)$
	No: 7.00 (2.52)			

Source: self-made.

3.5. Reliability

In relation to internal consistency, Cronbach's alpha was determined for the total scale, obtaining a value of 0.710 (acceptable internal consistency). Regarding the stability of the test, the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was measured, reaching a value of 0.979 (95% CI = 0.949–0.992) (excellent stability).

4. Discussion

In this study, we presented the adaptation and validation of the CSI in order to measure the subjective burden in women during the puerperium. The CSI adapted to newborn

care was quick and easy to administer in the population studied. The study participants adequately understood each of the items both in the pilot test and in the final application of this measurement instrument. The adapted scale obtains adequate psychometric properties at the level of criterion validity and construct validity, internal consistency and stability, which shows an adequate validity and reliability of the measurement instrument.

Criterion validity was assessed using bivariate correlations with scores from other instruments that measured constructs related to subjective burden. López-Alonso et al. [29] in the CSI validation in the Spanish population carried out a similar analysis, correlating the subjective burden with other similar areas included in the original validation of the scale.

Regarding the construct validity, we confirmed all the hypotheses tested in the known-groups method, which reinforces the construct validity of the instrument in measuring subjective burden in women during the puerperium.

Regarding internal consistency, we can find some coincidences of our study with other studies on CSI in other types of caregiver populations. Thus, Ugur et al. [49] carried out an adaptation of this scale in the Turkish population, finding a Cronbach's alpha value of 0.77. Ramasamy et al. [50] in Malaysia obtained an internal consistency of 0.75. The Chinese version [51] showed high reliability with a Cronbach's alpha of 0.91, the same result as that obtained in the Portuguese population [52]. In our study, we obtained an internal consistency of 0.710. Therefore, our results in this regard are similar to those available in the literature.

Regarding the measurement of stability, the adapted CSI was administered again one week after the first measurement in the puerperium; the time elapsed between both applications should not be too long (variation of the phenomenon studied) nor too short (learning effect) [53]. The ICC for test–retest reliability was 0.979, higher than the 0.88 obtained by Thornton and Travis in the modified version of the CSI [54]. Both in the original validation of the CSI [27] and in the validation of the CSI in our country [31], test–retest reliability was not calculated. Following Fleiss [46], values above 0.75 show excellent reliability. These data confirm the stability of the CSI adapted to newborn care.

To date, in the scientific literature there was no validation of the CSI scale in women during the puerperium. In this way, with the adaptation and validation of this scale, we obtain a measurement instrument that has enormous clinical applicability. This scale allows us to measure in a more specific way the construct of the subjective burden of care in women during the puerperium. In this sense, the adapted CSI in the puerperal population offers us the possibility of early diagnosis of women with high levels of subjective burden and, therefore, with a possible higher risk of developing PPD or anxiety (among other associated complications). Therefore, this scale constitutes a useful tool for detecting the subjective burden of newborn care in puerperal women.

The study has the limitation that the entire sample obtained for the study comes from a single hospital centre. Another limitation is that the study does not fully comprise some perinatal factors and circumstances associated with delivery, which might affect the evaluation of the criterion validity.

5. Conclusions

According to the findings obtained in this research, the CSI adapted to newborn care is a valid and reliable screening tool for the subjective burden in women during the puerperium. This study can play an important role as a guide to detect the subjective burden in women during the puerperium, in order to plan preventive and health promotion actions in those women with a risk profile of subjective burden in newborn care.

Author Contributions: Conceptualisation, D.F.-A., M.d.P.C.-L., R.d.-P.-C. and A.F.-O.; methodology, D.F.-A., M.d.P.C.-L., R.d.-P.-C. and A.F.-O.; validation, D.F.-A.; and M.d.P.C.-L.; formal analysis, R.d.-P.-C. and A.F.-O.; investigation, D.F.-A., M.d.P.C.-L. and R.d.-P.-C.; resources, R.d.-P.-C.; data curation, D.F.-A., M.d.P.C.-L., R.d.-P.-C. and A.F.-O.; writing—original draft preparation, R.d.-P.-C. and A.F.-O.; writing—review and editing, D.F.-A., R.d.-P.-C. and A.F.-O.; visualisation, R.d.-P.-C. and

A.F.-O.; supervision, R.d.-P.-C. and A.F.-O.; project administration, R.d.-P.-C. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: This study was approved by the Jaén Research Ethics Committee of the SSPA (Andalusian Public Health System) on April 5, 2017 with code 0262-M1-17. Informed consent was requested as a guarantee of respect for the bioethical principle of Autonomy, in accordance with the provisions of Spanish Law 41/2002, of 14 November, regulating the basic autonomy of the patient and rights and obligations regarding information and clinical documentation. The study was carried out in accordance with state legislation and the principles established in the Declaration of Helsinki of 1964. The confidentiality and privacy of the data obtained were guaranteed, in accordance with Spanish Organic Law 15/1999, of 13 December, Protection of Personal Data. The possibility of the participants both to refuse to participate and to abandon the study at any time was indicated verbally and in writing.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. Written informed consent has been obtained from the patients to publish this paper.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to their containing information that could compromise the privacy of research participants.

Acknowledgments: The authors would like to thank the women interviewed for their participation in the study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Appendix A. Caregiver Strain Index Adapted to Newborn Care (In Spanish)

Ítems	Sí = 1	No = 0
1. Tiene trastornos de sueño (p. ej., porque su hijo/a se despierta por la noche).		
2. Es un inconveniente (p. ej., porque el cuidado consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionarlo).		
3. Representa un esfuerzo físico.		
4. Supone una restricción (p. ej., porque el cuidado limita el tiempo libre).		
5. Ha habido modificaciones en la familia (p. ej., porque el cuidado ha roto la rutina o no hay intimidad).		
6. Ha habido cambios en los planes personales (p. ej., se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).		
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (p. ej., por parte de otros miembros de la familia).		
8. Ha habido cambios emocionales (p. ej., causa de fuertes discusiones).		
9. Algunos comportamientos son molestos (p. ej., el llanto, los despertares nocturnos ...).		
10. Es molesto darse cuenta de que la situación ha cambiado tanto comparada con la de antes.		
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (p. ej., a causa de la necesidad de dedicar tiempo para el cuidado).		
12. Es una carga económica.		
13. Nos ha desbordado totalmente (p. ej., por la preocupación sobre cómo cuidar a su hijo/a).		
Puntuación total (contar respuestas afirmativas)		

Appendix B. Caregiver Strain Index Adapted to Newborn Care (English Translation of the Spanish Version)

Items	Yes = 1	No = 0
1. Sleep is disturbed (e.g., because your child wakes up at night).		
2. It is inconvenient (e.g., because helping takes so much time or it is a long drive over to help).		
3. It is a physical strain.		
4. It is confining (e.g., helping restricts free time).		
5. There have been family adjustments (e.g., because helping has disrupted routine or there has been no privacy).		
6. There have been changes in personal plans (e.g., had to turn down a job or could not go on vacation).		
7. There have been other demands on my time (e.g., from other family members).		
8. There have been emotional adjustments (e.g., because of severe arguments).		
9. Some behaviour is upsetting (e.g., crying, night awakenings).		
10. It is upsetting to find the situation has changed so much compared to before.		
11. There have been work adjustments (e.g., because of having to take time off).		
12. It is a financial strain.		
13. Feeling completely overwhelmed (e.g., because of concern about how to care for your child).		
Total Score (count yes responses)		

References

- Don, B.P.; Chong, A.; Biehle, S.N.; Gordon, A.; Mickelson, K.D. Anxiety across the transition to parenthood: Change trajectories among low-risk parents. *Anxiety Stress Coping* **2014**, *27*, 633–649. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Lee, H.; Kim, K.-E.; Kim, M.-Y.; Park, C.G.; Han, J.Y.; Choi, E.J. Trajectories of Depressive Symptoms and Anxiety during Pregnancy and Associations with Pregnancy Stress. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 2733. [\[CrossRef\]](#)
- Razurel, C.; Kaiser, B.; Sellenet, C.; Epiney, M. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: A review of the literature. *Women Health* **2013**, *53*, 74–99. [\[CrossRef\]](#)
- Hasanzadeh, P.; Faramarzi, M. Relationship between maternal general and specific-pregnancy stress, anxiety, and depression symptoms and pregnancy outcome. *J. Clin. Diagn. Res.* **2017**, *11*, VC04. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Nelson, A.M. Transition to motherhood. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* **2003**, *32*, 465–477. [\[CrossRef\]](#)
- Zarit, S.H.; Birkel, R.C.; Malone-Beach, E. *Family Involvement in the Treatment of the Frail Elderly*; Goldstein, M.Z., Ed.; American Psychiatric Press: Washington, DC, USA, 1989.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*; Springer Publishing Company: New York, NY, USA, 1984.
- Kim, H.; Chang, M.; Rose, K.; Kim, S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J. Adv. Nurs.* **2012**, *68*, 846–855. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Crespo, M.; López, J. *El Estrés en Cuidadores de Mayores Dependientes. Cuidarse para Cuidar*; Psicología Pirámide: Madrid, Spain, 2007.
- Domingues, N.S.; Verreault, P.; Hudon, C. Reducing Burden for Caregivers of Older Adults with Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Am. J. Alzheimer's Dis. Dement.* **2018**, *33*, 401–414. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- del-Pino-Casado, R.; Espinosa, A.; Lopez, C.; Orgeta, V. Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* **2019**, *242*, 14–21. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Cooper, C.; Balamurali, T.; Livingston, G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *Int. Psychogeriatr.* **2007**, *19*, 175–195. [\[CrossRef\]](#)
- Britton, J.R. Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depress. Anxiety* **2008**, *25*, 793–800. [\[CrossRef\]](#)

14. Leung, S.S.; Martinson, I.M.; Arthur, D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Res. Nurs. Health* **2005**, *28*, 27–38. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Geng, H.M.; Chuang, D.M.; Yang, F.; Yang, Y.; Liu, W.M.; Liu, L.H.; Tian, H.M. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* **2018**, *97*, e11863. [[CrossRef](#)]
16. Watson, B.; Tatangelo, G.; McCabe, M. Depression and Anxiety among Partner and Offspring Carers of People with Dementia: A Systematic Review. *Gerontologist* **2019**, *59*, e597–e610. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Zhu, W.; Jiang, Y. A Meta-analytic Study of Predictors for Informal Caregiver Burden in Patients with Stroke. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* **2018**, *27*, 3636–3646. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
18. Nurbaeti, I.; Deoisres, W.; Hengudomsub, P. Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sex. Reprod. Healthc.* **2019**, *20*, 72–76. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
19. Poo, F.A.; Espejo, S.C.; Godoy, P.C.; Gualda, C.M.; Hernandez, O.T.; Perez, H.C. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Rev. Med. Chil.* **2008**, *136*, 44–52.
20. Shorey, S.; Yin, C.C.; Debby, E.; Yiong, C.; Wai, W.T.; Seng, C.Y. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J. Psychiatr. Res.* **2018**, *104*, 235–248. [[CrossRef](#)]
21. Fiala, A.; Švancara, J.; Klánová, J.; Kašpárek, T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPEC study. *BMC Psychiatry* **2017**, *17*, 104. [[CrossRef](#)]
22. Marín-Morales, D.; Toro-Molina, S.; Peñacoba-Puente, C. Relationship between postpartum depression and psychological and biological variables in the initial postpartum period. *Matern. Child Health J.* **2018**, *22*, 866–873. [[CrossRef](#)]
23. Míguez, M.C.; Fernández, V.; Pereira, B. Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Rev. Int. Psicol. Clin. Salud.* **2017**, *25*, 47–64.
24. Escribà-Agüir, V.; Artazcoz, L. Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *J. Epidemiol. Community Health* **2011**, *65*, 320–326. [[CrossRef](#)]
25. Garcia, L.; Ascaso, C.; Ojuel, J.; Navarro, P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *J. Affect. Disord.* **2003**, *75*, 71–76. [[CrossRef](#)]
26. Odriozola, M.; Vita, A.; Maiz, B.; Zialtzeta, L.; Bengoetxea, L. Índice de esfuerzo del cuidador: Test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *Semergen* **2008**, *34*, 435–438. [[CrossRef](#)]
27. Robinson, B.C. Validation of a caregiver strain index. *J. Gerontol.* **1983**, *38*, 344–348. [[CrossRef](#)]
28. López, O.; Lorenzo, A.; Santiago, P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten. Prim.* **1999**, *24*, 404–410.
29. Gómez, M.J.; González, F.M. El cuidador del paciente con demencia: Aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **2004**, *39*, 154–159. [[CrossRef](#)]
30. Moral, M.S.; Ortega, J.J.; López, M.J.; Pellicer, P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten. Prim.* **2003**, *32*, 77–83. [[CrossRef](#)]
31. López, S.R.; Moral, M.S. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm. Comun.* **2005**, *1*, 12–17.
32. Escurra, L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Rev. Psicol.* **1988**, *6*, 103–111.
33. Aiken, L.R. Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educ. Psychol. Meas.* **1985**, *45*, 131–142. [[CrossRef](#)]
34. Feligreras-Alcalá, D.; Frías-Osuna, A.; del-Pino-Casado, R. Personal and Family Resources Related to Depressive and Anxiety Symptoms in Women during Puerperium. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 5230. [[CrossRef](#)]
35. Cox, J.L.; Holden, J.M.; Sagovsky, R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* **1987**, *150*, 782–786. [[CrossRef](#)]
36. Buela, G.; Guillén, A.; Seisdedos, N. *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*; TEA Ediciones: Madrid, Spain, 1982.
37. Antonovsky, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.* **1993**, *36*, 725–733. [[CrossRef](#)]
38. Broadhead, W.E.; Gehlbach, S.H.; De-Gruy, F.V.; Kaplan, B.H. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Med. Care* **1988**, *26*, 709–723. [[CrossRef](#)]
39. Ministry of Health, Social Services and Equality. *Clinical Practice Guide for Pregnancy and Puerperium Care*; Ministry of Health, Social Services and Equality: Madrid, Spain, 2014.
40. Guillén, A.; Buela, G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema* **2011**, *23*, 510–515.
41. Virués, J.; Martínez, P.; del Barrio, J.L.; Lozano, L.M. Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ 13) en ancianos mayores de 70 años. *Med. Clin.* **2007**, *128*, 486–492. [[CrossRef](#)]
42. Bellón, J.S.; Delgado, A.S.; del-Castillo, J.D.; Lardelli, P.C. Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Aten. Prim.* **1996**, *18*, 153–163.
43. del-Pino-Casado, R.; Priego-Cubero, E.; López-Martínez, C.; Orgeta, V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0247143. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
44. Peng, M.M.; Zhang, T.M.; Liu, K.Z.; Gong, K.; Huang, C.H.; Dai, G.Z.; Hu, S.H.; Lin, F.R.; Chan, S.K.; Ng, S.; et al. Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *Int. J. Soc. Psychiatry* **2019**, *65*, 548–557. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

45. George, D.; Mallery, P. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Study Guide and Reference*, 17.0 Update, 10th ed.; Allyn & Bacon: Boston, MA, USA, 2010.
46. Fleiss, J.L. *Reliability of Measurement. The Design and Analysis of Clinical Experiments*; John Wiley and Sons: New York, NY, USA, 1986.
47. Frías, D. *Apuntes de Consistencia Interna de las Puntuaciones de un Instrumento de Medida*; Universidad de Valencia: Valencia, Spain, 2019.
48. Mandeville, P.B. *El Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI)*; Universidad Autónoma de Nuevo León: Nuevo León, Mexico, 2005.
49. Ugur, O.; Fadiloglu, C. Caregiver Strain Index validity and reliability in Turkish society. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* **2010**, *11*, 1669–1675. [[PubMed](#)]
50. Ramasamy, M.S.; Ibrahim, R.; Madon, Z.; Arshat, Z. A validity study of Malay-translated version of the Modified Caregivers Strain Index Questionnaire (M-CSI-M). *J. Bus. Soc. Rev. Emerg. Econ.* **2017**, *3*, 217–226.
51. Chan, W.C.; Chan, C.L.; Suen, M. Validation of the Chinese version of the Modified Caregivers Strain Index among Hong Kong caregivers: An initiative of medical social workers. *Health Soc. Work* **2013**, *38*, 214–221. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
52. Ribeiro, O.; Brandão, D.; Oliveira, A.F.; Martín, I.; Teixeira, L.; Paúl, C. The Modified Caregiver Strain Index: Portuguese version. *J. Health Psychol.* **2019**. [[CrossRef](#)]
53. Yébenes, M.; Rodríguez, F.; Carmona, L. Validación de cuestionarios. *Reumatol. Clin.* **2009**, *5*, 171–177.
54. Thornton, M.; Travis, S.S. Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *J. Gerontol. Soc. Sci.* **2003**, *58*, 127–132. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Resumen global de los resultados

1. Características de las participantes

Los datos descriptivos de la muestra y las variables de estudio de muestran en la tabla 5. De las 220 mujeres previstas como muestra inicial, 212 participaron finalmente en la investigación, resultando una tasa de respuesta del 96,36%. La edad promedio de las mujeres fue de 32 años, con un mínimo de 19 y un máximo de 47 años. La mayoría de las mujeres estaba casada (78,3%) y tenían un empleo activo por cuenta propia o ajena (69,4%). Además, el 47,6% de las mujeres tenía estudios universitarios y el 90,1% de las mujeres indicó que el embarazo había sido buscado.

Variables	n (%)	M (SD)	Mediana (IQR)
Edad		32.67 (4.58)	
Estado civil:			
Soltera	8 (3.80)		
Casada	166 (78.30)		
Con pareja	35 (16.50)		
Separada o divorciada	3 (1.40)		
Nivel educativo:			
Primaria	18 (8.50)		
Secundaria	21 (9.90)		
Bachillerato	12 (5.70)		
FP Grado medio	36 (17.00)		
FP Grado superior	24 (11.30)		
Universidad	101 (47.60)		
Situación laboral:			
Estudiante	3 (1.40)		
Trabajadora por cuenta propia	39 (18.40)		
Trabajadora por cuenta ajena	108 (50.90)		
Desempleada	47 (22.20)		
Trabajadora del hogar	15 (7.10)		
Ingresos familiares:			
< de 500€	1 (0.50)		
De 500 a < 1000€	27 (12.70)		
De 1000 a < 1500€	60 (28.30)		
De 1500 a < 2000€	54 (25.50)		
De 2000 a < 2500€	29 (13.70)		
De 2500 a < 3000€	28 (13.20)		
De 3000 a < 5000€	10 (4.70)		
> de 5000€	3 (1.40)		
Embarazo deseado:			
Sí	191 (90.10)		
No	21 (9.90)		
Número de embarazos		1.835 (0.98)	

Tipo de parto:			
Eutócico	141 (66.50)		
Instrumental	32 (15.10)		
Cesárea	39 (18.40)		
Sexo del recién nacido:			
Hombre	112 (52.80)		
Mujer	100 (47.20)		
Variables	n (%)	M (DE)	Mediana (IQR)
Historia familiar de patología psiquiátrica:			
Sí	13 (6.10)		
No	199 (93.60)		
Prevalencia de síntomas depresivos	57 (26.90)		
Ansiedad		17.255 (10.64)	
Prevalencia de ansiedad	59 (27.80)		
Prevalencia comórbida de síntomas depresivos y ansiedad	43 (20.30)		
Funcionamiento familiar			9 (8.00–10.00)
Apoyo social			47.50 (37.00–52.00)
Sentido de coherencia		67.066 (13.50)	
Autoeficacia en los cuidados		23.943 (3.46)	
Carga subjetiva		5.231 (2.76)	
Acontecimientos vitales estresantes			181(150.00–248.50)

Tabla 5. Descripción de la muestra estudiada.

2. Prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad

La puntuación media de los síntomas depresivos fue de 7,20 (IC 95%; 6,53–7,89) en una escala que va de 0 a 30 puntos. Utilizando el punto de corte de 10 en el cuestionario EPDS, la prevalencia puntual de síntomas depresivos a las 6 semanas después del parto es del 26,9% (IC 95%; 21,2–33,0). La puntuación media de ansiedad es de 17,26 (IC 95%; 15,95–18,67) en una escala de va de 0 a 60 puntos. Tomando el percentil 75, la prevalencia puntual de ansiedad a las 6 semanas posparto es del 27,8% (IC 95%; 21,7–34,0). La prevalencia conjunta en nuestra muestra de comorbilidad de ambos trastornos es del 20,3% (IC 95%; 15,1–25,5).

3. Factores personales y familiares asociados a la presencia de síntomas depresivos y ansiedad

Las variables que cumplieron con los supuestos de normalidad fueron las siguientes: síntomas depresivos, ansiedad, SOC, autoeficacia en el cuidado y carga subjetiva. Las variables que no cumplieron con los supuestos normales, sin embargo, fueron el apoyo social, el funcionamiento familiar y los eventos vitales estresantes; por tanto, se llevaron a cabo transformaciones de Box-Cox. No se detectaron infracciones en el resto de los supuestos en el modelo de regresión

(por ejemplo, Durbin-Watson de 1,94 para síntomas depresivos y 2,02 para ansiedad; y tolerancias entre 0,45 y 0,86 para síntomas depresivos y entre 0,45 y 0,85 para ansiedad).

En cuanto a las correlaciones (tabla 6) se encontró una asociación positiva entre la presencia de síntomas depresivos y la carga subjetiva ($r = 0,429$; $p < 0,001$) y los eventos vitales estresantes ($\rho = 0,240$; $p = 0,001$). Además, se encontró asociación negativa entre síntomas depresivos y funcionamiento familiar ($\rho = -0,364$; $p < 0,001$), apoyo social ($\rho = -0,537$; $p < 0,001$), SOC ($r = -0,616$; $p < 0,001$) y autoeficacia en el cuidado ($r = -0,466$; $p < 0,001$). En cuanto a la ansiedad, se encontró una asociación positiva con la carga subjetiva ($r = 0,532$; $p = 0,01$) y los eventos vitales estresantes ($\rho = 0,186$; $p = 0,001$). Asimismo, se encontró asociación negativa entre ansiedad y funcionamiento familiar ($\rho = -0,370$; $p < 0,001$), apoyo social ($\rho = -0,539$; $p < 0,001$), SOC ($r = -0,644$; $p < 0,001$) y autoeficacia en el cuidado ($r = -0,361$; $p < 0,001$).

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Síntomas depresivos	1							
2 Ansiedad	0.772 **	1						
3 Funcionamiento familiar	-0.364 **	-0.370 **	1					
4 Apoyo social	-0.537 **	-0.539 **	0.570 **	1				
5 Sentido de coherencia	-0.616 **	-0.644 **	0.587 **	0.689 **	1			
6 Autoeficacia en los cuidados	-0.466 **	-0.361 **	0.152 *	0.273 **	0.376 **	1		
7 Carga subjetiva	0.429 **	0.532 **	-0.314 **	-0.379 **	-0.447 **	-0.258 **	1	
8 Acontecimientos vitales estresantes	0.240 **	0.186 **	-0.260 **	-0.236 **	-0.305 **	-0.050	0.211 **	1

Tabla 6. Matriz de correlación de las medidas de las variables de estudio.

En el modelo de regresión de síntomas depresivos (tabla 7), se incluyeron las variables independientes junto con la variable de control, eventos vitales estresantes. El modelo resultante tiene un R^2 de 0.52. En este modelo, la presencia de síntomas depresivos se asocia positivamente con la carga subjetiva ($\beta = 0,133$; $p = 0,015$) y negativamente con la autoeficacia en el cuidado ($\beta = -0,253$; $p < 0,001$), apoyo social ($\beta = -0,334$; $p < 0,001$) y SOC ($\beta = -0,231$; $p < 0,001$). No se encontró asociación con el funcionamiento familiar o eventos vitales estresantes.

Variables	Beta	Error típico	Beta estandarizado	p
Carga subjetiva	0.230	0.094	0.133	0.015
Autoeficacia en los cuidados	-0.348	0.072	-0.253	<0.001
Apoyo social	-0.161	0.032	-0.334	<0.001
Sentido de coherencia	-0.081	0.025	-0.231	0.001

Tabla 7. Regresión lineal múltiple, método por pasos (variable dependiente: síntomas depresivos).

En cuanto al modelo de regresión de la ansiedad (tabla 8), tiene un R^2 de 0,58. En este modelo, la ansiedad se asocia positivamente con la carga subjetiva ($\beta = 0,273$; $p < 0,001$) y negativamente con la autoeficacia en el cuidado ($\beta = -0,107$; $p = 0,041$), apoyo social ($\beta = -0,217$; $p = 0,001$) y el SOC ($\beta = -0,333$, $p < 0,001$). No se encontró asociación con el funcionamiento familiar o eventos vitales estresantes.

Variables	Beta	Error típico	Beta estandarizado	p
Carga subjetiva	1.052	0.209	0.273	<0.001
Autoeficacia en los cuidados	-0.329	0.160	-0.107	0.041
Apoyo social	-0.234	0.072	-0.217	0.001
Sentido de coherencia	-0.262	0.056	-0.333	<0.001

Tabla 8. Regresión lineal múltiple, método por pasos (variable dependiente: ansiedad).

4. Validez y fiabilidad del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido en mujeres durante el puerperio

Al adaptar el cuestionario, los ejemplos que los autores proporcionaron en la versión original para pacientes crónicos, oncológicos y agudos que requerían atención domiciliaria fueron reemplazados por ejemplos relacionados con los cuidados del recién nacido. Además, el ítem número 10 se ha adaptado a una situación de atención al recién nacido. El cuestionario final (el Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido) se muestra en el anexo 10, y su traducción al inglés se presenta en el anexo 11.

En cuanto a la validez de contenido, los cinco expertos obtuvieron un Coeficiente de Validez V de Aiken de 1,00 ($p = 0,032$) para el total de los ítems del cuestionario. Por tanto, según las recomendaciones de Aiken, podemos mostrar la máxima concordancia entre los expertos, evitando coincidencias aleatorias. No hubo cambios derivados de la realización del análisis de validez de contenido en el cuestionario.

Tras realizar la prueba piloto, se verificó una adecuada comprensión de los ítems.

4.1. Validación clínica

Los datos descriptivos de la muestra se muestran en la tabla 1 del artículo 2. La puntuación mínima del IEC obtenida fue 0 y la máxima 13, siendo la puntuación media 5,23 (DE: 2,76). Las

correlaciones entre los diferentes ítems y el resultado global fueron superiores a 0,2 en todos los casos, y el CCI para la concordancia entre los ítems fue de 0,71.

4.2. Validez de criterio

Los análisis de correlación mostraron coeficientes estadísticamente significativos entre las puntuaciones del cuestionario IEC adaptado y las de SOC ($r = -0,447$, $p < 0,001$), síntomas depresivos ($r = 0,429$, $p < 0,001$), apoyo social ($\rho = -0,379$, $p < 0,001$) y síntomas de ansiedad ($r = 0,532$, $p < 0,001$).

4.3. Validez de constructo

Procedimos a realizar el método de grupos conocidos. Hubo diferencias estadísticamente significativas en la media de carga subjetiva entre los grupos analizados: (1) presencia o no de síntomas depresivos (6,68 vs 4,69; $d: 0,77$; IC 95%: 0,45, 1,08), (2) presencia o ausencia de síntomas de ansiedad (7,08 frente a 4,51; $d: 1,02$; IC del 95%: 0,71, 1,34), (3) presencia o no de SOC (4,28 frente a 6,21; $d: -0,76$; IC del 95%: -1,04, -0,48) y (4) presencia o no de apoyo social (4,88 vs. 7,00; $d: -0,81$; IC 95%: -1,18, -0,43) (tabla 9).

Variable	Media (DE)	Significación	d de Cohen	95% IC
Síntomas depresivos	Sí: 6.68 (2.72)	$P < 0.0001$	0.77	(0.45, 1.08)
	No: 4.69 (2.58)			
Ansiedad	Sí: 7.08 (2.62)	$P < 0.0001$	1.02	(0.71, 1.34)
	No: 4.51 (2.47)			
Sentido de coherencia	Sí: 4.28 (2.56)	$P < 0.0001$	-0.76	(-1.04, -0.48)
	No: 6.21 (2.62)			
Apoyo social	Sí: 4.88 (2.67)	$P < 0.0001$	-0.81	(-1.18, -0.43)
	No: 7.00 (2.52)			

Tabla 9. Diferencias en las medias de la carga subjetiva en los subgrupos de mujeres con y sin síntomas depresivos, ansiedad, sentido de coherencia y apoyo social.

4.4. Fiabilidad

Con relación a la consistencia interna, se determinó el alfa de Cronbach para la escala total, obteniendo un valor de 0,710 (consistencia interna aceptable). En cuanto a la estabilidad de la prueba, se midió el CCI, que alcanzó un valor de 0.979 (IC 95% = 0.949-0.992) (excelente estabilidad).

Discusión

1. Prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad durante el puerperio

En nuestra investigación, aproximadamente una de cada cuatro mujeres tenía síntomas depresivos a las 6 semanas posparto, siendo la proporción de ansiedad similar. Estas cifras muestran la importancia de estos problemas, que son superiores a los encontrados en otros períodos fuera del puerperio (Ghaedrahmati et al., 2018; Dennis et al., 2017; Hahn-Holbrook et al., 2013; Leahy-Warren et al., 2011; Gaynes et al., 2005). Los resultados son superiores a los de otros estudios en el puerperio (Razurel et al., 2017; Falah-Hassani et al., 2016; Underwood et al., 2016). Las diferencias podrían deberse a que los cuestionarios utilizados son herramientas de cribado, por lo que pueden sobrestimar la presencia de los trastornos (Thombs et al., 2018), el punto de corte utilizado en los cuestionarios (Thombs et al., 2018) o incluso el momento en el que la prevalencia es medida (las cifras disminuyen a lo largo del puerperio) (Petrozzi y Gagliardi, 2013).

2. Factores asociados a la presencia de síntomas depresivos y ansiedad

En este estudio, hemos encontrado que un menor apoyo social percibido, una mayor carga subjetiva, una menor autoeficacia en los cuidados y un menor SOC se acompañan de un aumento de los síntomas depresivos y la ansiedad en las mujeres durante el puerperio (es decir, a las 6 semanas después del parto), independientemente de la presencia de otros eventos vitales estresantes ajenos al cuidado del recién nacido.

Nuestros resultados son consistentes con los de otros estudios que han analizado la relación entre ansiedad, depresión y apoyo social en mujeres en el puerperio (Zheng et al., 2018; Reid y Taylor, 2015; Aktan et al., 2012; Eastwood et al., 2012; Navarrete et al., 2012), autoeficacia en el cuidado (Abdollahi et al., 2016; Wernand et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2011) y SOC (Fergusson et al., 2016; Weidner et al., 2013; Sjöström et al., 2004). No hemos encontrado estudios que relacionen la ansiedad y la depresión con la carga subjetiva, aunque existen estudios que relacionan los problemas anteriores con el estrés percibido con relación al cuidado del recién nacido (Nurbaeti et al., 2019; Dennis et al., 2016; Leung et al., 2005), donde muestran una relación directamente proporcional. La carga subjetiva se puede considerar como la valoración de la situación asistencial como estresante (del-Pino-Casado et al., 2017).

Los hallazgos de este estudio mejoran la evidencia disponible sobre el posible papel como factor de riesgo de la carga subjetiva sobre la ansiedad y la depresión en el puerperio y el posible efecto protector del apoyo social percibido, la autoeficacia en el cuidado y el SOC. Esto se debe a que en este estudio se analizó el efecto de estos factores en conjunto, controlando por posibles factores de confusión y con un tamaño muestral suficiente y extraído por muestreo probabilístico, con un porcentaje muy bajo de negativa a participar en el estudio. Además, este estudio destaca la importante contribución de los factores anteriores para explicar la variación de los síntomas depresivos y la ansiedad.

Según Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1984), la proliferación del estrés hacia sus consecuencias emocionales negativas, entre las que se encuentran la ansiedad y la depresión, se produce al evaluar situaciones potencialmente estresantes como una amenaza a la que la

persona no puede responder. Los resultados de esta investigación sustentan la hipótesis de que aquellas mujeres que perciben como adecuado o satisfactorio el apoyo que reciben de familiares y amigos en el cuidado del recién nacido, perciben como adecuadas sus capacidades respecto a dicho cuidado, y tienen un mayor SOC, por lo que ven el situación de atención como comprensible (es decir, los estímulos internos y externos se perciben como ordenados, estructurados y racionalmente comprensibles), manejable (es decir, creen que tienen los recursos necesarios para afrontarla) y significativa (es decir, sienten que vale la pena dedicar esfuerzos a ella), valoran la situación de cuidado como menos estresante, en línea con los planteamientos teóricos de Cohen et al. para el apoyo social (Cohen et al., 2000), Bandura (Bandura, 1986) para la autoeficacia y Antonovsky para el SOC (Antonovsky, 1993). Por otro lado, nuestros resultados apoyan la hipótesis de que aquellas mujeres que perciben un mayor nivel de carga subjetiva en la realización de los cuidados relacionados con el recién nacido podrían sentirse superadas por la situación de cuidados, atrapadas por ella y excluidas de sus relaciones sociales y que esta percepción puede hacerles percibir la situación del cuidado como más estresante.

3. Perfil de riesgo de síntomas depresivos y ansiedad en el puerperio

Los hallazgos de este estudio permiten proponer un perfil de riesgo de ansiedad y depresión en el puerperio que se caracterizaría por bajo apoyo social percibido, alta carga subjetiva, baja autoeficacia en el cuidado y bajo SOC. Este perfil de riesgo podría ser útil para el cribado y la detección temprana de mujeres con alto riesgo de ansiedad y depresión. Por otro lado, los resultados justifican la necesidad de establecer intervenciones encaminadas a mejorar la percepción de competencia en el cuidado (Tang y Chan, 2016), fomentar el apoyo social (Elvish et al., 2013), promover el sentido de coherencia (del-Pino-Casado et al., 2019) y aliviar la sensación de carga en el cuidado fomentando una percepción positiva de la crianza del recién nacido (Taheri et al., 2018).

4. Validez y fiabilidad del Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido en mujeres durante el puerperio

En nuestro estudio, presentamos la adaptación y validación del IEC para medir la carga subjetiva en mujeres durante el puerperio. El IEC adaptado a la atención del recién nacido fue rápido y fácil de administrar en la población estudiada. Los participantes del estudio entendieron adecuadamente cada uno de los ítems tanto en la prueba piloto como en la aplicación final de este instrumento de medida. La escala adaptada obtiene adecuadas propiedades psicométricas a nivel de validez de criterio y validez de constructo, consistencia interna y estabilidad, lo que muestra una adecuada validez y confiabilidad del instrumento de medida.

La validez de criterio se evaluó mediante correlaciones bivariadas con puntuaciones de otros instrumentos que midieron constructos relacionados con la carga subjetiva. López-Alonso et al. en la validación del IEC en población española realizaron un análisis similar, correlacionando la carga subjetiva con otras áreas similares incluidas en la validación original de la escala (López-Alonso y Moral, 2005).

En cuanto a la validez de constructo, confirmamos todas las hipótesis probadas en el método de grupos conocidos, lo que refuerza la validez de constructo del instrumento en la medición de la carga subjetiva en mujeres durante el puerperio.

En cuanto a la consistencia interna, podemos encontrar algunas coincidencias de nuestro estudio con otros estudios sobre IEC en otro tipo de poblaciones cuidadoras. Así, Ugur et al. (Ugur et al., 2010) llevó a cabo una adaptación de esta escala en la población turca, encontrando un valor alfa de Cronbach de 0,77. Ramasamy et al. (Ramasamy et al., 2017) en Malasia obtuvo una consistencia interna de 0,75. La versión china (Chan et al., 2013) mostró una alta fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,91, el mismo resultado que el obtenido en la población portuguesa (Ribeiro et al., 2019). En nuestro estudio obtuvimos una consistencia interna de 0,710. Por tanto, nuestros resultados al respecto son similares a los disponibles en la literatura.

En cuanto a la medición de la estabilidad, se volvió a administrar el IEC adaptado una semana después de la primera medición en el puerperio; el tiempo transcurrido entre ambas aplicaciones no debe ser demasiado largo (variación del fenómeno estudiado) ni demasiado corto (efecto aprendizaje) (Yébenes et al., 2009). El ICC para la fiabilidad test-retest fue de 0,979, superior al 0,88 obtenido por Thornton y Travis en la versión modificada del IEC (Thornton y Travis, 2003). Tanto en la validación original del IEC como en la validación del IEC (Robinson, 1983) en nuestro país (López-Alonso y Moral, 2005), no se calculó la fiabilidad test-retest. Siguiendo a Fleiss (Fleiss, 1986), los valores superiores a 0,75 muestran una fiabilidad excelente. Estos datos confirman la estabilidad del IEC adaptado al cuidado del recién nacido.

Hasta la fecha, en la literatura científica no existe validación de la escala IEC en mujeres durante el puerperio. De esta forma, con la adaptación y validación de esta escala, obtenemos un instrumento de medida que tiene una enorme aplicabilidad clínica. Esta escala nos permite medir de forma más específica el constructo de la carga subjetiva del cuidado en la mujer durante el puerperio. En este sentido, el IEC adaptado en la población puerperal nos ofrece la posibilidad de un diagnóstico precoz de mujeres con altos niveles de carga subjetiva y, por tanto, con un posible mayor riesgo de desarrollar depresión puerperal o ansiedad (entre otras complicaciones asociadas). Por tanto, esta escala constituye una herramienta útil para detectar la carga subjetiva del cuidado del recién nacido en púerperas.

5. Limitaciones

La investigación original tiene algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio descriptivo transversal de correlación, por lo que solo puede describir las asociaciones entre los factores de estudio y no se puede deducir causalidad entre ellos. Además, respecto a la prevalencia, carecemos de información sobre si las prevalencias encontradas varían al acercarse o alejarse en el momento del parto. En segundo lugar, los cuestionarios utilizados son herramientas de cribado, por lo que pueden sobreestimar la prevalencia de ansiedad y depresión. Esta es la razón por la que, en este estudio, hablamos de síntomas depresivos y no de depresión.

El estudio de validación tiene la limitación de que toda la muestra obtenida para el estudio proviene de un solo centro hospitalario. Otra limitación es que el estudio no comprende completamente algunos factores perinatales y circunstancias asociadas con el parto, lo que podría afectar la evaluación de la validez de criterio.

Conclusiones

Los síntomas de depresión y ansiedad en el puerperio pueden ser más frecuentes que en otros períodos de la vida de la mujer.

El apoyo social percibido, la autoeficacia en el cuidado del recién nacido y el SOC pueden ser factores protectores de los síntomas depresivos y de ansiedad en el puerperio.

La carga percibida en el cuidado del recién nacido puede ser un factor de riesgo para los síntomas depresivos y de ansiedad en el puerperio.

Los resultados de la investigación definen un perfil de riesgo de ansiedad y depresión en el puerperio que estaría caracterizado por bajo apoyo social percibido, alta carga percibida, baja autoeficacia en el cuidado y bajo sentido de coherencia.

El Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado al cuidado del recién nacido es una herramienta de cribado válida y fiable de la carga percibida en la mujer durante el puerperio.

Implicaciones para la práctica

A nivel de la práctica clínica, la valoración de los factores personales y familiares, como apoyo social, autoeficacia en los cuidados del recién nacido, funcionamiento familiar, sentido de coherencia y carga percibida, puede estar justificada con el objetivo de identificar aquellas mujeres que necesiten de apoyo y cuidados dirigidos a la prevención temprana de los trastornos depresivos y de ansiedad durante el puerperio.

El Índice de Esfuerzo del Cuidador adaptado a los cuidados del recién nacido puede jugar un papel importante con el fin de planificar acciones preventivas y de promoción de la salud en aquellas mujeres con perfil de riesgo de carga percibida en el cuidado del recién nacido.

Bibliografía

- Abadiga, M. (2019). Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia, 2019: A community-based study. *PLoS ONE*, 14, e0224792
- Abdollahi, F., Agajani-Delavar, M., Zarghami, M., & Lye, M.S. (2016). Postpartum Mental Health in First-Time Mothers: A Cohort Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10, e426
- Aiken, L.R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131–142.
- Aktan, N.M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research*, 21, 183–194.
- Alzahrani, A.D. (2019). Risk Factors for Postnatal Depression among Primipara Mothers. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, E35.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Committee Opinion No. 757: screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*, 132(5), e208–e212.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*. Washington DC, USA: APA.
- Anand, A., Li, Y., Wang, Y., Wu, J., Gao, S., Bukhari, L., & Lowe, M. J. (2005). Activity and connectivity of brain mood regulating circuit in depression: a functional magnetic resonance study. *Biological psychiatry*, 57(10), 1079–1088.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (1 ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Appleby, L., Mortensen, P. B., & Faragher, E. B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 209–211.
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Kerse, N., Fishman, T., & Gunn J. (2005). Effect of the addition of a “help” question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ*, 331(7521), 884.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge university press.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and an Action: A Social Cognitive Approach*. Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall.
- Banker, J. E., & LaCoursiere, D. Y. (2014). Postpartum depression: risks, protective factors, and the couple's relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 503-508.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 50(5), 275-285.
- Beck, C. T. & Gable R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272-282.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. and Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bellón-Saameño, J., Delgado-Sánchez, A., Luna-del-Castillo, J., & Lardelli-Claret, P. (1996a). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bellón-Saameño, J.; Delgado-Sánchez, A.; Luna-del-Castillo, J. & Lardelli-Claret, P. (1996b). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18, 289-296.
- Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. (2016). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *American Journal of Psychiatry*, 173(12), 1179-1188.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., de Gruy, F.V., & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Buttner, M.M., O'Hara, M.W., & Watson D. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19, 247-56.
- Castilla, H. A., Caycho, T. P., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78.
- Chan, W. C., Chan, C. L., & Suen, M. (2013). Validation of the Chinese version of the Modified Caregivers Strain Index among Hong Kong caregivers: An initiative of medical social workers. *Health & Social Work*, 38, 214-221.
- Chen, Y. H., Tsai, S. Y., & Lin, H. C. (2011). Increased mortality risk among offspring of mothers with postnatal depression: a nationwide population-based study in Taiwan. *Psychological Medicine*, 41, 2287e96.
- Chesney, E., Goodwin G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153-160.

- 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.
- Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L., & Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 273–293.
- Cohen, S., Gottlieb, B.H., & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, B. H. Gottlieb, & L. G. Underwood (Eds). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. NY, USA: Oxford University Press.
- Cooper, C., Balamurali, T. B., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 175-195.
- Coto, E., Gómez-Fontanil, Y., & Belloch, A. (1995). En Manual de psicopatología, Vol. 1. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Cox, J., Holden, J., & Henshaw, C. (2014). *Perinatal mental health: the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual*. Londres, UK: RCPsych publications.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Crespo, M., & López, J. (2008). "Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores". *Perfiles y tendencias*. Madrid: IMSERSO.
- Dadi, A. F., Miller, E. R., & Mwanri, L. (2020). Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22, 20, 416.
- de Castro, F., Place, J. M., Billings, D. L., Rivera, L., & Frongillo, E. A. (2015). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 463–471.
- de Rivera, G., Revuelta, J., & Morera-Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7–11.
- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16, e0247143.
- del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 242, 14-21.
- del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P.A., & Pastor-Bravo, M.D.M. (2017). Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: A path analysis. *BMC Geriatrics*, 17, 274.

del-Pino-Casado, R. (2010). *Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes* (Tesis doctoral). Universidad de Jaén, Jaén.

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 315–323.

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., & Vigod, S. N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: A prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 485–493.

Denno, M. S., Gillard, P. J., Graham, G. D., DiBonaventura, M. D., Goren, A., Varon, S. F., & Zorowitz, R. (2013). Anxiety and Depression Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors With Spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(9), 1731–1736.

Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., & Contreras, A. (2012). Risk factors for postpartum depression. *Revista Médica de Chile*, 140(6), 719–725.

Dolz, B., & Oliver, J. (2021). Relationship between family functioning, differentiation of self and anxiety in Spanish young adults. *PLoS ONE*, 16, e0246875.

Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N., & Barnett, B. E. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: Findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 148.

Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29, 409–416.

Elvish, R., Lever, S. J., Johnstone, J., Cawley, R., & Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13, 106–125.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376–381.

Escribà-Aguilar, V., & Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 320–326.

Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *La Revista de Psicología*, 6, 103–111.

Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58, 613–621.

Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 198, 142–147.

Farr, S. L., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burley, K., Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health*, 23, 120–128.

- Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J., & Davis, D. (2016). Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*, 34, 158–165.
- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17, 104.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The structured clinical interview for DSM IV Axis I disorders (SCID I) and the structured clinical interview for DSM IV Axis II disorders (SCID II). In M. J. Hilsenroth, & D. L. Segal (Eds.). *Comprehensive handbook of psychological assessment: Vol. 2. Personality assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Fleiss, J.L. (1986). *Reliability of Measurement. The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York, NY, USA: John Wiley & Sons Inc.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003.
- Friedemann, M. (1995). *The framework of systemic organization: A conceptual approach to families and nursing*. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE Publications.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodríguez, A., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., et al. (2011). Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. *Psychiatric Services*, 62, 152–161.
- Gan, Y., Xiong, R., Song, J., Xiong, X., Yu, F., Gao, W., et al. (2019). The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study. *BMC Psychiatry*, 19, 232.
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75, 71–76.
- Gaviria, S. L. (2009). Aspectos psiquiátricos de la obstetrician. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 5, 507–515.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., et al. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment*, 119, 1–8.
- Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., et al. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 9739, e11863.
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Study Guide and Reference, 17.0 Update*. Boston, MA, USA: Allyn & Bacon.
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Bahrami, M., & Ebrahimi, A. (2018). Examining the relationship between mothers' prenatal mental health and demographic factors with postpartum depression. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 146.

- Giallo, R., Cooklin, A., & Nicholson, J. M. (2014). Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across the early parenting period: An Australian population-based longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 115–125.
- Gibaud-Wallston, J. & Wandersman, L.P. (1978). *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*. Toronto, Canada: American Psychological Association.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., & Varsou, E. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99, 107–115.
- Grant, K., McMahon, C., & Austin, M.P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101–111.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23, 510–515.
- Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Dunkel-Schetter, C., & Glynn, L. M. (2013). Does breast-feeding offer protection against maternal depressive symptomatology? *Archives of Women's Mental Health*, 16, 411–422.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Waldron, G., & Baker, J.M. (1980). Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 136, 498–508.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 12612, 445–451.
- Hassert, S., Sharon, S. R., Payakkakom, A., & Kodyšová, E. (2018). Postpartum Depressive Symptoms: Risks for Czech and Thai Mothers. *The Journal of Perinatal Education*., 27, 38–49.
- Hegeman, J.M., Kok, R.M., van-der-Mast, R.C., & Giltay, E.J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 275–281.
- Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitas Médica*, 48, 228–248.
- Hewitt, C. E., Gilbody, S. M., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R.,... Richards D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment*, 1–147.

- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Horenstein, J., Cohen, S. (2008). Social support. En: R. E. Ingram (Eds.), *The International Encyclopedia of Depression*. New York, NY, USA: Springer Publishing Company.
- Hospital Clínic Barcelona. (2019). *Tratamiento de la Depresión Posparto*. Barcelona: Hospital Clínic Barcelona. Recuperado de: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/tratamiento>.
- Jackson, S. W. (1989). Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid, España: Turner.
- Johannsen, B. M. W., Larsen, J. T., Laursen, T. M., Bergink, V., Meltzer-Brody, S., & Munk-Olsen, T. (2016). All-cause mortality in women with severe postpartum psychiatric disorders. *American journal of psychiatry*, 173, 635-642.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 5, 23.
- Klaus, M.H., Jerauld, R., Kreger, N.C., McAlpine, W., Steffa, M., & Kennel, J.H. (1972). Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *The New England Journal of Medicine*, 286, 460-463.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 169, 606-613.
- Lara, E., Olaya, B., Garin, N., Ayuso-Mateos, J. L., Miret, M., Moneta, V., & Haro, J. M. (2015). Is cognitive impairment associated with suicidality? A population-based study. *European Neuropsychopharmacology*, 252, 203-213.
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., & Perkinson, M. (2000). Two transitions in daughters' caregiving careers. *Gerontologist*, 40, 437–448.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of gerontology*, 443, 61-71.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141 – 169.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY, USA: Springer.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 174-84.

- Leung, S. S., Martinson, I. M., & Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing & Health*, 28, 27–38.
- Levis, B., McMillan, D., Sun, Y., He, C., Rice, D. B., Krishnan, A.,... Thombs, BD. (2019). Comparison of major depression diagnostic classification probability using the SCID, CIDI, and MINI diagnostic interviews among women in pregnancy or postpartum: An individual participant data meta analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28, e1803.
- Londoño, D. E. (2013). La funcionalidad de la entrevista clínica en la evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4, 278-297.
- López-Alonso, S. R., & Moral, M.S. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria*, 1, 12–17.
- López-Martínez, C. (2019). *Sentido de coherencia, sobrecarga subjetiva, ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes* (Tesis doctoral). Universidad de Jaén, Jaén.
- Machin, D., Campbell, M. J., Fayers, P. M., & Pinol, A. P. (1997). *Sample Size Tables For Clinical Studies*. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd.
- Maguire, P. N., Clark, G. I., & Wootton, B. M. (2018). The efficacy of cognitive behavior therapy for the treatment of perinatal anxiety symptoms: a preliminary meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 60, 26-34.
- Mann, R., & Gilbody, S. (2011). Validity of two case finding questions to detect postnatal depression: a review of diagnostic test accuracy. *Journal of Affective Disorders*, 133, 388-397.
- Marín-Morales, D., Toro-Molina, S., & Peñacoba-Puente, C. (2018). Relationship between postpartum depression and psychological and biological variables in the initial postpartum period. *Maternal and Child Health Journal*, 22, 866–873.
- Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., Inadera, H. (2022). Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. Causal model of the association of social support during pregnancy with a perinatal and postpartum depressive state: A nationwide birth cohort - the Japan Environment and Children's Study. *Journal of Affective Disorders*, 300, 540-550.
- McMahon, C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M., & Tennant, C. C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47, 660–669.
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27, 185-193.
- Míguez, M. C., Fernández, V., & Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 25, 47–64.
- Ministerio de Sanidad. (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL*. Recuperado de: SALUD_MENTAL.pdf (sanidad.gob.es)

- Ministerio de Sanidad. (2014). *Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)*. Recuperado de: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/home.htm>
- Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of Women's Health*, 24, 762-770.
- Mohammad, K. I., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2011). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery*, 27, e238-e245.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé*, 15, 93-103.
- Nath, S., Ryan, E. G., Trevillion, K., Bick, D., Demilew, J., Milgrom, J.,... Howard, LM. (2018). Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-2). *BMJ Open*, 8, e023766.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. London, UK: The British Psychological Society.
- Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., & Morales, F. (2012). Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression. *Revista De Investigación Clínica*, 64, 625-633.
- Navío, M., Pérez, V. (2020). *Depresión y suicidio. Documento estratégico para la promoción de la salud mental*. Madrid, España: Wecare-u. Healthcare Communication Group.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32, 465-477.
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Emilin, W. M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52.
- Nurbaeti, I., Deoisres, W., & Hengudomsub, P. (2019). Association between psychosocial factors and postpartum depression in South Jakarta, Indonesia. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 20, 72-76.
- Odriozola, M., Vita, A., Maiz, B., Zialtzeta, L., & Bengoetxea, L. (2008). Índice de esfuerzo del cuidador: Test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *Semergen*, 34, 435-438.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Recuperado de: eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos (mscbs.gob.es)

- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28, 3-12.
- O'Hara, M. W. (1995). *Postpartum depression: causes and consequences*. New York, NY, USA: Springer-Verlag.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 61, 714-719.
- Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V., & Ravindran, AV. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *Journal of Affective Disorders*, 117, 5-14.
- Pearlin, L. I. (1991). The careers of caregivers. *Gerontologist*, 32, 647-652.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-94.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 30, 241-256.
- Peng, M. M., Zhang, T. M., Liu, K. Z., Gong, K., Huang, C. H., Dai, G. Z., ...Ran, M. S. (2019). Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *International Journal of Social Psychiatry*, 65, 548-557.
- Pérgola, F. (2002). *Breve Historia de la Depresión*. Buenos Aires, Argentina: Médicos y Medicina en la Historia.
- Petrozzi, A., & Gagliardi, L. (2013). Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *Journal of Perinatal Medicine*, 41, 343-348.
- Plant, D. T., Jones, F. W., Pariente, C. M., & Pawlby, S. (2017). Association between maternal childhood trauma and offspring childhood psychopathology: mediation analysis from the ALSPAC cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 211, 144-150.
- Poo, F. A., Espejo, S. C., Godoy, P. C., Gualda, C. M., Hernández, O. T., & Pérez, H. C. (2008). Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care. *Revista Médica de Chile*, 136, 44-52
- Porter, C. L., & Hsu, H. C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64.
- Quispe, A. M., Alvarez-Valdivia, M. G., & Loli-Guevara, S. (2020). Metodologías Cuantitativas 2: Sesgo de confusión y cómo controlar un confusor. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13, 205-212.
- Racine, N., Zumwalt, K., McDonald, S., Tough, S., & Madigan, S. (2020). Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *Journal of Affective Disorders*, 263, 576-581.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.
- Ramasamy, M. S., Ibrahim, R., Madon, Z., & Arshat, Z. (2017). A validity study of Malay-translated version of the Modified Caregivers Strain Index Questionnaire (M-CSI-M). *Journal of Business and Social Review in Emerging Economies*, 3, 217–226.
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J. P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health*, 57, 154–172.
- Reece, S. M. (1992). The parent expectations survey: a measure of perceived self-efficacy. *Clinical Nursing Research*, 1, 336–346.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2018). *Assessment and Interventions for Perinatal Depression*. Recuperado de: Assessment and Interventions for Perinatal Depression | Registered Nurses' Association of Ontario (rnao.ca)
- Reid, K. M., & Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research*, 54, 246–262.
- Ribeiro, O., Brandão, D., Oliveira, A. F., Martín, I., Teixeira, L., & Paúl, C. (2019). The Modified Caregiver Strain Index: Portuguese version. *Journal of Health Psychology*, 26, 1597–1608.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*, 38, 344–348.
- Romer, D., Stanton, B., Galbraith, J., Feigelman, S., Black, M. & Li, X. (1999). Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty setting. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medical*. 153, 1055–1062.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: part I. processes. *Nursing Research*, 16, 237–245.
- Sandín, B. (2009). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2) (págs. 4–52). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127–139.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.B, Daniels, J. D., ...Alkema, L. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*, 2, e323–e333.
- Selye, H. (1983). The stress concept: Past, present, and future. En Cooper, C.L. (Ed.): *Stress research* (pp. 1 – 20). New York, NY, USA: Wiley.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires, Argentina: Cía. Gral. Fabril.
- Selye, H. (1954). *Estrés*. Barcelona, España: Científico Médica.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ...Dunbar GC. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and vali-

dation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.

Sherbourne C. D., Stewart A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-712.

Shorey, S.; Yin, C. C.; Debby, E.; Yiong, C.; Wai, W. T.; & Seng, C. Y. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235-248.

Simpson, W., Glazer, M., Michalski, N., Steiner, M., & Frey, B. N. (2014). Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 434-440.

Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15, 352-68.

Sjöström, H., Langius-Eklöf, A., & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 1112-1118.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health*, 15:1745506519844044.

Smilkstein G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its uses by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., ...Page, A. C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 443-454.

Spielberger, R. L., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA ediciones.

Spring, B. (2007). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: What It Is, Why It Matters; What You Need to Know. *Journal of clinical psychology*, 63, 611-631.

Stelmack, R. M., & Stalikas, A. (1991). Galen and the humour theory of temperament. *Personality and Individual Differences*, 12, 255-263.

Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 27, 183-196.

Surkan, P. J., Patel, S. A., & Rahman, A. (2016). Preventing infant and child morbidity and mortality due to maternal depression. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 36, 156-168.

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15, 73.

- Tang, W. K., & Chan, C. Y. (2016). Effects of psychosocial interventions on self-efficacy of dementia caregivers: A literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 475–493.
- Telles-Correia, D., & Marques, J. G. (2015). Melancholia before the twentieth century: fear and sorrow or partial insanity? *Frontiers in psychology*, 6(81).
- Thoits, P.A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145–161.
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A. W., & Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self report screening questionnaires. *Canadian Medical Association Journal*, 190, E44–E49.
- Thornton, M., & Travis, S. S. (2003). Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58, 127–132.
- Tuke, D. H. (2015). *Chapters in the History of the Insane in the British Isles*. New York, Estados Unidos: Library of Alexandria.
- Ugur, O., & Fadiloglu, C. (2010). Caregiver Strain Index validity and reliability in Turkish society. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11, 1669–1675.
- Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 711–720.
- Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T., Nojomi, M. (2019). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women Birth*, 32, 238-e242.
- Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (4ª Ed.)*. Barcelona, España: Masson S.A.
- Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., Del Barrio, J. L., & Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clínica*, 128, 486–492.
- Walusinski, O. (2017). Louis Delasiauve (1804–1893), an alienist at the dawn of epileptology and pediatric psychiatry. *Revista de Neurología*, 174, 106–114.
- Warfa, N., Harper, M., Nicolais, G., & Bhui, K. (2014). Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: a systematic review. *BMC Psychology*, 18, 56.
- Weidner, K., Bittner, A., Pirling, S., Galle, M., Junge-Hoffmeister, J., Einsle, F., & Stöbel-Richter, Y. (2013). Protective factors for postpartum depression. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59, 391–407.
- Wernand, J. J., Kunseler, F. C., Oosterman, M., Beekman, A. T., & Schuengel C. (2014). Prenatal changes in parenting self-efficacy: linkages with anxiety and depressive symptoms in primiparous women. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 42–50.

- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J. & Browner, W. S. (1997). Case-Finding Instruments for Depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 439-445.
- Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO Composite International diagnostic interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.
- Wolpe, J. (1979). Neurosis. En W. Arnold, H. J. Eysenck y R. Meili (Eds.). *Diccionario de psicología* (pp. 404-408). Madrid, España: Ediciones Rioduero.
- Yébenes, M., Rodríguez, F., Carmona, L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5, 171-177.
- Yim, I. S., Tanner, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 99-137.
- Zappas, M. P., Becker, K., & Walton-Moss, B. (2021). Postpartum Anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17, 60-64.
- Zarit, S.H. (2002). Caregiver's Burden. En S. Andrieu y J.P. Aquino: *Family and professional carers: findings lead to action*. Paris, Francia: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.
- Zarit, S.H. (1998). *Dementia: caregivers and stress. Community paper series: paper 8*. Victoria, BC, USA: Centre on Aging, University of Victoria.
- Zarit, S. H. (1996). *Families at the Crossroads: Caring for Disabled Older People*. Pennsylvania: Penn Sate University, Gerontology Center, College of Health and Human Development.
- Zarit, S.H. (1990a). Concepts and measures in family caregiving research. En B. Bauer (ed.): *Conceptual and Methodological Signes in Family Caregiving Research. Proceeding of the Invitational Conference on Family Caregiving Research*. Toronto, Canadá.
- Zarit, S. H. (1990b). Interventions with Frail Elders and Their Families: Are They Effective and Why? En M.A. Parris Stephens, J.H. Crowther, S.E. Hobfoll y D.L. Tennenbaum (Eds): *Stress and Coping in Later Life Families*. New York, NY, USA: Hemisphere Publishing Company.
- Zarit, S. H. (1989). Issues and directions in Family intervention research. En E. Light y B.D. Lebowitz (Eds): *Alzheimer, and Family Stress: Directions for research* (pp 458 - 486). Washington, D.C., USA: US Government Printing Office.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260 - 266.
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-55.
- Zheng, X., Morrell, J., & Watts, K. (2018). Changes in maternal self-efficacy, postnatal depression symptoms and social support among Chinese primiparous women during the initial postpartum period: A longitudinal study. *Midwifery*, 62, 151-160.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Anexos

Anexo 1

Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Cox et al., 1987)

Instrucciones: Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada con relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada. En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:
 - Igual que siempre.
 - Ahora, no tanto como siempre.
 - Ahora, mucho menos.
 - No, nada en absoluto.

2. He mirado las cosas con ilusión:
 - Igual que siempre.
 - Algo menos de lo que es habitual en mí.
 - Bastante menos de lo que es habitual en mí.
 - Mucho menos que antes.

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:
 - Sí, la mayor parte del tiempo.
 - Sí, a veces.
 - No muy a menudo.
 - No, en ningún momento.

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:
 - No, en ningún momento.
 - Casi nunca.
 - Sí, algunas veces.
 - Sí con mucha frecuencia.

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:

- Sí, bastante.
- Sí, a veces.
- No, no mucho.
- No, en absoluto.

6. Las cosas me han agobiado:

- Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas.
- Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre.
- No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien.
- No, he afrontado las cosas tan bien como siempre.

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:

- Sí, la mayor parte del tiempo.
- Sí, a veces.
- No muy a menudo.
- No, en ningún momento.

8. Me he sentido triste o desgraciada:

- Sí, la mayor parte del tiempo.
- Sí, bastante a menudo.
- No con mucha frecuencia.
- No, en ningún momento.

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, la mayor parte del tiempo.
- Sí, bastante a menudo.
- Sólo en alguna ocasión.
- No, en ningún momento.

10. He tenido pensamientos de hacerme daño:

- Sí, bastante a menudo.
- A veces.
- Casi nunca.
- En ningún momento.

Anexo 2

Cuestionario de ansiedad-estado STAI (Spielberger y Lushene, 1982)

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase y señale la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada.	0	1	2	3
2. Me siento segura.	0	1	2	3
3. Estoy tensa.	0	1	2	3
4. Estoy contrariada.	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterada.	0	1	2	3
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansada.	0	1	2	3
9. Me siento angustiada.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí misma.	0	1	2	3
12. Me siento nerviosa.	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada.	0	1	2	3
14. Me siento muy "atada" (como oprimida).	0	1	2	3
15. Estoy relajada.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha.	0	1	2	3
17. Estoy preocupada.	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobreexcitada.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

Anexo 3

Escala de Calificación de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967)

Instrucciones: Este cuestionario pretende medir la magnitud de los acontecimientos vitales estresantes que una persona ha sufrido durante el último año. Señale con una "X" en aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido durante el último año:

Señale "X"	Nº Ítem	Acontecimiento vital	Puntuación
	1	Muerte de la pareja	100
	2	Divorcio	73
	3	Separación matrimonial	65
	4	Cumplimiento de una condena de cárcel	63
	5	Muerte de un familiar cercano	63
	6	Lesión o enfermedad personal	53
	7	Matrimonio	50
	8	Despido del trabajo	47
	9	Desempleo	47
	10	Reconciliación matrimonial	45
	11	Jubilación	45
	12	Cambio en la salud de algún miembro de la familia	44
	13	Drogadicción y/o alcoholismo	44
	14	Embarazo	40
	15	Dificultades o problemas sexuales	39
	16	Llegada de un nuevo miembro de la familia	39
	17	Ajustes en los negocios	39
	18	Cambio en la situación económica	38
	19	Muerte de un amigo íntimo	37
	20	Cambio a un trabajo distinto	36
	21	Mala relación con la pareja	35
	22	Juicio por hipoteca o préstamo	30
	23	Cambio en las responsabilidades en el trabajo	29
	24	Hijo o hija que deja el hogar	29
	25	Problemas legales	29
	26	Logro personal notable	28
	27	La pareja comienza o deja de trabajar	26

	28	Comienzo o final de la educación escolar	26
	29	Cambios en las condiciones de vida	25
	30	Revisión de los hábitos personales	24
	31	Problemas con el jefe en el trabajo	23
	32	Cambio en las horas o condiciones de trabajo	20
	33	Cambio de residencia	20
	34	Cambio de colegio	20
	35	Cambio en las actividades de ocio	19
	36	Cambio en las actividades religiosas	19
	37	Cambio en las actividades sociales	18
	38	Cambio de hábito de dormir	17
	39	Cambio en el número de reuniones familiares	16
	40	Cambio de hábitos alimenticios	15
	41	Vacaciones	13
	42	Navidades	12
	43	Leves transgresiones de la ley	11
		Puntuación:	

Anexo 4

Cuestionario Duke-UNC-11 (Broadhead et al., 1988)

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco.	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto.	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	1	2	3	4	5

Anexo 5

Escala de valoración de la prestación de cuidados (Lawton, 2000)

Instrucciones: Nos gustaría preguntarle acerca de algunos sentimientos que usted podría experimentar en la realización de los cuidados de su hijo/a. Por favor, seleccione la respuesta que mejor manifieste su respuesta.

1. Me siento capaz de manejar la mayoría de los problemas relacionados con los cuidados de mi hijo/a.

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo.

2. Soy bastante buena averiguando lo que necesita mi hijo/a.

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo.

3. ¿Con qué frecuencia me siento tranquila sabiendo que le presto a mi hijo/a los cuidados necesarios?

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

4. ¿Con qué frecuencia tengo dudas con relación a los cuidados que tengo que hacerle a mi hijo/a?

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

5. ¿Con qué frecuencia siento que debería hacer más cosas por mi hijo/a?

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

6. ¿Con qué frecuencia siento que podría mejorar los cuidados que le presto a mi hijo/a?

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

Anexo 6

APGAR familiar (Smilkstein, 1978)

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

Anexo 7

Cuestionario de Orientación a la Vida (SOC-13) (Antonovsky, 1987)

Instrucciones: A continuación, hay una serie de preguntas sobre varios aspectos de la vida. Cada pregunta tiene 7 respuestas posibles. Por favor, marque el número que mejor exprese su respuesta. Los números 1 y 7 indican las respuestas extremas. Si las palabras que aparecen debajo del 1 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 1. Si las palabras que aparecen debajo del 7 son ciertas en su caso, haga un círculo alrededor del 7. Si su parecer es diferente, rodee el número que mejor encaje con su idea de la pregunta.

1. ¿Tiene la sensación de que realmente no le importa lo que pasa a su alrededor?						
1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca.						Muy a menudo.

2. ¿Le ha sucedido en el pasado haberse quedado sorprendida por el comportamiento de personas que creía conocer bien?						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha sucedido.						Siempre me sucede.

3. ¿Le ha sucedido que personas con las que contó le defraudaron?						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha sucedido.						Siempre me sucede.

4. Hasta ahora su vida...						
1	2	3	4	5	6	7
No ha tenido en absoluto un propósito o metas claras.						Ha tenido un propósito y metas claras.

5. ¿Tiene la sensación de que está siendo tratada injustamente?						
1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca.						Muy a menudo.

6. ¿Tiene la sensación de no saber qué hacer cuando se encuentra en una situación poco habitual?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca.						Muy a menudo.

7. Hacer las cosas que usted hace todos los días es:

1	2	3	4	5	6	7
Una fuente de sufrimiento y aburrimiento.						Una fuente de profunda placer y satisfacción.

8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca.						Muy a menudo.

9. ¿Ocurre que tiene sentimientos dentro de usted que preferiría no sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca.						Muy a menudo.

10. Muchas personas, incluso las que tienen un carácter fuerte, en ciertas ocasiones se sienten a veces como unos fracasados . ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca.						Muy a menudo.

11. Cuando algo ha sucedido, en general ha observado que...

1	2	3	4	5	6	7
Sobrevaloré o infravaloré su importancia.						Valoré las cosas en su justa medida.

12. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que las cosas que hace en su vida diaria tienen poco sentido o importancia?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca.						Muy a menudo.

13. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de los que duda poder controlar?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca.						Muy a menudo.

Anexo 8

Índice de Esfuerzo del Cuidador (Robinson, 1983)

Índice de Esfuerzo del Cuidador	Sí.	No.
1. Tiene trastornos de sueño (p. ej., porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).		
2. Es un inconveniente (p. ej., porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionarlo).		
3. Representa un esfuerzo físico (p. ej., hay que sentarlo, levantarlo de una silla).		
4. Supone una restricción (p. ej., porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).		
5. Ha habido modificaciones en la familia (p. ej., porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).		
6. Ha habido cambios en los planes personales (p. ej., se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).		
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (p. ej., por parte de otros miembros de la familia).		
8. Ha habido cambios emocionales (p. ej., causa de fuertes discusiones).		
9. Algunos comportamientos son molestos (p. ej., la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas).		
10. Es molesto darse cuenta de que la situación ha cambiado tanto comparado con la de antes (p. ej., es una persona diferentes de antes).		
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (p. ej., a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).		
12. Es una carga económica.		
13. Nos ha desbordado totalmente (p. ej., por la preocupación acerca de la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).		
Puntuación total (contar respuestas afirmativas)		

Anexo 9

Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de Jaén



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^a. ELISA NIEVES GODOY, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de Centros, de la Provincia de Jaén,

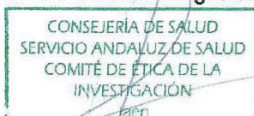
CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Jaén, ha considerado emitir **Informe Favorable**, según consta en el acta de la reunión celebrada el día 26 de julio de 2018,

Al Proyecto de Investigación titulado: IPPS-2018 "Influencia del Plan de Parto en la **satisfacción materna durante el parto**", presentado por el Investigador Principal: D. David Feligreras Alcalá, Matron de la UGC de Obstetricia y Ginecología, del Complejo Hospitalario de Jaén.

Lo que firmo en Jaén, a 26 de julio de 2018.

**La Secretaria del Comité
de Ética de la Investigación**



Fdo.: Elisa Nieves Godoy

Anexo 10

Índice de Esfuerzo del Cuidador Adaptado al Cuidado del Recién Nacido

Ítems	Sí = 1	No = 0
1. Tiene trastornos de sueño (p. ej., porque su hijo/a se despierta por la noche).		
2. Es un inconveniente (p. ej., porque el cuidado consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionarlo).		
3. Representa un esfuerzo físico.		
4. Supone una restricción (p. ej., porque el cuidado limita el tiempo libre).		
5. Ha habido modificaciones en la familia (p. ej., porque el cuidado ha roto la rutina o no hay intimidad).		
6. Ha habido cambios en los planes personales (p. ej., se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).		
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (p. ej., por parte de otros miembros de la familia).		
8. Ha habido cambios emocionales (p. ej., causa de fuertes discusiones).		
9. Algunos comportamientos son molestos (p. ej., el llanto, los despertares nocturnos...).		
10. Es molesto darse cuenta de que la situación ha cambiado tanto comparada con la de antes.		
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (p. ej., a causa de la necesidad de dedicar tiempo para el cuidado).		
12. Es una carga económica.		
13. Nos ha desbordado totalmente (p. ej., por la preocupación sobre cómo cuidar a su hijo/a).		
Puntuación total (contar respuestas afirmativas)		

Anexo 11

Caregiver Strain Index Adapted to Newborn Care (English Translation of the Spanish Version)

Items	Yes = 1	No = 0
1. Sleep is disturbed (e.g. because your child wakes up at night).		
2. It is inconvenient (e.g. because helping takes so much time or it is a long drive over to help).		
3. It is a physical strain.		
4. It is confining (e.g. helping restricts free time).		
5. There have been family adjustments (e.g. because helping has disrupted routine or there has been no privacy).		
6. There have been changes in personal plans (e.g. had to turn down a job or could not go on vacation).		
7. There have been other demands on my time (e.g. from other family members).		
8. There have been emotional adjustments (e.g. because of severe arguments).		
9. Some behaviour is upsetting (e.g. crying, night awakenings).		
10. It is upsetting to find the situation has changed so much compared to before.		
11. There have been work adjustments (e.g. because of having to take time off).		
12. It is a financial strain.		
13. Feeling completely overwhelmed (e.g. because of concern about how to care for your child).		
Total Score (count yes responses)		

