

CUESTIONARIO DE ESTRES EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO: PROPIEDADES PSICOMETRICAS Y DISCRIMINANTES

V. Pelechano

M. P. Matud

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

Se presenta un cuestionario para la evaluación del estrés implicado en la crianza de un hijo en los primeros meses de vida. Dicho instrumento fué cumplimentado por 127 mujeres en tres momentos distintos del proceso de ser madre: durante la gestación, en la hospitalización post-parto y a los tres meses tras el parto, y por un grupo control de 77 mujeres no gestantes cuyos hijos tenían al menos un año de edad. Se realizaron análisis factoriales independientes para cada una de las situaciones estudiadas. Los resultados encontrados muestran que la consistencia interna y la estabilidad temporal de los factores es moderada, mostrando validez divergente (correlaciones moderadas) con respecto a ansiedad y depresión. Los factores diferencian de forma significativa, en las tres situaciones estudiadas, a los dos grupos criterio, a los grupos de mujeres con puntuaciones altas y bajas en depresión, y a las mujeres que asisten a cursos de psicoprofilaxis obstétrica de aquellas que no los realizan. Se discute la utilidad del cuestionario.

Palabras Clave: *Estrés, crianza, maternidad, depresión.*

SUMMARY

A specific measure of stress, the Child rearing Stress Questionnaire, is shown. The questionnaire was administered to 127 women in three times: pregnancy, post-partum hospitalization and three months after the childbirth and a control group of 77 non-pregnant mother. Data from the three administration were used to calculate separate factor analysis. The results indicated that the internal consistency coefficients and temporal stability for the factors analytically derived was moderated. Divergent validity was demonstrated through only modest correlations with measures of depression and anxiety. Discriminant analysis diferenciated in the three situations the two groups of women (experimental and control), depressed from nondepressed, and women with training programs for childbirth from women without trainin programs. Use of the Questionnaire is discussed.

Key Words: *Stress, childrearing, motherhood, depression.*

INTRODUCCION

El embarazo y el nacimiento de un hijo implican un gran cambio en la vida de la mujer, considerando muchos autores este período como una crisis madurativa de importancia similar a la de la adolescencia y la menopausia (Kane y cols., 1968). Los trabajos publicados han sido realizados desde perspectivas teóricas muy distintas, caracterizándose buena parte de ellos por escaso rigor metodológico, incidentalidad y sesgos muestrales y carencia de instrumentación adecuada, no encontrándose resultados coherentes (Pelechano y Matud, 1991). Como ilustración de todo ello citaremos algunos de los que están más estrechamente relacionados con el estrés en este período, concretamente el post-parto, que es considerado por algunos autores como una oportunidad única para valorar la relación estrés-alteración (Hopkins y cols., 1984)

O'Hara y cols. (1983) señalan que, a menudo, los estudios acerca de la etiología de la depresión tras el parto enfatizan el papel de los factores hormonales en la mujer, mientras que ignoran el aumento de las demandas a que se debe hacer frente durante el embarazo y el puerperio. Así, para Kane y col. (1968) este estrés incluiría (a) cambios endocrinos, (b) activación de conflictos psicológicos inconsistentes relacionados con el embarazo y (c) la reorganización intrapsíquica que implica el ser madre, siendo la interacción de factores endocrinos y sociales los factores etiológicos de las alteraciones mentales que se dan tras el parto. Estas concepciones fundamentalmente teóricas contrastan con los hallazgos empíricos tales como los de Paykel y cols. (1980), que en un estudio con 120 mujeres

encontraron que el factor que estaba más asociado con la depresión tras el parto fué la existencia de sucesos estresantes recientes, teniendo también un papel notable la historia de alteraciones psiquiátricas, menor edad, alteraciones emocionales en los primeros días tras el parto ("postpartum blues") y un grupo de variables que indicaban escasa relación de pareja y ausencia de apoyo social, destacando estos autores el papel del estrés social en la depresión puerperal, resultados que son similares a los citados por O'Hara y cols. (1983). No obstante, existen discrepancias en los factores que parecen ser relevantes, encontrando Kumar y col. (1984) que los factores asociados con ansiedad y depresión durante la gestación y en los tres meses tras el parto en 119 primíparas fueron la existencia de conflictos maritales, dudas acerca de tener el hijo y pensamientos de abortar. Durante la gestación, las variables relevantes eran la existencia de puntuaciones altas en neuroticismo y psicoticismo (del EPQ), alteraciones psiquiátricas anteriores, abortos inducidos, ansiedades acerca del feto, fumar, y muerte de un familiar; durante el post-parto, la edad superior a 30 años, la historia de problemas psiquiátricos del marido, separación temprana de los padres, relaciones sexuales poco frecuentes, sentimientos negativos hacia el niño, subfertilidad, hijo prematuro e insatisfacción con sus actividades de ocio. En cuanto al estrés asociado de forma específica al parto, en varios estudios (Blumberg, 1980, Paykel y cols., 1980, O'Hara y cols., 1983, entre otros), no se ha encontrado que su papel sea relevante en la existencia de depresión tras el parto. Respecto al papel del estado de salud del niño en el ajuste materno, se ha encontrado mayores niveles de depresión a los tres meses tras el parto en mujeres cuyo hijo presentó alguna disfunción al nacer (Matud, 1990), y relación significativa entre riesgo neonatal, ansiedad y depresión (Blumberg, 1980).

Respecto a estudios con muestras españolas, se han venido realizando desde hace más de una década una serie de trabajos que tratan de estudiar e intervenir sobre los hijos a partir del estudio y exploración de la dinámica comportamental de los padres o de los adultos encargados de los niños, existiendo ya bastante datos (Pelechano, 1981; Roldán, 1986; Pelechano y Matud, 1990, 1991) que tratan de analizar la vivencia de la maternidad, estudios que han implicado la gestación de una serie de pruebas diseñadas específicamente para analizar las áreas relevantes y que se caracterizan por ser un acercamiento eminentemente empírico. Dentro de esta perspectiva se inscribe el presente trabajo, en el cual se presenta un cuestionario cuya meta es la evaluación de la percepción del grado de estrés que implica para la madre el nacimiento de un hijo, y concretamente su crianza durante los primeros meses.

DISEÑO, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

Tras la revisión de la bibliografía relevante, entrevistas informales con varios grupos de mujeres (gestantes, que habían sido madres muy recientemente y con

hijos de más de un año) y el análisis de contenido de los cuestionarios que exploran una serie de áreas relacionadas específicamente con la maternidad realizados por Pelechano (1981) y Roldán (1986), se comprobó que éstos no incluían una serie de aspectos relacionados con la crianza del hijo que parecían preocupar en gran medida a las mujeres con las que nos habíamos entrevistado. Se encontró que los problemas citados parecían agruparse en las 6 áreas lógicas siguientes: 1) problemas físicos de la madre como consecuencia del cuidado del hijo; 2) falta de conocimientos; 3) miedos a que el hijo pueda perder la salud; 4) problemas físicos del niño; 5) falta de tiempo para el cuidado del bebé; y 6) miedos asociados con dejar al bebé al cuidado de otras personas. Todas ellas fueron muestradas por, al menos, dos items, tras lo cual se obtuvieron un total de 16 items, 13 de los cuales evalúan la existencia de estrés de forma directa, y en tres de ellos debe invertirse la puntuación. La alternativa de respuesta incluye tres posibilidades: si (puntuado como 2), no (que puntúa 0) e indecisión (que puntúa 1).

El número total de mujeres que participaron en el estudio es de 204, repartidas en dos grupos. Al primero de ellos lo denominamos "*experimental*" y está formado por 127 mujeres, las cuales fueron entrevistadas en tres ocasiones distintas: durante la *gestación* (edad gestacional entre 4 meses y medio y ocho meses), durante la *hospitalización postparto* (entre 24 y 48 horas tras el parto) y a los *tres meses tras el parto*. El segundo grupo (al que denominamos "*control*") está formado por 77 mujeres que tenían al menos un hijo pero que no eran gestantes y no habían sido madres en al menos un año antes, las cuales fueron entrevistadas en tres ocasiones respetando los mismos intervalos temporales que para el grupo "*experimental*". Ambos grupos no se diferenciaban significativamente ni en edad, ni en variables socioculturales (nivel de estudios, profesión de la mujer, profesión del marido, estado civil, domicilio) ni en variables obstétricas (número de embarazos, abortos, partos normales, partos distócicos). Las edades de las mujeres oscilaban entre 16 y 42 años, teniendo menos de 20 años el 8% de la muestra, y 30 años o más aproximadamente la tercera parte de las mujeres. Respecto al estatus laboral, había un número muy similar de mujeres que realizaban trabajos de tipo manual, no manual y mujeres que no trabajaban fuera del hogar.

El pase de pruebas a ambos grupos de mujeres fué en entrevista individual, siguiendo la técnica de entrevista estructurada, durante la cual respondieron a los 16 items que incluye el cuestionario. También se recogió información a través de una serie de cuestionarios elaborados por Pelechano (1981) y Roldán (1986) de una serie de aspectos relacionados con la percepción del parto y nacimiento del hijo, actitudes hacia la maternidad, expectativas de futuro como consecuencia del nacimiento del hijo, agrado por tareas relacionadas con la maternidad, contacto social y molestias somáticas, junto con el cuestionario de Motivación y ansiedad de ejecución (Pelechano, 1975) el cuestionario de Locus de Control (Pelechano y Báguena, 1983), así como una serie de datos socioculturales y obstétricos.

RESULTADOS

A) Análisis Factoriales

Se realizaron análisis factoriales (rotación varimax sobre factores principales) parciales para cada área lógica, y posteriormente se hizo un análisis factorial de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada uno de los factores empíricos ya depurados, realizando análisis independientes para cada una de las tres fases del estudio: embarazo, hospitalización y seguimiento. Respecto a los criterios de inclusión de un ítem en un factor son el de presentar una saturación factorial mayor o igual a 0.35 en un solo factor, debiendo estar cada factor definido por al menos dos ítems. En el cuadro 1 aparece un cuadro-resumen de los factores obtenidos.¹

CUADRO 1.- Cuadro-Resumen de la estructura factorial de primer orden en cada una de las fases

ITEMS	
FASES DE EMBARAZO	
1: Problemas físicos madre	11, 13
2: Expectativas de dificultad en el cuidado del niño	9, 14*
3: Miedo a la pérdida de salud del hijo	2, 15
4: Expectativas de problemas físicos hijo	4*, 5
5: Separación hijo	3*, 7
FASES DE HOSPITALIZACION POST-PARTO	
1: Problemas físicos madre	11, 13
2: Miedo a la pérdida de salud del hijo	1, 2, 12, 15
3: Separación hijo	3*, 7
HIGO DE TRES MESES	
1: Problemas físicos madre	11, 13
2: Miedo a la pérdida de salud del hijo	2, 12
3: Falta de tiempo	8, 10
4: Separación hijo	3*, 7

* = Ítems con puntuación invertida

Únicamente dos de los factores se estructuran de forma idéntica en las tres fases: 1) *problemas físicos de la madre*, definido por los ítems n 11 ("Me pongo muy nerviosa cuando oigo llorar a mi hijo") y 13 ("Desde que nació el niño me encuentro

cansada” y 2) *separación del hijo* definido por los items nº 3 (“Dejo a mi hijo al cuidado de otras personas”, cuya puntuación se invertía) y 7 (“Cuando estoy separada del niño estoy preocupada por lo que pueda sucederle”). Existe un factor (el que hemos denominado *miedo a la pérdida de salud del hijo*), cuya estructura básica es la misma en las tres fases del estudio, pero que parece ser que se va configurando de forma diferente en función de la situación, incluyendo en la fase de embarazo aquellos items que se refieren a conductas a realizar para evitar que el niño pueda tener problemas de salud, alcanza un mayor número de aspectos cuando la mayor parte de las mujeres tienen un hijo recién nacido (incluye 4 items) y cuya amplitud se reduce (2 items) con la experiencia de la crianza del hijo. Existe un tercer grupo de factores que únicamente se estructuran de forma clara en determinadas situaciones: Son el factor II y el IV, que sólo se replican de forma empírica en la fase de embarazo, y que los hemos denominado *expectativas de dificultad en el cuidado del niño* y *expectativas de problemas físicos del hijo* respectivamente y el factor *falta de tiempo*, que es en la fase de seguimiento cuando su estructura factorial cumple los requisitos que hemos impuesto para considerar un factor como tal.

Estos resultados podrían ser interpretados como la capacidad del instrumento para apresar las características diferenciales de la situación para la mayor parte de la muestra, ya que en la primera se encuentran embarazadas; en la segunda, el bebé tiene entre 24 y 48 horas de vida extrauterina; y en la tercera, el niño tiene tres meses, siendo situaciones muy diferentes en el aspecto de los cuidados del niño, fases en las que parece ser que la configuración del estrés relacionado con el cuidado del hijo se va estructurando en función de la situación, mostrando las mujeres una serie de asociaciones claras y estables intersituacionales acerca del estrés que supone el cuidado de un bebé en el estado físico materno y en la tensión que supone la separación del hijo, mostrando ser propias de la situación concreta las expectativas asociadas a la dificultad de cuidado o problemas físicos del hijo, y la experiencia de falta de tiempo como consecuencia de los cuidados del niño, que se manifiesta en la fase en que la mujer ya ha vivido la situación de cuidado del hijo durante tres meses.

En cuanto a los aspectos relacionados con miedos a la pérdida de salud del hijo, aunque parece existir un fondo común en las tres fases, su estructura se ve influida por la situación, configurándose de forma diferente en las fases en que el niño no ha nacido y cuando tiene tres meses, y alcanzando su máxima expresión cuando el niño acaba de nacer.

Se realizó un análisis factorial de segundo orden factorizando las puntuaciones en los factores empíricos, cuya solución factorial, junto con las comunalidades, valores propios y volumen de varianza explicada se muestran en el cuadro número 2.

En las fases de *embarazo* y *seguimiento* se han obtenido *dos factores*, (cuya varianza total explicada es 56.7% en la fase de embarazo y 72.6 en la fase de seguimiento) y en la de hospitalización se ha aislado un factor, que explica el 59.3% de la varianza total.

CUADRO 2.- Análisis factorial de segundo orden (Rotación varimax sobre factores principales), communalidad (h^2), valores propios y varianza del cuestionario "estrés en el cuidado del niño". (N = 204)

FACTOR	EMBARAZO			HOSPITALIZACION		SEGUIMIENTO		
	F1	F2	H ²	F1	H2	F1	F2	H ²
I: Problemas físicos madre	.49	.45	.44	.52	.27	.29	.65	.51
II: Expectativas de dificultad en el cuidado del niño	-.07	.51	.26	--	--	--	--	--
III: Miedo a la pérdida de salud del hijo	.67	-.01	.45	.95	.91	.72	.16	.55
IV: Expectativas de problemas físicos hijo			.20	.15	.06	--	--	--
V: Falta de tiempo	--	--	--	--	--	-.08	.58	.34
VI: Separación hijo	.54	-.06	.29	.45	.20	.62	-.03	.39
VALOR PROPIO	1.70	1.35		1.78		1.69	1.21	
% VARAINZA TOTAL	34.0	22.7		59.3		42.2	30.4	
%VARIANZA ROTADA	71.5	28.5		100		65.5	34.5	

NOTA: Se ha omitido el cero y se ha sustituido la coma decimal por punto

El primer factor aislado en las fases de embarazo y seguimiento está formado por los factores III (miedo a pérdida de salud del hijo) y VI (separación hijo). Expresa una serie de temores y preocupaciones por parte de la madre respecto a los sucesos negativos que pudiesen sucederle a su hijo, así como la conducta de separarse físicamente de él lo menos posible. Lo denominaremos *miedos acerca de la salud del hijo*.

Del segundo factor aislado en las fases de embarazo y seguimiento, sólo vamos a analizar el de la fase de seguimiento, pues es el único que está definido por, al menos, dos factores. Está definido por los factores I (problemas físicos madre) y V (falta de tiempo), y expresa la medida en que la mujer considera que dispone de tiempo insuficiente para atender a su hijo, acompañado de sensación de cansancio y nerviosismo. Lo denominaremos *percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo*. Explica el 34.5% de la varianza rotada.

En la fase de hospitalización, se ha aislado un único factor, en el que saturan por encima de .35 todos los factores de primer orden incluidos, los números I (problemas físicos madre), III (miedo a pérdida de salud del hijo), y VI (separación del hijo). Es un factor cuyos contenidos incluyen todos los aspectos

recogidos en el factor que hemos denominado miedos acerca de la salud del hijo, pero en esta ocasión estos miedos son percibidos en mayor amplitud, y se acompañan de una sensación de cansancio y nerviosismo materno. Lo denominaremos *miedos acerca de la salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno*. Explica el 59.3% de la varianza total.

Estos datos sugieren que la percepción de situaciones que implican en alguna medida estrés en relación con el cuidado de un hijo, tiene una estructura caracterizada por un núcleo de conductas cuya estructura parece ser independiente de la situación y que incluye una serie de miedos acerca de la salud del hijo y una resistencia a separarse del hijo, a los cuales se asocian una serie de percepciones más relacionadas con aspectos situacionales.

En la fase de embarazo, son las conductas relacionadas con los miedos acerca de la salud del hijo y con la resistencia a la separación del hijo las que se estructuran de forma nítida. En la fase de hospitalización, se agrupan en un único factor los aspectos relacionados con los miedos respecto a la separación y problemas de salud del hijo junto con la percepción de cansancio y nerviosismo materno, mientras que en la fase de seguimiento se separan claramente aquellos aspectos relacionados con los temores respecto al hijo de los aspectos relacionados con la percepción de cansancio y nerviosismo materno, a los cuales se añaden la percepción de falta de tiempo para atender a los cuidados del hijo.

Dado que la mayor parte de la muestra ha sido madre durante el estudio (127 de las 204 mujeres incluidas en este análisis), estos resultados podrían ser explicados en función de las diferentes fases del proceso de la maternidad estudiados, sugiriendo que desde la gestación hasta que el niño tiene tres meses, las situaciones de estrés en relación con el cuidado del hijo se caracterizan por la existencia de un núcleo común que incluye miedos a la pérdida de salud del hijo y preocupación por parte de la madre cuando se separa del hijo, junto con otra serie de temores y percepciones estresantes propias de la situación, pasando de una percepción en la cual el estrés está menos estructurado (fase de embarazo), a una mayor amplitud de los miedos respecto a la salud del hijo, a los que se asocia la sensación de cansancio y nerviosismo cuando la mujer tiene muy próxima la experiencia del nacimiento del hijo (hospitalización), mientras que con la experiencia del cuidado del hijo (fase de seguimiento) los miedos acerca de la salud del hijo se diferencian claramente de la sensación de cansancio y nerviosismo, al que se añade una percepción de falta de tiempo para atender a su hijo.

B) Índices de fiabilidad de los factores de segundo orden

En el cuadro número 3 aparecen los índices de *consistencia interna* (Alfa de Cronbach) oscilan entre .52 (factor "miedos acerca de la salud del hijo", y .69

CUADRO 3.- Índices de fiabilidad de los factores empíricos de segundo orden del cuestionario de estrés en el cuidado del hijo (N= 204)
A) CONSISTENCIA INTERNA:

FACTOR: FASE DE EMBARAZO	NUMERO ITEMS	VALOR DE ALFA
I. Miedos acerca de la salud del hijo	4	.52
FASE DE HOSPITALIZACION		
I. Miedos acerca de la salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno	8	.69
FASE DE SEGUIMIENTO		
I. Miedos acerca de la salud del hijo	4	.62
II. Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo	4	.55

B) TEST-RETEST:

FACTOR	INTERVALO EMBARAZO HOSPITALIZ.	INTERVALO EMBARAZO- SEGUIMIENTO	INTERVALO HOSPITALIZ.- SEGUIMIENTO	NUMERO ITEMS
FASE DE EMBARAZO				
I. Miedo acerca de la salud del hijo	.66	.59	.72	4
FASE DE HOSPITALIZACION				
I. Miedos acerca de la salud del hijo y sensación de can- sancio y nerviosismo materno	.70	.66	.79	8
FASE DE SEGUIMIENTO				
I. Miedos acerca de la salud del hijo	.66	.65	.73	4
II. Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo	.50	.46	.61	4

NOTAS: Se ha omitido el cero y la coma decimal ha sido sustituida por punto en los coeficientes de fiabilidad

(factor “miedos acerca de la salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno”).

Los índices de *fiabilidad test-retest* oscilan entre .46 (factor de “percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo”) y .79 (factor de “miedos acerca de la salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno”). En el factor “percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo”, los índices obtenidos son menores, y varían en buena medida desde un intervalo temporal a otro (.46 entre las fases de embarazo y seguimiento y .61 entre las fases de hospitalización y seguimiento).

C) Análisis correlacionales

Respecto a las correlaciones entre los factores de segundo orden con otras dimensiones relevantes en la percepción de la maternidad, con depresión, motivación, ansiedad y locus de control, para cada una de las fases estudiadas se muestran en el cuadro número 4.

En las tres fases, el estrés en el cuidado del niño se asocia de forma significativa aunque moderada con depresión (evaluada por el Inventario de Beck), ansiedad inhibitoria ante situaciones de estrés, percepción de control externo, indiferencia laboral y vagancia y molestias somáticas, así como con la búsqueda y con el rechazo del contacto social. También se asocia con la atribución de un escaso papel al varón durante el embarazo, parto y primeros cuidados del recién nacido, y de forma negativa con la consideración de la maternidad como independiente de la relación de pareja, actividad social y salud de la mujer. Respecto a su relación con el resto de las variables, varía en función de la fase analizada. Durante la *gestación*, los miedos acerca de la salud del hijo se asocian con una actitud pasiva ante el parto, con una consideración de la maternidad como positiva para la consolidación de la familia y la salud de la mujer y agrado por las tareas relacionadas con maternidad.

Durante la *hospitalización post-parto*, los miedos acerca de la salud del hijo y la sensación de cansancio y nerviosismo materno se asocian con la percepción negativa del proceso del parto y el rechazo de la situación de parto, con la percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido e inseguro ante el recién nacido y la situación de parto, agrado por las tareas relacionadas con maternidad, y de forma negativa con la percepción de control interno.

Durante la fase de *seguimiento* (niño con tres meses de edad), ambos factores se asocian con una concepción del parto como un hecho aversivo, con la reacción de activación en las situaciones de estrés, y de forma negativa con la percepción de control interno. Respecto a la consideración del impacto negativo del nacimiento del hijo en las áreas laboral, social, de pareja, sexualidad, economía y rutina diaria es la opuesta en cada factor: las mujeres que declaran sobrecarga en el cuidado del

CUADRO 4.- Correlaciones entre los factores de segundo orden de estrés en el cuidado del niño y otros factores (N=204).

1) FASE DE EMBARAZO

	DEP1	DEP2	PA1	PA2	PA3	PD1	PD2	IM	AMA1	AMA2	
ECNA	.23***	.24***	.08	.13*	.41***	.23***	.14*	.30***	-.07	-.29***	
	AMA3	EF	ATM	BUS	REC	MOP	MA2	MA5	MA6	CEX	CIN
ECNA	.28***	-.08	.23**	.28***	.27***	.04	.28***	.31***	.01	.44***	-.04

NOTAS: (*) = P < .05; (**) = P < .01; (***) = P < .001.

ECNA = Miedos acerca de la salud del hijo. DEP1 = Humor depresivo y pérdida de apetito y peso. DEP2 = Disminución de impulsos vitales y periodo de llanto. PA1 = Rechazo de la situación de parto; PA2 = Connotaciones positivas del parto y nacimiento del hijo. PA3 = Actitud pasiva ante el parto. PD1 = Actitud tradicional ante el parto y cuidados del recién nacido. PD2 = Percepción del varón como poco relevante durante el embarazo, parto y primeros cuidados del hijo. IM = Molestias somáticas. AMA1 = Independencia entre maternidad y actitud social y profesional. AMA2 = Independencia entre maternidad y relación de pareja y salud. AMA3 = Maternidad como consolidación de la familia y factor de salud. ATM = Actitud ante tareas relacionadas con la maternidad. BUS = Búsqueda de contacto social. REC = Rechazo de contacto social. MA2 = Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral. MA5 = Reacción de inhibición ante situación de estrés. MA6 = Reacción de activación ante situación de estrés. CEX = Lugar de control externo. CIN = Lugar de control interno.

2) FASE DE HOSPITALIZACIÓN

	DEP1	DEP2	PA1	PA2	PA3	PA4	PD1	PD2	IM	AMB1
ECNB	.23***	.37***	.34***	.20***	.05	.19**	.35***	.16**	.42***	-.40***
AMB2	EF	ATM	BUS	REC	MOP	MA2	MAS	MA6	CEX	CIN
ECNB	.22**	.04	.21**	.28***	.15**	.13*	.31***	.52***	.08	.55***

NOTAS: (*) = $P < .05$; (**) = $P < .01$; (***) = $P < .001$.

ECNB = Miedos acerca de la salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno. DEP1 = Humor depresivo. DEP2 = Fatigabilidad y pérdida de apetito. PA1 = Percepción negativa del proceso de parto. PA2 = Rechazo de la situación de parto. PA3 = Connotaciones positivas del parto y nacimiento del hijo. PA4 = Concepción instintiva de maternidad. PD1 = Papel escaso del varón durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido. PD2 = Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto. IM = Molestias somáticas. AMB1 = Independencia entre maternidad y actividad social, profesional, de pareja y salud. AMB2 = Maternidad como consolidación de la familia y factor de salud. EF = Expectativas futuras. ATM = Actitud ante tareas relacionadas con la maternidad. BUS = Búsqueda de contacto social. REC = Rechazo de contacto social. MOP = Motivación positiva. MA2 = Indiferencia laboral y separación entre mundo privado y laboral. MAS = Reacción de inhibición ante situación de estrés. MA6 = Reacción de activación ante situación de estrés. CEX = Lugar de control externo. CIN = Lugar de control interno.

3) FASE DE SEGUIMIENTO

	ECN2	DEP1	PA1	PA2	PA3	PD1	PD2	IM1	IM2	AMC1	AMC2
ECN1	.18**	.18**	.27***	.06	.35***	.34***	.08	.30***	.23**	-.31***	.31***
ECN2	--	.33***	.29***	-.03	.05	.18**	.17**	.28***	.34***	-.43***	-.05
	AMC3	EF	ATM	BUS	REC	MOP	MA2	MAS	MA6	CEX	CIN
ECN1	.10	-.17**	.27***	.18**	.31***	.10	.19**	.36***	.13*	.44***	-.16**
ECN2	-.04	.38***	-.21***	.14*	.18**	.11	.17**	.27***	.06	.32***	-.19**

NOTAS: (*) = $P < .05$; (**) = $P < .01$; (***) = $P < .001$.

ECN1 = Miedos acerca de la salud del hijo. ECN2 = Percepción de sobrecarga en el cuidado del hijo. DEP1 = Sentimientos e ideas depresivas y fatigabilidad. PA1 = Concepción aversiva del parto. PA2 = Connotaciones positivas del parto y nacimiento del hijo. PA3 = Concepción instintiva de la maternidad. PD1 = Papel escaso del varón durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido. PD2 = Percepción del varón como poco colaborador en la crianza del recién nacido y como inseguro ante el recién nacido y la situación de parto. IM1 = Rechazo olfato-gustativo y sudoración. IM2 = Sintomatología difusa. AMC1 = Independencia entre la maternidad y actividad social, de pareja y salud. AMC2 = Maternidad como consolidación de la familia y perturbadora de la profesionalidad de la mujer. AMC3 = Maternidad como factor de salud. EFA = Expectativas futuras. ATM = Actitud ante tareas relacionadas con la maternidad. BUS = Búsqueda de contacto social. REC = Rechazo de contacto social. MOP = Motivación positiva. MAS = Reacción de inhibición ante situación de estrés. MA6 = Reacción de activación ante situación de estrés. CEX = Lugar de control externo. CIN = Lugar de control interno.

hijo consideran que su hijo impactará de forma negativa, mientras que las mujeres que declaran miedos, consideran lo opuesto, si bien la cuantía del coeficiente de correlación es muy inferior en este último. Los *miedos acerca de la salud del hijo* se asocian con la consideración de la maternidad como consolidación de la familia y perturbadora de la profesionalidad de la mujer, con agrado por las tareas relacionadas con la crianza del hijo. El factor de *sobrecarga en el cuidado del hijo* se asocia de forma negativa con el agrado por las tareas de crianza del hijo.

D) Análisis Discriminantes

Para analizar la capacidad de diferenciación del cuestionario en bloque, se realizaron una serie de análisis discriminantes utilizando como criterio de selección, junto con la F, la V de Rao y la Lambda de Wilks. En todos ellos las variables dependientes fueron los factores empíricos de primer orden, y se realizaron análisis separados para cada una de las tres situaciones analizadas: embarazo, hospitalización post-parto e hijo con tres meses. Presentamos los resultados más relevantes ².

Respecto a la capacidad discriminativa entre los grupos *experimental* y *control*, durante la *gestación* se encontró una correlación canónica de 0.44 ($p < 0.00009$) definida por tres factores, que son de mayor a menor capacidad discriminativa: expectativas de problemas físicos del hijo, miedos a la separación del hijo y miedo a la pérdida de salud del bebé. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 73.04%. Durante la *hospitalización post-parto* se encontró una correlación canónica de 0.38 ($p < 0.00009$) definida por dos factores, y que son de mayor a menor capacidad discriminativa: miedos a la separación del hijo y miedo a la pérdida de salud del hijo. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 66.67%. A los *tres meses tras el parto* se encontró una correlación canónica de 0.42 ($p < 0.00009$) definida por los cuatro factores que incluye el cuestionario, y que son de mayor a menor capacidad discriminativa: miedos a pérdida de salud del bebé, percepción de falta de tiempo en el cuidado del hijo, sensación de cansancio y nerviosismo materno y miedos a la separación del hijo. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 70.59%. En todos los factores puntúan más alto las mujeres del grupo experimental (experimentan más estrés en la crianza del hijo), excepto en el factor de falta de tiempo para el cuidado del hijo que es significativamente mayor en las mujeres del grupo de control.

En cuanto a la capacidad discriminativa entre los grupos con puntuaciones extremas en *depresión* (el 25% superior e inferior), durante la *gestación* se encontró una correlación canónica de 0.52 ($p = 0.0005$) definida por dos factores, que son de mayor a menor capacidad discriminativa: miedos a la separación del hijo y miedos a la pérdida de salud del hijo. El porcentaje de clasificaciones

correctas fué del 73.08%. Durante la *hospitalización post-parto* se encontró una correlación canónica de 0.61 ($p < 0.00009$) definida por dos factores, y que son de mayor a menor capacidad discriminativa: sensación de cansancio y nerviosismo materno y miedos a la separación del hijo. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 75.00%. A los *tres meses tras el parto* se encontró una correlación canónica de 0.62 ($p < 0.00009$) definida por tres factores, que son de mayor a menor capacidad discriminativa: sensación de cansancio y nerviosismo materno, miedos a la separación del hijo y falta de tiempo para los cuidados del hijo. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 76.67%. En todos los factores puntúan más alto las mujeres con mayor puntuación en depresión, lo que implica que son éstas las que experimentan más miedos, cansancio y percepciones estresantes en general.

Respecto a la capacidad discriminativa entre los grupos de mujeres que realizan *cursos de preparación para el parto* y las que no los realizan, durante la *gestación* se encontró una correlación canónica de 0.29 ($p = 0.0035$) definida por dos factores, que son de mayor a menor capacidad discriminativa: miedos a la pérdida de salud del hijo y miedos a separarse del hijo. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 70.87%. Durante la *hospitalización post-parto* se encontró una correlación canónica de 0.28 ($p = 0.0151$) definida por los tres factores, y que son de mayor a menor capacidad discriminativa: miedos a la separación del hijo, miedo a la pérdida de salud del hijo y sensación de cansancio y nerviosismo materno. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 63.78%. A los *tres meses tras el parto* se encontró una correlación canónica de 0.26 ($p = 0.011$) definida por dos factores, y que son de mayor a menor capacidad discriminativa: miedos a la pérdida de salud del hijo y miedos la separación del hijo. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 62.99%. En todos los factores y situaciones las mujeres sin preparación para el parto puntuaban más alto, excepto en el factor de sensación de cansancio y nerviosismo materno, que en la *hospitalización post-parto* es mayor en las mujeres que realizan cursos de preparación para el parto. Parece ser que los cursos de preparación para el parto tienen consistente de disminución de los miedos de la mujer a la pérdida de salud del bebé y a dejarlo al cuidado de otras personas y parecen afectar de forma negativa en la percepción de la madre inmediatamente tras el parto, sintiéndose más cansada y nerviosa. Estos datos cuestionan en alguna medida la utilidad de los cursos de preparación para el parto que en ese momento se impartían, coincidiendo en buena medida con la opinión de matronas y ginecólogos que dudan de su utilidad en los momentos de mayor estrés, probablemente debido a que a la mujer se le dan expectativas un tanto idealizadas del nacimiento del hijo, y que vendrían a reforzar la necesidad (ampliamente detectada tanto por los profesionales como por las propias mujeres) de un cambio profundo en los cursos de psicoprofilaxis obstétrica.

En cuanto a la capacidad discriminativa entre los grupos de mujeres que realizan actividad laboral durante la *gestación* y las que no la realizaron, durante

la *gestación* se encontró una correlación canónica de 0.40 ($p < 0.00009$) definida por dos factores, que son de mayor a menor capacidad discriminativa: miedo a la pérdida de salud del hijo y miedos a la separación del hijo. El porcentaje de clasificaciones correctas fué del 66.93%. Durante la *hospitalización post-parto* se encontró una función muy similar, con una correlación canónica de 0.43 ($p < 0.00009$) definida por los mismos factores pero en este caso discrimina más los miedos a la separación del hijo, y con un porcentaje de clasificaciones correctas un poco superior: el 72.44%. En todos los factores son las mujeres que no realizaron actividad laboral durante la gestación las que puntúan más alto, es decir, son las que mostraron más miedos acerca de la salud del hijo y estaban menos dispuestas a admitir la colaboración de otras personas en los cuidados del bebé.

CONCLUSIONES

Dado que se han ido comentando los resultados a lo largo de la exposición, aquí únicamente haremos un breve resumen de los datos relacionados con la prueba que nos ocupa. En este sentido, los datos aportados parecen indicar que el cuestionario que hemos denominado "Estrés en el cuidado del recién nacido", cuya versión final consta de 14 ítems, es un instrumento rápido, fácil de administrar y corregir, y que parece ser útil para el análisis del estrés implicado en la crianza de los primeros meses de un hijo y/o el estrés generado por la expectativa de tal situación.

Su validez de constructo parece adecuada, así como su validez discriminante de diferentes situaciones y estados y su sensibilidad ante la influencia de la intervención. Su consistencia interna es moderada y su estabilidad temporal parece sugerir que el estrés implicado en la crianza de un hijo en sus primeros meses de vida es un dimensión de consolidación intermedia, según el modelo de parámetros propuestos por Pelechano (1973, 1989). No hay que olvidar que estos datos solo suponen un primer acercamiento y que únicamente su uso y replicación de los resultados nos indicarán que es lo que aporta de nuevo al estudio de la maternidad.

NOTAS 1 y 2: Las tablas originales pueden solicitarse a cualquiera de los autores a la siguiente dirección: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

BIBLIOGRAFIA

- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M., MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961): An Inventory for measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- BLUMBERG, N. J. (1980): Effects of Neonatal Risk, Maternal Attitude, and Cognitive Style on Early Postpartum Adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 139-150.
- HOPKINS, J.; MARCUS, M. y CAMPBELL, S.B. (1984): Postpartum Depression: A critical Review. *Psychological Bulletin*, 95, 498-515.
- KANE, F.J.; WILLIAN, J.; HARMAN, J.; KEELER, M. H. y EWING, J. A. (1968): Emotional and Cognitive Disturbance in the Early Puerperium. *British J. Psychiat.*, 114, 99-102.
- KUMAR, R. y ROBSON, K.M. (1984): A prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *British J. of Psychiat.*, 114, 35-47.
- MATUD, M.P. (1990): **Depresión postparto: Revisión y datos sobre su existencia y dinámica funcional.** Tesis Doctoral dirigida por V. Pelechano. Secretariado de Publicaciones. Universidad de La Laguna. Microficha.
- O'HARA, M.W.; REHM, L.P. y CAMPBELL, S.B. (1983): Postpartum Depression. A role for Social Network and Life Stress Variables. *The J. of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- PAYKEL, E.S.; EMMS, E.M.; FLETCHER, J. y RASSABY, E.S. (1980): Life Events and Social Support un Puerperal Depression. *British J. Psychiat*, 136, 339-346.
- PELECHANO, V. (1973): **Personalidad y Parámetros: Tres escuelas y un modelo.** Barcelona, Vicens-Vives.
- PELECHANO, V. (1975): **El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución.** Fraser, S.A.
- PELECHANO, V. (1981): **El impacto psicológico de ser madre.** Valencia. Alfabús.
- PELECHANO, V. (1989): Ejes de referencia y una propuesta temática. En E. Ibáñez y V. Pelechano (dirs). **Personalidad.** Madrid. Alhambra.
- PELECHANO, V. y BAGUENA, M.J. (1983): **Uncuestionario de Locus de Control (LUCAM).** *Análisis y Modificación de Conducta*, 9, 5-46.
- PELECHANO, V. y MATUD, M.P (1990): **Depresión post-parto: datos sobre su existencia y codeterminates en una investigación con grupos criterio y la escala de Beck.** *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 3-54.
- PELECHANO, V. y MATUD. M.P. (1991): **Concomitantes psicológicos del puerperio inmediato: la hospitalización post-parto.** *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 163-180.

ROLDAN, C. (1986): Factores psicológicos comprometidos con la percepción del nacimiento: una aproximación al estudio de la maternidad a través de diversos grupos criterio. Tesis Doctoral dirigida por V. Pelechano. Mimeo. Universidad Literaria de Valencia.