



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Máster Universitario de Iniciación a la Investigación
en Ciencias de la Enfermería***

Curso Académico 2021/22

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Análisis de la percepción del proceso de maternidad de las mujeres que han dado a luz en un Hospital IHAN.

Analysis of the perception of the process of motherhood of women who have given birth in an IHAN Hospital.

Autor/a: Marina Augusto Satué

Director/a: Ana Belén Subirón Valera

ÍNDICE

ACRÓNIMOS Y SIGLAS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Hipótesis y objetivos del estudio	8
2. MATERIALES Y MÉTODO	9
2.1 Participantes	9
2.2 Instrumentos	9
2.3 Análisis estadístico de los datos	10
2.4 Consideraciones éticas	11
3. RESULTADOS	11
3.1 Análisis cuantitativo	11
3.1.1 Análisis univariante	13
3.1.2 Análisis bivalente	14
3.2 Análisis cualitativo	18
4. DISCUSIÓN	19
5. CONCLUSIONES	22
6. BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXO	28

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

SOC: Sentido de la Coherencia

LM: Lactancia Materna

MB: Maternity Blues

PANAS: Escala de Afectividad Positiva y Afectividad Negativa

UCLA: Escala de Soledad

COREQ: Criterios consolidados para informar y publicar sobre investigaciones cualitativas

CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón

SD: Desviación estándar

SG: Semanas de gestación

RESUMEN

Introducción: El puerperio es un periodo de adaptación hacia la maternidad. La mujer puérpera experimenta diferentes estados emocionales, incluyendo alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales. Sus circunstancias vitales determinaran el grado de manejabilidad, significación y comprensibilidad, que tienen las mujeres en esta transición.

Objetivos: Analizar el sentimiento de soledad, coherencia y emociones o afecciones que experimentan las mujeres puérperas, que han dado a luz en el Hospital de Barbastro entre los 40-45 días del puerperio.

Material y método: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el Hospital de Barbastro. Se invitó a participar a las mujeres que habían dado a luz entre el 11 de marzo y el 8 de julio. Para el análisis, se utilizaron las escalas UCLA, SOC y PANAS, junto a las circunstancias vitales de las madres (edad, paridad, lactancia, etc.). El conjunto se analizó mediante el programa estadístico R-commander.

Resultados: Las 50 participantes muestran una media de edad avanzada, pero se encontraban en un rango normal de semanas de gestación. Gran parte de ellas han tenido un parto eutócico, y la lactancia materna exclusiva ha sido la elección mayoritaria. Por lo general muestran, un nivel bajo-moderado del sentido de la coherencia, un nivel moderado de soledad y un alto nivel de afectividad positiva. Encontramos una asociación significativa entre el origen étnico latino y la afectividad negativa, y entre el nivel educativo y la dimensión de significancia del SOC.

Conclusiones: Durante el puerperio, la mujer experimenta una serie de cambios, a los que debe ir adaptándose. Tener herramientas que analicen en qué estado emocional se encuentra la mujer, permitiría crear intervenciones de enfermería de acuerdo a sus necesidades, fomentando su óptima recuperación.

Palabras clave: Puerperio, Coherencia, Soledad, Afectividad y Estatus Socioeconómico.

ABSTRACT

Introduction: The puerperium is a period of adaptation towards motherhood. The puerpera experiences different emotional states, including cognitive, behavioral and emotional alterations. Their vital circumstances will determine the degree of manageability, significance and comprehensibility of the post-transitions.

Objectives: To analyze the feeling of loneliness, the sense of coherence and the emotions experienced by the women who gave birth at the Barbastro Hospital and are between 40-45 days after the birth.

Material and method: A cross-sectional descriptive observational study was performed at the Barbastro Hospital. Women who had given birth between 11 March and 8 July were invited to participate. For the analysis, the UCLA, SOC and PANAS scales were used, together with the vital circumstances of the mothers (age, parity, breastfeeding, etc.). The whole was analyzed using the R-commander statistical program.

Results: The 50 participants showed an average advanced age, but they were in a normal range of weeks of gestation. Much of them have had a eutoccal birth, and exclusive breastfeeding has been the majority choice. They usually show a low-moderate level of the sense of coherence, a moderate level of loneliness and a high level of positive affectivity. We found a significant association between Latino ethnicity and negative affectivity, and between the educational level and the significance dimension of SOC.

Conclusions: During the postpartum period, the woman undergoes a series of changes, which can be difficult to accept. Having tools that analyze the emotional state in which the woman is, would allow creating nursing interventions according to their needs, promoting their optimal recovery.

Keyword: Puerperium, Coherence, Loneliness, Affectivity and Socioeconomic Status.

1. INTRODUCCIÓN

Tras el parto, la mujer inicia una nueva etapa y comenzará un periodo de cambios y adaptaciones. El puerperio o cuarentena, es un periodo que comprende diferentes cambios funcionales, anatómicos, físicos, emocionales, sociales, etc. Según algunos artículos, se define como el periodo desde que finaliza el parto, hasta la aparición de la primera menstruación. (Alshikh Ahmad et al. 2021) También, como el periodo comprendido desde el final del parto hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. (Avilés Sáez et al. 2019) Estas definiciones, por lo general, comprenden aspectos fisiológicos de la mujer; y obedecen al modelo de salud que predomina actualmente, el bio-psicosocial. Pero: ¿En qué momento se alcanza la adecuada recuperación psicosocial de la mujer puérpera? Según la OMS, una óptima salud mental en el puerperio supondría, un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Durante el puerperio, la mujer está sujeta a unos cambios psicológicos, entre los cuales, puede sentir desconexión de su propio cuerpo. Incluso, sentir que los acontecimientos externos que está viviendo, los percibe de manera irreal. El control sobre su vida, puede verse alterado con la llegada del recién nacido, ya que esto supone un momento de irreversibilidad. (Bezares Pérez et al. 2009) (Arnau Sánchez et al. 2016)

El proceso de adaptación hacia la maternidad, en ocasiones supone una rápida alteración del rol social, que resulta complejo de asimilar. Afrontar esta transición, puede generar un cambio en su salud mental, alterando su sentido de la coherencia (SOC), ya que, según sus circunstancias y su capacidad salutogénica, podrá superar con mayor o menor dificultad el post parto. (Eriksson & Lindström et al. 2006) Según Antonovsky et al. 1996, la salud se puede considerar como un movimiento continuo entre el bienestar y la enfermedad, por lo que la orientación salutogénica, es la base de la promoción de la salud. Este autor, define el sentido de la coherencia, como factor en la comprensión de la salud, a través de la forma que las personas interpretan y afrontan las situaciones estresantes. Antonovsky, desarrolló una escala que lo analiza, y se compone de tres dimensiones. La primera dimensión es la comprensibilidad, que se refiere a la habilidad que tiene una persona para desarrollar de manera adecuada una acción, y puede verse influida por la falta de conocimiento o la falta de experiencia. La segunda es la manejabilidad, se mide mediante la facilidad que tiene una persona para desarrollar una actividad, es decir, entender que recursos son adecuados frente las demandas del medio. Y, por último, significatividad, que es un concepto motivacional, representado por la forma, en la que el individuo, percibe que su vida tiene un propósito. (Vega Martínez et al. 2019)

Los constructos de personalidad de orientación materna y SOC, están relacionados de tal manera, que ambos reflejan el desarrollo psicológico de la puérpera. La auto relación, que tienen las mujeres consigo mismas y con su entorno, es un concepto que durante el puerperio les sitúa en un contexto de transición, en el que se identifican sentimientos relacionados con la ansiedad. (Staneva et al. 2015) Dado que el sentido de la coherencia es un sentimiento global y dinámico de confianza de la capacidad de uno mismo

para controlar su entorno, el embarazo y el periodo de crianza, puede ocasionar una disminución de esta capacidad, alterando el modo de afrontar este cambio.

Tras el parto, el regreso al domicilio, porta consigo una adaptación psicológica, que consta de la aceptación del nuevo individuo y la demanda de sus cuidados, ocasionando una disminución en los cuidados de la mujer puerpera. (Salud Mental: Fortalecer Nuestra Respuesta, 2022) La modificación de sus circunstancias vitales, puede ocasionar un sentimiento de soledad, una distorsión de su autopercepción, su imagen o su pensamiento. También influyen las expectativas sociales, ya que pueden crear un concepto del post parto alejado de la realidad, que provoque sentimientos de rechazo, ansiedad o culpabilidad, aumentando así la afectividad negativa o sus sentimientos negativos. (Borelli et al. 2016) En un estudio, se determinó que las embarazadas y las puerperas tienen su autopercepción más alterada, que antes del embarazo. (Carrizo et al. 2020) Además, la responsabilidad hacia el recién nacido, puede ocasionar un sentimiento de soledad, necesitando un mayor tiempo para los cuidados del bebé, quitándoselo a ellas mismas. Entre estas responsabilidades, se encuentra la alimentación, que, en el caso de lactancia materna exclusiva (LM), la mayor responsable es la madre y esto requiere una gran parte de su tiempo. Por otro lado, el instinto materno, que incrementa la sensibilidad hacia el bebé y ayudará a su adaptación, permitiendo que, aunque sea un momento de cambio, experimente sentimientos de alegría, satisfacción o fortaleza, es decir, aumentar la afectividad positiva o sentimientos positivos.

En la década de los 70, la antropóloga Dana Raphael, desarrolló el concepto de *matrescencia*, para denominar la transición de la mujer como concepto individual, a convertirse en madre. Consta de cuatro etapas, la primera son los cambios que se producen en la dinámica familiar y surgen nuevos roles familiares. La segunda, es la ambivalencia entre querer cuidar al bebé y el deseo de tener mayor tiempo para su autocuidado. La tercera, es el choque entre las expectativas y la realidad, debiéndose adaptar a ella. Y, por último, el sentimiento de culpa que aparece cuando se comparan con el modelo ideal de madre, en el cual, la madre se siente satisfecha y deja atrás todo lo negativo. (Kurz et al. 2022)

Existen diversos términos para denominar los cambios emocionales que presenta la mujer durante el puerperio y uno de ellos es la Tristeza Puerperal o *Maternity Blues (MB)*. Este concepto engloba un estado transitorio fisiológico y psicológico, con síntomas tales como depresión del estado del ánimo, inestabilidad, insomnio, ansiedad, confusión, irritabilidad, cambios de apetito y trastornos del sueño. Estos síntomas aparecen entre los primeros 10-15 días, y no están considerados como una condición patológica, ya que suelen ser transitorios y desaparecen a partir de ese momento. Su prevalencia es elevada ya que entorno a un 40-60% de las mujeres padecen estos síntomas. (Rezaie-Keikhaie et al. 2020) Algún artículo cita, la existencia de mayor prevalencia en países africanos y europeos, que en países asiáticos y en EEUU. También influye el nivel socioeconómico, ya que tienen mayor riesgo las mujeres con ingresos más bajos y aquellas que residen en países en vías de desarrollo. Esto último, está relacionado con la falta de recursos humanos y estructurales en la atención a la salud; aunque también podría estar relacionada con sus antecedentes culturales y estilos de vida. (Song et al. 2020) Se estima que entre un

10-15% de las madres, sufren un cambio psicológico o son diagnosticadas de depresión post parto. Lo cierto es, que se desconoce su etiopatogenia, pero podría verse influido por sus circunstancias vitales. (Dennis D.L. et al. 2015) (Sierra Manzano et al. 2002)

La mayor parte de estos cambios, según diversos autores con visiones más biologicistas, se deben a las hormonas, siendo éstas capaces de modificar la estructura y función cerebral. Durante el periodo del puerperio, el cerebro materno cambia su objetivo, puesto que tiene la necesidad de cuidar a un recién nacido, manifestándose con una pérdida leve de memoria y un aumento de la empatía. Estudios recientes aseguran que el cerebro materno cambia desde el embarazo, con la finalidad de cuidar mejor al bebé. Este término recibe el nombre de poda neuronal y consta de una reducción de la materia gris en algunas zonas del cerebro, reduciéndolo en las partes del cerebro más racionales. (Carmona et al. 2019) (Liu et al. 2022)

En cuanto al abordaje obstétrico que se ofrece en los centros sanitarios, no siempre contempla un enfoque preventivo de los posibles daños emocionales. Es por ello, que sería necesario crear una buena estrategia de promoción de salud en el puerperio. Durante la cual, se cuente con herramientas que detecten los procesos de puerperio complejos, apoyen a la mujer en este cambio y fomenten su adaptabilidad. Es cierto que, el conocimiento previo a un cambio, permite anticiparse a su control y aceptación de este. Así pues, reconocer un cambio o problema de salud, es importante para fomentar el conocimiento sobre las posibles complicaciones y apoyar en el duelo del individuo que, sufre una despersonalización. Este término hace referencia a sentirse separado de uno mismo. (Reutens et al. 2010)

Durante el año 2022, la OMS ha redactado nuevas recomendaciones, acerca de la urgencia de apoyar el periodo posnatal, en el que pretenden fomentar mayor apoyo en la recuperación y el bienestar mental y físico de la madre. (World Health Organization, 2022) Otra guía que apoya el bienestar materno y del recién nacido, es el programa de Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN). Trata de fomentar una óptima experiencia durante el parto, ayudar a instaurar la lactancia materna y asegurar la continuidad de los cuidados y la atención hacia la mujer puérpera. (Unicef, 2021)

1.1 Hipótesis y objetivos del estudio

Las mujeres puérperas experimentan un cambio en sus circunstancias vitales que, distorsiona su autopercepción o sentido de la coherencia, su imagen o sus sentimientos, incluyendo el de soledad.

El objetivo general de este proyecto es, analizar el sentimiento de soledad, coherencia y emocionalidad o afecciones que experimentan las mujeres que han dado a luz en el Hospital de Barbastro entre los 40-45 días del puerperio.

Los objetivos específicos son:

1. Analizar las variables que condicionan la adaptabilidad del puerperio, tales como: edad, tipo de parto, semanas de gestación, tipo de anestesia, lactancia, nº de patologías, medicación activa, aborto, paridad, nivel educativo, estado civil y origen étnico.
2. Describir qué factores sociodemográficos pueden condicionar la adaptación del puerperio tardío.
3. Conocer la experiencia de las puérperas durante su puerperio, teniendo en cuenta sus circunstancias vitales.

2. MATERIALES Y MÉTODO

2.1 Participantes

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, en una muestra de 50 mujeres durante el periodo de puerperio tardío (40-45 días) y, que dieron a luz en el Hospital de Barbastro. Se han recogido los datos pertinentes desde el 11 de marzo hasta el 8 de julio.

Para entrevistar a las puérperas, se realizaron llamadas telefónicas. La entrevista constaba de dos partes, la primera de ellas, una parte en la que se dejaba a la puérpera expresar libremente su experiencia vivida. Y la segunda parte, en la se administraban las encuestas. Por último, se accedía a su Historia Clínica Electrónica y se verificaba la información obstétrica.

Los criterios de inclusión han sido, mujeres entre 20-45 años, que pertenezcan al Sector Barbastro y que se encuentren entre los primeros 40-45 días del puerperio, es decir, durante el puerperio tardío. Y los criterios de exclusión, madres adolescentes o mayores de 45 años, mujeres diagnosticadas con patologías de salud mental, con tratamiento psiquiátrico y que no comprendan el castellano.

2.2 Instrumentos

Se administraron la escala del sentido de la coherencia (SOC), la escala de afectividad positiva y negativa (PANAS) y la escala de la soledad (UCLA). (Antonovsky et al. 1993) (Watson et al. 1988) (Russell et al. 1996)

La escala de SOC, es un cuestionario de autoevaluación desarrollado por Antonovsky, en el año 1993, que mide la capacidad salutogénica de las personas. Consta de 13 ítems distribuidos en tres dimensiones: comprensibilidad (ítems 2,6, 8, 9 y 11), manejabilidad (ítems 3, 5, 10 y 13) y significación (ítems 1, 4, 7 y 12). El cuestionario se responde en una escala tipo Likert de siete puntos que va de 1 (nunca o rara vez) a 7 (muy a menudo o siempre). Los valores de referencia son los siguientes, 13-30.29 corresponden a un nivel bajo de coherencia, 30.42-60.58 serían niveles moderados y los valores comprendidos entre el 60.71-91 al nivel alto. Es decir, a mayor puntuación en la escala, mayores niveles de coherencia. La versión española validada por Virués-Ortega, Martínez-Martín, Del Barrio, Lozano et al. 2007, se utilizó en este estudio. (Lizarbe-Chocarro et al. 2016)

La escala PANAS (Positive Affect and Negative Affect), es un instrumento que evalúa dos factores emocionales, el afecto positivo y negativo. Fue desarrollada en 1988, por tres psicólogos americanos: David Watson, Lee Anna Clark y Auke Tellegen. Se compone de 20 ítems, que describen emociones negativas (10 ítems) y positivas (10 ítems). Muestra un formato Likert, en el que hay 5 opciones de respuesta (nada, muy poco, algo, bastante y mucho). Para el análisis de las emociones, se han desarrollado diferentes taxonomías, como el modelo circunflejo o dimensional o el modelo ortogonal de las emociones, que las divide en positivas y negativas. Ambas son independientes entre sí, puesto que, si hay elevadas puntuaciones en una escala, no implicaría bajas puntuaciones en la otra. Al dividir los sentimientos en positivos y negativos, también se dividen las respuestas, puesto que los puntos comprenden desde 0 al 50. En la afectividad positiva, a mayor proximidad al 50, mayores sentimientos positivos y, por el contrario, en la afectividad negativa, a mayor proximidad al 50, mayores sentimientos negativos. (Heubeck & Boulter, 2021)

La escala UCLA, es un cuestionario que se desarrolló por el autor Russell, D. W. en el año 1980 y validado al castellano por A.J Vázquez en el año 1994. Permite medir el estado de soledad en el que se encuentra la persona. Esta vivencia está presente a lo largo de nuestra vida en menor o mayor intensidad y está relacionada con el estado de salud. Consta de diez preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (en ocasiones) y 4 (a menudo). Las respuestas se interpretan en función de la puntuación obtenida, de 20 a 40 puntos, es soledad moderada y de 40 a 60 puntos, soledad leve. (Auné et al., 2019)

Además de las respuestas de las escalas, se obtuvieron datos sociodemográficos relativos a su edad, nivel de estudios e información obstétrica diversa, tales como, tipo de parto, semana de gestación, uso de anestesia, tipo de lactancia, partos previos, patologías, tratamientos, número de abortos, paridad, nivel educativo, profesión, estado civil, origen étnico y duración de la llamada.

Para completar el objetivo de esta investigación se intentó conocer las experiencias de las mujeres durante esta etapa mediante la metodología fenomenológica de investigación. Con ello, se pretendió llegar a comprender el fenómeno complejo de la vivencia del puerperio, a través de la experiencia de vida descrita e interpretada por la diferentes mujeres en la entrevista de tipo abierto que se realizó. (Sandelowski & Barroso et al. 2003). Las guías COREQ fueron usadas en el diseño y recogida de datos del estudio para garantizar la metodología apropiada, el análisis y la interpretación de los datos (Tong et al. 2007).

2.3 Análisis estadístico de los datos

En primer lugar, se realizó un análisis estadístico de las variables sociodemográficas y los resultados de las escalas, expresando frecuencias y porcentajes, para las cualitativas y media y desviación estándar en las cuantitativas. A continuación, se realiza un análisis univariante de los resultados de las escalas, describiendo los resultados con sus medias. Y, por último, un análisis bivalente para establecer el

contraste de la hipótesis entre las variables, de esta manera, se analizan conjuntamente los resultados de las escalas, con las variables sociodemográficas.

El análisis bivalente se realiza mediante las pruebas no paramétricas, Kruskal-Wallis y U-Mann Whitney, para distribuciones no normales, que son la alternativa al test ANOVA. Permiten contrastar la hipótesis de las muestras que han sido obtenidas de una misma población y así comprobar la diferencia significativa. Se utilizan las pruebas para muestras independientes de U-Mann Whitney, en aquellas variables cualitativas que haya dos categorías y Kruskal-Wallis, en variables con más de dos categorías. Se consideran estadísticamente significativas, las asociaciones de contraste con un $p\text{-valor} < 0.05$. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa R-commander.

2.4 Consideraciones éticas

El primer paso fue, elaborar el documento que contiene la información sobre el proyecto y el consentimiento informado para las puérperas (Anexo 1). El siguiente paso, obtener el permiso del CEICA. El 28/02/2022, se emitió el dictamen favorable para la realización de este proyecto, con identificación PI22/045 (Anexo 2). Este dictamen se entregó en el Hospital de Barbastro, para solicitar también su permiso y así iniciar el proyecto.

Y, por último, durante la recogida de datos para el estudio, se realizó una lectura y explicación del consentimiento informado a las puérperas, para darles toda la información necesaria, asegurando su confidencialidad y demás postulados de la declaración de Helsinki.

Los datos que conforman el proyecto, se han tratado conforme, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

(BOE.Es - BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de La Autonomía Del Paciente y de Derechos y Obligaciones En Materia de Información y Documentación Clínica. n.d.; BOE.Es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Los Derechos Digitales. n.d.)

3. RESULTADOS

3.1 Análisis cuantitativo

La muestra se divide entre los 23 y 45 años de edad, siendo la media de 34 años (sd:4,45) que, en términos ginecológicos, es una edad avanzada para el embarazo, puesto que, a mayor edad, mayor riesgo de complicaciones. Todas las madres han comprendido un rango de semanas de gestación (SG) normal, entre

las 37 y 41 semanas. En cuanto a su nivel de estudios, el 24% tiene un nivel básico (N=12), el 34% un nivel medio (N=17) y el 42% estudios universitarios (N=21). Las profesiones más comunes son, profesora, administrativa, empresaria autónoma, auxiliar de enfermería y fisioterapeuta y un 22% (N=11) están en situación de desempleo. La mayoría de ellas se encuentran casadas y solo un 6% (N=4) no lo están, curiosamente ese porcentaje se corresponde a las madres con origen étnico latino.

En cuanto a los datos relativos a la situación gineco-obstétrica, un 6% de las mujeres de la muestra ha sufrido un aborto. Un dato relevante es que un 24% (N=12) padecen más de cinco patologías crónicas y un 10% (N=5) necesita el tratamiento de 1 o 2 fármacos, mientras que, tan solo el 4% (N=2) no presentan enfermedades. El 74% tuvieron un parto eutócico (N=37), 12% un parto distócico (fórceps o ventosa) (N=6) y 14% una operación de cesárea (N=7). Gran parte de las mujeres han precisado epidural como analgesia frente al dolor durante el parto, siendo un total de 41 (82%). Respecto de la lactancia materna, durante el puerperio tardío, la lactancia materna exclusiva ha sido la elección mayoritaria con un 74% (N=37) mientras que un 4% (N=2) han elegido combinarla con lactancia artificial, es decir, una lactancia mixta y, por último, un 22% (N=11) han decidido alimentar exclusivamente mediante lactancia artificial.

Cómo dato curioso, la duración de la llamada ha tenido una media de 17.5 (sd:7.62) minutos, siendo la llamada de máxima duración de 50 minutos.

Tabla 1. Características sociodemográficas (N=50)

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>N (%)</i>
Edad	23-30	12 (24%)
	31-37	27 (54%)
	38-45	11 (22%)
Origen Étnico	Caucásico	46 (94%)
	Latino	4(6%)
Estado Civil	Casada	46 (94%)
	Soltera	4(6%)
Nivel Educativo	E. Básico	12 (24%)
	E. Medio	17 (34%)
	E. Universitario	21 (42%)
Situación Laboral	Activa	39 (78%)
	Parada	11 (22%)
Paridad	Primípara	28 (56%)
	Múltipara	22 (44%)
Tipo de parto	Eutócico	37 (74%)
	Distócico	6 (12%)
	Cesárea	7 (14%)

Semana de Gestación	37-39	26 (52%)
	40-41	24 (48%)
Anestesia	Epidural	41 (82%)
	No epidural	9 (18%)
Tipo de Lactancia	Materna	37 (74%)
	Artificial	11 (22%)
	Mixta	2 (4%)

3.1.1 Análisis univariante

Las respuestas de las encuestas ofrecen unos resultados muy diversos, el nivel de coherencia de la mayoría de las puérperas, se encuentra en un nivel bajo-moderado y gran parte de las ellas (N=47/94%), tiene un nivel moderado de soledad.

Tabla 2. Resultados del análisis univariante de las escalas SOC y UCLA

Escalas	Clasificación	Resultados N (%)
Escala SOC	Nivel Bajo	27 (54%)
	Nivel Moderado	22 (44%)
	Nivel Alto	1 (2%)
Escala UCLA	Nivel Leve	3 (6%)
	Nivel Moderado	47 (94%)

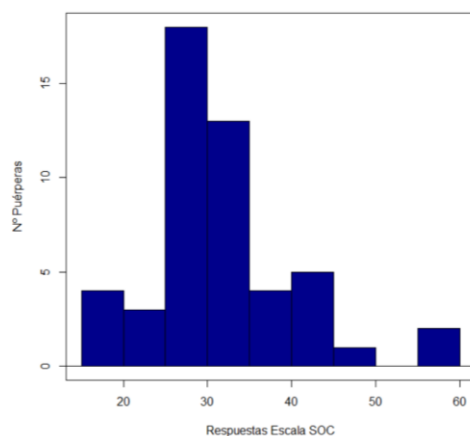


Gráfico 1. Respuestas de la escala SOC

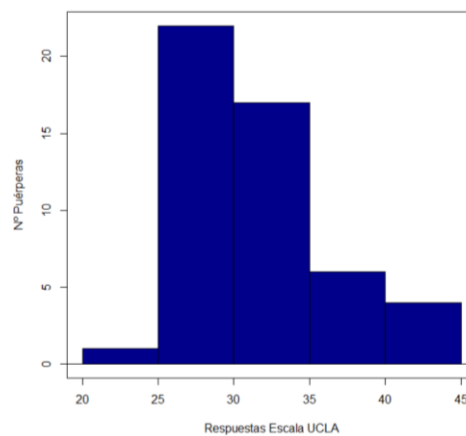


Gráfico 2. Respuestas de la escala UCLA

Respecto de la afectividad negativa, la mayoría de las puérperas, se encuentran entre los 15-20 puntos y la media de las respuestas es de 16.64 puntos, refiriendo así un sentimiento negativo bastante bajo. Mientras que, en afectividad positiva, la mayoría se encuentra entorno a los 40 puntos, con una media de 36.60 puntos, por lo que, por lo general, hay bastantes sentimientos positivos durante el puerperio.

Tabla 3. Resultados del análisis univariante de la escala PANAS

Escalas	Clasificación	Resultados N (%)
Afectividad Negativa	0-5	3 (6%)
	5-10	9 (18%)
	10-15	10 (20%)
	15-20	11 (22%)
	20-25	10 (20%)
	25-30	6 (12%)
	30-35	1 (2%)
Afectividad Positiva	20-25	1 (2%)
	25-30	3 (6%)
	30-35	13 (26%)
	35-40	33 (66%)

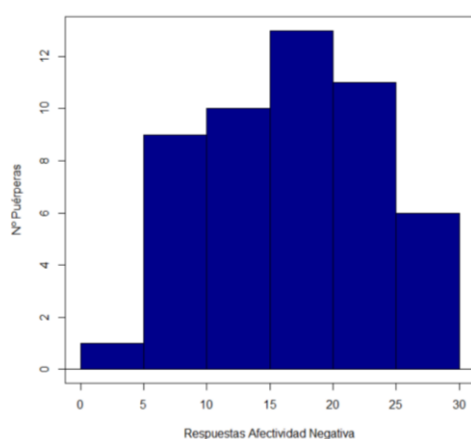


Gráfico 3. Respuestas de la afectividad negativa (PANAS)

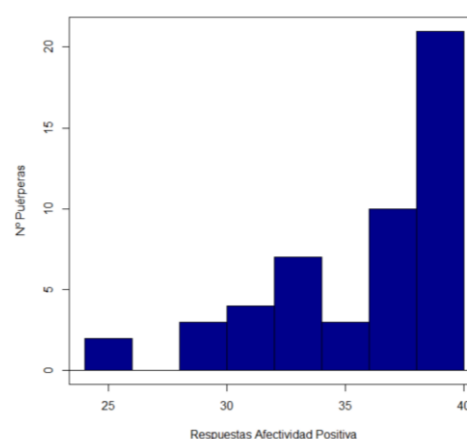


Gráfico 4. Respuestas de la afectividad positiva (PANAS)

3.1.2 Análisis bivalente

Se analizan los resultados obtenidos con las escalas UCLA, SOC y PANAS y las variables de los estudios que se consideran relevantes. En el análisis estadístico de las anteriores relaciones ha sido comprobado mediante la prueba estadística de Kruskal-Wallis y U-Mann Whitney, según sea correcto, con un nivel de confianza del 95% y nivel de significación de $\alpha=0.05$ y considerando significación estadística los resultados con $p<0.05$. En este caso, no se determina ninguna relación estadísticamente significativa.

Analizando el origen étnico latino de las mujeres puerperas, la raza latina, registró mayor nivel de coherencia y menor percepción de soledad (SOC media: 37.5 y UCLA media: 35). Las participantes con origen étnico caucásico, en todos los casos, presentaron un estado civil de casadas (SOC: 31.5 y UCLA: 31.5) pero, registran mayores cifras relativas a sentimientos de soledad que las que no lo están. Estas

conviven con la pareja y cuando llega el recién nacido, tienen que ocupar su tiempo en cubrir sus necesidades, por lo que el sentimiento de soledad, podría hacer referencia a no pasar tiempo con la pareja, refiriendo falta de compañía por su parte.

Si analizamos los datos relativos a los sentimientos de afectividad, las madres con estudios universitarios, muestran mayores niveles de afectividad negativa y positiva, englobando tanto sentimientos de fortaleza y satisfacción, como de culpabilidad y ansiedad, frente a aquellas mujeres con estudios básicos. Mientras que, sin embargo, las mujeres que tienen estudios básicos, tienen mayor percepción de soledad (UCLA: 30.9). Respecto a la paridad, las participantes que han tenido su primer hijo o primíparas, tienen valores mayores relativos a sentimientos de soledad (UCLA: 31.5), sin embargo, las puérperas con uno o más hijos tienen mayor sentido de coherencia (SOC: 33.65). El sentimiento de soledad en las mujeres primíparas, puede estar ocasionado al tiempo que debe gestionar para el cuidado del recién nacido y su nueva responsabilidad como madre. Como dato particular, solo una participante tenía tres hijos, por lo que se ha realizado el análisis individual y se comprueba que posee el mayor nivel de coherencia (SOC: 44). Y finalmente, respecto al tipo de parto, las mujeres que tuvieron un parto vaginal eutócico, presentan menores sentimientos negativos y mayores sentimientos positivos. Además, estas participantes, registraron menores valores en cuanto al sentimiento de soledad (UCLA: 32.5) y mayor respecto al nivel de coherencia (SOC: 32.3).

El sentimiento de soledad, procedente del aislamiento que produce el tiempo dedicado a cubrir las necesidades del recién nacido, aumenta en las puérperas que han elegido lactancia materna (UCLA: 31.5). Sin embargo, estas participantes, refieren mayores sentimientos positivos. El vínculo que se crea entre la madre y el recién nacido durante la lactancia materna, hace que la madre tenga mayores sentimientos positivos (alegría, satisfacción) y menores sentimientos negativos.

Sin embargo, destaca la relación estadísticamente significativa que nuestros resultados arrojan sobre el origen étnico de las participantes y los valores obtenidos sobre el reconocimiento de sus emociones (afectividad). El origen étnico latino está relacionado con la vivencia de mayores sentimientos negativos durante el puerperio tardío (P-valor=0.029). Y la raza caucásica está relacionada con mayores sentimientos positivos. Esto podría estar relacionado con cada construcción cultural asociada a una raza y no a la raza en sí; y qué, por tanto, las diferentes expresiones etno-culturales sobre las experiencias vitales en el puerperio tardío conlleven percepciones y significados diferentes.

Tabla 4. Asociaciones entre las características sociodemográficas de las participantes y los resultados de las escalas UCLA y SOC

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>N (%)</i>	<i>UCLA</i>		<i>SOC</i>	
			<i>Media (SD)</i>	<i>p</i>	<i>Media (SD)</i>	<i>p</i>
Origen Étnico	Caucásico	46 (94%)	31.58 (4.39)	0.34 ¹	31.54 (4.64)	0.50 ¹
	Latino	4 (6%)	35 (7.52)		37.50 (17.36)	

Estado Civil	Casada	46 (94%)	31.89 (4.54)	0.77 ¹	31.89 (8.73)	0.33 ¹
	Soltera	4 (6%)	32 (8.50)		38 (7.93)	
Nivel Educativo	E. Básico	12 (24%)	30.91 (5.46)	0.65 ²	31.58 (7.02)	0.95 ²
	E. Medio	17 (34%)	32.27 (5.42)		33.55 (12.39)	
	E. Universitario	21 (42%)	32 (3.54)		30.95 (4.88)	
Paridad	Primípara	28 (56%)	31.53 (4.41)	0.80 ¹	30.21 (5.65)	0.129 ¹
	Múltipara	22 (44%)	32.35 (5.31)		33.65 (11.43)	
Tipo de parto	Eutócico	37 (74%)	32.51 (4.70)	0.17 ²	32.31 (7.50)	0.54 ²
	Distócico	6 (12%)	30.66 (4.13)		31.16 (9.32)	
	Cesárea	7 (14%)	30.11 (4.91)		31.55 (12.81)	
Tipo de Lactancia	Materna	37 (74%)	31.48 (4.67)	0.61 ²	31.70 (8.47)	0.27 ²
	Artificial	11 (22%)	33.09 (5.22)		30.63 (5.80)	
	Mixta	2 (4%)	32 (1.41)		46 (18.38)	

1: Prueba U-Mann Whitney 2: Prueba Kruskal-Wallis P=p-valor

Tabla 5. Asociaciones entre las características sociodemográficas de las participantes y los resultados de la escala PANAS

Variable	Categoría	N (%)	PANAS			
			Afectividad Positiva		Afectividad Negativa	
			Media (SD)	p	Media (SD)	p
Origen Étnico	Caucásico	46 (94%)	36.65 (3.91)	0.029 ^{1*}	16.54 (6.37)	0.17. ¹
	Latino	4(6%)	32 (4.24)		21.50 (6.95)	
Estado Civil	Casada	46 (94%)	36.36 (4.15)	0.54 ¹	16.91 (6.61)	0.40 ¹
	Soltera	4(6%)	32 (4.16)		19.66 (3.21)	
Nivel Educativo	E. Básico	12 (24%)	35.08 (3.58)	0.25 ^{2*}	17.25 (6.86)	0.68 ²
	E. Medio	17 (34%)	36.22 (4.73)		15.94 (7.24)	
	E. Universitario	21 (42%)	37.05 (3.79)		17.65 (5.72)	
Paridad	Primípara	28 (56%)	36.96 (3.06)	0.14 ¹	17.92 (5.74)	0.129 ¹
	Múltipara	22 (44%)	35.80 (4.59)		15.01 (7.38)	
Tipo de parto	Eutócico	37 (74%)	36.75 (3.90)	0.32 ²	16.31 (6.66)	0.40 ²
	Distócico	6 (12%)	35 (4.55)		20.16 (6.52)	
	Cesárea	7 (14%)	35 (4.64)		17.22 (5.76)	

	Materna	37 (74%)	36.51 (3.89)		16.83 (6.20)	
Tipo de Lactancia	Artificial	11 (22%)	36.36 (3.35)	0.68 ²	16.72 (7.48)	0.79 ²
	Mixta	2 (4%)	31.50 (10.60)		20 (9.90)	

1: Prueba U-Mann Whitney 2: Prueba Kruskal-Wallis P=p-valor

También se ha realizado un análisis de la escala SOC, según sus tres dimensiones. Los ítems se dividen según comprensibilidad (2.6.8.911), manejabilidad (3.5.10.13) y significación (1.4.7.12).

En cuanto al origen étnico, las mujeres de raza caucásica registraron una óptima percepción del entorno (comprensibilidad), sin embargo, las mujeres de origen étnico latino, tiene mayor motivación para adaptarse al puerperio (significancia). En cuanto al estado civil, las mujeres casadas, se adaptan mejor y con mayores niveles de motivación. Las participantes que poseen estudios universitarios, entienden mejor lo que sucede en su entorno, pero tienen menor capacidad para afrontar las demandas del recién nacido (manejabilidad). Mientras que, las que poseen estudios básicos, registraron menor motivación.

Si comparamos los grupos de las madres primíparas y multíparas, a mayor número de hijos, menor motivación para afrontar la situación. Esto podría ocurrir debido al tiempo que tienen para dedicarse a ellas mismas, puesto que el tiempo que ocupa para desempeñar sus responsabilidades como madre, no lo tiene para su autocuidado.

Según el tipo de parto, las mujeres que han tenido un parto eutócico, tienen mayor percepción del entorno, mayor capacidad para afrontar la situación y mayor motivación, que aquellas que han dado a luz mediante un parto por cesárea.

Las puérperas que continúan con la lactancia materna, tienen una mejor percepción del entorno, encontrándole el sentido a lo que sucede, mientras que tienen menor capacidad para afrontar las demandas del recién nacido, sucediendo la situación contraria, en las puérperas con lactancia artificial.

En el análisis estadístico de las anteriores relaciones ha sido comprobado mediante Kruskal-Wallis y U-Mann Whitney, con un nivel de confianza del 95% y nivel de significación de $\alpha=0.05$ y considerando significación estadística los resultados con $p<0.05$, no se determina ninguna relación estadísticamente significativa. Sin embargo, en la relación del nivel educativo y la dimensión de significancia del SOC, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa, con un P-valor=0.0146, es por ello que, el nivel educativo refiere influencia en la motivación que tienen las madres para adaptarse al puerperio.

Tabla 6. Asociaciones entre las características sociodemográficas de las participantes y los resultados de las tres dimensiones de la escala SOC

Variable	Categoría	N (%)	SOC					
			Comprensibilidad		Manejabilidad		Significancia	
			Media (SD)	p	Media (SD)	p	Media (SD)	p
Origen Étnico	Caucásico	46 (94%)	17.56 (6.04)	0.73 ¹	6.06 (3.76)	0.95 ¹	8.5 (3.90)	0.71 ¹
	Latino	4(6%)	16.50 (5.44)		5.75 (2.87)		9 (7.43)	
Estado Civil	Casada	46 (94%)	17.58 (6.01)	0.41 ¹	6.20 (3.78)	0.49 ¹	8.82 (4.19)	0.11 ¹
	Soltera	4(6%)	11 (6)		4 (0.58)		8 (0.57)	
Nivel Educativo	E. Básico	12 (24%)	16.58 (6.15)	0.79 ²	5.58 (3.05)	0.18 ²	6 (2.89)	0.0146²
	E. Medio	17 (34%)	17.83 (4.85)		6.55 (3.25)		10.22 (4.58)	
	E. Universitario	21 (42%)	17.70 (6.90)		5.85 (4.40)		8.55 (3.77)	
Paridad	Primípara	28 (56%)	19 (5.37)	0.15 ¹	6.10 (3.14)	0.40 ¹	8.75 (3.71)	0.24 ¹
	Múltipara	22 (44%)	15.55 (6.42)		6.15 (4.31)		8.65 (4.82)	
Tipo de parto	Eutócico	37 (74%)	17.54 (6.04)	0.33 ²	6.05 (3.63)	0.73 ²	8.71 (4.53)	0.78 ²
	Distócico	6 (12%)	20 (6.29)		6.67 (5.08)		9.16 (4.35)	
	Cesárea	7 (14%)	15.55 (5.32)		5.55 (3.08)		7.44 (2.24)	
Tipo de Lactancia	Materna	37 (74%)	17.43 (5.81)	0.74 ²	5.91 (3.63)	0.71 ²	8.48 (4.03)	0.22 ²
	Artificial	11 (22%)	17.09 (6.44)		5.54 (1.86)		7.81 (4.28)	
	Mixta	2 (4%)	20.50 (9.19)		11 (9.89)		13.50 (4.95)	

1: Prueba U-Mann Whitney 2: Prueba Kruskal-Wallis P=p-valor

3.2 Análisis cualitativo

Durante la primera parte de la entrevista, se obtuvieron las opiniones de las púérperas acerca de sus experiencias durante esos primeros 40-45 días. Estas experiencias se dividieron en cuatro categorías, importancia de la edad, preocupación respecto al ámbito laboral, apoyo del entorno social y percepción de su evolución.

En cuanto a la experiencia de la adaptación a la maternidad y la edad, las mujeres expresaron diferentes experiencias, la más joven hablaba de esto como un hándicap y mencionaba que “*quizá sino fuera tan joven, tendría la facilidad que tienen las madres mayores que yo*” (P30), pero por el contrario las madres de mayor edad opinaban que no era tan determinante “*esto es una situación diferente y especial y con cada hijo, es de una manera diferente*” (P10).

Otra de las categorías a las que hicieron referencia las mujeres, fue relativa a su profesión. Algunas madres expresaron que les ponían facilidades en su trabajo y que estaban contentas, “*en mi trabajo han respetado perfectamente todas las semanas de permiso*” (P20), “*me he podido permitir coger los días que me*

correspondían por la baja de maternidad” (P21), si bien es cierto que este hecho coincide en su mayoría con mujeres en las que su trabajo tenía categoría de funcionarias. Por el contrario, las mujeres con otro tipo de empleo expresaron otras situaciones al respecto; “hasta el día del ingreso, tuve que teletrabajar” (P25), “mi negocio no permite cogerme días y tengo que ir a trabajar en cuanto pueda” (P12), “sino trabajo, es mi problema porque el negocio depende de mí” (P41), “me está costando más todo lo relacionado con el trabajo, que con el bebé” (P46).

Por lo general, todas las madres referían tener una buena red de apoyo, por parte de la pareja o de la familia y amigas. Algunas madres comentaban que *“los padres de mi pareja, nos están ayudando muchísimo” (P48), “mi pareja se está preocupando mucho y nos estamos organizando bastante bien” (P34).* Cuando se les preguntaba acerca de cómo evaluarían la trayectoria desde el momento del día del alta domiciliaria hasta el día de la llamada (40-45 días), había opiniones muy variadas, *“en el hospital me ayudaron mucho y cuando llegue a casa, me costó mucho” (P23), “los primero días estaba más sensible y me afectaba todo más, pero, ahora ya estoy mejor, aunque no del todo soy yo” (P45), “con dos hijos me cuesta más, porque tengo que atender a los dos y se hace complicado” (P39), “mi pareja me ayuda mucho, pero la que más sufre es la mujer” (P27), “estoy más ubicada pero, no me siento igual” (P11).*

De igual manera, sus percepciones, acerca de su entorno social, fueron muy positivas, puesto que se veían muy arropadas y sentían poder hablar cualquier tema con su familia, *“si me pasa cualquier cosa, prefiero contarla” (P25), “no tengo problemas en hablar de estos temas con mis amigas, pero porque quizás ellas me entiendan porque soy madre” (P09).* Una de ellas se sentía muy a disgusto porque comentaba que para ella su post parto había sido horrible, ya que le realizaron un cultivo de leche materna que salió positivo, estaba infectada. Llevaba comentando ese problema durante un mes, *“llevaba semanas comentando esto con mi matrona y no me hacía caso” (P30), “acabe subiendo a urgencias para que hicieran caso y subí cuando ya no podía más de dolor”.* Ella, se sentía frustrada y con sentimiento de culpa, porque no entendía que estaba haciendo mal en la lactancia materna y porque le dolía tanto, *“cuando mi bebé estaba en el pecho, a mí me dolía mucho y llegue a pensar, que era normal”.* Cuando le dieron los antibióticos para la infección, se dio cuenta de que su lactancia materna había sido horrible y se sentía mucho mejor consigo misma *“disfruto del bebé y ya no me siento culpable, ni frustrada”.* (Anexo 3)

4. DISCUSIÓN

Este proyecto analiza las circunstancias vitales (edad, estado civil, paridad, etc.) de 50 púrpas del Hospital de Barbastro y la relación que existe, entre sus experiencias de soledad, coherencia y afectividad durante los primeros 40-45 días del puerperio.

Tomando en cuenta, los resultados obtenidos sobre la afectividad positiva y negativa, y su relación con la paridad, éstos son equivalentes a los resultados de José Urdaneta et al en 2010, respecto a los

sentimientos de ansiedad en las primíparas y multíparas. Sus resultados muestran que, el 78% de las primíparas padecen ansiedad, frente al 70% de las multíparas. Referido al sentimiento de culpa, era menor en las multíparas (56%), que en las primíparas (52%). El estrés que genera la adaptación al puerperio, provoca en la mujer un aumento de cortisol, aumentando así el estado depresivo general de la puérpera. En el estudio de Gillespie et al en 2018, se analizaron los niveles de cortisol en sangre de 137 puérperas, concluyendo que era más elevado en las primíparas que en las multíparas. En nuestro estudio, se observa como las multíparas presentan mayores niveles de ansiedad y menor motivación, ya que tienen menos tiempo para dedicarse a ellas mismas, lo cual genera un sentimiento de ansiedad y malestar en ellas.

El nivel de educación es un índice que valora el estatus socioeconómico y cuanto menor es, mayor riesgo de padecer enfermedades psiquiátricas, como la depresión. En un estudio de Matsumura et al en 2019, con 90.194 puérperas, explica la misma relación que hemos hallado en nuestro estudio, a menor nivel educativo, mayor riesgo de padecer síntomas relacionados con la ansiedad. Otro estudio de Stepanikova & Kukla et al en 2017, observo que las mujeres con alto apoyo social y bajo nivel educativo, tienen menor probabilidad de padecer sentimientos depresivos.

Miksić et al en 2020, analizó que las madres con lactancia artificial y mixta, se encontraban con un estado de ansiedad mayor, afirmando lo que se observa en nuestros resultados. Instaurar la LM, puede resultar complejo y algunas mujeres pueden abandonarla, por dolor, desconocimiento o falta de apoyo, lo cual aumenta la probabilidad de tener ansiedad y referir sentimientos negativos, tales como, ansiedad, miedo, tristeza, etc. (Keim et al en 2021) Es relevante analizar el tipo de lactancia durante el puerperio, puesto que, la LM, se considera un factor protector para adaptación emocional en el post parto. La LM se asocia con el bienestar tanto de la madre como del recién nacido

Según nuestro estudio, las puérperas que tuvieron un parto eutócico, tienen mayor motivación para afrontar esta adaptación, teniendo una mayor percepción de sentimientos positivos, que las cesáreas o partos distócicos. Factores como la familia, la pareja, el apego de la madre con el recién nacido o las características del parto, afectan a la adaptación en los cambios emocionales. Las expectativas que tiene la madre del parto, pueden generar un estrés e inquietud, ya que es una experiencia que la madre no puede predecir o controlar. Por esa razón, la satisfacción de la puérpera con su parto, es importante para su recuperación. El autor Unsal Atan et al en 2018, determinó que las puérperas que calificaron sus experiencias de parto como malas/muy malas, tuvieron riesgo de padecer depresión post parto. En cuanto a las cesáreas, las mujeres padecen mayor fatiga post parto, lo que influye a la hora de los cuidados neonatales, disminuyendo el apego materno-infantil y aumentando el riesgo de referir sentimientos de tristeza. (Lai et al. 2015)

Las diferencias entre las primíparas y multíparas comienza en las expectativas del parto, las primíparas tienen una mayor tendencia a tener expectativas relacionadas con conseguir un parto normal o vaginal eutócico con mínima intervención, respecto de las multíparas. Es decir, las multíparas tienen unas experiencias más completas y realistas de lo que puede ocurrir en el trabajo de parto. (Camacho Morell

et al. 2018) Durante su recuperación, las multíparas tienen menor tiempo para su autocuidado, por ello la mayoría de nuestro estudio, muestran un nivel menor de motivación, que las primíparas. En el estudio de Hellmers & Schuecking, et al en 2008, se comprueba que la mayoría de las madres tienen baja preferencia por las cesáreas, su expectativa es tener un parto eutócico espontáneo y controlado. Si no se cumple dicho pensamiento, la madre experimenta un estado de ansiedad, que repercutirá en la recuperación del parto. Esto es una de las razones por lo que las madres que se les practica una cesárea, tienen menor motivación para adaptarse al puerperio.

Tal como expone Staneva et al en 2015, que obtuvo unos resultados similares a los de este estudio, es importante tener en cuenta que las experiencias de ansiedad, están relacionadas con la posición de la puérpera en su entorno. Tener mayor apoyo familiar, fomenta la motivación y una mejor adaptabilidad. Las madres que poseen mayores niveles de seguridad en sí mismas, tienen mayor probabilidad de continuar con la LM. (Mathews et al. 2014) En nuestro caso, las puérperas que continúan con LM, tienen una mejor percepción del entorno, encontrándole el sentido a lo que sucede, mientras que tienen menor capacidad para afrontar las demandas del recién nacido, sucediendo lo contrario, en las puérperas con lactancia artificial. Por lo tanto, se puede considerar que la LM genera en las madres satisfacción, pero también genera en ellas un sentimiento de desconocimiento, que crea a veces en ellas la inseguridad en cuanto a su capacidad para amamantar al recién nacido.

Las diferencias del origen étnico y raciales en obstetricia han sido objeto de varios estudios. El concepto de maternidad se vive de manera distinta, debido a la diversidad cultural. Existen diversos enfoques acerca del puerperio según las culturas, puesto que los conocimientos se pasan de generación en generación y se van adaptando a los individuos, identificándolos dentro de cada estructura política y cultural. (Gallardo Martínez et al. 2021) En nuestro estudio, se haya una diferencia significativa en cuanto a la percepción de los sentimientos positivos, teniendo una mayor media el origen étnico caucásico, es decir, mayor percepción de satisfacción o alegría.

A nivel hormonal, la mujer sufre unos cambios similares a los del cerebro de un adolescente, se produce una mielinización y poda neuronal, que significa perfeccionamiento de algunas áreas cerebrales. Las puérperas, exhiben una mayor activación neuronal en el circuito de información social, que produce un aumento de empatía, autocontrol y reflexión. Así el cerebro, permite que las madres comprendan las señales emocionales y sociales del recién nacido y reconozcan como actuar ante estas señales.

El aumento de la corteza cingulada anterior está asociado a la regulación de las reacciones emocionales negativas y permite afrontar mejor las situaciones de estrés y el cuidado del recién nacido. No solo influye lo relacionado con los procesos fisiológicos, sino también con las características sociodemográficas. (Kim et al. 2016) El estado mental se asocia a la comprensión de la madre hacia los estímulos que emite el recién nacido. (Pilyoung Kim & Hannah Bianco et al. 2014) Si la madre tiene una buena salud mental, fomentara una mejor adaptación durante el puerperio y esto desempeña un papel fundamental para predecir unos resultados socioemocionales positivos para el bebé. Un estudio, afirma que 21 mujeres

tuvieron un puerperio tardío complejo, y como consecuencia, sus hijos tuvieron unas competencias socioemocionales más bajas. (Paricio et al. 2020)

Estos resultados sugieren la importancia de identificar los sentimientos que experimentan las puérperas y la creación de una red de apoyo para fomentar la adaptación de esta etapa, pero no solo por parte de su red social, sino que también por parte de los medios sanitarios. Los mejores predictores para la evaluación emocional, son la salud mental de la puérpera y los eventos adversos que puedan ir apareciendo, por lo que existe la necesidad de detectar y controlar los procesos con un puerperio complejos. Las guías de práctica de atención al embarazo y puerperio en España, engloban una asistencia sanitaria continuada y un alto nivel de atención. (Beltrán-Calvo et al. 2014) La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), cuenta con una guía del post parto, “Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento”, que nombra diferentes consejos para superar esta transición. Uno de los temas a tratar, es la adaptación al domicilio y la importancia de descansar cuando el recién nacido lo permita. La parte más interesante, son los testimonios de las puérperas contando sus experiencias. Siendo esta parte muy enriquecedora para otras madres, puesto que se pueden sentir comprendidas y disminuir el sentimiento de soledad, al pensar que no solo esos cambios les ocurren a ellas, sino que es de manera global y no individual. (Martínez et al. 2014)

En cuanto al estudio, se debe recalcar la limitación del tamaño muestral, ya que el estudio consta de 50 puérperas, lo que puede influir en la significación estadística. Pero no cabe duda, que sería interesante realizar un nuevo proyecto que ampliará el número y la diversidad de las participantes. Por otro lado, las diferentes expresiones etno-culturales sobre las experiencias vitales en el puerperio tardío, podrían haber alterado los resultados de las encuestas, debido a la diferencia de significados de las construcciones culturales. Igualmente, sería interesante conocer las experiencias y las emociones que experimenta la pareja de las mujeres participantes, para conocer y comparar los diferentes puntos de vista del puerperio para ambos.

La realización de este estudio, permite comprobar que la transición hacia la maternidad, se puede ver influenciada por diversas circunstancias vitales. Así pues, examinar el estado emocional de las madres durante el post parto, puede detectar un puerperio complejo, que permitiría ayudarla y apoyarla en las situaciones en las que ellas se sientan más inseguras.

5. CONCLUSIONES

El análisis de las circunstancias vitales de la madre, ha permitido conocer cómo influye en su sentido de la coherencia, el equilibrio de los sentimientos positivos y negativos, y que nivel de soledad experimentan.

Se demuestra la relación entre el origen étnico y la afectividad positiva, aunque puede ser ocasionada por la diferencia de contextualización cultural. También se demuestra que el nivel educativo influye en la motivación de las puérperas para afrontar la nueva situación (significación).

Se observa que la lactancia materna y el parto eutócico, generan en la madre un bienestar emocional, teniendo una mejor adaptación y mayor nivel de motivación. Estas madres refieren por lo general, tener valores mayores relativos a sentimientos positivos. La mayoría de las participantes han optado por seguir con la lactancia materna, pese a los sentimientos de soledad que experimentan al dedicarle la mayor parte de su tiempo a cubrir las necesidades del recién nacido. Del mismo modo, pese a este sentimiento, son las que refieren tener mayores valores en cuanto a afectividad positiva, ya que la lactancia materna fomenta el vínculo materno-filial y esto provoca mayores sentimientos positivos, lo que fomenta tener más motivación a la hora de afrontar el cambio. Además, la experiencia adquirida de otros hijos, ayuda a disminuir el sentimiento de soledad y aumentar la capacidad para afrontar el cambio.

Es relevante conocer cómo diagnosticar un puerperio complejo, para apoyar a la puérpera en su transición hacia la maternidad. La utilización de herramientas como son la escala UCLA, SOC y PANAS, permite reconocer la incapacidad de la puérpera para seguir continuando y adaptándose a los cambios. Además, es importante diseñar programas de salud en el puerperio, para motivarlas y que sean capaces de seguir adelante, ayudándolas a entender y manejar las situaciones que no comprendan o en las que tengan mayor inseguridad.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alshikh Ahmad, H., Alkhatib, A., & Luo, J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04016-9>
- Avilés Sáez, Z., López Martínez, B. (2018). Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. *Enfermería Global*, 18(1), 183–214. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>
- Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272009000200015>
- Arnau-Sánchez, J., Martínez-Ros, M. T., Castaño-Molina, M. N., Nicolás-Vigueras, M. D., & Martínez-Roche, M. E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*, 16(3), 370–381. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.8>
- Eriksson, M. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Vega Martínez, M. D. C., Frías Osuna, A., & del Pino Casado, R. (2019). Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 310–316. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.009>
- Staneva, A., Morawska, A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). Pregnancy-specific distress: the role of maternal sense of coherence and antenatal mothering orientations. *Journal of Mental Health*, 25(5), 387–394. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101425>
- Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. (2022, 17 junio). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Borelli, M. F., Mayorga, M., de la Vega, S. M., Contreras, N. B., Tolaba, A. M., & Passamai, M. I. (2016). Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal de Embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital, Argentina. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 174–179. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.3.207>
- Carrizo, E., Domini, J., Quezada, R. Y. J., Serra, S. V., Soria, E. A., & Miranda, A. R. (2020). Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(8), 3321–3334. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.26232018>
- Kurz, E., Davis, D., & Browne, J. (2022). Parturescence: A theorisation of women’s transformation through childbirth. *Women and Birth*, 35(2), 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.009>
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Song, J. E., Chae, H. J., Ko, J. M., in Yang, J., & Kim, T. (2020). Effects of a maternal role adjustment program for first time mothers who use postpartum care centers (Sanhujoriwon) in South Korea: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02923-x>
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001134.pub3>
- Sierra Manzano, J., Carro García, T., & Ladrón Moreno, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Atención Primaria*, 30(2), 103–111. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)78979-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)78979-8)

- Carmona, S., Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Barba-Müller, E., Wierenga, L. M., Alemán-Gómez, Y., Pretus, C., Marcos-Vidal, L., Beumala, L., Cortizo, R., Pozzobon, C., Picado, M. (2019). Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes. *Human Brain Mapping*, 40(7), 2143–2152. <https://doi.org/10.1002/hbm.24513>
- Liu, X., D'Oleire Uquillas, F., Viaene, A. N., Zhen, Z., & Gomez, J. (2022). A multifaceted gradient in human cerebellum of structural and functional development. *Nature Neuroscience*. <https://doi.org/10.1038/s41593-022-01136-z>
- Reutens, S., Nielsen, O., & Sachdev, P. (2010). Depersonalization disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), 278–283. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283387ab4>
- World Health Organization, & Special Programme Of Research, D. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization.
- Unicef. (2021). *Criterios Globales IHAN-España*.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Validation of Antonovsky Orientation to Life Questionnaire (OLQ-13) in a sample of university students in Navarre. (2016). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 237–248. <https://doi.org/10.23938/assn.0270>
- Heubeck, B. G., & Boulter, E. (2020). PANAS Models of Positive and Negative Affectivity for Adolescent Boys. *Psychological Reports*, 124(1), 240–247. <https://doi.org/10.1177/0033294120905512>
- Auné, S. E., Abal, F. J., & Attorresi, H. F. (2019). Construction and Psychometric Properties of the Loneliness Scale in Adults. *International Journal of Psychological Research*, 12(2), 82–90. <https://doi.org/10.21500/20112084.4257>
- Sandelowski & Barroso, J. (2003). Classifying the Findings in Qualitative Studies. *Qualitative Health Research*, 13(7), 905–923. <https://doi.org/10.1177/1049732303253488>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007b). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- BOE.es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (2018). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>.

- BOE.es - BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (2014). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.
- Urdaneta M, J., Rivera S, A., García I, J., Guerra V, M., Baabel Z, N., & Contreras B, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5). <https://doi.org/10.4067/s0717-75262010000500007>
- Gillespie, S. L., Mitchell, A. M., Kowalsky, J. M., & Christian, L. M. (2018). Maternal parity and perinatal cortisol adaptation: The role of pregnancy-specific distress and implications for postpartum mood. *Psychoneuroendocrinology*, 97, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.008>
- Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., & Inadera, H. (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2401-3>
- Stepanikova, I., & Kukla, L. (2017). Is Perceived Discrimination in Pregnancy Prospectively Linked to Postpartum Depression? Exploring the Role of Education. *Maternal and Child Health Journal*, 21(8), 1669–1677. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2259-7>
- Miksić, T., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić Srb, A., & Degmečić, D. (2020). Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2725. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082725>
- Keim, S. A., Jackson, J. L., Litteral, J. L., Schofield, K. A., & Crerand, C. E. (2020). Perceptions About Lactation Consultant Support, Breastfeeding Experiences and Postpartum Psychosocial Outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 25(3), 497–506. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03056-5>
- Unsal Atan, Ş., Ozturk, R., Gulec Satir, D., Ildan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K., Saruhan, A., Şirin, A., & Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>
- Lai, Y. L., Hung, C. H., Stocker, J., Chan, T. F., & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28(2), 116–120. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
- Camacho Morell, F., & Romero Martín, M. J. (2017). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería Global*, 17(1), 324. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.276061>
- Hellmers, C., & Schuecking, B. (2008). Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA. *Journal of*

Reproductive and Infant Psychology, 26(4), 351–372.
<https://doi.org/10.1080/02646830802408506>

- Staneva, A., Morawska, A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015c). Pregnancy-specific distress: the role of maternal sense of coherence and antenatal mothering orientations. *Journal of Mental Health*, 25(5), 387–394. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101425>
- Mathews, M. E., Leerkes, E. M., Lovelady, C. A., & Labban, J. D. (2014). Psychosocial Predictors of Primiparous Breastfeeding Initiation and Duration. *Journal of Human Lactation*, 30(4), 480–487. <https://doi.org/10.1177/0890334414537707>
- Gallardo Martínez, J., Arnáez De La Cruz, M., Frías Sánchez, Z., del Río Romero, I., Navalón Bonal, Z., Polo Ballarín, P., & Pantoja Garrido, M. (2021). ¿Es la nacionalidad de la paciente un factor influyente en el proceso de embarazo, parto y puerperio? *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(2), 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.01.003>
- Kim, P. (2016). Human Maternal Brain Plasticity: Adaptation to Parenting. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2016(153), 47–58. <https://doi.org/10.1002/cad.20168>
- Pilyoung, K., & Hannah, B. (2014). Understanding How Motherhood and Poverty Change the Brain. *Understanding How Motherhood and Poverty Change the Brain*, 1–8.
- Paricio Del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2020). Maternidad e identidad materna. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 33–54.
- Solà-Arnau, I., Martín-López, J. E., & Beltrán-Calvo, C. (2014). *Clinical Practice Guideline for Care in Pregnancy and Puerperium*.
- Martínez Bueno, C. (2014). Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento. *Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)*, 1–56.

ANEXOS

Anexo 1: Información paciente y Consentimiento Informado

PLANTILLA PARA ELABORAR EL DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: Estudio en la adaptación al rol maternal durante el puerperio.

Tutora: Ana Belén Subirón Valera

Investigador Principal: Marina Angusto Satué **Tfno:** 618 233 109 **Email:** mangusto@salud.aragon.es

Centro: Universidad de Zaragoza

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en un proyecto de investigación que estamos realizando en el Sector de Barbastro. Su participación es *absolutamente* voluntaria, *en ningún caso debe sentirse obligado a participar*, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética. Antes de tomar una decisión es necesario que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- haga todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- firme el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se solicita su colaboración, ya que se está realizando un estudio para analizar el cambio de rol en la mujer durante el puerperio tardío. Una vez hayan pasado 40-45 días después del parto, se realizarán unas encuestas, para analizar cómo se encuentra y cómo se siente.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo del estudio es realizar el análisis del cambio de rol que experimenta la mujer durante el post parto. El estudio se completará con unas encuestas acerca de la soledad, la coherencia y las emociones que han sentido durante esta etapa.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Se solicitará que usted, responda a unas encuestas que se le entregarán pasados los 40-45 días después del parto.

El tiempo estimado para responder las encuestas es de 10 minutos. Nos pondremos en contacto con usted, vía telefónica (la investigadora le hará las preguntas y responderá verbalmente) o se le enviará por correo electrónico. Además de las encuestas, se completará el estudio con algunos datos socio-demográficos y de salud, de su historia clínica.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Las molestias que le supone a usted el estudio, es el tiempo de dedicación para contestar las encuestas, que como hemos comentado previamente, se estima que sean 10 minutos.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Información básica sobre protección de datos.

Responsable del tratamiento: Marina Augusto Satué

Finalidad: Sus datos personales serán tratados exclusivamente para el trabajo de investigación a los que hace referencia este documento.

Legitimación: El tratamiento de los datos de este estudio queda legitimado por su consentimiento a participar.

Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos: Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en **la LO 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales** y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD 2016/679) ante el investigador principal del proyecto, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección: mangusto@salud.aragon.es

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, se informa que, si así lo desea, podrá acudir a la Agencia de Protección de Datos (<https://www.aepd.es>) para presentar una reclamación cuando considere que no se hayan atendido debidamente sus derechos.

El tratamiento de sus datos personales se realizará utilizando técnicas para mantener su anonimato mediante el uso de códigos aleatorios, con el fin de que su identidad personal quede completamente oculta durante el proceso de investigación.

A partir de los resultados del trabajo de investigación, se podrán elaborar comunicaciones científicas para ser presentadas en congresos o revistas científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

Se ha revisado la política de privacidad de la herramienta de Google Forms para asegurar su privacidad, a continuación, se expone la página a la que se puede acceder para aceptarla:

<https://policies.google.com/privacy#infosecurity>

8. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio. **En caso de que decida retirarse del estudio puede solicitar la destrucción de los datos, muestras u otra información recogida sobre usted.**

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta y le reiteramos nuestro agradecimiento por contribuir a generar conocimiento científico.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: *ANÁLISIS DEL CAMBIO DE ROL DE LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO TARDIO.*

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí ☐ no ☐

(marque lo que proceda)

Firma del participante:

.....

Fecha:

.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del investigador:

.....

Fecha:

.....



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

PI22/045

9 de marzo de 2022

Dña. María González Hínjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 09/03/2022, Acta Nº 05/2022 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Análisis de la adaptación al rol maternal durante el puerperio.

Alumna: Marina Angusto Satue
Tutora: Ana Belén Subirón Valera

Versión protocolo: Versión 2, de fecha 28/02/22
Versión documento de información y consentimiento Versión 2, de fecha 28/02/22

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención de los consentimientos informados, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza
GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B
Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2022.03.11
13:32:45 +01'00'
María González Hínjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Anexo 3: Contenido análisis cualitativo

Tabla 7. Experiencias de las participantes según su categoría

Categoría	Experiencia puérpera
Importancia de la edad	<p>“Quizá sino fuera tan joven, tendría la facilidad que tienen las madres mayores que yo” (P30)</p> <p>“La edad no tiene que ver con la experiencia de sé tiene” (P07)</p> <p>“Esto es una situación diferente y especial y con cada hijo, es de una manera diferente” (P10)</p> <p>“Por mucha experiencia que crees que tienes, cada uno es diferente” (P48)</p>
Preocupación respecto al ámbito laboral	<p>“En mi trabajo han respetado perfectamente todas las semanas de permiso” (P20)</p> <p>“Me he podido permitir coger los días que me correspondían por la baja de maternidad” (P21)</p> <p>“Hasta el día del ingreso, tuve que teletrabajar” (P25)</p> <p>“La chica que tenía de ayudante, ha renunciado porque no quería esta responsabilidad” (P25)</p> <p>“Tengo que gestionar los eventos que ya tenía firmados y nadie lo puede hacer por mí” (P06)</p> <p>“Mi negocio no permite cogerme días y tengo que ir a trabajar en cuanto pueda” (P12)</p> <p>“Sino trabajo, es mi problema porque el negocio depende de mí” (P41)</p> <p>“Me está costando más todo lo relacionado con el trabajo, que con el bebé” (P46)</p>
Apoyo del entorno social	<p>“Los padres de mi pareja, nos están ayudando muchísimo” (P48)</p> <p>“Mi pareja se está preocupando mucho y nos estamos organizando bastante bien” (P34)</p> <p>“No tengo problemas en hablar de estos temas con mis amigas, pero porque quizás ellas me entiendan porque son madre” (P09)</p> <p>“Hablar con las amigas que han sido madres, me ayuda bastante” (P24)</p> <p>“No voy a clases de post parto porque no quiero escuchar cómo les va a otras mujeres, me da miedo sentirme peor” (P30)</p>
Percepción de su evolución	<p>“En el hospital me ayudaron mucho y cuando llegue a casa, me costó mucho” (P23)</p> <p>“Los primero días estaba más sensible y me afectaba todo más, pero, ahora ya estoy mejor, aunque no del todo soy yo” (P45)</p> <p>“Con dos hijos me cuesta más, porque tengo que atender a los dos y se hace complicado” (P39)</p> <p>“Mi pareja me ayuda mucho, pero la que más sufre es la mujer” (P27)</p> <p>“Estoy más ubicada, pero no me siento igual” (P11)</p> <p>“Los primeros días estaba muy irritada” (P14)</p> <p>“La primera semana estaba muy sensible, me afectaba todo” (P33)</p>