



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina

Programa de Doctorado en Salud Mental.

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL ESTADO COMPLETO DE
SALUD MENTAL DE LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO.**

Tesis para optar al grado académico de Doctora en Salud Mental.

POR: Daniela Andrade Rebolledo.

Profesor guía: Dr. Benjamín Vicente Parada.

Co-guía: Dra. Carolina Inostroza Rovegno

Martes 09 de marzo de 2021

Concepción, Chile.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis marca la culminación de un largo camino que comencé a recorrer el 2016, el cual estuvo lleno de éxitos, alegrías, crecimiento personal y profesional, pero también de dificultades personales y familiares que hicieron de este trayecto un periodo de mayor fortaleza por lograr esta meta.

En primera instancia expresar mis agradecimientos a mi profesor guía Dr. Benjamín Vicente por el gran apoyo y dirección en este estudio, entregándome siempre el consejo preciso en el momento indicado.

Agradecer sinceramente el apoyo del Sr. Claudio Bustos, por su gran disposición. Agradecer su amabilidad, el tiempo entregado y sus valiosos aportes en esta tesis. Por su orientación y atención a mis consultas, agradecer a mi co-guía Dra. Carolina Inostroza, por las sugerencias entregadas.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y profesionales.

Agradecer a mi familia, por su apoyo permanente, principalmente a mi mamá que fue parte del inicio de este sueño y ahora desde el cielo me acompaña en mis logros, que también son de ella.

Agradecer a mi esposo, compañero de la vida y de sueños que nos quedan por recorrer, por cada palabra de amor y motivación. A mi hijo, Tomás, porque tan sólo su presencia es fuente de amor y energía para seguir adelante.

A Dios, por iluminar mi vida y regalarme cada día para seguir creciendo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, y la sociedad. Esta relevancia que ha adquirido se relaciona no solo con la magnitud de los problemas asociados con la enfermedad mental y por los costos que conlleva, sino, también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social. El periodo postparto conlleva cambios en la vida de la mujer, pareja y familia, por lo que corresponde a una etapa de mayor vulnerabilidad emocional para la mujer. Actualmente no existen investigaciones que evalúen el estado completo de salud mental de la mujer durante el periodo postparto lo que constituye una brecha crítica para lograr intervenir de forma oportuna y eficaz en las mujeres durante este periodo.

OBJETIVO: Determinar los factores psicosociales asociados al estado completo de la salud mental de la mujer la etapa de puerperio mediato.

MÉTODO: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional, en el periodo comprendido entre junio del 2019 a marzo 2020 a 215 mujeres que cursaban su segundo o tercer día postparto en el Hospital Regional de Talca, comuna Talca, Séptima región, Chile. Los instrumentos aplicados fueron: índice de felicidad de Pemberton, escala de depresión de Edimburgo, escala de estrés percibido, índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, escala de autoeficacia en la lactancia materna, escala de expectativas maternas, escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet e inventario de estrategias de afrontamiento, previo

consentimiento informado. Para análisis de los datos se realizó un modelo de mixtura Gaussiana.

RESULTADOS: Se observaron tres perfiles de salud mental en el puerperio mediato: (a) alto bienestar, (b) alto en síntomas depresivos y estrés y (c) Alto bienestar y estrés moderado. Las variables relacionadas al modelo de salud mental en el puerperio ($p < 0,05$) fueron los problemas del sueño ($OR=3,36$), las estrategias de afrontamiento de apoyo social ($OR=2.73$), las expectativas maternas de autosacrificio ($OR=2.14$) que aumentan el riesgo de síntomas depresivos, respecto al grupo de mujeres con alto bienestar en el puerperio.

CONCLUSIÓN: Es necesario seguir indagando en la salud mental de las mujeres durante el periodo postparto, considerando estudios longitudinales que analicen la evolución de la salud mental y variables predictoras durante los siguientes meses posterior al parto.



SUMMARY

INTRODUCTION: The World Health Organization has recognized mental health as a fundamental aspect of the well-being and development of individuals and society. This relevance that it has acquired is related not only to the magnitude of the problems associated with mental illness and the costs it entails, but also to its individual, family, community and social impact. The postpartum period entails changes in the life of the woman, partner and family, so it corresponds to a stage of greater emotional vulnerability for the woman. There is currently no research that evaluates the complete state of mental health of women during the postpartum period, which constitutes a critical gap to achieve a timely and effective intervention in women during this period.

OBJECTIVE: To determine the psychosocial factors associated with the complete state of mental health of women in the mediate puerperium stage.

METHOD: A quantitative, cross-sectional and correlational study was carried out in the period from June 2019 to March 2020 on 215 women who were attending their second or third postpartum day at the Regional Hospital of Talca, Talca district, Seventh region, Chile. The instruments applied were Pemberton happiness index, Edinburgh depression scale, perceived stress scale, Pittsburgh Sleep Quality index, breastfeeding self-efficacy scale, maternal expectations scale, multidimensional scale of perceived social support of Zimet and inventory of coping strategies, with prior informed consent. For data analysis, a Gaussian mixture model was performed.

RESULTS: Three mental health profiles were observed in the mediate puerperium: (a) high well-being, (b) high in depressive symptoms and stress, and (c) high well-being and moderate stress. The variables related to the mental health model in the

puerperium ($p < 0.05$) were sleep problems (OR = 3.36), social support coping strategies (OR = 2.73), maternal expectations of self-sacrifice (OR = 2.14) that increase the risk of depressive symptoms, with respect to the group of women with high well-being in the puerperium.

CONCLUSION: It is necessary to continue investigating the mental health of women during the postpartum period, considering longitudinal studies that analyze the evolution of mental health and predictive variables during the following months after delivery.



El puerperio consiste en la etapa donde se producen cambios en el rol de los padres, cambios en las relaciones familiares, alteraciones en la autoimagen (como las creencias que tiene una persona acerca de cómo es percibida por otros), en el autoconcepto (las creencias que tiene de sí misma), entre otras. Estas transiciones, junto con la recuperación física del parto y el trabajo que se requiere para satisfacer las necesidades de un lactante, hacen que el período que sigue al nacimiento de un niño sea uno de los periodos de mayor vulnerabilidad a problemas de salud para las mujeres. La evidencia sugiere que, si no se mitigan, los factores estresantes del período postparto pueden llevar a un mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales, asociadas a su vez, con un mayor impacto a largo plazo en la salud mental de la mujer y su familia.



El concepto de salud mental de la mujer cada vez cobra más importancia por la prevalencia en Chile y las repercusiones que trae consigo. Sin embargo, la revisión de la literatura muestra que la salud mental sigue siendo un concepto asociado a trastornos mentales, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud propone que este término alude no sólo a la presencia o ausencia de enfermedad, sino que al desarrollo de potencialidades y al bienestar en un sentido amplio. El predominio del interés por trastornos mentales por sobre el concepto de salud mental, es esperable dada la alta prevalencia de patologías mentales en la población, sin embargo, esta ha provocado un aumento de investigaciones relacionadas con trastornos mentales y un escaso desarrollo de investigación relacionada con la salud mental.

De lo anterior, nace la necesidad de profundizar en determinantes de la salud mental de la mujer durante el puerperio, que permitan proyectar intervenciones dirigidas a favorecer el bienestar materno en un sentido amplio, a través del modelo del estado completo de salud mental.



MARCO TEÓRICO

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD MENTAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (1).

La OMS, bajo el slogan “No hay salud sin salud mental” , ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países (2). Esta relevancia que ha adquirido se relaciona no solo con la magnitud de los problemas asociados con la enfermedad mental y por los costos que conlleva, sino, también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera.

2. SALUD MENTAL POSITIVA.

El desarrollo científico de la psicología en relación con los aspectos positivos del ser humano ha sido significativamente menor en comparación a los avances respecto del estudio, comprensión y tratamiento de los trastornos mentales, es más, la intervención en salud mental desde el enfoque biomédico se centra fundamentalmente en la atención profesional de los trastornos mentales por parte de los especialistas (3). Sin embargo, en el informe compendiado sobre promoción

de la salud mental del año 2004 (4) la OMS identifica una serie de enfoques utilizados en la comprensión de lo que se denomina “salud mental positiva” (SMP) y los reconoce como esfuerzos necesarios en la construcción de una mirada de la salud mental que se aleja de los modelos biomédico y comportamental (3). Este compendio de la OMS reconoce los enfoques de distintos autores en la búsqueda del estudio de la Salud Mental Positiva los cuales se presentan a continuación:

2.1 MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA DE JAHODA.

Los primeros esfuerzos son de Maria Jahoda (1958), quien presenta el modelo de salud mental positiva basado en los tipos de personalidad. Este modelo toma en cuenta los aspectos de la salud física y los aspectos sociales del individuo, planteando que tener una buena salud física es una condición necesaria, aunque no suficiente, para tener una buena salud mental. La autora destacó que tener una buena salud física y la ausencia de trastorno mental son condiciones necesarias, pero no suficientes para tener una salud mental positiva y sugirió analizar si la salud mental debe considerarse una característica relativamente estable y permanente de la persona o bien un atributo de tipo situacional (5).

Los elementos propuestos en el modelo de Jahoda son (6):

1. Actitud hacia sí mismo: hace referencia al contacto con uno mismo, es decir, conciencia, percepción correcta de sí mismo, auto aceptación y sentido de identidad.

2. Crecimiento, Desarrollo y Autoactualización: Relacionado con lo que la persona hace con su vida que viene a darse en la motivación general hacia la vida e implicación en la vida.
3. Integración: Implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona que se da bajo tres perspectivas: equilibrio psíquico, filosofía personal sobre la vida y resistencia al estrés.
4. Autonomía: Hace referencia a la relación de la persona con el mundo; el grado de dependencia e independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado salud mental. La persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás.
5. Percepción de la realidad: Implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad, la percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero sí bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente.
6. Dominio del entorno: El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de salud mental es la capacidad para manejarse en la realidad. Está relacionado con la capacidad de amar, adecuación en el amor, el trabajo y el juego, adecuación en las relaciones interpersonales, eficiencia en el manejo de demandas situacionales, capacidad de adaptación y ajuste y eficiencia en resolución de problemas. Este criterio está vinculado con el éxito, haciendo énfasis en el logro, alcanzar los resultados y en la adaptación que se refiere al proceso para llegar a la meta.

2.2 MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA DE LLUCH

Más tarde, en la década de los 90` María Teresa Lluch operativizó e intentó evaluar empíricamente la validez del Modelo de Salud Mental de Jahoda (1958) en estudiantes del área de la salud. A partir del desarrollo de diversos estudios de validación de este modelo, concluyó formulando un modelo propio, con algunos factores diferentes a los formulados previamente por Jahoda. A su vez, elaboró una escala para medir los diferentes componentes de su modelo de salud mental positiva, dando origen a un modelo de seis criterios generales para evaluar la salud mental positiva (7):

1. Satisfacción Personal: Aspectos de autoconcepto y autoestima, vinculados a características favorables del sí mismo: físico, personal, social, familiar y ético-moral.
2. Actitud Prosocial: Incluye ítems que evalúan sensibilidad social, predisposición y actitud hacia los demás y percibirse como confiable.
3. Autocontrol: Capacidad de afrontar situaciones conflictivas y mantener el equilibrio emocional.
4. Autonomía: Evalúa independencia, seguridad personal, confianza en sí mismo, autorregulación de la propia conducta y autorresponsabilidad.
5. Resolución de Problemas y Autoactualización: se incluyen ítems que evalúan la aptitud para tomar decisiones, la flexibilidad para adaptarse a los cambios y la búsqueda de crecimiento personal.
6. Habilidades de relación interpersonal: se incluyen ítems relacionados con la capacidad de la persona para comprender los sentimientos de los demás y con la habilidad de establecer relaciones interpersonales.

Así se configura un cuestionario adaptado que se constituye en el primer instrumento que explícitamente permitía la evaluación de la salud mental positiva (7).

2.3 MODELO DE BIENESTAR SUBJETIVO DE DIENER

La última década del siglo XX se caracteriza por un acelerado desarrollo sobre las teorías de bienestar, dentro de las que destacan: la percepción subjetiva de bienestar en la que se incluyen el modelo de bienestar subjetivo de Diener. El bienestar subjetivo refiere al balance global que las personas hacen de sus oportunidades vitales -recursos sociales y personales, aptitudes individuales, del curso de los acontecimientos a los que se enfrentan; privación u opulencia, soledad o compañía y de la experiencia emocional derivada de ello (8).

El bienestar subjetivo tiene bases mucho más emocionales, y se lo ha evaluado a través de indicadores como la felicidad, la afectividad positiva y negativa o la satisfacción vital. El elemento afectivo constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Estos componentes están relacionados, es decir, aquella persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Las personas con un mayor bienestar subjetivo hacen una valoración más positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que las "infelices" evalúan la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales (9).

2.4 MODELO DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE CAROL RYFF

El bienestar subjetivo de Diener es posteriormente ampliado a una mirada del bienestar psicológico de Carol Ryff (1989) planteando que el funcionamiento humano óptimo es el que produce una mayor cantidad de emociones positivas o de placer (10,11).

Ryff ha propuesto seis dimensiones para operacionalizar el Bienestar Psicológico (9):

1. Autoaceptación: las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
2. Relaciones positivas con otras personas: la gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar.
3. Autonomía: para poder sostener su propia individualidad en contextos sociales diversos, las personas deben gozar de autodeterminación y mantener su independencia y autoridad personal. La autonomía se asocia a la resistencia a la presión social y a la autorregulación del comportamiento.
4. Dominio del entorno: la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Se relaciona con la sensación de control sobre el mundo y de influencia sobre el contexto.
5. Propósito en la vida: metas y objetivos que permiten dotar la vida de cierto sentido.
6. Crecimiento personal: interés por desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las propias capacidades.

2.5 MODELO DE BIENESTAR SOCIAL

Sumado a los intentos de estudiar la salud mental positiva de los individuos, el año 1998 Keyes desarrolla el concepto de bienestar social recogiendo los aspectos interpersonales de la salud mental. Este modelo se compone de cinco dimensiones:

1. Integración social: la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. Las personas con alto bienestar social se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia y tienden lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, entre otros.
2. Aceptación social: la presencia de confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, como atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad, y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
3. Contribución social: es el sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo. Es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.
4. Actualización social: la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos - confianza en el progreso y en el cambio social, confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.
5. Coherencia social: es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo. La sensación de que se es capaz de entender lo que sucede a nuestro alrededor (12,13)

2.6 MODELO DEL ESTADO COMPLETO DE LA SALUD MENTAL

Posteriormente, a inicios del siglo XXI, Coray Keyes (2005) definió la salud mental positiva como un conjunto de síntomas de hedonía y funcionamiento positivo operativizado por medidas de bienestar subjetivo (percepciones y evaluaciones que las personas hacen sobre su vida y sobre la calidad de su funcionamiento) creando el Modelo del estado completo de la Salud Mental (14). Consiste en un modelo que señala la existencia de dos factores: bienestar hedónico (hedonía) y bienestar eudaimónico (funcionamiento positivo).

El modelo de Keyes se sostiene sobre dos novedosos axiomas centrales. El primero de ellos viene a defender que la salud y la enfermedad son dos dimensiones unipolares correlacionadas entre sí más que dos polos de una única dimensión bipolar. Por tanto, la ausencia del trastorno no garantiza la presencia de salud, y viceversa (15). En segundo lugar, la presencia de salud mental supone la existencia de un funcionamiento psicosocial positivo (ej. metas claras en la vida, alta resiliencia, relaciones positivas e íntimas con otras personas, confianza en la sociedad y en sus instituciones y sentimiento de pertenencia). Para comprobar empíricamente estos dos axiomas, Keyes llevó a cabo un interesante estudio en el que demostró mediante análisis factorial confirmatorio que las medidas de salud mental (bienestar subjetivo, bienestar psicológico y bienestar social) y las medidas de enfermedad mental (episodio depresivo mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, y dependencia del alcohol) constituyen dos dimensiones unipolares diferentes, aunque correlacionadas. Además, las personas completamente

saludables mostraron metas más claras, una mayor resiliencia, mayor intimidad en sus relaciones sociales, y faltaron menos al trabajo, lo cual supone la principal evidencia empírica para la defensa del segundo axioma (16).

Keyes clasifica la salud mental positiva en tres categorías: próspera, moderada y languideciente. Para ser diagnosticado con una salud mental próspera, los individuos deben mostrar altos niveles en a los menos una de las dimensiones del bienestar hedónico y altos niveles en el menos seis de las dimensiones de bienestar eudaimónico. Los individuos que presentan al menos una dimensión de bienestar hedónico en el nivel más bajo y al menos seis dimensiones eudaimónicas también bajas, son diagnosticados con una salud mental languideciente. Los individuos que no entran en ninguna de las categorías anteriores se diagnostican con una salud mental moderada (16).

Con la consideración adicional de la presencia de los síntomas mentales evaluados y, por tanto, presencia o ausencia de los trastornos, Keyes definió que los sujetos que presentaban una salud mental próspera y no presentaban un trastorno mental en los últimos 12 meses serían diagnosticados con salud mental completa. Del mismo modo, un sujeto con salud mental próspera y que, si presentó en los últimos 12 meses algún trastorno mental, entraría en la categoría de salud mental incompleta. La enfermedad mental completa es la categoría que emerge al evaluar que el sujeto tiene una salud mental languideciente y presentó algún trastorno mental los últimos 12 meses. Finalmente, un sujeto que presentó en los últimos 12 meses algún trastorno mental y tiene una salud mental moderada fue

catalogado con una enfermedad mental incompleta. Juntando las categorías de salud mental positiva con la presencia o ausencia de trastorno mental se pueden distinguir entonces 6 grupos de personas (tabla n°1).

Tabla n°1: Clasificación del modelo del estado completo de la salud mental.

	Salud Mental Languideciente	Salud Mental Moderada	Salud Mental Próspera
Ausencia de diagnóstico de trastornos mental últimos 12 meses	Salud mental languideciente	Salud mental moderada	Salud mental completa
Presencia de diagnóstico de trastorno mental últimos 12 meses	Enfermedad mental completa	Enfermedad mental incompleta	Salud mental incompleta

Fuente: Díaz D, Blanco A, Horcajo J, Valle C. La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*. 2007; 19 (2): 286-294

2.6 MODELO DE SALUD MENTAL POSITIVA DE GEORGE VAILLANT

Posterior a los estudios de Keyes en el ámbito de la salud mental positiva, George Vaillant, el año 2012 identifica siete maneras utilizadas por diversos clínicos en la conceptualización y determinación de la SMP: la Escala de Evaluación de la

Actividad Global del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), la presencia de múltiples fortalezas humanas, la madurez entendida como la capacidad que va desarrollando el individuo para la aceptación del destino impuesto por el tiempo, el dominio de las emociones positivas, la inteligencia socio-emocional, el bienestar subjetivo y la capacidad de recuperación (17).

Cabe destacar que, si bien todos los modelos presentados anteriormente, reflejan un intento de analizar aspectos ligados a la salud mental positiva, el modelo completo de salud mental de Keyes es el único que incluye síntomas de hedonía y funcionamiento social asociados a la presencia de enfermedad mental, entendiendo la enfermedad y salud como dos dimensiones relacionadas entre sí (16). Esta última característica es de real importancia a nivel de la salud mental en Chile, ya que en un estudio en los años noventa, se observó que casi una quinta parte (19,7%) de la población había tenido un trastorno psiquiátrico durante los últimos 6 meses. La tasa de prevalencia de 1 mes fue del 16,7%. Para la prevalencia de 6 meses, los cinco trastornos más frecuentes fueron fobia simple (6,1%), fobia social (5,9%), agorafobia (5,1%), trastorno depresivo mayor (4,7%) y dependencia del alcohol (4,3%) (18) (Tabla nº2).

Tabla nº2. Tasas de prevalencia de los trastornos mentales a seis meses y un mes en Chile, 2004.

Diagnóstico DSM-III-R	Prevalencia de seis meses						Prevalencia de un mes					
	Masculino		Hembra		Total		Masculino		Hembra		Total	
	%	se	%	se	%	se	%	se	%	se	%	se
Trastornos afectivos												
Episodio depresivo mayor	3.0	0.5	6.2	0.6	4.7	0.4	2.3	0.4	4.5	0.5	3.4	0.4
Episodio maniaco	0.7	0.3	1.9	0.5	1.3	0.3	0.5	0.3	1.3	0.4	1.0	0.2
Distimia	1.5	0.5	4.8	1.1	3.2	0.6	1.5	0.5	4.2	1.1	2.9	0.6
Cualquier trastorno afectivo	4.9	0.7	10.7	1.2	7.9	0.8	4.2	0.6	8.6	1.1	6.5	0.7
Desórdenes de ansiedad												
Trastorno de pánico	0.4	0.2	1.0	0.4	0.7	0.3	0.3	0.2	0.8	0.4	0.6	0.3
Agorafobia sin pánico	1.5	0.5	8.5	1.4	5.1	0.8	1.2	0.5	7.3	1.3	4.4	0.7
Trastorno de ansiedad generalizada	0.4	0.2	2.0	0.5	1.2	0.3	0.3	0.2	1.5	0.4	0.9	0.2
Fobia social	2.4	1.0	8.8	1.9	5.9	1.4	0.8	0.1	7.7	1.5	4.5	0.9
Fobia simple	3.1	1.3	8.8	1.4	6.1	1.3	2.7	1.4	7.4	1.1	5.2	1.2
Desorden obsesivo compulsivo	0.7	0.4	1.6	0.8	1.2	0.6	0.7	0.4	1.6	0.8	1.2	0.6
Trastorno de estrés postraumático	0.7	0.4	3.1	0.6	1.9	0.3	0.6	0.3	2.8	0.6	1.7	0.3
Cualquier trastorno de ansiedad ¹	2.6	0.7	12.8	1.3	7.9	0.8	2.2	0.6	11.0	1.2	6.8	0.7
Trastornos por uso de sustancias												
Abuso de alcohol	3.5	0.7	0.7	0.3	2.0	0.3	2.6	0.6	0.6	0.3	1.6	0.3
Dependencia al alcohol	7.6	1.1	1.4	0.5	4.3	0.6	6.5	1.1	1.3	0.5	3.8	0.6
Abuso de drogas	0.5	0.3	0.1	0.1	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Dependencia de drogas	1.0	0.5	1.7	0.6	1.3	0.4	0.9	0.5	1.5	0.5	1.2	0.4
Dependencia de nicotina	2.8	0.7	3.0	0.8	2.9	0.5	2.7	0.7	2.8	0.8	2.7	0.5
Cualquier trastorno por uso de alcohol o drogas	12.0	1.3	3.5	0.6	7.6	0.7	9.6	1.3	3.2	0.6	6.3	0.7
Cualquier trastorno por uso de sustancias	13.8	1.5	6.2	1.1	9.8	1.0	11.5	1.5	5.7	1.1	8.5	1.0
Otros desórdenes ²												
Psicosis no afectiva	0.2	0.1	0.8	0.2	0.5	0.1	0.2	0.1	0.8	0.2	0.5	0.1
Trastorno de somatización	1.8	0.6	3.8	0.7	2.8	0.5	1.7	0.6	3.1	0.7	2.4	0.5
Desorden alimenticio	0.0	0.0	1.8	0.9	1.0	0.5	0.0	0.0	0.8	0.8	0.4	0.4
Personalidad antisocial	1.5	0.4	0.5	0.3	1.0	0.2	1.4	0.4	0.5	0.3	0.9	0.2
Cualquier desorden CPPS ³	17.9	1.7	21.3	1.8	19.7	1.4	14.9	1.7	18.3	1.6	16.7	1.2

Fuente: Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-Month and 1-month rates. British Journal of Psychiatry. 2004; 184:299-305.

Al comparar por sexo, es posible observar que las mujeres presentan mayor prevalencia de trastornos afectivos y ansiosos que los hombres, tanto para los períodos de prevalencia de 6 meses como de 1 mes (tabla nº3). Estas cifras se deben en gran medida a factores sociales y culturales, además, también existen teorías que hacen una relación entre los estrógenos y la respuesta al estrés

mediada por la actividad hormonal en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Los estrógenos podrían actuar modulando la respuesta de los receptores de glucocorticoides en el cerebro, lo que inhibiría el feedback negativo que éstos deberían producir durante la respuesta de estrés, prolongándola (19).

Tabla nº3. Tasas de prevalencia de 1 mes de trastornos mentales en Chile, según edad y sexo, 2004.

	Trastorno afectivo		Trastorno de ansiedad		Trastorno de sustancias		Personalidad antisocial		Cualquier diagnóstico		Tres o más trastornos	
	O	(95% CI)	O	(95% CI)	O	(95% CI)	O	(95% CI)	O	(95% CI)	O	(95% CI)
Género												
Masculino	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Hembra	2.14	(1.49-3.07)	5.42	(2.82-10.40)	0.46 *	(0.29-0.74)	0.39	(0.12-1.28)	1.28	(0.91-1.81)	4.45	(2.05-9.63)
Años de edad)												
15-24	1.87	(0.73-4.79)	1.84	(0.65-5.22)	1.46	(0.51-4.24)	51.84	(17.72-151.62)	2.02	(1.13-3.59)	25.14	(7.00-90.25)
25-34	1.80	(0.72-4.54)	2.00	(0.79-5.04)	2.21	(0.80-6.07)	77.32	(38.38-155.75)	2.14	(1.17-3.92)	24.06	(7.58-76.33)
35-44	2.36	(0.87-6.36)	2.51	(1.02-6.16)	2.11	(0.75-5.93)	25.36	(4.16-154.48)	2.39	(1.25-4.58)	51.35	(12.92-204.10)
45-54	3.01	(1.15-7.90)	2.43	(1.10-5.37)	2.28	(0.71-7.35)	40.83	(13.78-120.93)	3.35	(1.97-5.70)	49.80	(18.63-181.90)
55-64	2.25	(0.83-6.1)	2.33	(0.90-6.06)	1.82	(0.52-6.33)	1.00	(0.93-1.08)	2.06	(1.20-3.52)	42.36	(8.62-208.08)
≥ 65	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	

Fuente: Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-Month and 1-month rates. British Journal of Psychiatry. 2004; 184:299-305.

3. PUERPERIO Y SALUD MENTAL DE LA MUJER

El puerperio consiste en el período de tiempo que va desde el alumbramiento hasta los 42 días posparto, clasificándose en tres etapas: puerperio inmediato (abarca las primeras 24 horas después de parto), puerperio mediato (se extiende desde el segundo al décimo día postparto) y puerperio alejado (entre el décimo día a los 42 días postparto). Este período corresponde a una etapa en que la mujer enfrenta una serie de desafíos relacionados con cambios anatómicos, fisiológicos y mentales intensos, asociados a las demandas de la crianza, hechos que dada su dimensión la exponen a diversos riesgos (20).

El puerperio conlleva cambios en la vida de la mujer, pareja y familia, por lo que corresponde a una etapa de mayor vulnerabilidad emocional para la mujer. Una de las complicaciones psiquiátrica más frecuentes corresponde a la depresión postparto (DPP) (21).

La prevalencia mundial de diagnóstico de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20%, observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%). En Chile, se presenta una incidencia de 8,8% a 9,2%, y una prevalencia de 10,2% a 20,5%. En relación con la prevalencia y el nivel socioeconómico, se observa una relación inversa, alcanzando 41,3% en el nivel socioeconómico más bajo, 33,5% en el medio, y 27,7% en el alto. Es decir, las mujeres con menores ingresos exhibieron aproximadamente el triple del riesgo (21).

Una revisión de la literatura actualizada demuestra que la mayoría de las investigaciones ligadas a salud mental positiva en el puerperio se enfocan principalmente en evaluar el concepto de salud como ausencia o presencia de enfermedad. Las variables más frecuentemente relacionadas a salud mental en el puerperio fueron: estrategias de afrontamiento, expectativas maternas, fatiga postparto por alteración de la calidad del sueño, autoeficacia y apoyo social percibido.

4.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DURANTE EL POSTPARTO.

Aunque a veces se define como una respuesta adaptativa de un organismo a las circunstancias adversas, desde una perspectiva conductual humana, las estrategias de afrontamiento pueden definirse como un esfuerzo para gestionar y superar demandas o experiencias que suponen un desafío o una amenaza de daño, pérdida o beneficio para una persona (22). Las estrategias de afrontamiento se pueden dividir en 3 categorías amplias: afrontamiento centrado en la evaluación, afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. Las mujeres usan una variedad de estrategias de afrontamiento para lidiar con los factores estresantes del período posparto. Alcanzar el apoyo social es una estrategia de afrontamiento positiva, particularmente en el período posparto temprano. Desafortunadamente, las mujeres también tienden a usar estrategias de afrontamiento negativas como la evitación o la minimización para lidiar con problemas relacionados con su propia salud en el período posparto. Esto es consistente con los hallazgos de que muchos problemas de salud materna en el período posparto no se abordan (22).

4.1.1 RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL POSTPARTO.

Una revisión sistemática realizada en Suiza evaluó la relación entre las estrategias de afrontamiento y su impacto en el bienestar materno en el período postparto. Estrategias de distanciamiento de los problemas, se asocian con mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos durante el postparto. Así mismo, informaron que aquellas madres que tienen alta autocrítica y estrategias de abordaje de problemas adecuadas tienen menos síntomas depresivos que aquellas con alta autocrítica y bajas estrategias de abordaje (23).

4.2. EXPECTATIVAS MATERNAS DURANTE EL POSTPARTO.

El desarrollo de expectativas es una respuesta humana adaptativa normal que ayuda a modular el comportamiento individual y permite interacciones interpersonales eficientes y efectivas. Sin embargo, cuando las expectativas se basan en información incompleta o incorrecta en conflicto con la realidad de una situación, la disonancia de los resultados puede ser perjudicial para el individuo y para las relaciones. Si las expectativas se cumplen o no en el período postparto afecta la capacidad de una mujer para adaptarse a la maternidad y a otras transiciones después del parto (22).

4.2.1 RELACIÓN ENTRE EXPECTATIVAS MATERNAS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL POSTPARTO.

En Estados Unidos se realizó un estudio longitudinal con 233 madres primigestas reclutadas en la Unidad de Puerperio del Hospital Midwestern, evaluando las expectativas maternas y ajuste emocional durante el periodo

postparto al segundo día postparto y luego a las seis semanas postparto. Dentro de los resultados, se encontró una relación condicional entre la expectativa de que el comportamiento de su recién nacido refleje la habilidad materna y los resultados en: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y la escala de ajuste emocional, la escala “ser una madre” (the being a mother scale (BaM-13)), observando que las expectativas maternas predicen un aumento de la depresión postparto. Los puntajes a las seis semanas de la BaM-13 fueron predichos negativamente por las expectativas de autosacrificio y predichas positivamente por las expectativas de cumplimiento natural de la maternidad ($R^2=0.30$). Por lo que, las expectativas que tienen las nuevas madres acerca de la crianza poco después del parto predicen el ajuste emocional en el período posparto, demostrando que expectativas rígidas se relacionan con alteraciones de la salud mental (24).

4.3. PROBLEMAS DEL SUEÑO DURANTE EL POSTPARTO.

Durante el periodo postparto, una de las necesidades básicas que se ve alterada en la vida de la mujer es el sueño. Un estudio realizado en Noruega el 2014 a 2.088 mujeres informa que el 85% de las mujeres refieren tener una “mala calidad del sueño” a las 4 semanas postparto y casi la mitad se cansó persistente y severamente durante las 8 semanas postparto. Por lo anterior, se concluye que el 65% de las mujeres durante el postparto tiene un sueño de corta duración, durmiendo menos de 6 horas (25). En otro estudio el 63.5% de las madres reportaron la fatiga como su síntoma más serio en el segundo día después del parto (26). Un estudio longitudinal, reportó que la fatiga fue más alta al primer mes y disminuyó rápidamente a un nivel bajo al sexto mes, pero el 63% se mantuvo

persistente y severamente fatigado al primer y tercer mes (27). La adaptación del sueño y fatiga durante este periodo estuvo influenciada por cinco factores que promovieron u obstaculizaron el avance de las mujeres a lo largo del proceso: síntomas depresivos, apoyo social, trabajo y guardería, estabilidad en las circunstancias sociales y factores estresantes subyacentes.

Dørheim SK y cols. concluyeron que el sueño total de las mujeres a las cuatro semanas postparto es de 5,5 horas y a las ocho semanas postparto de 5,4 horas (25). Un estudio longitudinal sugiere que la prevalencia de insomnio se mantuvo estable en 60% en los primeros dos períodos de tiempo (32 semanas de gestación y 8 semanas postparto) y se mantuvo alta en 41% en el segundo año posparto (28). La duración media del sueño en los tres períodos de tiempo fue de 7 horas 16 min., 6 horas 31 min. y 6 horas 52 min., respectivamente según la Escala de insomnio de Bergen (Bergen insomnia scale (BIS)). Otro estudio longitudinal midió el sueño objetivo de mujeres durante el postparto (29). En este estudio, se recolectaron los datos del sueño objetivo a través de actigrafía de muñeca durante 48 horas al mes postparto, segundo mes y cuarto mes postparto concluyendo que la duración del sueño fue de 335,47 min., 301,94 min. y 372,78 min. respectivamente, observando un aumento significativo de la duración del sueño al segundo mes y al cuarto mes. La eficiencia del sueño aumentó significativamente de 1 mes (73,52%) a 2 (86,66%) y 4 meses (89,05%). El despertar después del inicio del sueño disminuyó significativamente de 1 mes ($X = 114,64$ min.) a 2 ($X = 40, 18$ min.) y 4 meses ($X = 38,36$ min.) y episodios de vigilia larga disminuyeron significativamente de 1 mes (4,67) a 2 (2,69) y 4 meses (3,12).

3.3.1 DETERMINANTES DE LA FATIGA EN EL POSTPARTO.

Un estudio en mujeres primíparas durante su estadía hospitalaria, concluye que las madres con expectativas negativas acerca la crianza de los hijos y con un estilo de vida irregular, tienden a reportar niveles más altos de fatiga durante la estadía hospitalaria postparto (30). Diversos estudios confirman también la relación entre fatiga y tipo de parto, ya que aquellas mujeres con parto cesárea tienen más fatiga que aquellas que tienen un parto vía vaginal (31)

Con relación a la edad y la fatiga, se realizó un estudio de cohorte con primíparas para comparar la fatiga, depresión y biomarcadores de estrés (17-cetosteroides urinarios, 17-hidroxicorticosteroides urinarios y cromogranina-A salival) en madres mayores de 35 años y jóvenes entre 20 y 29 años; observando que inmediatamente después del parto, las madres mayores tienen puntajes de fatiga e indicadores de estrés bioquímico más bajos que las madres más jóvenes. Sin embargo, al mes después no hubo diferencia entre los grupos. Los cambios en los niveles de biomarcadores urinarios de estrés observados en el grupo de primíparas mayores aumentan al primer mes postparto (29). Giallo y cols en el año 2015, concluyen que puntajes más altos de fatiga a los tres meses posparto también se asociaron significativamente con la edad materna más joven, mayor desventaja socioeconómica, baja autoeficacia para participar en conductas de salud y mala calidad del sueño. La edad materna avanzada y la mala calidad del sueño se asociaron con la estabilidad de la fatiga con el tiempo (32).

Con el objetivo de identificar los factores predictivos de la fatiga postparto, se realizó un estudio longitudinal a mujeres trabajadoras. Los datos se recolectaron a

las 12 semanas y 52 semanas postparto, concluyendo que las relaciones y características laborales menos favorables, una salud mental más pobre, estilos pasivos de afrontamiento, problemas para dormir, fatiga durante el embarazo y creencias acerca de los cuidados del recién nacido se relacionaron con la fatiga del postparto (33).

Un estudio longitudinal realizado a madres de bebés de 0 a 6 meses de edad, concluyen que el uso de la televisión y la computadora durante la noche se asocia a periodos más largos sin dormir (34). Por otra parte, el manejo del tiempo y el apoyo familiar destacan como facilitadores de una mayor calidad del sueño postparto. Las madres se mantienen despiertas más horas durante la noche debido a su propia preocupación y ansiedad interna, junto con factores externos que eran en gran parte independientes del sueño de los bebés, incluidos los compromisos laborales, escolares y el entorno familiar (35).

3.3.2 RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FATIGA DURANTE EL POSTPARTO.

Aunque la fatiga es un síntoma común de los trastornos depresivos, recientes estudios han demostrado que los síntomas maternos depresivos y de fatiga están relacionados; a pesar de que no todas las madres con fatiga presentan depresión postparto y, a la inversa, no todas las madres deprimidas manifiestan fatiga. Diversos autores han confirmado la relación de fatiga y síntomas depresivos a lo largo del tiempo (36) y en particular, sobre el papel de la fatiga en el desarrollo y mantenimiento de la depresión postparto (37–41). Así mismo, en un estudio

longitudinal a madres de lactantes entre 3 a 18 meses donde se encontraron correlaciones significativas, controlando la severidad de la depresión, entre el sueño materno más perturbado y las percepciones maternas más negativas de la relación madre-hijo (42).

Un estudio prospectivo demostró que el sueño subjetivo durante el postparto se asocia con un aumento de síntomas depresivos, tanto en mujeres con y sin trastornos del ánimo (43). Confirmado también por un estudio longitudinal que concluyó que los cambios en los ritmos diarios subjetivos y la eficiencia objetiva del sueño fueron predictivos de los cambios en los síntomas depresivos durante el período perinatal (44). Información confirmada en un estudio longitudinal en madres primíparas y sanas que completaron autoinformes diarios de fatiga durante las semanas 2 y 12 postparto y se clasificaron en cada semana según el patrón de fatiga durante el día: rítmica o aleatoria (38). Para esta clasificación se consideraron como patrón rítmico a aquellas mujeres que seguían alguna tendencia de fatiga durante el día, la cual podría ser lineal, cuadrática o cúbica. Una tendencia lineal, se refiere a un aumento de la fatiga durante un día, una tendencia cuadrática da la posibilidad de que la inercia del sueño incremente la fatiga al despertarse y una tendencia cúbica muestra influencias circadianas basadas en una caída a media tarde en el ritmo circadiano que puede aumentar las calificaciones de fatiga en este momento. Las mujeres que no seguían ninguna tendencia de fatiga nombrada anteriormente fueron clasificadas con un patrón de fatiga aleatoria. El estudio concluye que las mujeres con un patrón de fatiga rítmica informaron

significativamente menos estrés y más vigor que las mujeres con un patrón de fatiga aleatorio.

Diversos estudios informan una relación entre la interrupción del sueño comunicada subjetivamente en el postparto y el desarrollo de síntomas depresivos en este periodo (45–47).

Con relación a la evaluación objetiva del sueño, una revisión informó que, a través de la medición por electroencefalograma, el tiempo de sueño durante el primer mes postparto era menor para aquellos con un historial de trastorno afectivo en comparación con quienes no tenían ese historial (48). Al contrario, Park EM y cols. el 2013, concluyen que no existe relación entre síntomas depresivos y duración del sueño nocturno (41).

Con respecto a la calidad del sueño, este último estudio (41) señala que la fragmentación del sueño, la eficiencia del sueño y el tiempo de vigilia después del inicio del sueño se correlacionan con los síntomas depresivos durante el postparto. Por lo que sugieren, que el sueño interrumpido puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos en este período. Un estudio transversal realizado a las seis semanas postparto informó que el 87,5% de las participantes presentaron una mala calidad del sueño. La calidad del sueño posparto de las mujeres se correlacionó positivamente con los síntomas físicos y el estrés percibido y se correlacionó negativamente con el apoyo social posparto, lo que indica que cuanto menos

síntomas, menos estrés y más apoyo social, mejor calidad de sueño en las mujeres postparto (49).

En la relación del sueño y estado de salud percibido durante el período postparto, entre los síntomas físicos más frecuentes se encuentra el cansancio o fatiga. La satisfacción con el sueño fue menor a las 4-6 semanas que a las 12-14 semanas después del parto. Por lo tanto, se concluye que el período de 4-6 semanas postparto corresponde al más difícil para las madres (26).

Con relación a la fragmentación del sueño durante el período postparto, un estudio concluye que aumenta desde el tercer trimestre del embarazo hasta los 15 días postparto, manteniéndose alta hasta las 10-12 semanas postparto. Los hallazgos de este estudio sugieren que el sueño subjetivo está más fuertemente asociado con el estado de ánimo que el sueño objetivo, aunque este último influyó significativamente en los niveles de estrés cuando se experimentaron grandes cambios en el sueño dentro de los primeros 15 días posparto (44). La conciencia de deterioro en el funcionamiento diurno juega un papel más importante que el sueño nocturno en el estado de ánimo, aunque la somnolencia diurna puede haber sido causada por un sueño nocturno deficiente. Situación confirmada por un estudio realizado el 2016 en Estados Unidos a once mujeres nulíparas sanas, que midió los efectos de una sola noche de simulación de sueño postparto, mediante actigrafía, en el funcionamiento diurno de mujeres sin hijos, concluyendo que la fragmentación del sueño experimental similar al postparto se asoció a una disminución de la calidad de sueño y estado del ánimo (50).

Dentro de las consecuencias de los problemas en el sueño durante el postparto, encontramos:

- Consecuencias en el funcionamiento diario.

Las mujeres con períodos de sueño más estables presentan menos deterioro diurno que aquellas mujeres con períodos variables de sueño (51). La somnolencia se reduce significativamente con el tiempo; sin embargo, durante la semana 18 más del 50% de los participantes todavía experimentan somnolencia diurna excesiva (52).

Un estudio caso-control comparó un grupo de parejas con hijos con un grupo de parejas sin hijos. Los resultados mostraron que en comparación con el grupo control, los padres con hijos experimentaron una mayor alteración del sueño, somnolencia y trastornos asociados con la somnolencia. A su vez, durante el postparto las madres obtuvieron más horas de sueño en comparación con los padres, pero el sueño de las madres se vio más perturbado por los despertares y presentaron peor comportamiento neuroconductual que los padres (53).

En relación a los padres, la mayor participación paterna en el cuidado infantil diurno y nocturno a los 3 meses predice significativamente un sueño consolidado de la madre y de su hijo a los 6 meses, después de controlar la lactancia materna (54).

- Consecuencias en el peso materno.

Las mujeres con síntomas de insomnio persistentes durante el postparto tienen un mayor aumento en el índice de masa corporal en comparación con las mujeres sin síntomas de insomnio (55). Información confirmada en una revisión sistemática

realizada el 2014, donde se encontró una relación significativa entre duración corta del sueño y retención del peso durante el período postparto (56).

- Consecuencias en la relación madre-hijo.

La alteración en el sueño de la madre no tan solo puede afectar su salud mental, sino también la relación madre-hijo, ya que el mal ajuste entre el sueño de las madres y el sueño de sus bebés a los 8 meses se asocia a síntomas depresivos a los 15 meses postparto. La depresión materna a su vez se asocia a la seguridad del apego a los 30 meses postparto (57).

4.4. AUTOEFICACIA

En la definición clásica de Bandura (58), la autoeficacia es la creencia de una persona en su habilidad para realizar un comportamiento particular con éxito. En el período posparto, la autoeficacia está positivamente relacionada con los comportamientos de búsqueda de la salud e inversamente relacionados con el estrés y la depresión materna.

La autoeficacia ha sido estudiada desde dos perspectivas: la autoeficacia específica, definida como la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares, y la general, que se refiere a la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles. La autoeficacia también es una habilidad clave en el logro de roles maternos y la capacidad de la mujer para realizar de manera

competente a los cuidados del lactante y otras tareas parentales que dependen de su confianza en sus habilidades maternas (59).

4.4.1 AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Durante el periodo postparto una de las recomendaciones a las mujeres es iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva idealmente durante los primeros seis meses. Un estudio caso-control realizado a 458 madres el 2014 (60) identificó que un fracaso en la instauración de la lactancia materna está relacionado con mayor riesgo de presentar trastornos mentales como depresión o ansiedad, en comparación con madres que tuvieron una lactancia materna exitosa.

Diversos estudios presentan la autoeficacia de la lactancia materna como una de las variables asociadas al éxito de la lactancia materna, reflejado en mayor duración de la lactancia materna y exclusividad hasta los seis meses (61–63). Lo que es discutido por otros estudios que afirman que no existe asociación estadísticamente significativa en el tiempo medio de lactancia materna exclusiva y no exclusiva y la autoeficacia de la lactancia materna (64,65)

La autoeficacia es la percepción de las madres sobre su capacidad para amamantar y está influenciada por la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por observación, su estado fisiológico y afectivo y la persuasión verbal, entre otros (66)

Un estudio realizado el 2016 a 571 madres chinas entre las 72-96 horas después del parto a quienes se les aplicó la Escala Breve de Autoeficacia de la Lactancia Materna (Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)) concluyó que las variables predictoras de mayor autoeficacia eran: la intención de la lactancia materna, el apoyo de la pareja, el apoyo de las parteras, asistir a clases de lactancia durante el embarazo, el inicio de la lactancia materna (tiempo desde el parto al inicio) y la experiencia previa de la lactancia materna (67). Así también, otro estudio realizado el 2014 en Finlandia, encontró que el inicio temprano y exitoso de la lactancia materna, el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria se asocian con mayor autoeficacia de la lactancia materna (68).



La paridez cumple un papel importante en la autoeficacia en lactancia materna. Un estudio realizado a primíparas concluyó que las variables predictoras para mayor autoeficacia en este grupo son: el apoyo social, el origen étnico, la edad materna y el ingreso familiar (69). Con relación al impacto de una mayor autoeficacia, un estudio longitudinal desde el segundo día postparto al sexto mes postparto, encontró que la autoeficacia alta a los 2 días posparto predijo un ajuste emocional positivo y menos síntomas depresivos a las 6 semanas posparto, así como una lactancia exclusiva a los 6 meses postparto. Entre las madres angustiadas, las preocupaciones sobre la lactancia materna se encuentran entre las razones más comúnmente mencionadas para el estrés postparto, junto con la falta de sueño, la falta de apoyo social y las abrumadoras demandas de aprendizaje relacionadas con la maternidad (70). Así mismo, otro estudio realizado en Singapur el 2014 a 204

mujeres primíparas y multíparas, durante el segundo a tercer día postparto observó una asociación entre autoeficacia de la lactancia materna y paridad, apoyo social y edad materna (71).

Con relación al tipo de parto, no se han encontrado asociaciones con la autoeficacia de la lactancia materna (72).

Un factor asociado a la autoeficacia es el apego madre-hijo inmediatamente después del nacimiento. Un estudio realizado el 2014 a 92 diadas madre-hijo observó la asociación entre el apego inmediato y la autoeficacia de la lactancia materna a los 28 días postparto. Los resultados mostraron que la autoeficacia de la lactancia fue mayor en el grupo con apego ($53,42 \pm 8,57$) en comparación con el grupo de atención habitual ($49,85 \pm 5,50$) ($p = 0.0003$) (73).

4.4.1.1 RELACION ENTRE AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y SINTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL POSTPARTO.

Un estudio transversal realizado el 2013 en Brasil a madres entre la segunda y duodécima semana postparto quienes completaron la completaron la Escala de detección de la depresión posparto (Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)), la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)) y la Escala de autoeficacia de la lactancia materna (BSES-SF) (74), concluyó que los puntajes de autoeficacia de la lactancia materna fueron más altos en las madres que amamantaron exclusivamente y más bajos en los casos de depresión postparto ($p < 0,001$).

4.4.2. AUTOEFICACIA PARENTAL

La maternidad trae consigo una serie de diversas y nuevas tareas y demandas relacionadas con la crianza de los hijos que puede llevar a alteraciones de la salud mental como síntomas depresivos, estrés y/o ansiedad. Una de las variables asociadas a esto, es la autoeficacia parental, definida como la capacidad percibida para manejar con éxito las tareas de crianza (75). Bandura, argumenta que las creencias sobre la autoeficacia mejoran directamente el desempeño de un individuo en tareas desafiantes al motivarlo a perseverar frente a las dificultades (58).

Un estudio realizado el 2017 a 235 primíparas desde el embarazo (semana 37) al postparto (segundo día y sexta semana postparto) observó que el estrés perinatal tuvo una asociación significativa ($p > 0.05$) con síntomas depresivos ($R^2 = 0,223$), ansiedad ($R^2 = 0,242$) y un bajo sentido de autoeficacia parental ($R^2 = 0,21$). Sin embargo, la satisfacción con el apoyo social moderó la relación del estrés con la salud mental de las madres. En particular, los autores observaron que las mujeres que recibían más apoyo de sus parejas presentaban menos síntomas depresivos e informaban menos ansiedad, incluso en condiciones estresantes. Mientras que la satisfacción del apoyo de sus madres aumentaba su sentido de competencia y la satisfacción con el apoyo emocional de los profesionales atenuó el estrés durante el período posparto ($R^2 = 0,032$; $p < 0,05$) (76).

Las madres con mayor percepción de competencia en tareas ligadas a la maternidad se sienten más cómodas en la crianza y cuidado de su hijo. Así lo concluye un estudio realizado el 2017 a mujeres durante el puerperio (primeros seis meses postparto) observando que las madres que informaron menores puntajes en

competencia parental presentaron más problemas en la categoría “sentimientos acerca de ser madre” (77).

Según Bandura, la autoeficacia puede verse influenciada por estados emocionales y fisiológicos. Se ha propuesto que la fatiga puede influir en la percepción de los padres sobre su competencia parental (58). Un estudio realizado el 2016 a 252 madres australianas de niños de 1-4 años encontró que la fatiga contribuye a una disciplina exagerada e hiperreactiva de las madres observando como variable mediadora la autoeficacia parental (75). Así mismo, en otro estudio realizado el 2015 en Australia, (78) concluye que la relación entre la fatiga, calidez y hostilidad de los padres esta mediada por la autoeficacia parental.

4.5. APOYO SOCIAL PERCIBIDO

El apoyo social es la asistencia que los individuos brindan y reciben de los demás (22). En el período postparto, el apoyo social se puede dividir en dos categorías: apoyo emocional y apoyo instrumental. El apoyo emocional es lo que las personas hacen o dicen para que otras personas se sientan amadas, apoyadas o alentadas. El apoyo instrumental es cuando los individuos proporcionan los recursos materiales necesarios o ayudan con o completan una tarea para otro individuo. A veces se menciona en la literatura una tercera categoría de apoyo que corresponde a soporte informativo. El soporte informativo se incluye en el modelo como un factor externo o habilitador en lugar de una habilidad individual. Además de los efectos directos de recibir asistencia instrumental con tareas. El apoyo social tiene un “efecto amortiguador” en la percepción de los eventos estresantes (22).

4.5.1. RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL POSTPARTO.

Una revisión realizada en Suiza mostró que las puntuaciones más bajas de apoyo social y baja autoeficacia percibidas por mujeres durante el postparto se relacionan con la presencia de síntomas depresivos en este período. Además, informaron la relación positiva del apoyo social de familiares y amigos con la reducción de ansiedad y síntomas depresivos, destacando la importancia del apoyo social emocional de la pareja, como factor protector contra los síntomas depresivos postparto. Al igual que el apoyo de pares durante el periodo temprano del postparto se relaciona con menos síntomas depresivos en mujeres primigestas (23).

Particularmente estresante para las mujeres parece ser una disonancia entre el apoyo que espera recibir y la cantidad de apoyo que percibe recibir. Esta conclusión de que las percepciones del apoyo recibido pueden ser tan importantes como el apoyo real recibido es coherente con los hallazgos de los investigadores en otros campos de la salud (22).

Así mismo, en un estudio de diseño transversal realizado en Taiwán a 186 mujeres al mes postparto (79), se encontró que cuanto mayor sea el nivel de apoyo social percibido por las mujeres, menor es el riesgo de experimentar síntomas depresivos durante el postparto.

Con relación al apoyo por parte de profesionales de salud (23), este se encuentra relacionado con la disminución de síntomas depresivos en las mujeres, sin embargo, no tiene relación con la autoeficacia y bienestar de estas mismas

durante el postparto. Gürber S et al el 2012 (80) concluyó que la mejor experiencia subjetiva del parto se relacionó con disminución de la ansiedad y síntomas depresivos durante el postparto.

4.5.1.1. RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SATISFACCIÓN MATERNA DURANTE EL POSTPARTO.

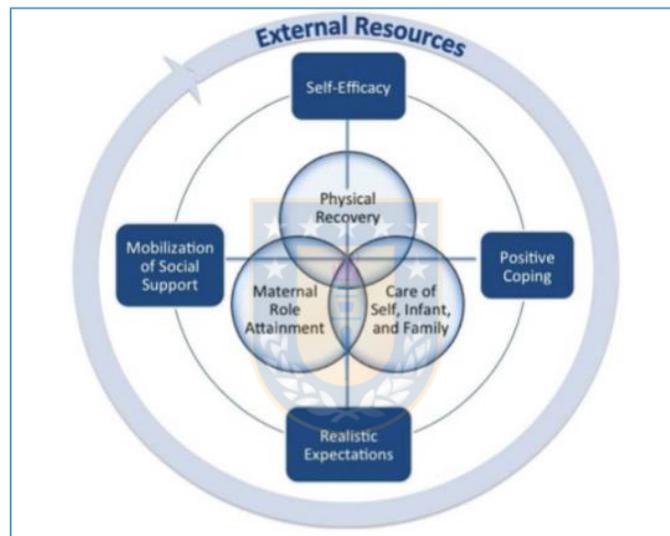
En un estudio longitudinal que se realizó en Polonia a 199 mujeres en el tercer trimestre de embarazo, siguiéndolas hasta el día previo al alta postparto y evaluando la satisfacción con la vida y el apoyo social recibido, los resultados muestran un aumento significativo en la satisfacción con la vida en el período posparto ($p < 0,0001$), relacionado al apoyo instrumental recibido (81).

5. MODELO DE PROMOCIÓN DE SALUD MATERNA DURANTE EL POSTPARTO

El año 2013, Jenifer Faney presenta un modelo de promoción de la salud materna durante el postparto (82). Aplica conceptos de promoción de la salud y proporciona un marco para comprender los factores que se correlacionan con una transición materna exitosa y cómo traducir esta comprensión en práctica. En el centro del modelo se encuentran los componentes clave de un período saludable de parto: 1) recuperación física del embarazo y el nacimiento; 2) satisfacer las necesidades de la madre (incluidas las necesidades sociales), el bebé y otros miembros de la familia; y 3) logro exitoso del rol materno. La siguiente capa del modelo contiene las habilidades individuales clave asociadas con la falta de experiencia de las mujeres para alcanzar los objetivos del posparto. Estas cuatro habilidades distintas pero interrelacionadas son 1) movilización efectiva de apoyo

social, 2) autoeficacia, 3) estrategias de afrontamiento positivo y 4) expectativas realistas y fijación de metas. Finalmente, en la capa externa del modelo se encuentran los recursos externos que pueden ser necesarios para un período de posparto saludable. Estos incluyen acceso a servicios clínicos, servicios sociales y otros servicios de soporte, información y recursos materiales tales como comida y alojamiento (Figura n°1).

Figura n°1: Modelo de promoción de la salud materna durante el postparto, 2013.



Fuente: Fahey J, Shenassa E. Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. Journal of Midwifery and Women's Health. 2013; 58(6): 613-621 (figura no se traduce para mantener fidelidad del autor).

El modelo de promoción de la salud materna de Faney, incluye la influencia de cuatro factores psicosociales asociados a la salud materna durante el postparto: apoyo social, autoeficacia, estrategias de afrontamiento positivo y expectativas maternas. A pesar de que el modelo de Faney contempla factores asociados a la salud materna durante el postparto, este modelo no considera la salud mental positiva, mostrando un modelo incompleto.

Uno de los modelos de estado completo de la salud mental es el de Keyes debido a que incluye la presencia de posibles trastornos afectivos como parte de la salud mental positiva, presentando una visión más amplia del bienestar de una persona, no tan sólo desde un enfoque de “estar bien” o “ausencia de enfermedad”, sino dando la posibilidad lograr un mayor bienestar eudaimónico y hedónico en todos los contextos de cada individuo (16).

A pesar de que el modelo de promoción de salud mental de Faney se enfoca en el período postparto, este no toma en cuenta las variables asociadas al estado de salud mental completa, por otra parte, el modelo completo de salud mental de Keyes no ha sido aplicado en mujeres durante el postparto.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que la definición de salud mental está claramente definida por la OMS, indicando que ésta no sólo se trata de un estado caracterizado por la ausencia de enfermedad, sino por la presencia de «algo positivo», el abordaje clínico se ha enfocado principalmente en la prevención, tamizaje y manejo de lo patológico. Esto es confirmado por diversos estudios, que dirigen sus esfuerzos a profundizar en la

salud mental de las personas relacionado a la ausencia o presencia de trastornos mentales y escasamente una visión global de la persona en torno a su salud mental.

Por otra parte, el puerperio corresponde a un periodo de transición en la mujer, vulnerable a la presencia de alteraciones de su salud mental. Es por ello, que urge la necesidad de conocer el estado completo de su salud mental en este periodo, desde un enfoque del bienestar hedónico y eudaimónico, con el fin de proponer intervenciones dirigidas a mejorar o potenciar la salud mental positiva, dando el enfoque real del concepto propuesto por la OMS.

A pesar de que algunos estudios presentan variables relacionadas a la salud mental en el puerperio, existen escasas investigaciones que evalúen los determinantes de una salud mental completa en este periodo a nivel internacional y menos aún a nivel nacional, lo que constituye una brecha crítica para lograr intervenir de forma oportuna y eficaz en las mujeres durante este periodo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores psicosociales determinantes del estado completo de la salud mental de la mujer durante la etapa de puerperio mediato?

HIPÓTESIS

- 1) Menor problemas del sueño subjetivo en la mujer y mayor percepción de apoyo social se relacionan con mayor bienestar al segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.

- 2) Expectativas maternas de adaptación natural a la maternidad y una mayor percepción de autoeficacia de la lactancia materna se asocian con mayor bienestar al segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.
- 3) Estrategias de afrontamiento de retirada social se asocian con mayor estrés percibido y síntomas depresivos al segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.
- 4) Expectativas maternas de adaptación natural a la maternidad, estrategias de afrontamiento referidas a la búsqueda de apoyo emocional, menor problemas del sueño y mayores niveles de percepción de apoyo social y autoeficacia en lactancia materna predicen el estado de salud mental completo durante el segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores psicosociales asociados al estado completo de la salud mental de la mujer la etapa de puerperio mediato.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Analizar indicadores psicométricos de confiabilidad y validez de instrumentos de medición de las factores psicosociales y estado completo de la salud mental.
- 2) Describir el bienestar, síntomas depresivos, estrés, autoeficacia de la lactancia materna, expectativas maternas, estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido y problemas del sueño en mujeres durante el segundo a tercer día postparto.
- 3) Relacionar las variables predictoras (autoeficacia de la lactancia materna, expectativas maternas, estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido y problemas del sueño) con los perfiles del estado completo de la salud mental de la mujer durante el segundo a tercer día postparto., según modelo de mixtura Gaussiana.



MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional, en el periodo comprendido entre junio del 2019 a marzo 2020 a 215 mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Regional de Talca, comuna Talca, Séptima región, Chile.

MODIFICACIÓN CÁLCULO DE LA MUESTRA (PROYECTO ACTUAL)

Se ha obtenido de una muestra de 215 mujeres que tuvieron su parto en los meses de enero, febrero y marzo del presente año en el Hospital Regional de Talca, de las 240 consideradas originalmente (ver anexo n°1 para estimación de muestra original). Considerando que el análisis de datos se modificará para considerar el modelo de medición completo en análisis SEM, se puede observar que la muestra tiene un poder de 0.72 para detectar correlaciones de 0.3 entre sus constructos, asumiendo un modelo de 25 variables latentes y 160 variables observadas (ítems).

Si consideramos un enfoque tradicional de regresión para probar las hipótesis se deben probar tres modelos, uno por variable dependiente, considerando 5 variables psicosociales predictoras y 12 variables sociodemográficas y biomédicas (edad, nivel educacional, religión, estado nutricional, tipo de parto, distocia del parto, tipo de alimentación del recién nacido, número de hijos, embarazo planificado, embarazo aceptado, estado civil, presencia pareja actual). Si asumimos que la prueba inicial consiste en diferenciar un modelo de variables controles sociodemográficas y biomédicas versus un modelo de variables controles y psicosociales, con una diferencia de 5% al menos, tenemos que con un nivel de significación de 5% logramos un poder de 98.6%.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Edad mayor a 19 años
- Firmar el consentimiento informado

- Mujeres inscritas en Centros de Salud Familiar pertenecientes a la comuna de Talca.
- Tener como lengua nativa: español.

Criterios de exclusión

- Ruralidad
- Puérpera con patología psiquiátrica diagnosticada previo a este estudio (diagnóstico se obtuvo de la revisión de ficha perinatal y agenda de la mujer).
- Puérpera con déficit cognitivo (diagnóstico se obtuvo de la revisión de ficha perinatal y agenda de la mujer).
- Puérpera que tuviera a su recién nacido hospitalizado en la Unidad de Neonatología.



VARIABLES

Variable dependiente:

Estado completo de la salud mental (bienestar, síntomas depresivos y estrés percibido).

Variables predictoras:

1. Problemas del sueño
2. Autoeficacia de la lactancia materna

3. Expectativas maternas
4. Apoyo social percibido
5. Estrategias de afrontamiento

***Control de variables:** Para el control de variables se consideraron características sociodemográficas y biomédicas posterior a la aplicación del consentimiento informado las cuales se obtuvieron de la ficha clínica y entrevista (edad, nº de hijos, nivel educacional, ocupación, estado nutricional, estado civil, religión, tipo de parto, complicaciones del parto o puerperio, tipo de alimentación al recién nacido, embarazo planificado, embarazo aceptado, presencia o ausencia de pareja actual) (anexo nº10).



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ESTADO COMPLETO DE LA SALUD MENTAL

La evaluación del estado completo de salud mental consideró indicadores de salud mental positiva y de alteraciones de la salud mental y se clasificó según el modelo completo de salud mental de Keyes (tabla nº6) (16):

Tabla nº 6 Clasificación del estado de salud mental, según modelo del estado completo de la salud mental.

	Salud Mental Languideciente	Salud Mental Moderada	Salud Mental Próspera
Ausencia de diagnóstico de trastornos mental últimos 12 meses	Salud mental languideciente	Salud mental moderada	Salud mental completa
Presencia de diagnóstico de trastorno mental últimos 12 meses	Enfermedad mental completa	Enfermedad mental incompleta	Salud mental incompleta

Fuente: Díaz D, Blanco A, Horcajo J, Valle C. La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*. 2007; 19 (2): 286-294

BIENESTAR: Esta variable se analizó mediante la escala de felicidad de Pemberton. El puntaje de bienestar recordado se calcula con el puntaje promedio de los primeros 11 ítems y puede variar de 0 a 10; los 10 ítems del bienestar experimentado se convierten en un puntaje único de 0 a 10. La suma de las puntuaciones correspondientes produce un índice combinado de bienestar. La interpretación de los valores resultantes es la siguiente: de 0 a 3.70, muy bajo; de 3.71 a 5.90, bajo; de 5.91 a 7.90, medio; de 7.91 a 9.2, alto; y de 9.2 a 10, muy alto (83).

SÍNTOMAS DEPRESIVOS: Esta variable se analizó mediante la escala de depresión postparto de Edimburgo. Las madres que obtuvieron un puntaje de 10

puntos o más, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad.

ESTRÉS: Esta variable se analizó mediante la escala de estrés percibido. El factor 1 (presencia de descontrol) está compuesto por los ítems 1, 2, 3, 10, 11, 13 y 14, mientras que el factor 2 (ausencia de descontrol) está compuesto por los ítems 4, 5, 6, 8, 9, 12. La suma de las puntuaciones de la escala da un total que varía entre 0 a 56 puntos; valores entre 0-14 puntos: indican que casi nunca o nunca está estresado; entre 15-28 puntos: de vez en cuando está estresado; entre 29-42 puntos: a menudo está estresado y entre 43-56 puntos: muy a menudo está estresado (84).



PROBLEMAS DEL SUEÑO: Esta variable se analizó a través del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. La suma de las puntuaciones de la escala da un total que varía entre 0 y 21 puntos, siendo una puntuación menor de 5, denominada “Sin problemas de sueño”, entre 5 a 7 como “Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”. Por tanto, a mayor puntuación mayor problemas del sueño.

AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA: Esta variable se analizó a través de la escala de autoeficacia de la lactancia materna. El factor 1 (pensamientos intrapersonales) está compuesto por los ítems 1 al 6 y el factor 2 (técnica de amamantamiento) está compuesto por los ítems 7 al 14. La suma de los 14 ítems

de la escala da un total que varía entre 14 y 70 puntos. La escala permite clasificar la autoeficacia en: baja (14 a 32 puntos), moderada (33 a 51 puntos) y alta (52 a 70 puntos).

EXPECTATIVAS MATERNAS: Esta variable se analizó a través de la escala de expectativas maternas. El factor 1 (realización natural) está compuesto por los ítems 8, 11, 26, 27, 28, 29; el factor 2 (expectativas de autosacrificio) está compuesto por los ítems 6, 7 y 25; mientras que el factor 3 (maternidad reflejada en el recién nacido) está compuesta por los ítems 14, 16, 17, 18 y 19. La suma de las puntuaciones de los 14 ítems da un total que varía entre 14 a 98 puntos, donde puntajes más altos representan expectativas más rígidas y los puntajes moderados o bajos representan expectativas más flexibles.



APOYO SOCIAL PERCIBIDO: Esta variable se analizó a través de la escala multidimensional de apoyo social percibido. El factor 1 (apoyo social de familia, pareja u otros) está compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9 y 10, mientras que el factor 2 (apoyo social de amigos) está compuesto por los ítems 6, 8, 11 y 12. La suma de las puntuaciones de los 12 ítems da un total que varía entre 12 a 48 puntos. A mayor puntaje obtenido se estima mayor percepción de apoyo social; bajo apoyo social percibido: percentil bajo 25, mediano apoyo social percibido: percentil entre 25 a 75 y alto apoyo social percibido: percentil sobre 75.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: Esta variable se analizó a través del Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI). Este cuestionario recoge dos tipos

de información: 1) cualitativa, donde la persona describe la situación estresante, y 2), cuantitativa, donde se responde a la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert (0-4 puntos), así como al grado de eficacia percibida en el afrontamiento. Este instrumento tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias: Resolución de problemas (ítems 1, 9, 17, 25 y 33), autocrítica (ítems 2, 10, 18, 26, y 34), expresión emocional (ítems 3, 11, 19, 27 y 35), pensamiento desiderativo (ítems 4, 12, 20, 28 y 36), apoyo social (ítems 5, 13, 21, 29 y 37), reestructuración cognitiva (ítems 6, 14, 22, 30 y 38), evitación de problemas (ítems 7, 15, 23, 31 y 39) y retirada social (ítems 8, 16, 24, 32, 40).



INSTRUMENTOS

1.- MODELO DEL ESTADO COMPLETO DE SALUD MENTAL

La evaluación del estado completo de salud mental consideró indicadores de salud mental positiva y síntomas de alteraciones de la salud mental. A continuación, se describen los instrumentos asociados a estas variables (tabla n^o4):

1.1. SÍNTOMAS DE SALUD MENTAL POSITIVA:

1.1.1. ÍNDICE DE FELICIDAD DE PEMBERTON (Anexo nº2):

La escala incluye once ítems relacionados con diferentes dominios de bienestar recordado (general, hedónico, eudaimónico y de bienestar social) y diez ítems relacionados con el bienestar experimentado (es decir, eventos emocionales positivos y negativos que posiblemente ocurrieron el día anterior, con opciones de respuesta dicotómicas (sí / no). El bienestar recordado se compone de los siguientes ítems: bienestar general (ítem 1 y 2), sentido de vida (ítem 3), crecimiento personal (ítem 4), autoaceptación (ítem 5), relaciones positivas (ítem 6), control percibido o dominio del entorno (ítem 7), autonomía (ítem 8), afecto positivo (ítem 9), afectividad negativa (ítem 10) y bienestar social (ítem 11) (85).

El puntaje de bienestar recordado se calcula con el puntaje promedio de los primeros 11 ítems y puede variar de 0 a 10; los 10 ítems del bienestar experimentado se convierten en un puntaje único de 0 a 10. La suma de las puntuaciones correspondientes produce un índice combinado de bienestar. La interpretación de los valores resultantes es la siguiente: de 0 a 3.70, muy bajo; de 3.71 a 5.90, bajo; de 5.91 a 7.90, medio; de 7.91 a 9.2, alto; y de 9.2 a 10, muy alto (83).

Este instrumento fue construido, traducido a siete idiomas y validado el año 2013 en nueve países. La traducción y validación se realizó en población general (N = 4.052) de 16 a 60 años de nueve países (Alemania, India, Japón, México, Rusia, España, Suecia, Turquía y EE. UU), quienes completaron vía internet. En todos los países, la consistencia interna de las escalas (tanto en la versión de 11

ítems como en la de 11 + 1 ítems) fue superior a 0,89 con la excepción de la muestra de Turquía (alfa de Cronbach de 0,82 a 0,83), en México presentó una consistencia interna de 0,92(86).

A pesar de que no existen indicadores de validez en población chilena, este instrumento ha sido utilizado en proyectos de investigación de tesis de pregrado (87)(88).

1.1. ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL:

1.2.1 SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Escala de depresión postparto de Edimburgo (Anexo nº3):

Escala auto-aplicada usada como método de pesquisa para la detección de la depresión posparto y en el embarazo en Chile (89). En el postparto se aplica mediante el interrogatorio de 10 preguntas relacionadas con el comportamiento de la puérpera durante los siete (7) días anteriores, indagando si ha presentado alguna idea o sentimiento de desánimo, estrés o desaliento que pueda afectar su desenvolvimiento ante la tarea de atención y cuidado del recién nacido (90). Requiere aproximadamente 5 minutos para ser completada. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad. Durante el posparto se debe aplicar a las ocho semanas posteriores al parto ya que coincide con el período de máxima incidencia

de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal y repetir a los 6 meses post parto (89).

Validada en mujeres en el postparto chilenas el año 1995 demostrando un alfa de Cronbach de 0,77, sensibilidad del 100%, especificidad 80% y valor predictivo positivo de 37% (91).

1.2.2. ESTRÉS

Escala de estrés percibido (PSS-14) (anexo nº4):

Escala auto-aplicada, consta de 14 ítems, fraseados en formato Likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo) orientada a medir como única dimensión el nivel de estrés percibido durante el último mes. Los ítems 4, 5, 6, 7, 8, 9, y 12 se invierten (92). La aplicación del instrumento dura aproximadamente un tiempo de 15 minutos o menos.

Validado y adaptada en Chile el año 2007 en población de estudiantes mayores de 21 años de escasos recursos, mostrando niveles de confiabilidad aceptables ($\alpha = 0,79$). Respecto a su interpretación los autores indican que la escala no es un instrumento diagnóstico, por lo que no cuenta con un punto de corte. Solamente se pueden realizar comparaciones entre personas de la misma muestra (93).

En relación al puerperio, fue validada en una muestra de puérperas mexicanas el año 2015 mostrando una confiabilidad de 0,718, consideraron los siguientes puntajes de corte consensuados por el grupo de investigación: valores de 0-14 puntos: indican que casi nunca o nunca está estresado; de 15-28 puntos:

de vez en cuando está estresado; de 29-42 puntos: a menudo está estresado y de 43-56 puntos: muy a menudo está estresado (84).

2.- PROBLEMAS DEL SUEÑO:

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) (anexo nº5)

Cuestionario que mide la calidad de sueño y sus alteraciones en el último mes. Este instrumento tiene utilidad clínica en la detección y valoración de los problemas de sueño y en investigaciones científicas, considerando la alta prevalencia de los problemas de sueño. El Índice de calidad de sueño de Pittsburgh fue desarrollado y validado en 1989 en Estados Unidos, con el objetivo de evaluar la calidad del sueño y sus alteraciones clínicas durante el mes previo (94).

El Cuestionario cuenta con 19 preguntas de autoevaluación y 5 preguntas dirigidas al compañero de habitación o de cama, siendo solo las primeras 19, las utilizadas para la obtención de la puntuación global (95). Estas preguntas se organizan en 7 componentes, como son: calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna. La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación total que varía entre 0 y 21 puntos, siendo una puntuación menor de 5, denominada “Sin problemas de sueño”, entre 5 a 7 como “Merece atención médica”, entre 8 y 14 como “Merece atención y tratamiento médico” y cuando la puntuación es de 15 a más, “se trata de un problema de sueño grave”. Por tanto, a mayor puntuación menor calidad de sueño. El tiempo de para completar este instrumento oscila entre 5 a 10 minutos (96).

En la validación inicial del instrumento en Estados Unidos en pacientes psiquiátricos (94), se encontró una consistencia interna, para los 19 ítems, de 0,83 (alfa de Cronbach). La consistencia test-retest, para el puntaje global ICSP, en ambos grupos, se correlacionaron significativamente. Para la validación, el ICSP se compara de manera favorable con los resultados del polisomnógrafo, observándose que un puntaje > 5, presentó una sensibilidad de 89,6% y especificidad de 86,5%, para indicar graves problemas de sueño. Concluyeron que la ICSP es útil para la actividad asistencial y la investigación clínica psiquiátrica (94).

Posteriormente, el año 1997 el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh fue traducido a nuestro idioma en España (96), obteniéndose una consistencia interna, con el alfa de Cronbach, de 0,81 en la población clínica (pacientes psiquiátricos) y de 0,67 en la muestra de estudiantes. Sobre la fiabilidad test-retest, no se obtuvo diferencias significativas, con excepción de la duración del sueño. Respecto a la validación, se comparó con el diagnóstico clínico como “gold standar”, encontrándose una sensibilidad de 88,63% y especificidad de 74,99%, con un índice Kappa de 0,6113.

En Chile, este instrumento ha sido utilizado en distintas investigaciones en jóvenes y adultos mayores en los últimos cinco años (96). El año 2012 se analizaron sus propiedades psicométricas de la escala, en una muestra de usuarios de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología Universidad de Chile, demostrando una consistencia interna de 0,92 (97).

3.-AUTOEFICACIA EN LA LACTANCIA MATERNA:

Escala de autoeficacia en la lactancia materna (BSES-SF) (anexo n°6)

La escala de autoeficacia de la lactancia materna, versión abreviada (BSES-SF) consta de 14 ítems auto-aplicados, agrupados en dos factores: pensamientos intrapersonales y técnica de amamantamiento. Cada ítem se puntúa con valores de 1 a 5, donde 1 indica «muy insegura» y 5 indica «muy segura». El grado de autoeficacia de la lactancia materna es determinado a través de la puntuación obtenida al completarse el test (rango de puntuación total entre 14 a 70 puntos). La escala permite clasificar el grado de autoeficacia en tres grupos: eficacia baja (14 a 32 puntos), eficacia media (33 a 51 puntos) y eficacia alta (52 a 70 puntos) (98).

La BSES-SF es una adaptación abreviada de la escala original, ambas creadas por Dra. Cindy-Lee Dennis. La escala original (99) creada en 1999, se compone de 33 ítems y fue traducida al español en Puerto Rico el año 2003 (100). Posteriormente en Canadá, dado que el análisis sugirió ítems redundantes de la escala original, se probó y validó una versión corta de esta escala (101), la que se consideró de más rápida aplicación y utilidad clínica manteniendo sus propiedades psicométricas originales, con una consistencia interna de 0,94. Esta versión corta fue traducida en España el año 2011 (102), obteniendo un alfa de Cronbach de 0,79. En Brasil se adaptó al portugués obteniendo una consistencia interna de 0.88 (103).

La escala de autoeficacia de la lactancia materna, versión corta, fue utilizada en Chile en un proyecto FONIS el año 2010, sin embargo, al contactarse con el autor de este proyecto, informó que los datos no fueron publicados.

En esta tesis se realizó el análisis psicométrico de la escala de autoeficacia de la lactancia materna y envío del artículo a la Revista Chilena de Pediatría, actualmente en etapa de revisión.

4.-EXPECTATIVAS MATERNAS:

Escala de expectativas maternas (MES) (anexo nº7)

Escala auto-aplicada, que evalúa las creencias culturales comunes sobre lo que espera una madre durante la transición a la maternidad, para uno mismo, pareja y su hijo/a, desde el momento del nacimiento. Esta escala consta de 21 ítems con evaluación del 1 al 7 donde 1 corresponde a “de ninguna manera” y 7 “extremadamente”, donde puntajes más altos representan expectativas más rígidas y los puntajes moderados o bajos representan expectativas más flexibles. Al análisis psicométrico la escala presenta una confiabilidad entre 0,69 a 0,74 en puérperas de Estados Unidos (24).

Escala no se encuentra traducida al español por lo que previo a la ejecución de este proyecto se realizó la adaptación a nuestro idioma y posterior análisis psicométrico (procedimiento se detalla en apartado de prueba piloto).

5.-APOYO SOCIAL PERCIBIDO:

Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) (anexo nº8).

Escala auto-aplicada, consta de 12 ítems los cuales recogen información del apoyo social percibido, estos ítems se dividen en 3 factores, el primer ítem mide apoyo social de pares (6-7-9-12), el segundo mide apoyo de la familia (3-4-8-11) y

el tercer ítem mide percepción de apoyo de la pareja u otros significantes (1- 2-5-10).

Cada factor tiene 4 preguntas que se responden bajo el formato tipo Likert de 4 puntos (casi nunca= 1 punto; a veces =2 puntos; con frecuencia= 3 puntos y casi siempre o siempre= 4 puntos). A mayor puntaje obtenido se estima mayor percepción de apoyo social; bajo apoyo social percibido: percentil bajo 25, mediano apoyo social percibido: percentil entre 25 a 75 y alto apoyo social percibido: percentil sobre 75. Requiere aproximadamente 5 minutos para ser completada (104).

Esta escala fue creada en 1988 en Estados Unidos (105) y validada en Chile el año 2002 en una muestra adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión en atención primaria (106).

La escala original, presenta una consistencia global reflejada en el alfa de Cronbach por cada subescala (otros significantes, familia, amigos) de 0,91; 0,87; 0,85 respectivamente, mostrando una confiabilidad del 0,88 al analizar la escala completa. En Chile, la consistencia global para la escala total fue de 0,86 (106). El año 2017 se aplicó en puérperas chilenas de la comuna de Concepción obteniendo valores de confiabilidad para el ítem de familia de 0,918, para amigos de 0,937 y para otros significativos de 0,910. Por lo que la escala demostró una alta fiabilidad en este grupo (104).

6.-ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:

Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) (anexo nº9)

Escala auto-aplicada, consta de 40 ítems, tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita, que va de 0 (en absoluto) hasta 4 (totalmente). Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Las ocho escalas primarias son las siguientes: 1) Resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), 2) Reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante), 3) Apoyo social (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional), 4) Expresión emocional (estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés), 5) Evitación de problemas (estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), 6) Pensamiento desiderativo (estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante), 7) Retirada social (estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante) y 8) Autocrítica (estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo).

Escala creada en 1989 (107) y adaptada al español el 2007 (108) obteniendo en esta última propiedades psicométricas que superaron incluso, las del estudio original: ocho factores explicaron un 61 % de la varianza con sólo 40 ítems (frente

a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original) y obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89. En Chile, la escala ha presentado valores similares de confiabilidad entre 0,74 y 0,82 en una muestra de universitarios (109).

Tabla nº 4: Detalle de instrumentos de la investigación.

Nº	Instrumento	Nº ITEMS
1	Índice de felicidad de Pemberton	22
2	Escala de depresión de Edimburgo	10
3	Escala de estrés percibido	14
4	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh	19
5	Escala de autoeficacia en la lactancia materna abreviada	14
6	Escala de expectativas maternas	21
7	Escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet	12
8	Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)	40

	TOTAL ITEMS	152
--	--------------------	------------



Tabla nº5: Confiabilidad de instrumentos.

Nº	Instrumento	Consistencia interna (Alfa de Cronbach)	País (referencia bibliográfica)	Población	Año
1	Índice de felicidad de Pemberton	0,92	México (86)	Población general	2013
2	Escala de depresión de Edimburgo	0.77	Chile (91)	Puérperas	1995

3	Escala de estrés percibido	0.79	Chile (84)	Estudiantes mayores 21 años	2007
4	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh	0.92	Chile (97)	Población general	2012
5	Escala de autoeficacia en la lactancia materna abreviada	0.88	Brasil (103)	Puérperas	2009
6	Escala de expectativas maternas	0.69 a 0.74	EEUU (24)	Puérperas	2014
7	Escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet	0.910 a 0.937	Chile (104)	Puérperas	2017
8	Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)	0.74 a 0.82	Chile (109)	Universitarios	2018

Debido a que algunas escalas no se encuentran validadas en Chile y/o no han sido aplicadas en una muestra de puérperas, es que se realizó una prueba piloto previa.

PROCEDIMIENTO

1.- PRUEBA PILOTO: ESTUDIO DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTOS.

Se realizó una prueba piloto a 105 puérperas de segundo a tercer día postparto de la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca, VII región, Chile. El cálculo de la muestra fue basado en el criterio de autores que plantean como mínimo

para validación de instrumentos, una muestra que contemple entre 5 y 10 individuos por cada ítem de la escala (110).

Los instrumentos fueron aplicados por profesionales matronas previamente capacitadas en la aplicación de las escalas.

1.1 Actividades:

- Adaptación a nuestro idioma de escala de expectativas materna:

Procedimiento de traducción y retrotraducción: En primer lugar, dos traductores bilingües (nativos), no asociados al proyecto ni expertos en la temática, realizaron traducción de la escala original del inglés al español. Posteriormente, en una reunión de expertos, se consensuó la primera versión en castellano.

En segundo lugar, un traductor bilingüe (nativo), no asociado al proyecto ni experto en la temática, realizó la retrotraducción de la primera versión en español al inglés.

En una segunda reunión de consenso se comparó la versión retrotraducida con la original, incluyendo en esta etapa la revisión de la autora de la escala original. Con esta última versión se realizó la prueba piloto con un grupo de puérperas, para comprobar su comprensión. Finalmente, en una última reunión de consenso se elaboró la versión en español de la escala de expectativas maternas.

-Aplicación de índice de felicidad de Pemberton, estrés percibido, índice de calidad de sueño de Pittsburgh, expectativas maternas y autoeficacia de la lactancia materna.

Se aplicaron estos instrumentos a la muestra piloto para realizar un análisis psicométrico de confiabilidad de cada instrumento y validación en Chile de la escala de expectativas maternas y autoeficacia de la lactancia materna.

2.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.1 Entrevistadores legos:

Para el contacto de las puérperas y recolección de información se contó con la colaboración de matronas/es e internos de la carrera de Obstetricia y Puericultura que aceptaron a participar en este proyecto de investigación.



2.1. Reclutamiento de la muestra:

Se contactaron a las puérperas en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca al segundo o tercer día postparto. Se eligió el 2do día postparto, ya que se inicia la etapa de puerperio mediato la que incluye cambios fisiológicos de adaptación al período postparto e instauración de la lactancia materna (20). Por otra parte, los primeros días postparto es posible observar un estado caracterizado por ansiedad, labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento, llamado disforia postparto, el cual dura sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos (89).

Actividades realizadas en la primera visita:

- Revisión de ficha clínica de la usuaria.
- Verificación de cumplimiento de criterios de inclusión y/o exclusión.
- Aplicación de consentimiento informado
- Corroboración de datos de la participante: nombre, RUT, dirección, números de contacto correctos y CESFAM al cual asiste
- Aplicación de instrumentos para recolección de datos: índice de felicidad de Pemberton, escala de depresión de Edimburgo, escala de estrés percibido, índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, escala de autoeficacia en la lactancia materna, escala de expectativas maternas, escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet e inventario de estrategias de afrontamiento.

Para lograr el reclutamiento de la muestra, se acudió diariamente al Hospital Regional de Talca a contactar a púerperas durante los meses de enero, febrero y marzo del presente año. La visita a la Unidad de Puerperio se planificó y coordinó con matrona jefe Sra. Claudia Bravo y fue realizada por la investigadora principal del proyecto,

Para la aplicación del total de los instrumentos se estimó un tiempo máximo entre 80 a 100 minutos, es por esto que la recolección de información se realizó en dos entrevistas para no sobrecargar a la mujer, debido al periodo adaptativo que estaban viviendo.

PARTICIPANTES

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA PILOTO:



La prueba piloto se realizó a 105 puérperas de segundo día del Hospital Regional de Talca, VII región del Maule, Chile.

El promedio de edad de la muestra fue de 27.49 (DE=7.12). En relación con el perfil de la muestra piloto el 41.9% presentaba Educación media completa, principalmente estado civil conviviente (36.2%), religión católica (53.3%) (tabla n°7).

Tabla n°7: Descripción sociodemográfica de la muestra piloto.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nivel Educativo		
Ed. Básica incompleta	8	7.6
Ed. Básica completa	6	5.7

Ed. Media Incompleta	19	18.1
Ed. Media completa	44	41.9
Ed. Universitaria incompleta	4	3.8
Ed. Universitaria completa	12	11.4
Ed. Técnico superior completa	7	6.7
No contesta	5	4.8
Estado civil		
Soltera	36	34.3
Casada	26	24.8
Conviviente	38	36.2
No contesta	5	4.8
Religión		
Católica	56	53.3
Evangélica	39	37.1
Atea	2	1.9
Cristiana	3	2.9
No contesta	5	4.8

Con respecto a las variables biomédicas, la muestra piloto mayoritariamente presentaba estado nutricional obesidad (46.7%). La mayoría de las puérperas tuvo parto vaginal (58.1%), siendo este mayoritariamente parto de término vértice espontáneo (PTVE) (36.2%) sin distocias del parto (90.5%).

Con respecto a la alimentación del recién nacido, principalmente se encuentran con lactancia materna exclusiva (88.6%), siendo mayoritariamente su segundo hijo (32.4%). El 50% de las puérperas refirió que su embarazo no era planificado, sin embargo, el 100% aseguró que lo ha aceptado (tabla n°8).

Tabla n°8: Descripción biomédica de la muestra piloto.

Estado nutricional		
Bajo peso	1	1.0
Normal	23	21.9
Sobrepeso	27	25.7
Obesidad	49	46.7
No contesta	5	4.8
Tipo de parto		
Parto término vértice espontáneo	38	36.2
Parto pretérmino vértice espontáneo	2	1.9
Cesárea	34	32.4
Fórceps	3	2.9
Parto término vértice inducido	5	4.8
Parto término vértice acelerado	18	17.1
No contesta	5	4.8
Distocias del parto		
No	95	90.5
Sí	5	4.8
No contesta	5	4.8
Alimentación del recién nacido		
Lactancia materna exclusiva	93	88.6
Mixta	5	4.8
Leche artificial	2	1.9
No contesta	5	4.8
Número de hijos		
1	32	30.5
2	34	32.4
3	23	21.9

4 o más	11	10.6
No contesta	5	4.8
Embarazo planificado		
No	50	47.6
Sí	50	47.6
No contesta	5	4.8
Embarazo deseado		
Sí	105	100

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DEFINITIVA:

Se realizó la investigación a 215 puérperas de segundo día quienes se entrevistaron en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.

El promedio de edad de las puérperas que aceptaron participar en esta investigación fue 27.96 años (DE=5,9), la mayoría tenían educación media completa (37.2%), con estado civil soltera (26.1%) y casadas (25.7%) y religión católica (49.1%) (tabla n°21).

Tabla n°21 Descripción sociodemográfica de la muestra.

Variables	Descriptivos	
	Media	Desviación estándar (DE)
Edad	27.96	5.9
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nivel educacional		

Ed. básica incompleta	4	1.8
Ed. básica completa	11	5.0
Ed. Media incompleta	21	9.6
Ed. Media completa	81	37.2
Ed. Universitaria incompleta	24	11.0
Ed. Universitaria completa	30	13.8
Técnico Superior completo	33	15.1
Técnico Superior incompleto	8	3.7
No contesta	3	1.4
Estado civil		
Soltera	57	26.1
Casada	56	25.7
Conviviente	95	43.6
Separada de hecho	1	0.5
No contesta	6	2.3
Religión		
Católica	107	49.1
Evangélica	33	15.1
Cristiana	44	20.2
Mormona	3	1.4
No contesta	28	12.8

Al análisis de variables biomédicas, con respecto a los antecedentes clínicos de las puérperas, el 42.2% presentaba obesidad, el 93.6% tenía pareja, presentando embarazo no planificado (55.5%), sin embargo, el 100% refería haberlo aceptado. Con relación al parto la mayoría tuvo parto vaginal (54.6%), sin distocias del parto (83.9%). En la mayoría de los casos, era su primer hijo (40.8%)

y el tipo de alimentación del recién nacido era lactancia materna exclusiva (89%) (tabla n°22).

Tabla n°22: Descripción biomédica de la muestra

Variables	Descriptivos	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estado nutricional		
Bajo peso	2	0.9
Normal	51	23.4
Sobrepeso	57	26.1
Obesidad	92	42.2
No contesta	13	6.0
Tipo de parto		
Parto término vértice espontáneo	59	27.1
Parto término vértice inducido	19	8.7
Parto término vértice acelerado	41	18.8
Cesárea	77	35.3

Fórceps	13	6.0
No contesta	6	4.1
Distocias del parto		
No	183	83.9
Sí	24	11.0
No contesta	8	2.3
Alimentación del recién nacido		
Lactancia Materna Exclusiva	194	89.0
Mixta	15	6.9
Leche artificial	2	0.9
No contesta	4	1.4
Número de hijos		
1	89	40.8
2	72	33.0
3	33	15.1
4	14	6.4
5 o más	4	1.9
No contesta	3	2.8
Embarazo planificado		
No	121	55.5
Sí	91	41.7
No contesta	3	1.4
Embarazo aceptado		
Sí	215	100
Presencia de pareja		
No	8	3.7

Sí	204	93.6
No contesta	3	1.4

ASPECTOS ÉTICOS



Proyecto revisado y autorizado por Comité de ética de la Universidad Autónoma de Chile. La investigación garantizó a todos los participantes del estudio intimidad y confidencialidad de la información entregada, según la ley 20.120.

Además, se consideraron los siguientes resguardos éticos:

- Proveer un lugar físico de privacidad y confidencialidad para la realización de la entrevista.
- En caso de pesquisar síntomas depresivos o estrés, según los instrumentos aplicados, se informar a la usuaria y realizar la derivación correspondiente.

- En caso de identificar factores de riesgo psicosociales de la usuaria, no registrados en la ficha clínica, informar a profesional matró/a del CESFAM correspondiente, previa autorización de la usuaria.
- Sólo participaron de la investigación, quienes presentaron su voluntad de participar a través de un consentimiento previo, expreso, libre e informado. (anexo nº11).
- Se informó a la usuaria su derecho a no autorizar la investigación o revocar su consentimiento en cualquier momento, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.



FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

- Proyecto financiado por Dirección de Investigación de la Universidad Autónoma de Chile, Chile. Fondo de apoyo a la investigación N° DIUA161-2019.
- Espacio físico para realización de entrevistas: se utilizó las dependencias de la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.
- Entrevistadores legos: correspondieron a matronas/es del Hospital Regional de Talca e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura, Universidad

Autónoma de Chile. Entrevistadores legos fueron capacitados previamente por la investigadora de este proyecto para la aplicación de los instrumentos.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

ETAPA I: PRUEBA PILOTO.

Posterior a la realización de la prueba piloto (n=105), se realizó una revisión preliminar de los instrumentos de esta investigación, para luego ser aplicado en la muestra definitiva.

Luego de obtener la muestra definitiva de la investigación (n=215), se utilizaron las dos muestras (n=320) para obtener indicadores de consistencia interna de cada instrumento utilizado.

ETAPA II: MUESTRA DEFINITIVA DE LA INVESTIGACIÓN.

Luego de depurada la base de datos, se llevó a cabo una búsqueda de datos perdidos que permitió identificar que, en todas las escalas, se presentaron uno o más casos con datos perdidos. De las 215 participantes, 157 presentaron todas las escalas completas; 13 tuvieron cuatro datos perdidos, 20 tuvieron cinco o seis datos perdidos y 25 tuvieron ocho o más datos perdidos, siendo la Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) e Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh las que presentaron mayor cantidad de datos perdidos, debido a un patrón monotónico de datos faltantes, donde estos eran los últimos instrumentos de la batería aplicada, se infiere que los datos faltantes se deben a cansancio al responder, por parte de la participante.

La eliminación de los participantes con datos ausentes es un procedimiento habitual, pero supone bajo número de participantes y una distribución al azar de la información ausente. En esta investigación, la eliminación de todas las participantes con datos perdidos implicaría una pérdida de un 25%, lo que sería excesivo, por lo que se decidió realizar imputación de datos.

Para la imputación de datos se realizó una imputación múltiple por ecuación encadenada de cinco bases de datos imputadas con diez iteraciones cada una.

- **Análisis descriptivo:**

Para el análisis estadístico de las variables, se obtuvieron estadígrafos descriptivos (frecuencia, media y DE) por variable.

- **Análisis de hipótesis n°1- 2 y 3:**

Posteriormente, el análisis de hipótesis se realizó en dos fases. En la primera fase (hipótesis n°1, 2 y 3), se utilizó el análisis a través de gráficos de dispersión

para corroborar la linealidad entre las variables predictoras y dependientes. Luego, se realizaron las correlaciones mediante el Coeficiente de correlación de Pearson.

- **Análisis de hipótesis n°4:**

Posteriormente en la segunda fase para analizar la hipótesis n°4, se utilizó un modelo de mixtura Gaussiana. Este tipo de modelo se ajusta a distribuciones mixtas para la modelización de datos heterogéneos, en donde aquellos pueden interpretarse como procedentes de dos o más subpoblaciones, representando la combinación de distintas distribuciones, cada una con cierto peso. La suma de los pesos debe ser igual a 1 (111).

Para disminuir la concentración de los datos, se intentó generar distribuciones más cercanas a la normal elevando al cubo el índice de felicidad Pemberton y aplicando logaritmo en las otras tres escalas (escala de depresión de Edimburgo y escala de estrés percibido que incluye dos factores para su análisis).

Para elegir un modelo, considerando que existen 14 alternativas de estructura de la matriz de varianza / covarianza, y no se sabe a priori el número de modelos, se calculó el promedio de BIC (Bayesian Information Criterion) para las 5 imputaciones para cada combinación de modelo y número de grupos.

Al analizar los resultados, se observó el menor BIC en el modelo VEE (modelo elipsoidal, con igual forma y orientación) de 2 grupos. Sin embargo, el modelo VEE de tres grupos tuvo un BIC muy cercano (<10 puntos de diferencia) y al revisar ambos se encontró que el grupo A del modelo de dos grupos pasa a dividirse en dos grupos en el modelo de tres grupos, permaneciendo prácticamente

igual el grupo B del modelo 2. Por tanto, se opta por motivos teóricos por el ajuste de tres grupos o perfiles.

Luego, se realizó un análisis descriptivo de cada grupo identificado indicando media, desviación estándar, mínimo y máximo de cada variable de salud mental.

Una vez que este modelo fue adecuado, se realizó un modelo predictivo mediante regresión multinomial para predecir la clase a la que puede pertenecer una persona, usando las variables predictoras, en el cual se probaron las relaciones planteadas en las hipótesis.

RESULTADOS.



1. ETAPA I: PRUEBA PILOTO.

La prueba piloto se realizó a 105 puérperas de segundo día del Hospital Regional de Talca, VII región del Maule, Chile.

1.1. ANÁLISIS PSICOMÉTRICOS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio de los instrumentos a utilizados en la investigación: escala de felicidad de Pemberton, escala de estrés percibido, escala de depresión postparto de Edimburgo, escala de apoyo social, escala de expectativas maternas, inventario de estrategias de afrontamiento e índice de calidad del sueño de Pittsburgh.

Con respecto a la escala de autoeficacia de la lactancia materna, se realizó un análisis factorial exploratorio y de confiabilidad por no encontrarse validada en Chile (artículo enviado a la revista chilena de pediatría).

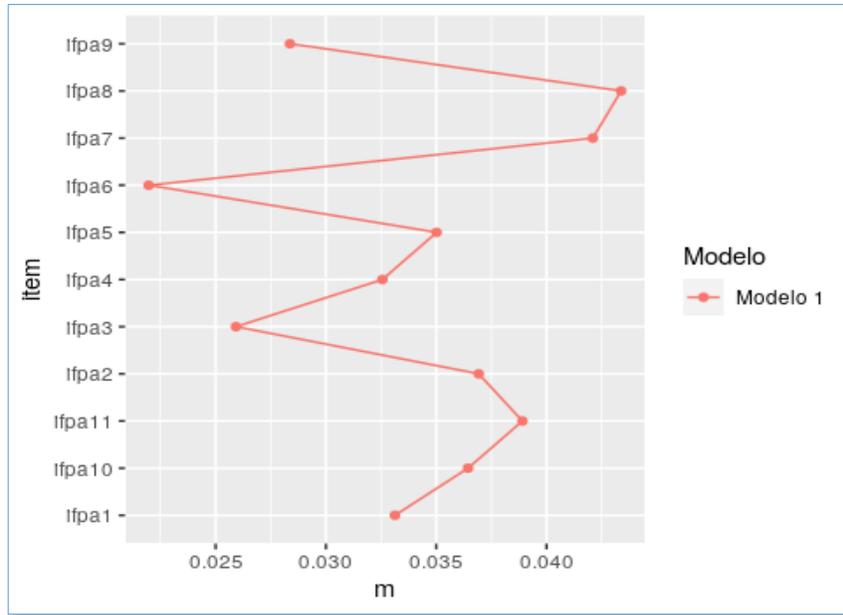
Para la realización del análisis psicométrico de cada instrumento, se utilizó la muestra total obtenida en esta investigación (muestra piloto y definitiva) obteniendo una muestra total de 320 participantes.

1.1.1. Análisis psicométrico Índice de felicidad de Pemberton.

Análisis factorial confirmatorio.

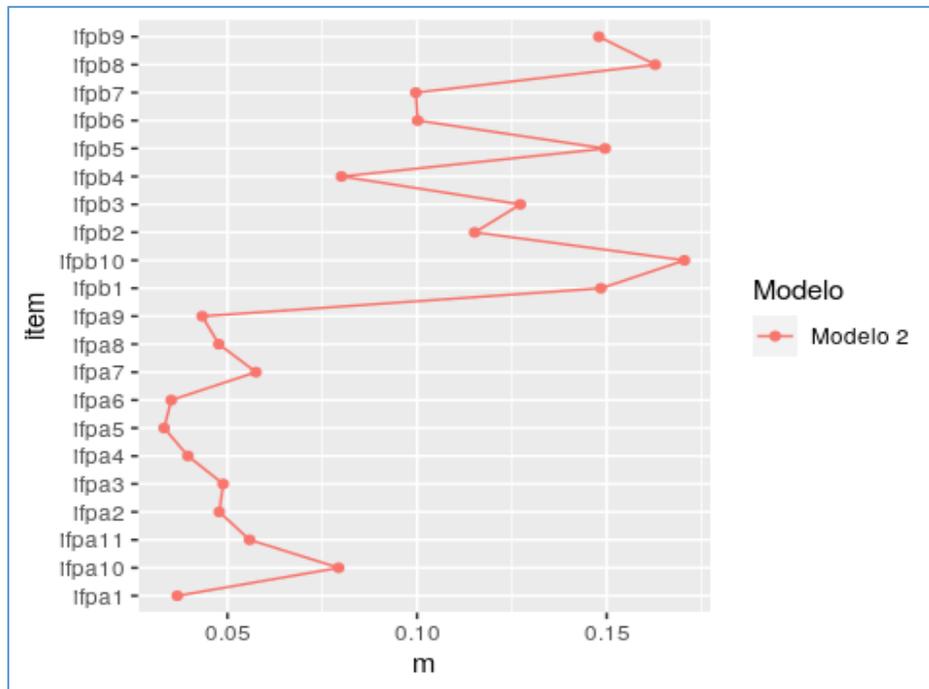
Se realizó un análisis factorial confirmatorio, considerando como referencia los modelos 1 y 4 de Martínez et al (112). El modelo 1 (figura n°2) solo considera el bienestar recordado (11 ítems), obteniendo un ajuste aceptable con RMSEA=0.055 (Root Mean Square Error of Aproximation) y CFI= 0.952 (Comparative fix index) (tabla n°9), por lo que el modelo es correcto, pero incompleto teóricamente, ya que la versión original considera 11 ítems de Bienestar Recordado, e incorpora el Bienestar Experimentado como un ítem decimosegundo que es la suma de las experiencias positivas y la ausencia de negativas del día anterior.

Figura n°2: Modelo n°1 análisis factorial confirmatorio, índice de felicidad de Pemberton.



El modelo 2 (figura n°3) considera tanto el bienestar recordado como experimentado. El ajuste no es bueno en CFI/TLI (0.845/0.827), pero sí en RMSEA (0.061). Al analizar los residuos, podemos ver que no se encuentra bien modelada la dimensión de bienestar experimentado (tabla n°9).

Figura n°3: Modelo n°2 análisis factorial confirmatorio, índice de felicidad de Pemberton.



El modelo 3 (figura n°4) divide al bienestar experimentado en los aspectos positivos y negativos del día. Se intentó ajustar el modelo 5 de Martínez et al (112), pero producía una matriz de varianza/covarianza negativa, al generar una correlación superior a 1 entre bienestar recordado y experimentado. Por tanto, se decidió mantener como factores separados lo positivo del día anterior, como lo negativo del día anterior. Al analizar los residuos, podemos ver que mejora el ajuste de la sección b (bienestar experimentado), pero no llega al nivel de ajuste de los ítems de la sección a de bienestar recordado (tabla n°9).

Figura n°4: Modelo n°3 análisis factorial confirmatorio, índice de felicidad de Pemberton.

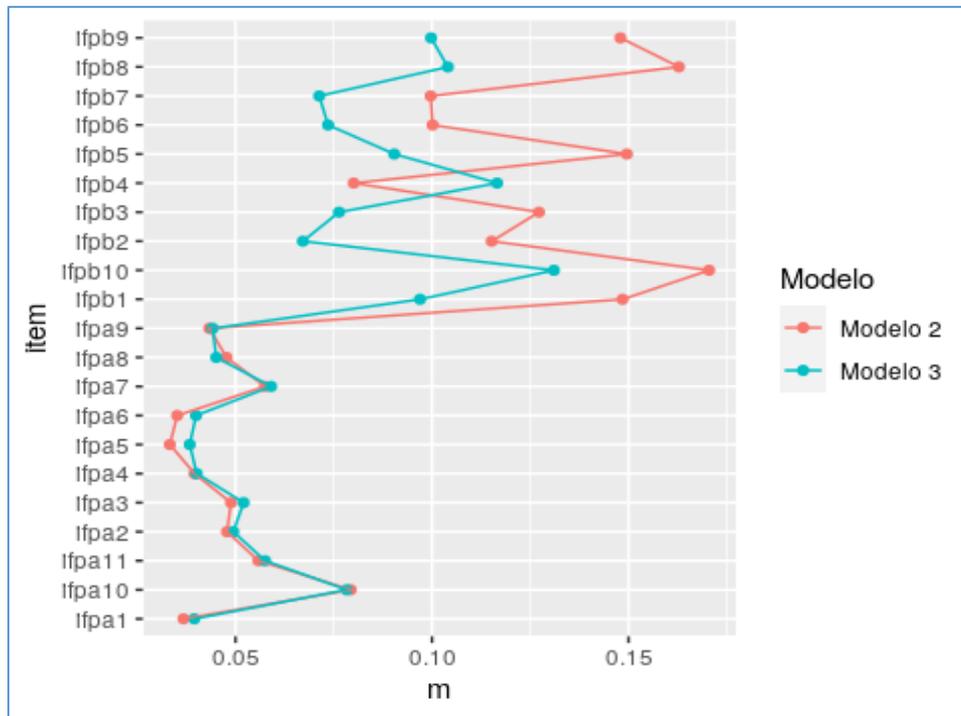


Tabla n°9: Índices de ajuste: Análisis factorial confirmatorio.

Modelo	N° ítems	χ^2	χ^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1	11	$\chi^2(44)=86.23$ p=0.000	1.96	0.952	0.94	0.04	0.055 p=0.272
2	21	$\chi^2(188)=384.16$ p=0.000	2.043	0.845	0.827	0.131	0.061 p=0.023
3	21	$\chi^2(186)=295.57$ p=0.000	1.589	0.913	0.902	0.102	0.046 p=0.769

Modelo 1: modelo unifactorial con 11 ítems de bienestar recordado.

Modelo 2: modelo bifactorial (bienestar recordado y bienestar experimentado).

Modelo 3: modelo bifactorial con un factor de segundo orden que contiene dos factores de primer orden: experiencias positivas y experiencias negativas.

* Cuanto menores son los valores del χ^2 , AIC, SRMR (< .08) y RMSEA (< .06), y mayores los del CFI y TLI (<0.90) mejor es el ajuste del modelo a los datos.

Análisis de confiabilidad: Índice de felicidad de Pemberton.

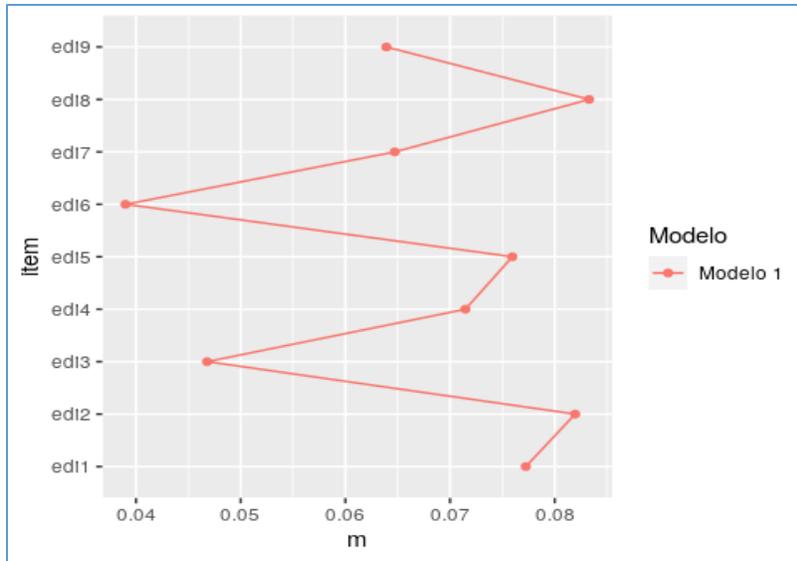
En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna por factor arrojó en el factor 1 “bienestar recordado” un alfa Cronbach y Omega total iguales de 0.86 y en el factor 2 “bienestar experimentado- experiencias positivas” un alfa Cronbach y Omega total iguales de 0.46 y “bienestar experimentado-experiencias negativas” un alfa de Cronbach de 0.57 y Omega total de 0.59.

1.1.2. Análisis psicométrico Escala de depresión de Edimburgo.

Análisis factorial confirmatorio.

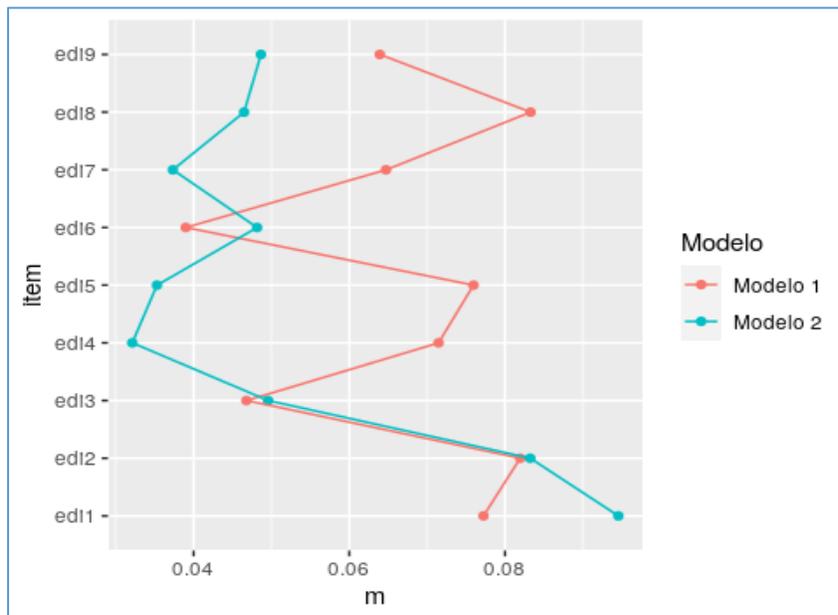
Se realizó un análisis factorial confirmatorio para tres modelos. Para evaluar la bondad de ajuste del modelo se utilizaron diferentes índices: a) chi cuadrado que debiera no ser significativo aunque es muy sensible al tamaño muestral por eso usamos también b) El chi cuadrado dividido por los grados de libertad (χ^2 / gl); se aceptan valores inferiores a 5 (113); (c) Comparative Fit Index (CFI); (d) Tucker Lewis Index (TLI) para estos dos se aceptan valores igual o superior a .90; (e) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) se aceptan valores inferiores a .08 (114). El modelo n°1 unifactorial (figura n°5) que considera la escala de 10 ítems, resultó con CFI= 0.912 aceptable, sin embargo, TLI=0.882 y RMSEA= 0.126 no alcanza el mínimo aceptable, destacando una fuerte relación entre los residuos de los ítems 4 y 5.

Figura n°5: Modelo n°1 análisis factorial confirmatorio, escala de depresión de Edimburgo.



El modelo n°2 unifactorial (figura n°6) mantiene la escala de 10 ítems e incluye relación entre los residuos de los ítems 4 y 5, resultó con CFI= 0.96 y TLI=0.945 aceptables, sin embargo, RMSEA= 0.086 al límite de lo aceptable, observándose una relación entre los residuos 1 y 2.

Figura n°6: Modelo n°2 análisis factorial confirmatorio, escala de depresión de Edimburgo.



El modelo n°3 que incluía los 10 ítems, con la relación entre los residuos 4 y 5 – 1 y 2 presentó un mejor ajuste, con CFI=0.982, TLI=0.975 y RMSEA=0.058 (figura n°7).

Figura n°7: Modelo n°3 análisis factorial confirmatorio, escala de depresión de Edimburgo.

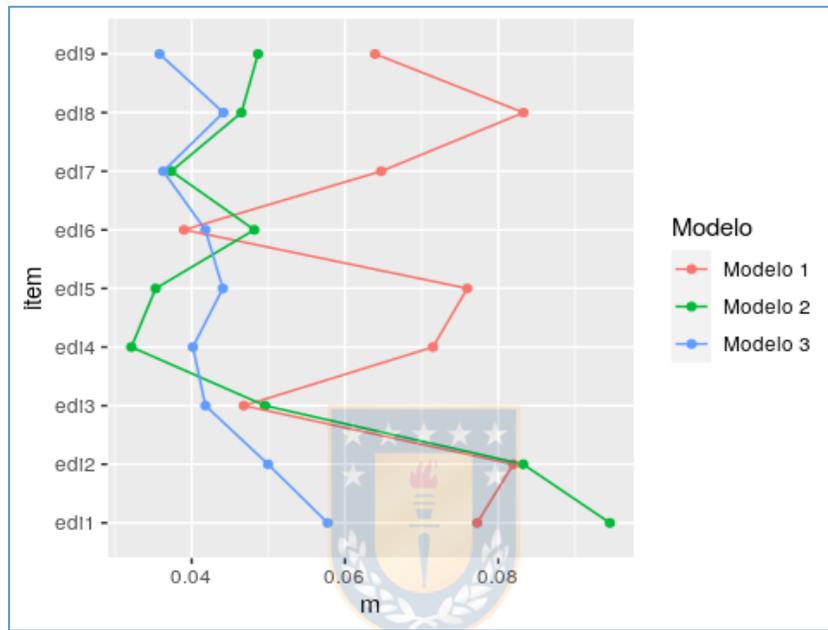


Tabla n°9: Índices de ajuste: Análisis factorial confirmatorio.

Modelo	N° ítems	X ²	X ² /gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1	10	X ² (27)=152.66, p=0.000	5.654	0.912	0.882	0.088	0.126 [0.107, 0.145], p=0.000
2	21	X ² (26)=82.94, p=0.000	3.19	0.96	0.945	0.073	0.086 [0.066, 0.107], p=0.002
3	21	X ² (25)=49.96, p=0.002	1.999	0.982	0.975	0.054	0.058 [0.034, 0.082], p=0.262

Modelo 1: modelo unifactorial de 10 ítems.

Modelo 2: modelo unifactorial de 10 ítems agregando la relación entre los residuos de 4 y 5.

Modelo 3: modelo unifactorial de 10 ítems agregando la relación entre los residuos de 4 y 5 y entre 1 y 2.



Análisis de confiabilidad: Escala de depresión de Edimburgo.

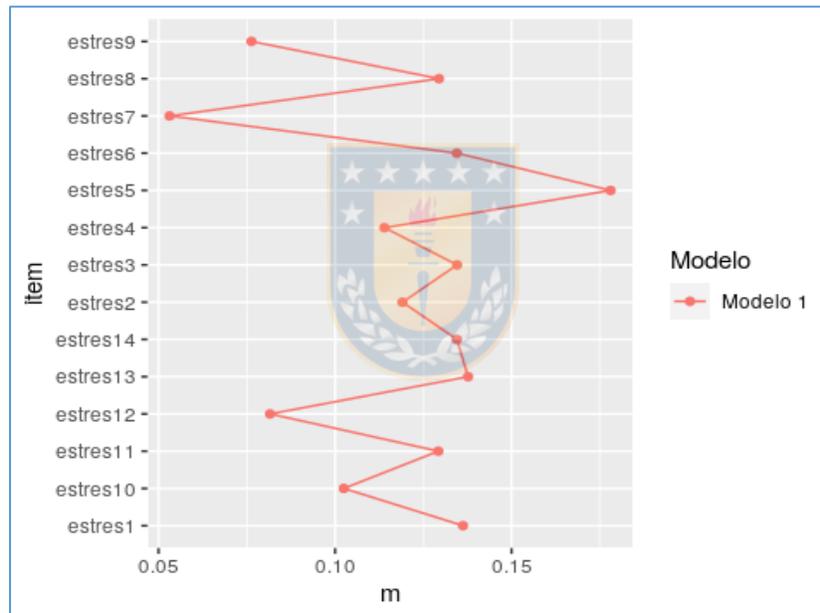
En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna arrojó un Omega total de 0.80 y un alfa de Cronbach de 0.78.

1.1.3. Análisis psicométrico: Escala de estrés percibido.

Análisis factorial confirmatorio.

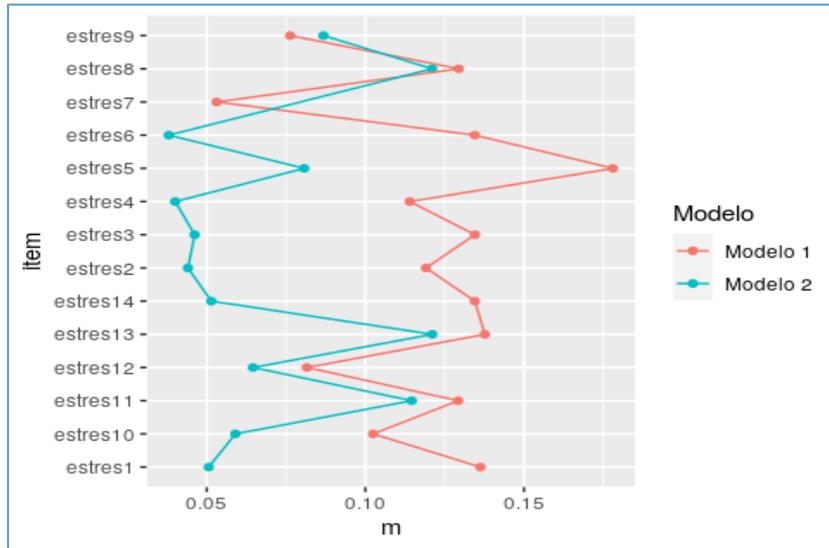
Se realizó un análisis factorial confirmatorio para cuatro modelos. El modelo n°1 unifactorial (figura n°8) de 14 ítems, resultó con CFI= 0.593, TLI=0.519 y RMSEA=0.194, los cuales son deficientes y no alcanza el mínimo aceptable (tabla n°13).

Figura n°7: Modelo n°1 análisis factorial confirmatorio, escala de estrés percibido.



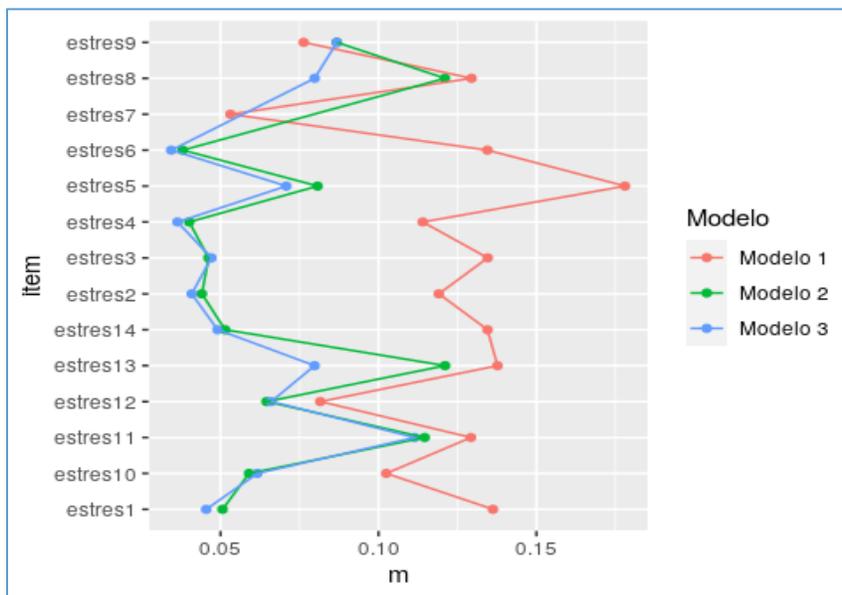
El modelo n°2 (figura n°8) arrojó un CFI=0.808 y TLI=0.766, con un RMSEA= 0.134, por lo que no es óptima, destacando una relación entre los ítems 8 y 13 (tabla n°13).

Figura n°7: Modelo n°2 análisis factorial confirmatorio, escala de estrés percibido.



El modelo n°3 (figura n°8) arroja un CFI=0.882, TLI=0.853 y RMSEA=0.106 (tabla n°13), lo cual es mejor que las soluciones anteriores, sin embargo, el ítem 11 se resiste a mejorar, además de presentar una relación potencial negativa con el ítem 8. Por lo anterior, se decide probar una última solución sin este ítem.

Figura n°8: Modelo n°3 análisis factorial confirmatorio, escala de estrés percibido.



Al comparar los modelos, queda claro que se debe descartar la solución unifactorial. La solución de mejor ajuste es la solución de dos factores, con o sin el ítem 11 (figura 9).

Figura n°9: Modelo n°4 análisis factorial confirmatorio, escala de estrés percibido.

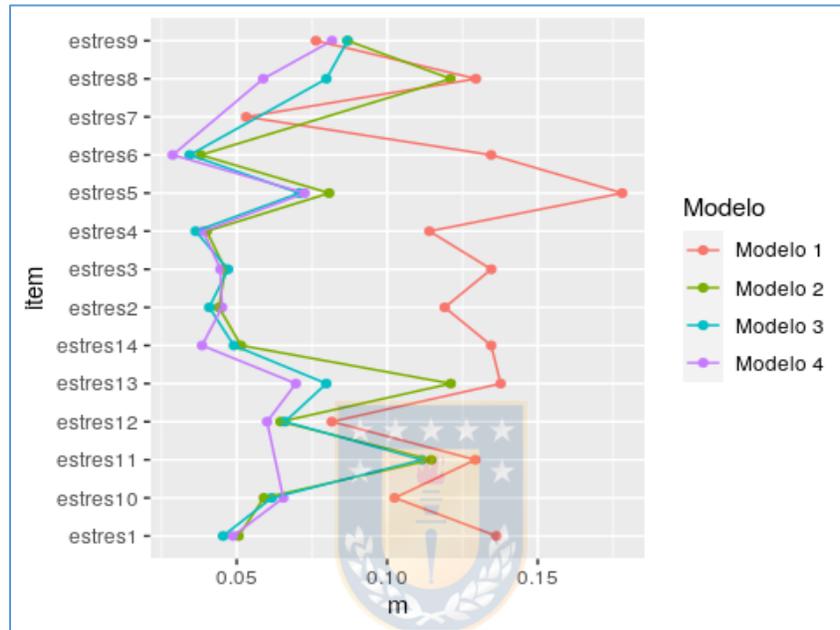


Tabla n°13: Índices de ajuste: Análisis factorial confirmatorio.

Modelo	X ²	X ² /gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1	X ² (77)=868.21, p=0.000	11.275	0.593	0.519	0.146	0.194 [0.182, 0.205], p=0.000
2	X ² (64)=378.54, p=0.000	5.915	0.808	0.766	0.1	0.134 [0.121, 0.147], p=0.000
3	X ² (63)=256.75, p=0.000	4.075	0.882	0.853	0.088	0.106 [0.092, 0.119], p=0.000
4	X ² (52)=175.93, p=0.000	3.383	0.922	0.901	0.073	0.093 [0.078, 0.108], p=0.000

Análisis de confiabilidad: Escala de estrés percibido.

En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna por factor arrojó en el factor 1 “ausencia de descontrol” un omega total de 0.70 y alfa de Cronbach de 0.69 y en el factor 2 “percepción de descontrol” mejora la confiabilidad con un Omega total y alfa de Cronbach de 0.74.



1.1.4. Análisis psicométrico: Escala de autoeficacia de la lactancia materna.

Análisis factorial exploratorio

La evaluación de la matriz de datos empleando el índice de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin $KMO= 0.95$ y de la prueba de Bartlett, $X^2(91) = 2701.016$, $p < 0.001$ muestra que la matriz de correlaciones es apta para el análisis factorial exploratorio.

Para determinar el número de factores se realizó un análisis paralelo de Horn basado en un muestreo no paramétrico de 1000 muestras, que mostró dos factores. La solución de mínimos cuadrados de dos factores explica un 65% de la varianza, con todas las cargas factoriales sobre 0.4 (tabla n°14).

Tabla n°14. Matriz de coeficiente de configuración

N°	Reactivos	Factores	
		1	2
1	Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho	0,01	0,79
2	Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida	0,24	0,60
3	Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno)	0,21	0,67
4	Puedo asegurar que mi hijo está apropiadamente agarrado de mi pecho mientras se alimenta	- 0,13	0,96
5	Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento	0,12	0,75
6	Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando	0,24	0,57
7	Puedo mantener el deseo de amamantar	0,53	0,29
8	Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes	0,72	0,02
9	Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar	0,68	0,22
10	Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo	0,84	- 0,12
11	Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho	0,68	0,12

12	Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite	0,85	0,02
13	Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo	0,88	0,00
14	Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho	0,45	0,33

El factor 1 que comprende del reactivo 1 al 6 “pensamientos intrapersonales” expresa las percepciones de las madres a sus capacidades intelectuales para llevar acabo el amamantamiento. El factor 2 que comprende del reactivo 7 al 14 “técnicas de amamantamiento” corresponde a las destrezas motoras necesarias para emprender y mantener la lactancia materna. Se observa una correlación positiva entre ambos factores $r= 0.77$, lo que indica que la percepción de las capacidades intelectuales se relaciona con la realización de la técnica de amamantamiento.

Análisis de confiabilidad

En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna por factor arrojó en el factor 1 “Pensamientos Intrapersonales” un alfa Cronbach y Omega total iguales de 0,90 y en el factor 2 “técnicas de amamantamiento” un alfa Cronbach y Omega total iguales de 0,9. Mientras que la escala total presentó un alfa Cronbach y Omega total iguales de 0,94.

El análisis descriptivo para los dos factores fueron en el factor 1, pensamientos intrapersonales de $Me=3,8$ ($DS=0,9$) y en el factor 2 técnicas de amamantamiento $Me=4,1$ ($DS= 0,8$) mostrando puntajes altos en ambos factores, la distribución en ambas fue negativa, evidenciando que la mayoría tuvo una percepción positiva, pero existió una acumulación mayor en el segundo factor, entre los puntajes 3 y 4 de un total de 5. En la escala total se obtuvo una media de 3,99

(DS=0.24) mostrando una puntuación de autoeficacia en la lactancia materna positiva, donde la mayoría de los puntajes estuvieron entre 3 a 4, mostrando efecto techo que se refleja en la asimetría (-0.37) (tabla n°15).

Tabla n°15. Descriptivos de escalas por dimensión y total.

Escala		Media	DS	min	max	Asimetría	Curtosis
Factor 1	6	3,79	0,95	1	5	-0,79	0,15
Factor 2	8	4,14	0,83	1	5	-1,69	3,43
Total	14	3,99	0,24	3,49	4,33	-0,37	-0,31

Este instrumento, tiene la ventaja de ser breve y puede aplicarse a diversas poblaciones, mostrando características psicométricas adecuadas, pero se orienta la necesidad de un análisis confirmatorio, para corroborar la necesidad de mantener dos factores o reducirlo a uno.



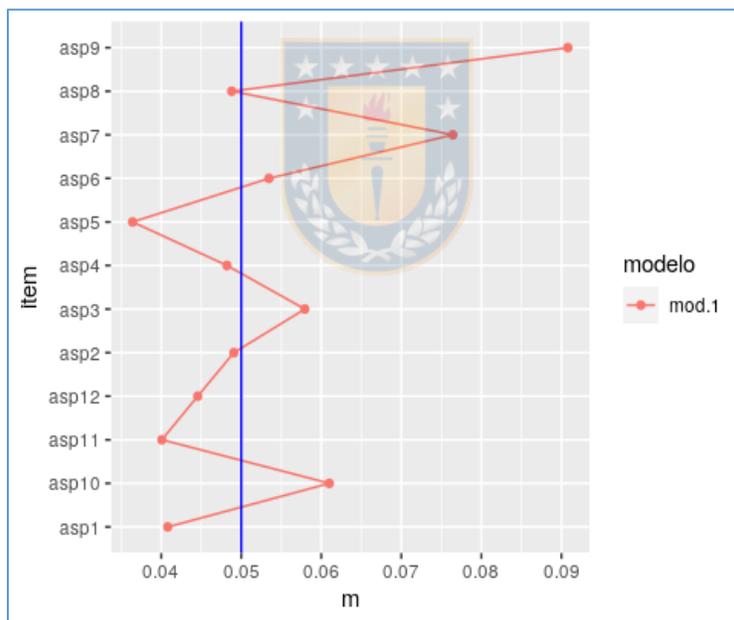
1.1.5. Análisis psicométrico: Escala de apoyo social.

Análisis factorial confirmatorio.

Se realiza un análisis factorial confirmatorio, comparando dos modelos: (1) tres factores y (2) dos factores, como estudios chilenos de Arechabala (2002) (106) y Pinto (2014) (115).

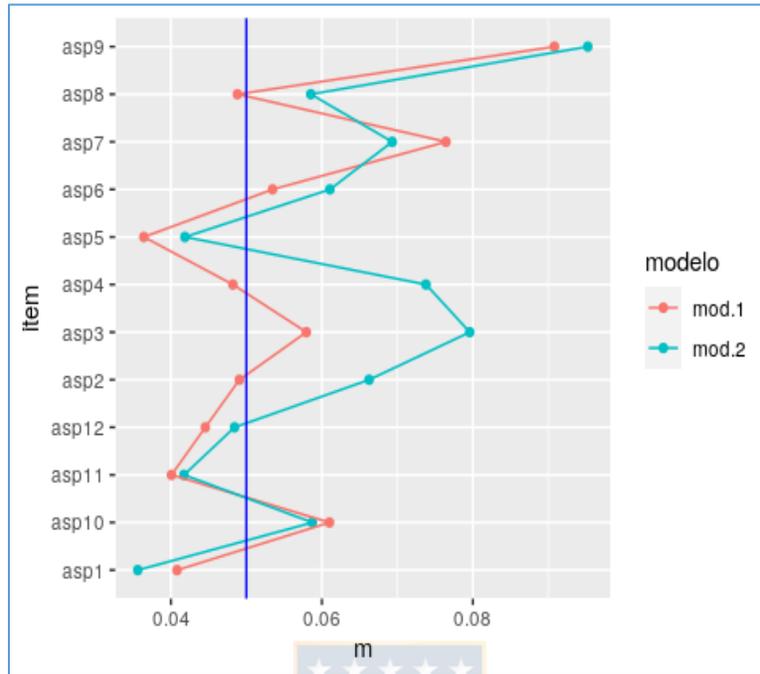
El modelo n°1 considera tres factores (figura n°10). El ajuste por CFI y TLI es 0.962 y 0.951 respectivamente, RMSEA= 0.103 es deficiente (tabla n°16). El principal índice de modificación es una carga cruzada de ítems 7 con 9 y 3 con 4.

Figura n°10: Modelo n°1 análisis factorial confirmatorio, escala de apoyo social.



El modelo n°2 considera dos factores (figura n°11). El ajuste es muy similar al modelo n°1 con CFI=0.955, TLI=0.944 y RMSEA=0.110 (tabla n°16). Este modelo presenta residuos bastante parecidos al modelo 1, sin embargo, el principal índice de modificación es 3 y 4.

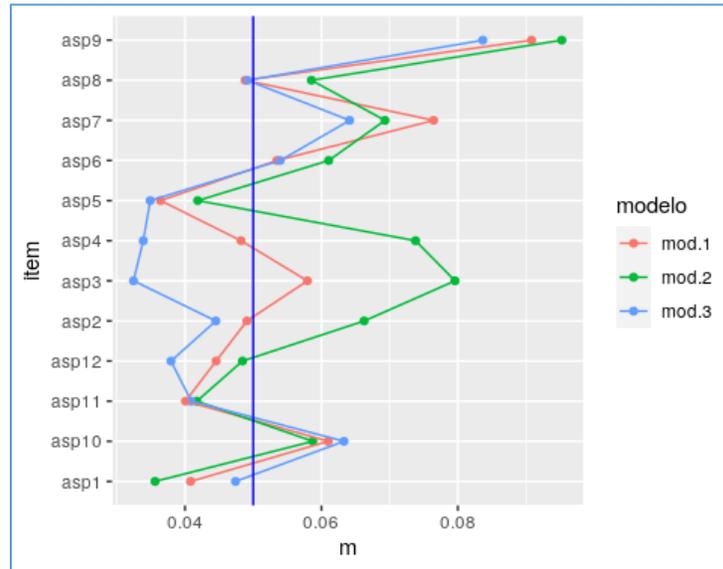
Figura n°11: Modelo n°2 análisis factorial confirmatorio, escala de apoyo social.



Como entre los principales índices de modificación de ambos modelos se encuentra el residuo entre 3 y 4, se decide probar dos soluciones realizando este cambio.

El modelo n°3 incluye dos factores y la unión entre los ítems 3 y 4. Este modelo presenta CFI=0.971 TLI=0.962 aceptable, sin embargo, RMSEA=0.091 deficiente (tabla n°16). Este modelo mejora, pero se mantiene el problema con 7 y 9 (figura n°12).

Figura n°12: Modelo n°3 análisis factorial confirmatorio, escala de apoyo social.



El modelo n°4 tiene un mejor ajuste que los anteriores (figura n°13), arrojando CFI=0.972, TLI=0.965 y RMSEA=0.087 (tabla n°16).

Figura n°13: Modelo n°4 análisis factorial confirmatorio, escala de apoyo social.

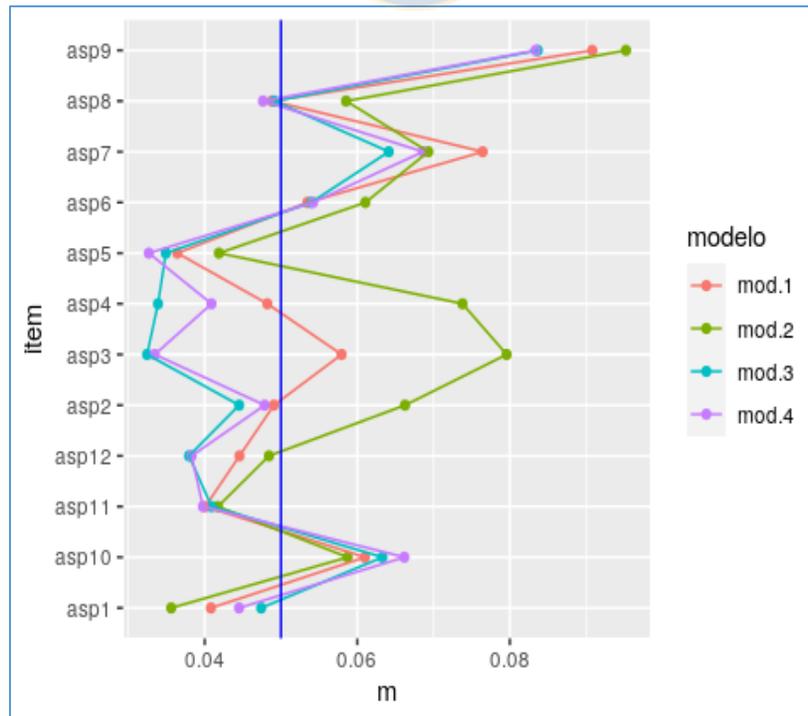


Tabla n°16: Índices de ajuste: Análisis factorial confirmatorio.

Modelo	X²	X²/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1	X ² (51)=198.60, p=0.000	3.894	0.962	0.951	0.068	0.103 [0.088, 0.118], p=0.000
2	X ² (53)=228.35, p=0.000	4.309	0.955	0.944	0.077	0.110 [0.095, 0.125], p=0.000
3	X ² (50)=162.36, p=0.000	3.247	0.971	0.962	0.064	0.091 [0.075, 0.106], p=0.000
4	X ² (52)=160.01, p=0.000	3.077	0.972	0.965	0.066	0.087 [0.072, 0.103], p=0.000

Análisis de confiabilidad.

En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna por factor arrojó en el factor 1 “apoyo social de familia y otros” un alfa Cronbach y Omega total iguales de 0.85 y en el factor 2 “apoyo social de amigos” un alfa Cronbach y Omega total iguales de 0.85.



1.1.6. Análisis psicométrico: Expectativas maternas.

Análisis factorial confirmatorio.

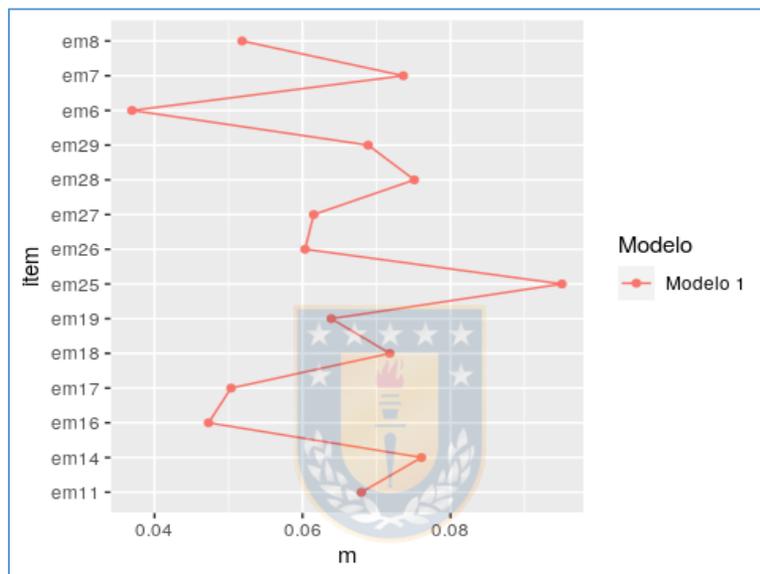
El análisis comenzó con la solución propuesta por la autora (24), la que se modificó de acuerdo al análisis de residuos y de índices de modificación. Al utilizar la escala en su formato original, se observan indicadores de ajuste deficientes, particularmente por CFI=0.693 y TLI=0.22 (tabla n°17).

El ítem 14 presentó una baja carga factorial, mientras que los índices de modificación principales fueron 27~~28, ambos hablan de que la pareja sienta un vínculo instantáneo, al igual que ella, con su hijo(a). El siguiente son los ítems 26 y

25, que hablan de que la pareja debe cambiar cosas sobre él mismo y priorizar a su hijo(a) (figura n°14).

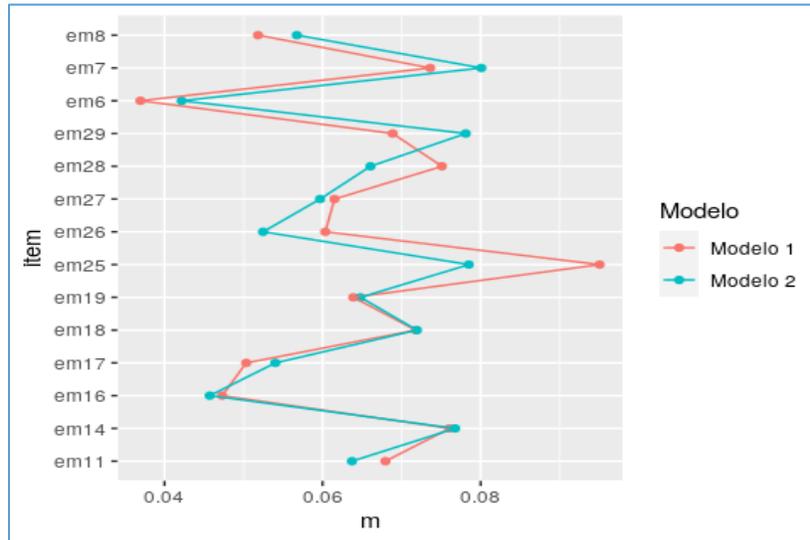
Como el residuo mayor lo tiene 25, hay dos alternativas: factorizarlo en ambas y generar una correlación de residuos.

Figura n°14: Modelo n°1 análisis factorial confirmatorio, escala de expectativas maternas.



La mejor solución entre generar cargas cruzadas y generar relación entre residuos fue la relación entre residuos de 25 y 26 (figura n°15). En este segundo modelo, mejora CFI / TLI / RMSEA (tabla n°17), pero permanece la relación entre 27 y 28.

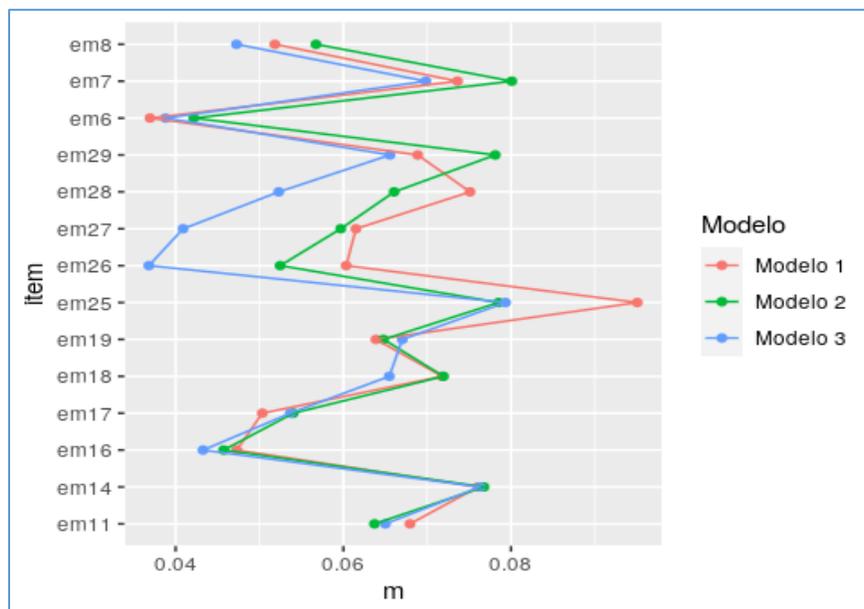
Figura n°15: Modelo n°2 análisis factorial confirmatorio, escala de expectativas maternas.



En el tercer modelo (figura 16)., se incluye la relación entre 27 y 28. En esta solución mejora los indicadores de ajuste, pero sigue destacando la muy baja carga factorial del ítem 14 (tabla n°17). Considerando que este ítem muestra un error importante, se decide eliminar.

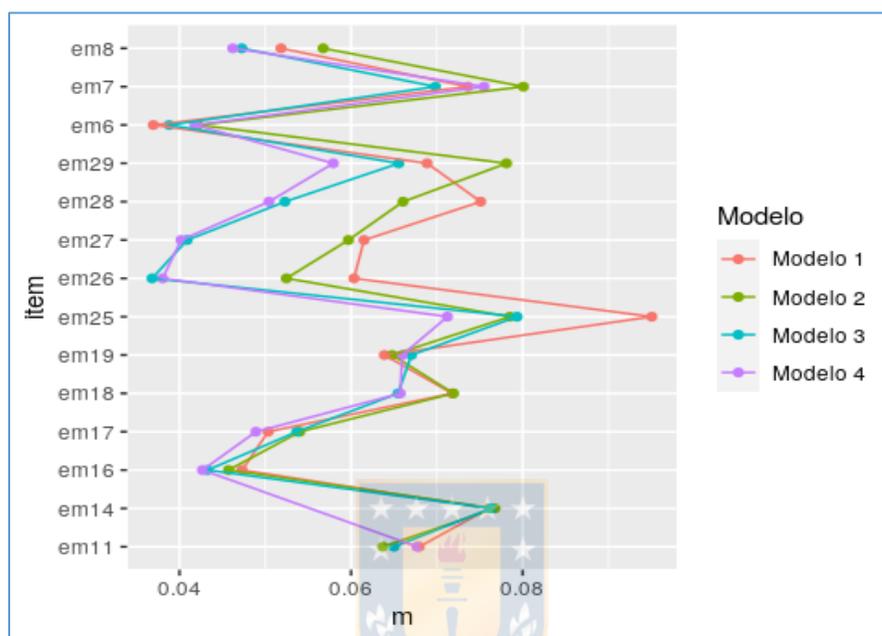


Figura n°16: Modelo n°3 análisis factorial confirmatorio, escala de expectativas maternas.



En el cuarto modelo (figura n°17), se elimina el ítem 14, obteniendo un aumento de CFI / TLI, lo que indica una disminución del error general (tabla n°17).

Figura n°17: Modelo n°4 análisis factorial confirmatorio, escala de expectativas maternas.



A continuación, se presentan los indicadores de ajuste global de los modelos para su comparación.

Tabla n°17: Índices de ajuste: Análisis factorial confirmatorio.

Modelo	X ²	X ² /gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1	X ² (74)=142.87, p=0.000	1.931	0.693	0.622	0.081	0.074 [0.056, 0.093], p=0.016
2	X ² (73)=128.58, p=0.000	1.761	0.752	0.691	0.079	0.067 [0.048, 0.086], p=0.071
3	X ² (72)=122.65, p=0.000	1.703	0.774	0.715	0.073	0.065 [0.044, 0.085], p=0.115
4	X ² (60)=98.20, p=0.001	1.637	0.819	0.765	0.069	0.061 [0.038, 0.083], p=0.194

Análisis de confiabilidad

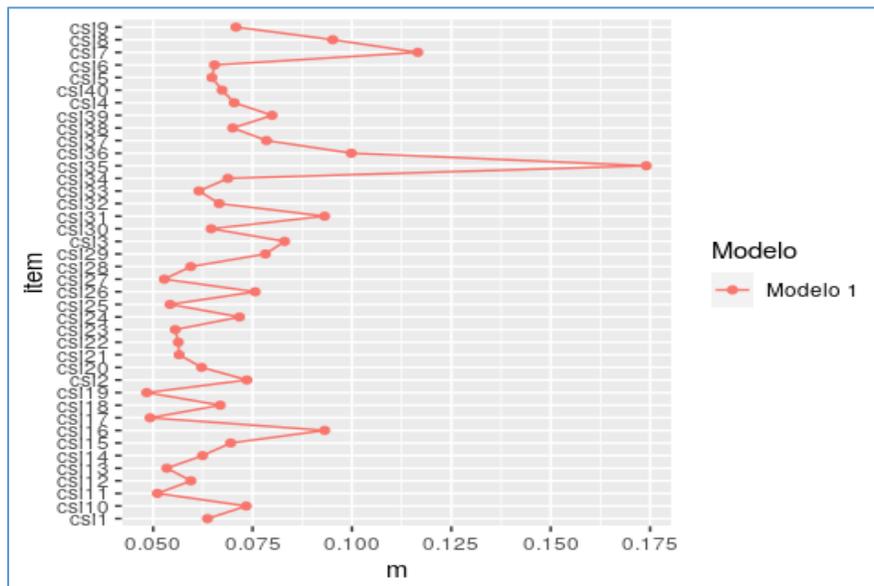
En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna por factor arrojó en el factor 1 “expectativas de realización natural” un alfa Cronbach de 0.62 y Omega total de 0.60, en el factor 2 “expectativas de autosacrificio” un alfa Cronbach de 0.56 y Omega total de 0.57 y en el factor 3 “expectativas de que el recién nacido refleja la maternidad” un alfa Cronbach de 0.51 y Omega total de 0.50.

1.1.7. Análisis psicométrico: Inventario de estrategias de afrontamiento.

Análisis factorial confirmatorio.

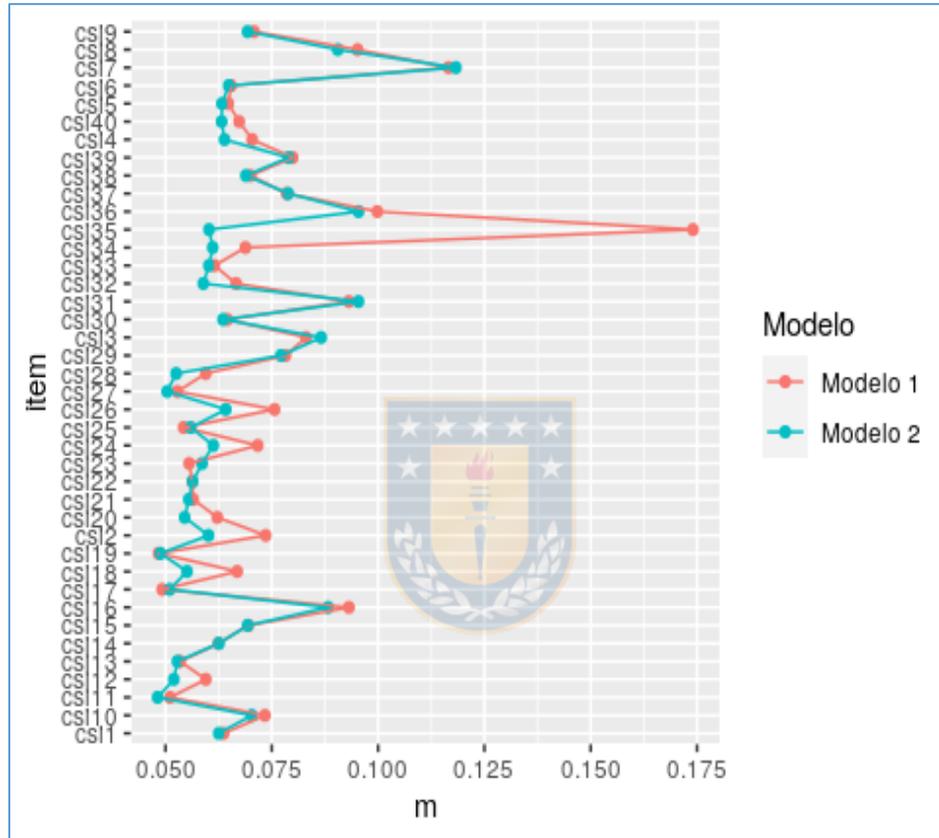
Se realiza un análisis factorial confirmatorio de la estructura original (figura n°18). El ajuste es bastante deficiente con CFI=0.819, TLI=0.802, RMSEA=0.097 (tabla n°18). Destaca entre los índices de modificación el ítem 35. Al observar los residuos por ítem, es posible observar el nivel de desajuste que produce 35, por lo que se decide unirlo al factor autocrítica para la próxima solución.

Figura n°18: Modelo n°1 análisis factorial confirmatorio, Inventario de estrategias de afrontamiento



En el segundo modelo (figura n°19), la solución mejora al realizar la carga cruzada de 35 en el factor autocrítica (tabla n°18). Al graficar, se observa inmediatamente que la solución es mejor.

Figura n°19: Modelo n°2 análisis factorial confirmatorio, Inventario de estrategias de afrontamiento.



A continuación, se presentan los indicadores de ajuste global de los modelos para su comparación (tabla n°18).

Tabla n°18: Índices de ajuste: Análisis factorial confirmatorio, Inventario de estrategias de afrontamiento.

Modelo	χ^2	χ^2/gf	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1	$\chi^2(712)=1284.17,$ $p=0.000$	1.804	0.819	0.802	0.097	0.065 [0.059, 0.070], $p=0.000$
2	$\chi^2(711)=1213.26,$ $p=0.000$	1.706	0.841	0.826	0.085	0.060 [0.055, 0.066], $p=0.001$

Análisis de confiabilidad.

En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna por factor arrojó un Alpha Cronbach entre 0.67 y 0.83 y omega total entre 0.68 y 0.83 (tabla n°19).

Tabla n°19: Análisis de confiabilidad por factor del inventario de estrategias de afrontamiento.

Factor	Alpha Cronbach	Omega total
Resolución de problemas	0.80	0.81
Autocrítica	0.83	0.83
Expresión emocional	0.77	0.79
Pensamiento desiderativo	0.83	0.83
Apoyo social	0.80	0.79
Reestructuración cognitiva	0.80	0.80
Evitación de problemas	0.70	0.71
Retirada social	0.67	0.68

1.1.8. Análisis psicométrico: Índice de calidad del sueño de Pittsburgh.

Análisis factorial confirmatorio.

Se realiza un análisis factorial confirmatorio (figura n°20).

El ajuste del primer modelo, que mantiene la escala original, es deficiente con CFI= 0.924, TLI=0.886 y RMSEA= 0.145 (tabla n°20). El principal índice de modificación es la relación entre los componentes 3 “duración del sueño” y 4 “eficiencia del sueño habitual”.

En el segundo modelo, se prueba una solución que considera la relación entre los residuos de 3 y 4, obteniendo una solución es aceptable con CFI=0.977, TLI=0.962 y RMSEA=0.083 (tabla n°20).

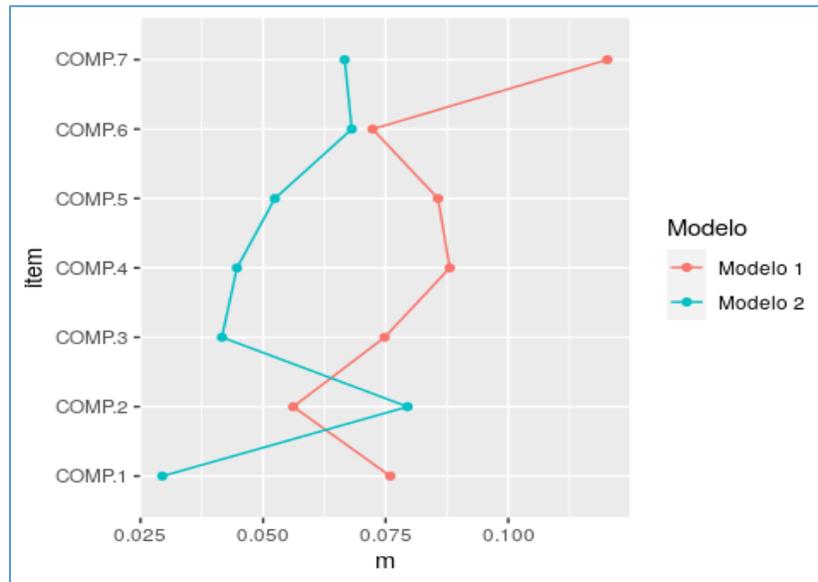
A continuación, se presentan los indicadores de ajuste global de los modelos para su comparación (tabla n°20).



Tabla n°20: Índices de ajuste: Análisis factorial confirmatorio, Índice de calidad del sueño de Pittsburgh.

Modelo	X ²	X ² /gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
1	X ² (14)=84.45, p=0.000	6.032	0.924	0.886	0.102	0.145 [0.116, 0.175], p=0.000
2	X ² (13)=34.56, p=0.001	2.659	0.977	0.962	0.072	0.083 [0.050, 0.117], p=0.050

Figura n°20: Análisis factorial confirmatorio, Índice de calidad del sueño de Pittsburgh.



Análisis de confiabilidad.

En el análisis de confiabilidad, la consistencia interna de la escala es aceptable (alfa Cronbach=0.71, omega total=0.73). Sin embargo, el componente 6 “uso de medicación hipnótica” no es informativo, debido a que se recomienda el uso de medicamentos hipnóticos durante el embarazo y puerperio. Por lo anterior, se prueba la confiabilidad de la escala eliminando el componente 6, observando un aumento del alfa Cronbach=0.76 y omega total=0.76.

2.- ETAPA II: MUESTRA DEFINITIVA DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.- CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS VARIABLES DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO, AL SEGUNDO DÍA POSTPARTO.

Para cada instrumento aplicado a las puérperas se calculó la media por ítem, desviación estándar, mínimos-máximos, asimetría y curtosis. Según la prueba Kolmogorov Smirnov, la mayoría de las escalas no tiene una distribución normal, excepto escala de expectativas maternas y factor 1 de escala de estrés percibido. Al análisis es posible observar que la mayoría de las escalas presentan una asimetría negativa, lo que quiere decir que las participantes se concentran en valores altos, excepto en la escala de depresión de Edimburgo, estrategias de afrontamiento en factores: autocrítica, evitación de problemas y retirada social, donde los puntajes se concentran en valores bajos. Respecto a los valores de curtosis, los más altos se encuentran en el índice de felicidad de Pemberton y escala de autoeficacia de la lactancia materna (factor de técnica de amamantamiento), por tanto, se encuentra una gran concentración de datos en torno al valor medio (tabla n°23).

Tabla n°23: Descriptivos de los instrumentos de medición al segundo día postparto.

	n	Media	DE	Mín.	Máx.	Asimetría	Curtosis
IFP	215	8,41	1,24	3,50	10,00	-1,50	2,60
EDE	215	0,72	0,43	0,00	2,30	0,52	0,15
EP 1	215	1,57	0,69	0,00	3,57	0,13	-0,29
EP 2	215	2,55	0,91	0,00	4,00	-1,09	1,16
AELM 1	215	3,74	0,94	1,00	5,00	-0,73	0,05

AELM 2	215	4,06	0,85	1,00	5,00	-1,52	2,58
ASP 1	215	2,33	0,67	0,13	3,00	-1,10	0,42
ASP 2	215	1,79	0,91	0,00	3,00	-0,25	-0,96
EM	215	5,20	0,69	3,66	6,76	-0,19	0,00
EM 1	215	5,63	1,13	1,50	7,00	-1,06	1,05
EM 2	215	4,22	1,60	1,00	7,00	-0,15	-0,65
EM 3	215	4,87	1,22	1,00	7,00	-0,45	-0,02
EA_1 (resolución de problemas)	215	2,60	0,97	0,20	4,00	-0,33	-0,74
EA_2 (autocrítica)	215	1,26	0,91	0,00	4,00	0,72	-0,13
EA_3 (expresión emocional)	215	2,16	0,93	0,00	4,00	-0,06	-0,81
EA_4 (pensamiento desiderativo)	215	2,10	1,11	0,00	4,00	0,08	-0,92
EA_5 (apoyo social)	215	2,15	1,05	0,00	4,00	0,03	-0,85
EA_6 (reestructuración cognitiva)	215	2,39	0,97	0,00	4,00	-0,18	-0,75
EA_7 (evitación de problemas)	215	1,71	0,91	0,00	4,00	0,41	-0,41
EA_8 (retirada social)	215	1,21	0,84	0,00	4,00	0,65	-0,01
ICSP	215	1,59	0,61	0,33	3,00	-0,05	-0,86

Nota: DE=desviación estándar, IFP=Índice de felicidad de Pemberton, EDE=Escala de depresión de Edimburgo, EP 1= Escala de estrés percibido (presencia de descontrol), EP 2= Escala de estrés percibido (ausencia de descontrol), AELM 1= Autoeficacia de la lactancia materna (pensamientos intrapersonales), AELM 2= Autoeficacia de la LM (técnica de amamantamiento), ASP 1=Apoyo social percibido (familia – otros), ASP 2= Apoyo social percibido (amigos), EM= Escala expectativas maternas, EM 1= Expectativas maternas (cumplimiento natural), EM 2= Expectativas maternas (autosacrificio), EM 3= Expectativas maternas (recién nacido reflejará la habilidad materna), EA= Inventario estrategias de afrontamiento, ICSP=Índice de calidad de sueño de Pittsburgh.

2.2 RESULTADOS ESTADO COMPLETO DE LA SALUD MENTAL.

2.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES.

a) BIENESTAR

Al análisis de las medias es posible observar que la media de la variable bienestar en las participantes (Índice de felicidad de Pemberton) fue de 8.41. (DE=1.24) lo que las clasifica en bienestar medio al segundo día postparto (entre 7.91 a 9.2).

b) SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Con relación a síntomas depresivos en los últimos siete días (escala de depresión de Edimburgo) se observó que el 70.2% de las participantes no refieren síntomas depresivos (tabla n°24), sin embargo, es importante destacar el 29.8% que presentó sintomatología depresiva.



c) ESTRÉS PERCIBIDO

Al analizar la percepción de estrés durante el último mes (escala de estrés percibido), se observó que la mayoría de las participantes (56.7%) refiere que “de vez en cuando” se sintieron estresadas.

A continuación, se presenta tabla comparativa de las categorías de cada variable (tabla n°24).

Tabla n°24: Descripción de frecuencia de bienestar, síntomas depresivos y estrés percibido en la muestra.

ESTADO COMPLETO DE LA SALUD MENTAL.	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Bienestar		
Muy bajo	1	0.5
Bajo	7	3.3
Medio	27	12.6
Alto	53	24.7
Muy alto	127	59.1
Síntomas depresivos		
Sin síntomas depresivos	151	70.2
Con síntomas depresivos	64	29.8
Estrés		
Casi nunca o nunca	50	23.3
De vez en cuando	122	56.7
A menudo	41	19.1
Muy a menudo	2	0.9

2.2.1 VARIABLES PREDICTORAS.

a) Problemas del sueño.

Al analizar los problemas del sueño de las participantes durante el último mes, se observó que el 61.9% de ellas, presentó la escala alterada con resultado “merece atención y tratamiento médico”.

Tabla n°25: Frecuencia de categorías de problemas del sueño en la muestra.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin problemas del sueño	22	10.2
Merece atención médica	40	18.6
Merece atención y tratamiento médico	133	61.9
Se trata de un problema de sueño grave	20	9.3

Al análisis por componentes de los problemas del sueño, es posible observar importantes problemas del sueño, específicamente en los componentes 1, 2, 4 y 5. Donde el 54% de las participantes refiere que la calidad de su sueño es “bastante mala” o “muy mala”, el 59.5% menciona que la latencia del sueño, es decir el tiempo que se necesita para la transición de la vigilia al sueño, es de 31 minutos o más, el 57.2% refiere que la eficiencia del sueño es 74% o menos y el 80% refiere perturbaciones del sueño más de una vez por semana, destacando en esta categoría que todas las participantes presentan perturbaciones del sueño durante el último mes consultado (tabla n°26).

Tabla n°25: Frecuencia de componentes de problemas del sueño en la muestra.

		0		1		2		3	
	Componente	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Calidad subjetiva del sueño	15	7	84	39.1	63	29.3	53	24.7
2	Latencia del sueño	20	9.3	67	31.2	108	50.2	20	9.3
3	Duración del sueño	66	30.7	69	32.1	43	20.0	37	17.2
4	Eficiencia del sueño habitual	54	25.1	38	17.7	28	13.0	95	44.2
5	Perturbaciones del sueño	0	0	43	20.0	114	53.0	58	27.0
6	Uso de medicación hipnótica	198	92.1	9	4.2	4	1.9	4	1.9
7	Disfunción nocturna	57	26.5	63	29.3	66	30.7	29	13.5

Categorías componente calidad subjetiva del sueño: 0=muy buena, 1=bastante buena, 2= bastante mala, 3= muy mala.

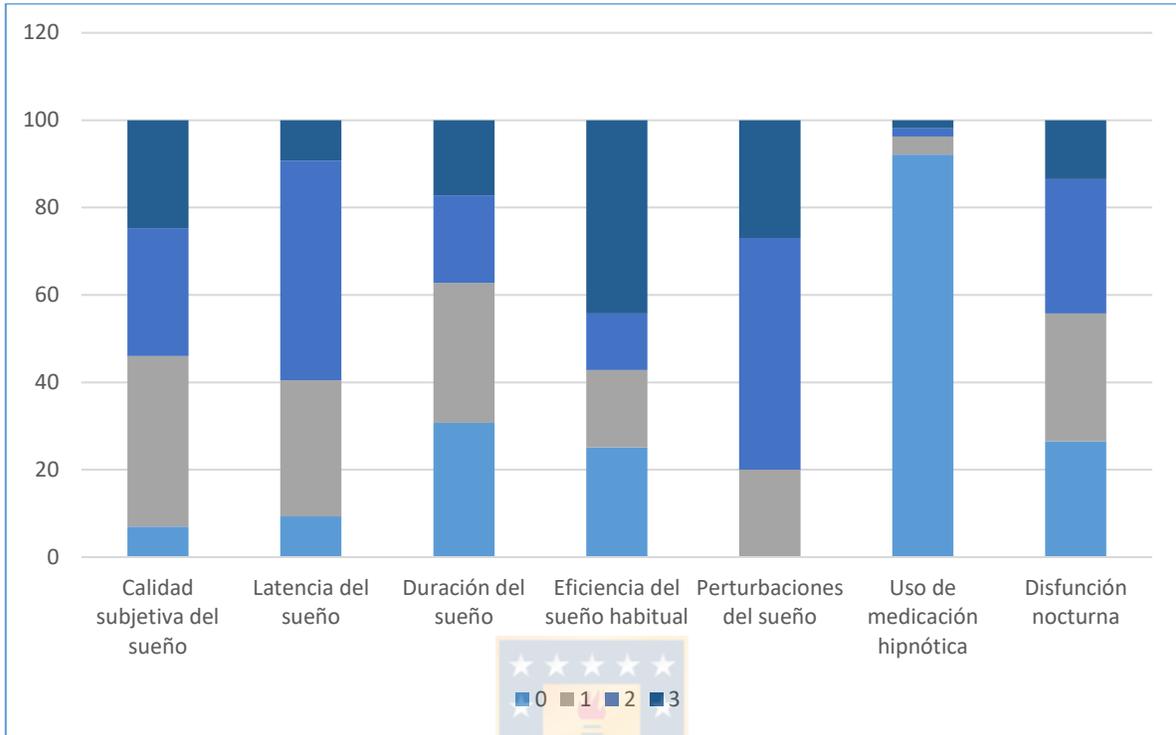
Categorías componente latencia del sueño: 0=menor o igual a 15'+ ninguna vez en el último mes, 1=16 a 30 minutos+ menos de una vez a la semana, 2= 31 a 60 minutos+ una o dos veces a la semana, 3= más de 60 minutos + tres o más veces a la semana.

Categoría componente duración del sueño: 0=más de 7 horas, 1= 6 a 7 horas, 2= 5 a 6 horas, 3=menos de 5 horas.

Categoría componente eficiencia del sueño: 0=más de 85%, 1= 75-84%, 2= 65-74%, 3=menos de 65%.

Categorías componentes perturbaciones del sueño, uso de medicación y disfunción nocturna: 0=ninguna vez en el último mes, 1=menos de una vez a la semana, 2= una o dos veces a la semana, 3= tres o más veces a la semana.

Figura n°21 Comparación de porcentajes de componentes de problemas del sueño en la muestra.



Categorías componente calidad subjetiva del sueño: 0=muy buena, 1=bastante buena, 2= bastante mala, 3= muy mala.

Categorías componente latencia del sueño: 0=menor o igual a 15'+ ninguna vez en el último mes, 1=16 a 30 minutos+ menos de una vez a la semana, 2= 31 a 60 minutos+ una o dos veces a la semana, 3= más de 60 minutos + tres o más veces a la semana.

Categoría componente duración del sueño: 0=más de 7 horas, 1= 6 a 7 horas, 2= 5 a 6 horas, 3=menos de 5 horas.

Categoría componente eficiencia del sueño: 0=más de 85%, 1= 75-84%, 2= 65-74%, 3=menos de 65%.

Categorías componentes perturbaciones del sueño, uso de medicación y disfunción nocturna: 0=ninguna vez en el último mes, 1=menos de una vez a la semana, 2= una o dos veces a la semana, 3= tres o más veces a la semana.

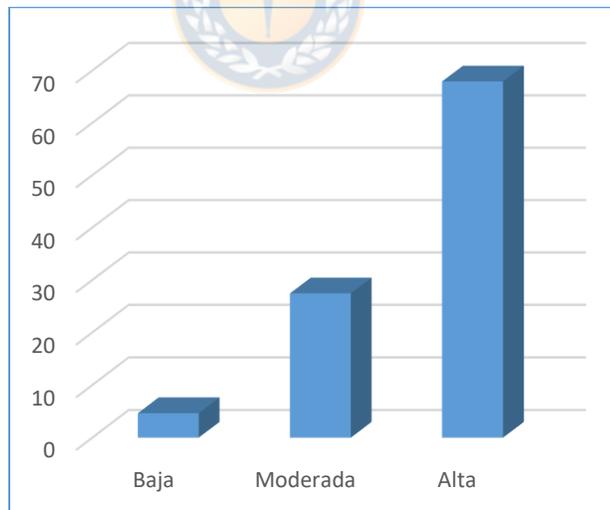
b) Autoeficacia de la lactancia materna.

Al analizar la percepción de autoeficacia de la lactancia materna de las participantes, es posible observar que el 95.3% refiere una moderada o alta percepción de autoeficacia (tabla n°26), destacándose notablemente el 67.9% que refiere una alta autoeficacia de la lactancia materna (figura n°22).

Tabla n°26: Categorías de autoeficacia de la lactancia materna en la muestra.

Categoría	n	%
Baja	10	4.7
Moderada	59	27.4
Alta	146	67.9
Total	215	100

Figura n°22 Porcentaje de autoeficacia de la lactancia materna en la muestra.



c) Expectativas maternas

Con relación a las expectativas maternas, la escala aplicada categoriza las expectativas en tres dimensiones: realización natural, expectativas de autosacrificio y que la maternidad se refleja en el recién nacido, donde a mayor puntaje se refleja expectativas más rígidas y los puntajes moderados o bajos representan expectativas más flexibles. La media de cada una de las dimensiones fue 5.6 puntos en expectativas de realización natural, 4.9 puntos en expectativas de que la maternidad se verá reflejada en el recién nacido y 4.3 puntos en expectativas de autosacrificio. Por lo anterior, se refleja que la muestra refiere expectativas más altas de realización natural.

En relación con el puntaje total de la escala esta tiene un rango entre 14 a 98 puntos. En esta muestra las participantes mostraron un resultado promedio de 69.7 puntos, lo que las ubica en el percentil sobre 75 (tendencia a expectativas rígidas).

d) Apoyo social percibido.

Al análisis de la percepción de apoyo percibido de las participantes el 93% refiere un mediano apoyo social. Por lo contrario, cabe destacar que ninguna de las participantes refiere un alto apoyo social (tabla n°27).

Tabla n°27: Categorías de apoyo social percibido en la muestra.

Categoría	n	%
Bajo	15	7,0
Mediano	200	93.0
Alto	0	0
Total	215	100

Al analizar por dimensiones de la escala: “apoyo de familia y otros” y “apoyo de amigos”, la media de la primera dimensión fue 2.45 puntos, mientras que la segunda dimensión tuvo una media de 1.88 puntos. Lo que refleja mayor percepción de apoyo de la familia y otros en esta muestra.

e) Estrategias de afrontamiento.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento de las participantes, se observó que las medias más altas se encontraron en: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional y apoyo social (tabla n°28). Lo anterior, refleja que las participantes de esta investigación mayoritariamente enfrentan la situación problemática mediante modificación de la situación que produce el problema o del significado de la situación estresante, búsqueda de apoyo emocional o liberación de emociones que acontecen en el proceso de estrés.

Tabla n°28: Estrategias de afrontamiento de la muestra.

	Media	DE
Resolución de problemas	2.7	0.9
Autocrítica	1.3	0.9
Expresión emocional	2.2	0.9
Pensamiento desiderativo	2.1	1.1
Apoyo social	2.2	1.1
Reestructuración cognitiva	2.4	1.0
Evitación de problemas	1.7	0.9
Retirada social	1.2	0.8

2.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

<p>Hipótesis n°1</p>	<p>Menor problemas del sueño subjetivo en la mujer y mayor percepción de apoyo social se relacionan con mayor bienestar al segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.</p>
-----------------------------	---

Se comenzó por crear la gráfica de dispersión de las variables para evaluar la relación entre éstas (bienestar con problemas del sueño y apoyo social). A la gráfica se observó una relación lineal positiva entre bienestar y apoyo social (figura n°23-24), mientras que una relación lineal negativa entre bienestar y problemas del sueño (figura N°25).

Figura n°23: Diagrama de dispersión de bienestar y apoyo social percibido (familia y otros).

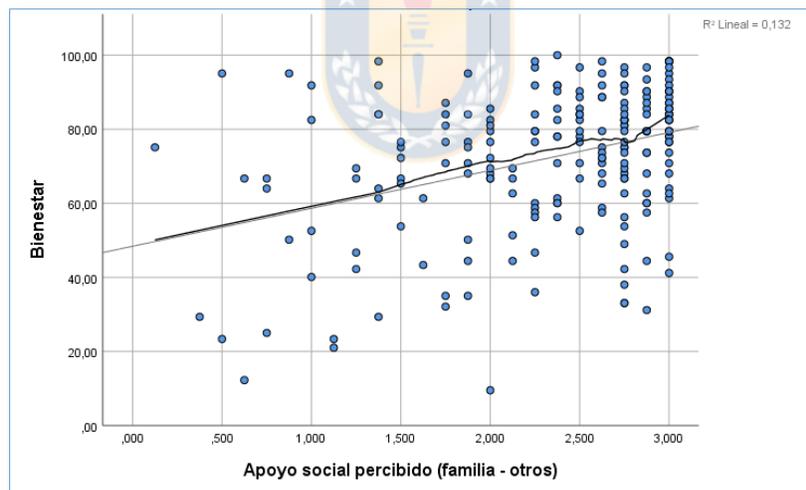


Figura n°24: Diagrama de dispersión de bienestar y apoyo social percibido (amigos).

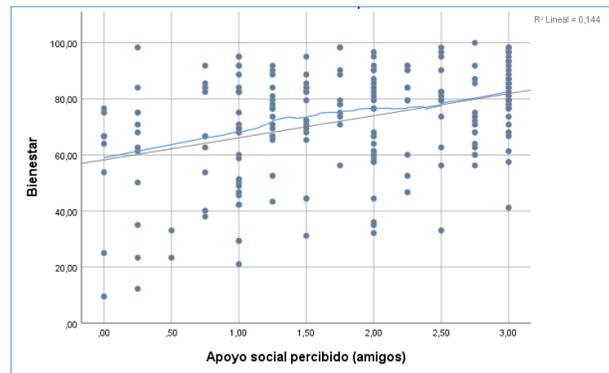


Figura n°25: Diagrama de dispersión de bienestar y problemas del sueño

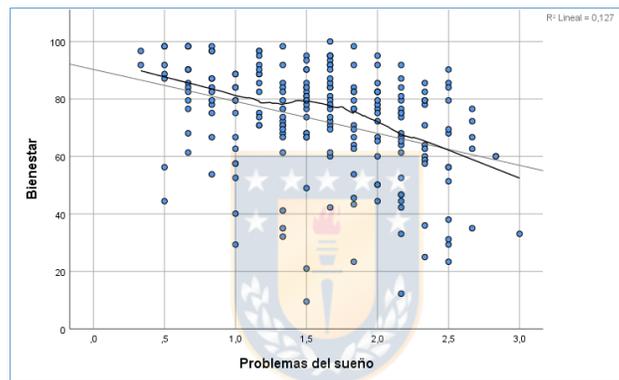


Tabla n°29: Correlación de Pearson entre bienestar, problemas del sueño y apoyo social percibido en púerperas al 2do día postparto.

	Bienestar	Problemas del sueño	Apoyo social percibido (familia-otros)	Apoyo social percibido (amigos)
Bienestar	1.00	-0.31**	0.39**	0.38**
Problemas del sueño	-0.31**	1.00	-0.18**	-0.13*
Apoyo social percibido (familia-otros)	0.39**	-0.18**	1.00	0.52**
Apoyo social percibido (amigos)	0.38**	-0.13*	0.52**	1.00

Nota: Correlaciones significativas: **p<0,01; *p<0,05.

La tabla n°29 presenta las correlaciones bivariadas entre las variables: bienestar, problemas del sueño y apoyo social percibido en puérperas al 2do día postparto. Según el criterio de Cohen (116) se considera que una correlación es alta si $r > 0.5$; moderada > 0.3 y < 0.5 ; mientras que entre < 0.3 y > 0.1 la correlación es baja. De este modo, existe una correlación negativa moderada entre problemas del sueño y bienestar. Se observa una correlación negativa baja entre problemas del sueño y apoyo social percibido (familia-otros y amigos). Existe una correlación moderada positiva entre bienestar y apoyo social percibido (familia- otros y amigos).

Por lo anterior, es posible confirmar la hipótesis planteada: “Menor problemas del sueño subjetivo en la mujer y mayor percepción de apoyo social se relacionan con mayor bienestar al segundo a tercer día postparto”.

<p>Hipótesis n°2</p>	<p>Expectativas maternas de adaptación natural a la maternidad y una mayor percepción de autoeficacia de la lactancia materna se asocian con mayor bienestar al segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.</p>
-----------------------------	--

Se comenzó por crear la gráfica de dispersión de las variables para evaluar la relación entre éstas (bienestar con expectativas maternas y autoeficacia de la lactancia materna).

Para graficar la variable bienestar se calculó la variable al cuadrado debido a la saturación del instrumento (Índice de felicidad de Pemberton) en los puntajes máximos.

A la gráfica se observó una relación lineal positiva entre bienestar y autoeficacia de la lactancia materna (figura N°26), destacando que cuando la autoeficacia aumenta sobre 40 puntos aumenta el bienestar (relación monotónica). A la gráfica de expectativas maternas, se observó una relación lineal negativa entre bienestar y expectativas maternas de autosacrificio (figura n° 27).

Figura n°26: Diagrama de dispersión de bienestar y autoeficacia de la lactancia materna.

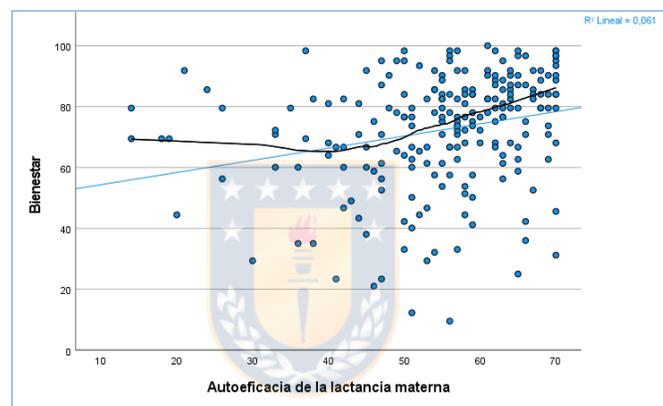
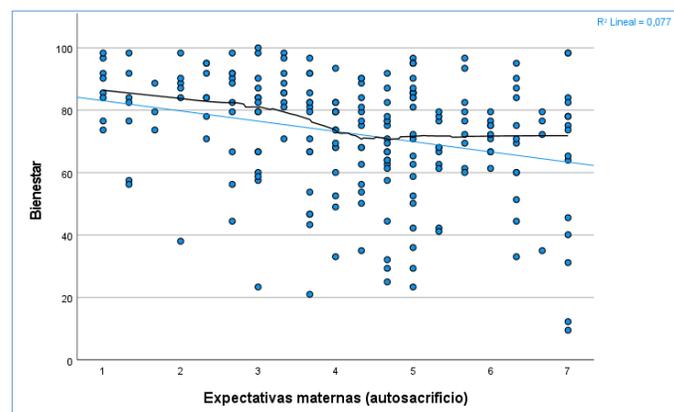


Figura n°27: Diagrama de dispersión de bienestar y expectativas maternas de autosacrificio.



Por el contrario, se observó nula relación entre bienestar y expectativas maternas de que la maternidad será reflejada en el recién nacido y de cumplimiento natural (figuras n°28 y 29).

Figura n°28: Diagrama de dispersión de bienestar y expectativas maternas (maternidad reflejada en el recién nacido).

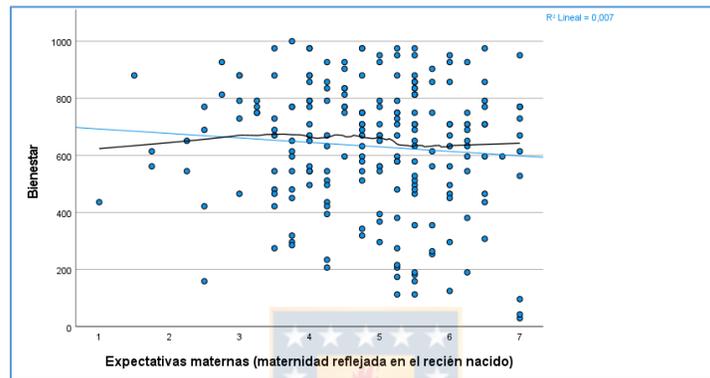
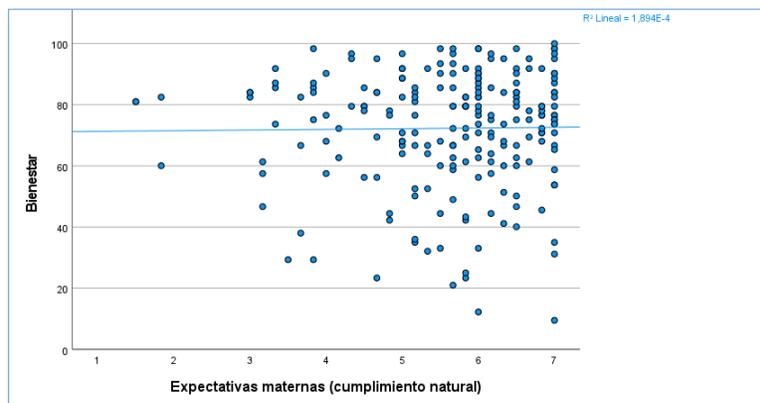


Figura n°29: Diagrama de dispersión de bienestar y expectativas maternas de cumplimiento natural.



Al análisis de las correlaciones de Pearson (tabla n°30) es posible observar la relación lineal positiva, estadísticamente significativa entre bienestar y autoeficacia de la lactancia materna (factor 1 y 2) y relación lineal negativa,

estadísticamente significativa entre bienestar y expectativas maternas de autosacrificio.

Figura n°30: Diagrama de dispersión de síntomas depresivos y estrategias de afrontamiento de retirada social.

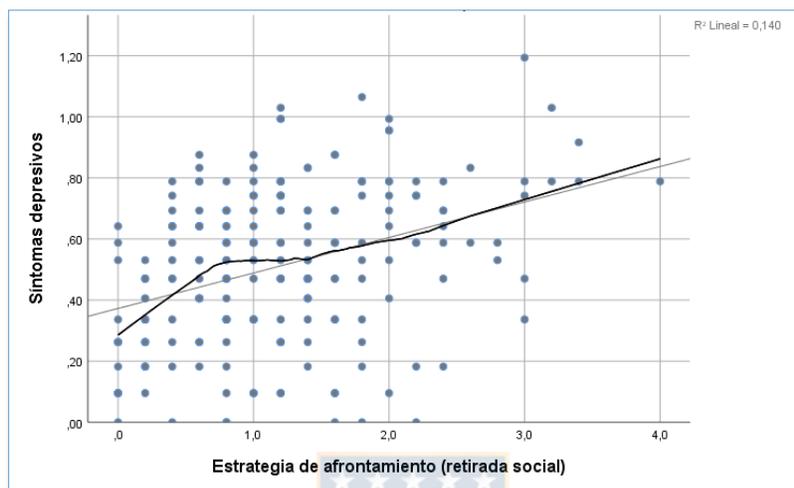


Tabla n°30: Correlación de Pearson entre bienestar, autoeficacia de la lactancia materna y expectativas maternas en púerperas al 2do a 3er día postparto.

	Bienestar	AELM 1	AELM 2	EM 1	EM 2	EM 3
Bienestar	1	0.17**	0.22**	0.025	-0.23**	-0,11
AELM 1	0.18**	1	0.75**	0.083	0.005	0,065
AELM 2	0.22**	0.75**	1	0.1	-0.1	0,08
EM 1	0.02	0.08	0.08	1	0.32**	0,30**
EM 2	-0.24**	0.005	-0.087	0.33**	1	0,28**
EM 3	-0.11	0.07	0.08	0.30**	0.28**	1

Nota: Correlaciones significativas: **p<0,01; *p<0,05.

AELM 1: Autoeficacia de la lactancia materna (pensamientos intrapersonales)

AELM 2: Autoeficacia de la LM (técnica de amamantamiento)

EM 1: Expectativas maternas (cumplimiento natural)

EM 2: Expectativas maternas (autosacrificio)

EM 3: Expectativas maternas (maternidad reflejada en el RN)

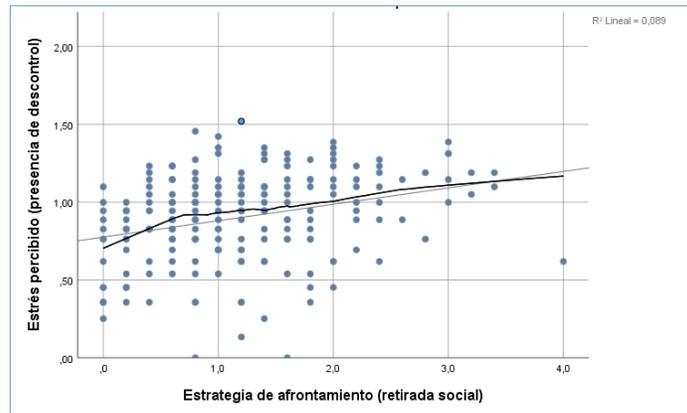
Por lo anterior, es posible confirmar parcialmente la hipótesis planteada: “Expectativas maternas de adaptación natural a la maternidad y una mayor percepción de autoeficacia de la lactancia materna se asocian con mayor bienestar al segundo a tercer día postparto”, ya que no se observó relación entre expectativas maternas de cumplimiento natural y bienestar. Sin embargo, se observó la relación lineal negativa estadísticamente significativa, entre expectativas maternas de autosacrificio y bienestar materno.

<p>Hipótesis n°3</p>	<p>Estrategias de afrontamiento de retirada social se asocian con mayor estrés percibido y síntomas depresivos al segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.</p>
-----------------------------	--

Se comenzó por crear la gráfica de dispersión de las variables para evaluar la relación entre éstas (síntomas depresivos y estrés percibido con estrategias de afrontamiento). Para graficar las variables síntomas depresivos y estrés percibido, se calculó el logaritmo de cada variable debido a mayor concentración de respuesta en puntajes bajos.

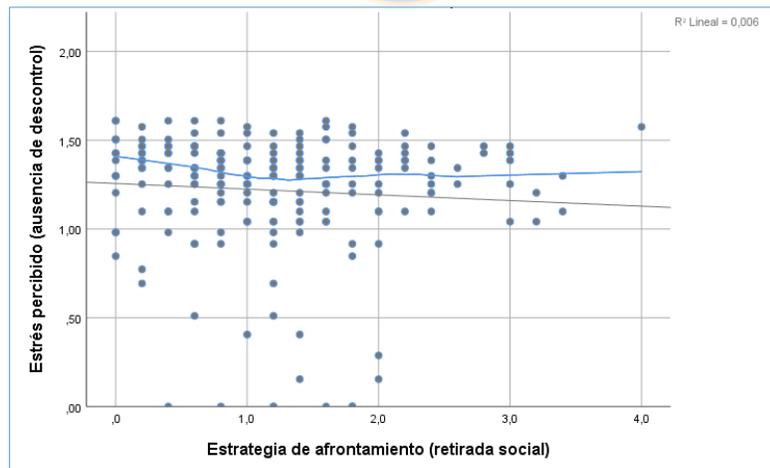
En la gráfica se observó una relación lineal positiva entre síntomas depresivos y estrategias de afrontamiento de retirada social (figura n°30) y estrés percibido (presencia de descontrol) y estrategias de afrontamiento de retirada social (figura n°31).

Figura n°31: Diagrama de dispersión de estrés percibido (presencia de descontrol) y estrategias de afrontamiento de retirada social.



Por otra parte, se observó nula relación entre estrés percibido (ausencia de descontrol) y estrategias de afrontamiento de retirada social (figura n°32).

Figura n°32: Diagrama de dispersión de estrés percibido (ausencia de descontrol) y estrategias de afrontamiento de retirada social.



Al análisis de las correlaciones de Pearson (tabla n°31) es posible observar la relación lineal positiva, estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y estrategias de afrontamiento autocrítica, pensamientos desiderativos, evitación de problemas y retirada social. Y una relación lineal negativa entre síntomas depresivos y estrategias de afrontamiento de apoyo social.

Con relación al estrés percibido, se observó una relación estadísticamente significativa entre estrés 1 (presencia de descontrol) y estrategias de afrontamiento de autocrítica, pensamientos desiderativos y retirada social. Y por otra parte, el estrés 2 (ausencia de descontrol) presentó relación estadísticamente significativa con estrategias de afrontamiento de resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social y reestructuración cognitiva,

Por lo anterior, es posible confirmar la hipótesis planteada: "estrategias de afrontamiento de retirada social se asocian con mayor estrés percibido y síntomas depresivos al segundo a tercer día postparto". Se observa, que las estrategias de afrontamiento de autocrítica y pensamientos desiderativos se relacionan con síntomas depresivos y estrés percibido al segundo día postparto.

Tabla n°31: Correlación de Pearson entre síntomas depresivos, estrés percibido y estrategias de afrontamiento, en púerperas al 2do día postparto.

	Síntomas depresivos	EP 1	EP 2	EA 1 resolución de problemas	EA 2 autocrítica	EA 3 expresión emocional	EA 4 pensamientos desiderativos	EA 5 apoyo social	EA 6 reestructuración cognitiva	EA 7 evitación de problemas	EA 8 retirada social
Síntomas depresivos	1.00	0.66**	-0.10	0.02	0.37**	0.02	0.31**	-0.14*	-0.07	0.15*	0.33**
EP 1	0,66**	1,00	-0,05	0,06	0,39**	0,12	0,37**	-0,02	-0,05	0,12	0,25**
EP 2	-0,10	-0,05	1,00	0,26**	-0,16	0,20*	-0,03	0,24**	0,19*	-0,03	-0,11

Nota: Correlaciones significativas: **p<0,01; *p<0,05.

EP1: estrés percibido (presencia de descontrol), EP2: estrés percibido (ausencia de descontrol), EA: estrategias de afrontamiento.



Hipótesis n°4	Expectativas maternas de adaptación natural a la maternidad, estrategias de afrontamiento referidas a la búsqueda de apoyo emocional, menor problemas del sueño y mayores niveles de percepción de apoyo social y autoeficacia en lactancia materna predicen el estado de salud mental completo durante el segundo a tercer día postparto en la Unidad de Puerperio del Hospital Regional de Talca.
----------------------	---

MODELO DE MIXTURA GAUSSIANA.

Se utilizó un modelo de mixtura Gaussiana. Las distribuciones mixtas son utilizadas para la modelización de datos heterogéneos, en donde aquellos pueden interpretarse como procedentes de dos o más subpoblaciones, representando la combinación de distintas distribuciones, cada una con cierto peso. La suma de los pesos debe ser igual a 1 (111).

Como se observaron asimetrías importantes en las variables que forman los grupos, se intentó generar distribuciones más cercanas a la normal elevando a tres el índice de felicidad Pemberton y aplicando logaritmo en las otras tres escalas (escala de depresión de Edimburgo y escala de estrés percibido que incluye dos factores para su análisis).

ELECCIÓN DEL MODELO.

Para elegir un modelo, considerando que existen 14 alternativas de estructura de la matriz de varianza / covarianza, y no se sabe a priori el número de modelos, se calculó el promedio de BIC (Bayesian Information Criterion) para las 5 imputaciones para cada combinación de modelo y número de grupos.

Al analizar los resultados, se observó el menor BIC en el modelo VEE (modelo elipsoidal, con igual forma y orientación) de 2 grupos. Sin embargo, el modelo VEE de tres grupos tuvo un BIC muy cercano (<10 puntos de diferencia) y al revisar ambos se encontró que el grupo A del modelo de dos grupos pasa a dividirse en dos grupos en el modelo de tres grupos, permaneciendo prácticamente igual el grupo B del modelo 2. Por tanto, se opta por motivos teóricos por el ajuste de tres grupos.

Al analizar cada grupo del modelo de 2 y 3 clases, el 60% de la muestra que pertenece al grupo C del modelo de 3 clases, correspondía al grupo A del modelo de dos clases. Solamente hubo una diferencia de clasificación de orden del 0.84 (0.65+ 0.19) entre ambos modelos (tabla n°31).

Tabla n° 32: Similitud de ajuste de modelo de 2 y 3 clases

Modelo 2 clases / Modelo 3 clases	Grupo A (%)	Grupo B (%)	Grupo C (%)	Total (%)
Grupo A (%)	24.28	0.65	60	84.93
Grupo B (%)	0.19	14.88	0	15.07
Total	24.47	15.53	60	100

CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE SALUD MENTAL.

A partir del Modelo de Mixturas Gaussiana se establece un modelo de salud mental de tres estados.

A continuación, en la tabla n°33 se presenta los descriptivos para las escalas de salud mental en cada grupo, así como la proporción de personas en cada uno de los grupos.

Tabla n°33 Descriptivos de los grupos del modelo de salud mental.

	Grupo A				Grupo B				Grupo C			
Proporción	24.5%				15.5%				60%			
Escala	Media	DE	Mín.	Máy.	Media	DE	Mín.	Máy.	Media	DE	Mín.	Máy.
IFP	8.82	1.04	3.25	10	6.23	0.93	3.5	7.7	8.82	0.60	7.25	9.92
EDE	0.46	0.43	0	2.3	1.18	0.35	0.6	1.9	0.71	0.34	0	2.3
EP 1	0.83	0.54	0	3.3	2.15	0.46	1.29	3.6	1.72	0.52	0.71	3.29
EP 2	1.32	0.95	0	3.33	1.16	0.52	0	2.83	1.611	0.44	0.67	2.5

Nota: IFP: Índice de felicidad de Pemberton, EDE: Escala de depresión de Edimburgo, EP 1: escala de estrés percibido (presencia de descontrol), EP 2: escala de estrés percibido (ausencia de descontrol)

De acuerdo con los descriptivos de salud mental de cada grupo se definió la denominación asignada a cada estado de salud mental o grupo. El grupo A (24.5%) muestra una media más alta en la escala de felicidad de Pemberton y puntajes más bajos en Escala de depresión de Edimburgo y estrés percibido, por lo que se denominó “alto Bienestar”.

El grupo B (15.5%) denominado “alto en síntomas depresivos y estrés” presenta puntajes más altos en escala de depresión de Edimburgo y escala de estrés percibido (factor de presencia de descontrol).

El grupo C (60%) presenta altos puntajes en EP 2 (ausencia de descontrol), moderado EP 1 (presencia de descontrol) y altos puntajes en la escala de felicidad de Pemberton, por lo que se denominó “alto bienestar y estrés moderado”.

AJUSTE DEL MODELO.

Los modelos de mixtura son modelos teóricos, que deben ajustarse a los datos observados. En primer lugar, el modelo define una probabilidad o peso de clase (probabilidad que una persona pertenezca a una clase específica), que debe ser muy similar a la cantidad de personas clasificadas. Se puede observar que la proporción teórica y observada del grupo “alto en síntomas depresivos y estrés” es muy similar, pero en el caso del grupo “alto bienestar” se tienden a clasificar menos de los esperados y más en “alto bienestar y estrés moderado” que los teóricos (tabla n°34).

Tabla n°34 Comparación proporción teórica y observada de los grupos de salud mental.

Grupo	Teórico	Observado
Alto en síntomas depresivos y estrés	0.15	0.1553
Alto bienestar	0.30	0.25
Alto bienestar y estrés moderado	0.55	0.6

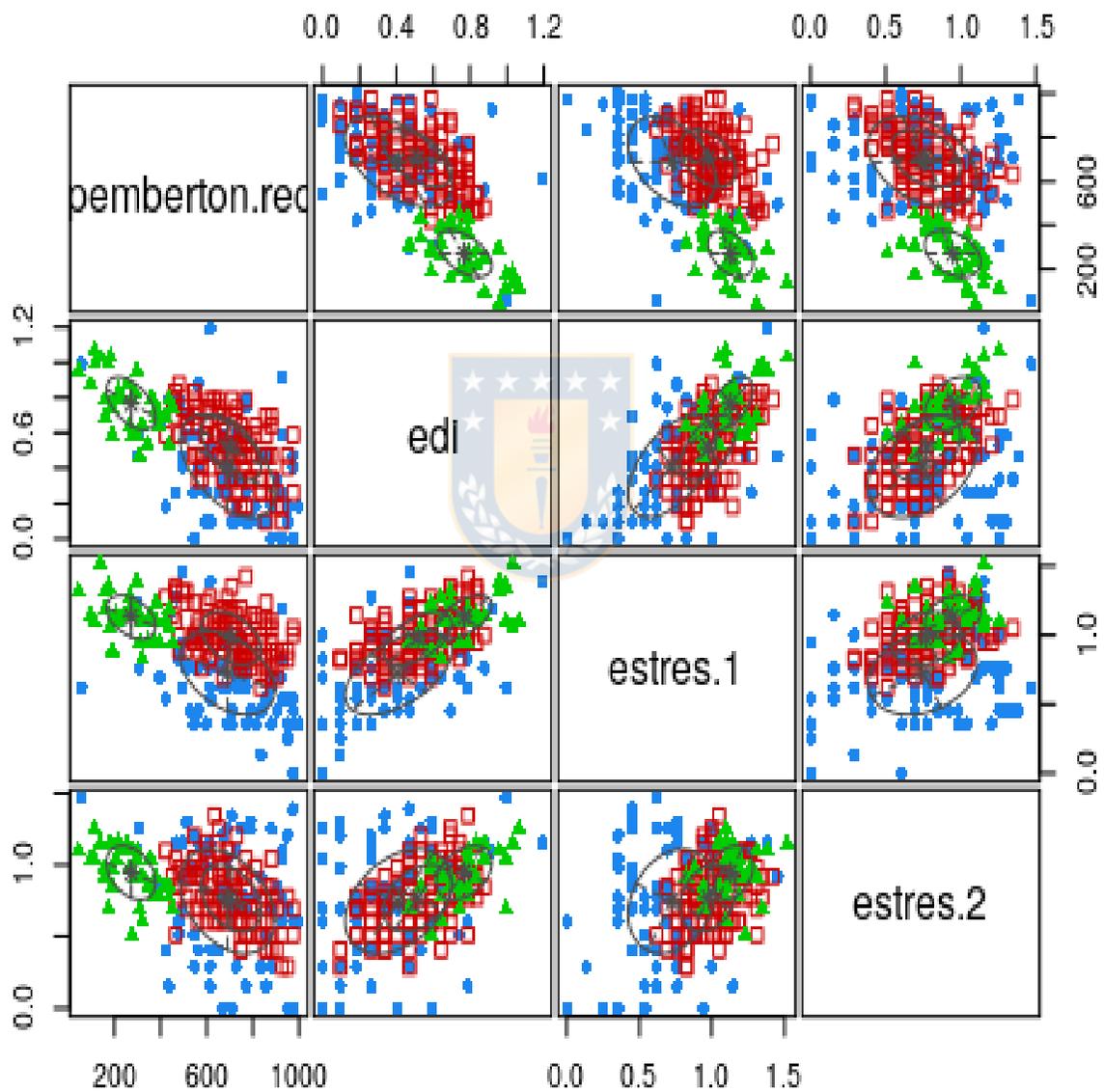
Si observamos las probabilidades asignadas a posteriori, podemos ver que el grupo con mejor discriminación es “alto en síntomas depresivos y estrés”, con 88.9% promedio, en tanto que “alto bienestar” y “alto bienestar y estrés moderado” alcanzan un 82.9% y 83.7% de probabilidades a posteriori promedio. Estas probabilidades son adecuadas (tabla n°35).

Tabla n°35 Probabilidad promedio a posteriori de clasificación.

Grupo	V1	V2	V3
Alto bienestar	0.83	0.16	0.01
Alto bienestar y estrés moderado	0.15	0.84	0.02
Alto en síntomas depresivos y estrés	0.05	0.06	0.89

En la siguiente figura n°33 se presentan los gráficos de dispersión para las 4 variables que generan los tres grupos. En color azul aparece el grupo de “alto bienestar”, en rojo el de “alto bienestar y estrés moderado” y en verde el “alto en síntomas depresivos y estrés”. Se puede apreciar que el grupo de alto bienestar se distingue del grupo de “alto bienestar y estrés moderado” por el estrés 1.

Figura n°33 Gráficos de dispersión para las variables que generan las categorías.



CONSIDERACIONES DEL MODELO DE MIXTURAS GAUSSIANA.

El modelo de mixturas Gaussianas permite identificar agrupaciones de las personas en torno a un perfil de respuesta en las variables de medida. Estos grupos que entrega el modelo, denominados en esta tesis: estados de salud mental en el puerperio, son teóricamente claros, parsimoniosos y distinguibles. A diferencia de los estudios previos con el Modelo del Estado Completo de la Salud Mental en el que se clasifica a las personas en seis perfiles de salud o enfermedad mental, esta metodología de mixtura Gaussiana permite obtener de forma empírica las agrupaciones sin imponer de forma previa las categorías ni el límite de estas.

MODELO PREDICTIVO DEL ESTADO COMPLETO DE SALUD MENTAL AL SEGUNDO A TERCER DÍA POSTPARTO.

Se ocupó regresión multinomial para predecir la clase o perfil al que puede pertenecer una persona, usando las variables predictoras. La regresión logística multinomial se utiliza para predecir las probabilidades de los diferentes resultados posibles de una distribución categórica como variable dependiente, dado un conjunto de variables independientes/predictivas (132).

A continuación, se presentan los resultados del Modelo predictivo del estado completo de Salud Mental al segundo a tercer día postparto (tabla n°36).

Tabla n°36 Modelo predictivo de Salud Mental en el puerperio.

	Grupo C vs A				Grupo B vs A			
	Estimado	OR	IC 95%	Valor p	Estimado	OR	IC 95%	Valor p
(Intercept)	1,32	3,75	[0,02 ; 835,57]	0,631	-0,72	0,49	[0 ; 1234,42]	0,857
Edad	-0,04	0,96	[0,87 ; 1,05]	0,377	-0,09	0,92	[0,8 ; 1,05]	0,227
Nº de hijos	-0,17	0,84	[0,51 ; 1,4]	0,510	0,50	1,64	[0,78 ; 3,45]	0,188
Nivel Educativo								
Básica incompleta	2,56	12,95	[0,05 ; 3129,23]	0,372	2,73	15,39	[0,04 ; 6022,41]	0,374
Media completa	0,79	2,21	[0,2 ; 24,21]	0,519	1,66	5,28	[0,26 ; 109,18]	0,282
Media incompleta	0,01	1,01	[0,09 ; 11,5]	0,994	-0,50	0,61	[0,02 ; 22,1]	0,785
Técnico completo	1,10	3,01	[0,16 ; 56,61]	0,467	1,82	6,18	[0,16 ; 235,91]	0,328
Técnico incompleto	-0,01	0,99	[0,04 ; 22,62]	0,996	1,38	3,98	[0,09 ; 180,9]	0,477
Universitaria completa	-0,16	0,85	[0,06 ; 11,95]	0,905	0,82	2,26	[0,08 ; 66,64]	0,635
Universitaria incompleta	0,75	2,11	[0,08 ; 58,54]	0,663	1,14	3,12	[0,05 ; 195,42]	0,591
Estado civil								
Conviviente	-1,01	0,36	[0,11 ; 1,16]	0,087	-1,45	0,24	[0,04 ; 1,4]	0,114
Soltera	-1,11	0,33	[0,07 ; 1,6]	0,172	-1,05	0,35	[0,05 ; 2,69]	0,312
Religión								
Cristiana	-1,24	0,29	[0,08 ; 0,99]	0,053	-0,58	0,56	[0,09 ; 3,56]	0,541
Evangélica	-1,02	0,36	[0,1 ; 1,31]	0,123	-0,63	0,53	[0,08 ; 3,58]	0,517

Otras	-1,44	0,24	[0 ; 11,2]	0,464	-2,46	0,09	[0 ; 11,92]	0,330
Estado nutricional								
Bajo peso	-1,01	0,36	[0 ; 37,11]	0,667	0,25	1,29	[0 ; 610,59]	0,935
Sobrepeso	-0,09	0,91	[0,26 ; 3,25]	0,886	-0,89	0,41	[0,07 ; 2,54]	0,340
Obesidad	-0,21	0,81	[0,25 ; 2,68]	0,730	-0,55	0,58	[0,1 ; 3,29]	0,537
Tipo de parto								
Cesárea	0,38	1,46	[0,41 ; 5,25]	0,559	2,22	9,22	[0,98 ; 86,96]	0,058
Fórceps	0,06	1,06	[0,1 ; 10,81]	0,961	1,83	6,24	[0,12 ; 319,39]	0,362
PTVA	-0,21	0,81	[0,23 ; 2,86]	0,743	1,25	3,50	[0,48 ; 25,52]	0,217
PTVI	-0,21	0,81	[0,15 ; 4,27]	0,806	1,58	4,87	[0,57 ; 41,4]	0,147
Distocias del parto								
Sí.	0,52	1,68	[0,21 ; 13,66]	0,632	-0,38	0,68	[0,04 ; 11,77]	0,794
Alimentación del recién nacido								
No Exclusiva	0,30	1,35	[0,18 ; 10,31]	0,773	1,04	2,83	[0,24 ; 32,98]	0,408
Embarazo planificado								
Sí	0,35	1,42	[0,57 ; 3,53]	0,448	-0,05	0,95	[0,25 ; 3,58]	0,939
Presencia de pareja								
Sí	1,11	3,02	[0,19 ; 47,75]	0,439	1,01	2,74	[0,09 ; 80,99]	0,560
Autoeficacia de la lactancia materna								
Pensamientos intrapersonales	-0,18	0,84	[0,37 ; 1,88]	0,667	-0,15	0,86	[0,33 ; 2,23]	0,763
Técnica de amamantamiento	-0,19	0,82	[0,32 ; 2,1]	0,684	-0,51	0,60	[0,19 ; 1,91]	0,386
Apoyo social percibido								
Familia y otros.	-0,07	0,93	[0,3 ; 2,86]	0,899	-0,22	0,80	[0,23 ; 2,74]	0,724
Amigos	-0,11	0,90	[0,43 ; 1,89]	0,779	-0,93	0,39	[0,13 ; 1,18]	0,100
Expectativas maternas								
Realización natural	-0,16	0,85	[0,53 ; 1,36]	0,497	-0,47	0,63	[0,29 ; 1,36]	0,247

Maternidad reflejada en el recién nacido	0,01	1,01	[0,69 ; 1,48]	0,956	-0,14	0,87	[0,5 ; 1,51]	0,629
Autosacrificio	0,26	1,29	[0,87 ; 1,93]	0,208	0,76	2,14	[1,19 ; 3,85]	0,012
Estrategias de afrontamiento								
Resolución de problemas	-0,16	0,85	[0,41 ; 1,76]	0,666	-0,12	0,89	[0,26 ; 3,05]	0,855
Expresión emocional	0,44	1,56	[0,6 ; 4,04]	0,371	1,24	3,47	[0,98 ; 12,32]	0,064
Autocrítica	-0,12	0,88	[0,43 ; 1,82]	0,740	-0,65	0,52	[0,17 ; 1,57]	0,252
Pensamientos desiderativos	0,18	1,20	[0,72 ; 1,97]	0,484	0,22	1,25	[0,61 ; 2,55]	0,538
Apoyo social	0,37	1,45	[0,78 ; 2,68]	0,244	1,01	2,73	[1,09 ; 6,88]	0,035
Evitación de problemas	-0,03	0,97	[0,4 ; 2,37]	0,953	-0,45	0,64	[0,17 ; 2,44]	0,520
Retirada social.	0,21	1,24	[0,61 ; 2,51]	0,558	0,40	1,50	[0,61 ; 3,67]	0,375
Reestructuración cognitiva	-0,22	0,80	[0,32 ; 1,99]	0,634	-0,21	0,81	[0,24 ; 2,79]	0,746
Problemas del sueño								
Problemas del sueño	0,67	1,96	[0,81 ; 4,74]	0,139	1,21	3,36	[1,13 ; 9,94]	0,029

Grupo A: Alto bienestar

Grupo B: alto en síntomas depresivos y estrés

Grupo C: Alto bienestar y estrés moderado

Finalmente, es posible observar que las variables relacionadas al modelo de salud mental en el puerperio ($p < 0,05$) son problemas del sueño, estrategias de afrontamiento de apoyo social y expectativas maternas de autosacrificio.

Los problemas del sueño (OR=3,36), las estrategias de afrontamiento de apoyo social (OR=2.73), las expectativas maternas de autosacrificio (OR=2.14) aumentan el riesgo de síntomas depresivos, respecto al grupo de alto bienestar.

DISCUSIÓN

La evidencia científica plantea distintas variables asociadas a alteraciones de la salud mental durante el puerperio, entre las que se encuentran: el apoyo social, expectativas maternas, estrategias de afrontamiento, problemas del sueño, autoeficacia de la lactancia materna, entre otras (24) (119-123), sin embargo estas variables no han sido relacionadas con el enfoque del estado completo de salud mental de Keyes (117).

El perfil de la muestra estudiada fue similar a investigaciones realizadas en otros países, sin embargo algunos estudios incluyeron participantes adolescentes, estableciendo esta etapa como factor de riesgo para depresión postparto (118); en la presente tesis se decidió excluir a adolescentes debido a que la adolescencia por si misma, corresponde a una etapa de mayor vulnerabilidad.

Con respecto a la etapa del puerperio estudiada (segundo día postparto) coincide con varios estudios (24) (80). Sin embargo, algunas investigaciones presentan una observación longitudinal de la muestra hasta alrededor de la sexta semana y duodécima semana postparto (119) (26) y hasta sexto mes postparto o más (28) (81)(41) (120), lo que fue imposible realizar en esta tesis por las condiciones sanitarias de nuestro país.

Salud Mental durante el puerperio.

Con relación al bienestar durante el puerperio, en un estudio realizado en Perú a 772 puérperas al segundo día postparto (121), al análisis de las medias es posible observar que el resultado coincide con nuestra muestra, ya que en ambos casos se clasificaron en bienestar medio o moderado.

Al análisis de síntomas depresivos al segundo día postparto se observó que el 70.2% de las participantes no refieren síntomas depresivos, lo que difiere de lo encontrado en otros estudios. En Brasil se realizó un estudio a 1099 puérperas al segundo día postparto (122), con el objetivo de investigar la presencia de síntomas depresivos inmediatamente después del parto, aplicando la misma escala (escala de depresión de Edimburgo), obtuvieron un 6.7% de síntomas depresivos. Esto demuestra que la muestra estudiada en la presente tesis, obtuvo mayor frecuencia de síntomas depresivos (29,8%), sin embargo se relaciona con la prevalencia de disforia postparto que se define como un trastorno transitorio caracterizado por ansiedad, labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento, que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado, estimando que se presenta en más del 60% de las puérperas (123).

En relación con niveles de estrés en las mujeres durante el último mes se observó que la mayoría de las participantes (56.7%) refiere que “de vez en cuando” se sintieron estresadas. En una revisión sistemática realizada en España (124) se establece que el estrés postparto se puede mantener hasta alrededor de los seis meses postparto, que es cuando comienza a descender. Es importante observar

que la mayoría de la muestra de esta investigación refiere haberse sentido estresada durante el último mes, lo que coincide con la última etapa del embarazo que presenta mayor ansiedad y preocupación por el parto, la vivencia del parto y el nacimiento de su hijo/a, eventos que provocan aumento del estrés de la madre (29)(125).

Problemas del sueño

Los problemas del sueño presentan un amplio respaldo científico de su asociación con síntomas depresivos (25) (33)(126)(127). En la muestra de esta tesis se observó que el 61.9% de las participantes, presentó la escala alterada con resultado “merece atención y tratamiento médico”. Esto requiere importante atención ya que al igual de lo que se plantea en la literatura (126)(55)(46)(56)(49), en esta muestra se observó una correlación de Pearson significativa entre problemas del sueño y bienestar, donde a mayor porcentaje de problemas del sueño, disminuye el bienestar.

Apoyo social percibido.

Al analizar por dimensiones de la escala: “apoyo de familia y otros” y “apoyo de amigos”, la media de la primera dimensión fue 2.45 puntos, mientras que la segunda dimensión tuvo una media de 1.88 puntos. Lo que refleja mayor percepción de apoyo de la familia y otros en esta muestra, esto coincide con un estudio realizado en Chile a 76 mujeres durante el postparto, donde reportaron mayor percepción de apoyo social de familia y otros (128). La literatura señala el apoyo social como factor protector para depresión postparto (129) (130) (128), lo que se

confirma en esta investigación en la cual se observó una relación lineal positiva entre bienestar y apoyo social percibido tanto para el factor familia-otros como factor amigos.

Al análisis de la percepción de apoyo percibido de las participantes, el 93% refiere un mediano apoyo social, lo que corresponde a un antecedente importante, considerando que el apoyo social, según estudios (21) (23), corresponde a un factor protector para cursar alteraciones de la salud mental en el puerperio.

Expectativas maternas.

Un estudio realizado en Estados Unidos a 233 madres primíparas evaluó las expectativas maternas y síntomas depresivos al segundo día y sexta semana postparto concluyendo que el ajuste emocional en el postparto se predice negativamente por las expectativas: “recién nacido reflejará la habilidad materna” y “expectativas de autosacrificio”, al contrario, se predicen positivamente por “expectativas de que la maternidad será naturalmente satisfactoria”(24). Esto coincide parcialmente con lo observado en esta tesis, ya que se estableció una relación lineal negativa, estadísticamente significativa en la relación de expectativas maternas de autosacrificio y bienestar durante el puerperio; sin embargo, no se encontró relación significativa con el resto de las expectativas.

La literatura plantea que expectativas rígidas se relacionan con alteraciones de la salud mental (24), la muestra de esta tesis presentó puntajes de expectativas sobre el percentil 75, lo que las clasifica en expectativas rígidas, por tanto es un factor relevante a considerar en posteriores intervenciones con este grupo de mujeres.

Estrategias de afrontamiento.

Se observó que las medias más altas de estrategias de afrontamiento se encontraron en: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional y apoyo social. De acuerdo con una revisión realizada en Suiza (22) las estrategias de afrontamiento se relacionan con la salud mental durante el postparto, informando que aquellas madres que tienen alta autocrítica y estrategias de abordaje de problemas adecuadas, tienen menos síntomas depresivos que aquellas con alta autocrítica y bajas estrategias de abordaje, estableciendo que las estrategias de distanciamiento de los problemas tienen mayor relación con problemas de la salud mental.

En la muestra de esta tesis, se observó una relación lineal positiva estadísticamente significativa, entre síntomas depresivos y estrategias de afrontamiento de: autocrítica, pensamientos desiderativos, evitación de problemas y retirada social, y relación lineal negativa entre síntomas depresivos y estrategias de afrontamiento de apoyo social, coincidente con lo que se plantea en el estudio de Suiza (22) que el apoyo social es una estrategia de afrontamiento positiva, particularmente en el período posparto temprano.

Con relación al estrés se observó que la presencia de descontrol se relacionó con estrategias de afrontamiento de autocrítica, pensamientos desiderativos y retirada social. Y, al contrario, la ausencia de descontrol se asoció a resolución de

problemas, expresión emocional, reestructuración cognitiva y apoyo social, tomando estas últimas como estrategias de afrontamiento positivas para el periodo postparto, así mismo como se plantea en otros estudios (23).

Autoeficacia de lactancia materna.

La autoeficacia es la percepción de las madres sobre su capacidad para dar el pecho, y está influenciada por la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por observación, su estado fisiológico y afectivo y la persuasión verbal (65). Es un factor modificable que puede predecir la duración y la exclusividad de la lactancia por lo que cumple un importante papel en el periodo postparto. Al analizar la percepción de autoeficacia de la lactancia materna de las participantes de esta investigación, es posible observar que el 95.3% refiere una moderada o alta percepción de autoeficacia, destacándose notablemente el 67.9% que refiere una alta autoeficacia de la lactancia materna, lo que además presenta una relación línea estadísticamente significativa con el bienestar de la madre coincidiendo con lo planteado en la literatura (62) (64).

Modelo Completo de Salud Mental durante el puerperio.

Con el propósito de recoger los síntomas de salud mental positiva, en este estudio se utilizó una medida de felicidad como indicadora de bienestar y para recoger síntomas de trastornos mentales, se utilizó la escala de depresión de Edimburgo y escala de estrés percibido. En análisis de los perfiles de respuesta frente a este conjunto de escalas con el modelo de mixturas Gaussianas, permitió identificar tres estados de salud mental.

Actualmente no existe un modelo de salud mental perinatal en Chile para comparar sin embargo, Fahey et al (22) presentó un modelo que incluye la influencia de cuatro factores psicosociales asociados a la salud materna durante el postparto: apoyo social, autoeficacia, estrategias de afrontamiento positivo y expectativas maternas. A pesar de que el modelo de Fahey contempla factores asociados a la salud materna durante el postparto, este modelo no considera la salud mental positiva, mostrando un modelo incompleto.

El modelo de mixturas Gaussianas de la presente investigación determinó que las variables: problemas del sueño, estrategias de afrontamiento de apoyo social, las expectativas maternas de autosacrificio aumentan el riesgo de síntomas depresivos, respecto al grupo de alto bienestar, por lo que estas variables deben considerarse en intervenciones durante el puerperio que potencien la salud mental positiva de las mujeres.



LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

1.- Viabilidad del proyecto inicialmente comprometido.

El proyecto inicialmente presentado consistía en un seguimiento de las participantes hasta el sexto mes postparto, sin embargo, debido a la pandemia COVID-19, fue imposible realizar las visitas domiciliarias planificadas durante el primer semestre 2020. Si bien, inicialmente se intentó mantener el contacto telefónico con las participantes del estudio, la muestra que contestó la encuesta virtual, no fue significativa. Por lo anterior, se decidió modificar el método de la investigación de longitudinal a transversal.



2.- Muestra utilizada.

Para generar los resultados de una investigación, es imprescindible lograr una muestra representativa. En el caso de esta investigación, si bien la muestra obtenida logra resultados importantes para la salud mental en este periodo, es necesario lograr una muestra mayor para determinar todas las variables predictoras de la salud mental en el puerperio. Etapa que, además, se relaciona con distintas variables dependiendo el momento que se analice.

3.- Instrumentos utilizados.

Se realizó un análisis psicométrico de todos los instrumentos utilizados en esta investigación, sin embargo, la escala de expectativas maternas, la cual fue traducida a nuestro idioma y validada con la muestra piloto, mostró una baja confiabilidad (alfa Cronbach de 0.62, 0.56 y 0.51 en los factores 1,2 y 3 respectivamente). A pesar de esta confiabilidad se decidió utilizar el instrumento en la muestra definitiva, debido a la ausencia de escalas enfocadas únicamente en expectativas relacionadas con la maternidad.



CONCLUSIONES.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (4). Sin embargo, aún es posible observar que la gran parte de las intervenciones están dirigidas al tratamiento de alteraciones, sin evaluar el bienestar de mujeres durante este periodo tan vulnerable como el postparto.

Un aspecto importante de la atención materna es apoyar a las mujeres a adquirir la capacidad de adaptación y desarrollar estrategias para lidiar con situaciones complejas y administrar la ansiedad y el estrés, promoviendo la salud física y mental.

De acuerdo con el Modelo predictivo de la Salud Mental Completa analizado en esta investigación, las variables: problemas del sueño, expectativas maternas de autosacrificio y estrategias de afrontamiento de apoyo social, se relacionan con la salud mental en esta etapa, por lo que debieran ser incorporadas en la atención integral de las mujeres, desde la atención intrahospitalaria del parto y puerperio,

hasta su posterior seguimiento del postparto, garantizando la salud integral de las mujeres durante el puerperio, lo que influirá en el desarrollo sano de su hijo(a).

Con respecto a las hipótesis planteadas en esta tesis se concluye que tuvieron un cumplimiento total o parcial, se presentan a continuación:

- Se acepta la hipótesis n°1, observándose una relación estadísticamente significativa entre menor problemas del sueño subjetivo en la mujer y mayor percepción de apoyo social se relacionan con mayor bienestar al segundo a tercer día postparto.
- Se observó un cumplimiento parcial de la hipótesis n°2 presentándose una relación lineal positiva estadísticamente significativa entre autoeficacia de la lactancia materna y bienestar. Por el contrario, se observó una nula relación entre expectativas maternas de adaptación natural a la maternidad y bienestar. Se destaca el hallazgo no esperado, entre expectativas maternas de autosacrificio y bienestar materno, que presentó una relación lineal negativa estadísticamente significativa.
- Se acepta la hipótesis n°3, observándose una relación lineal, estadísticamente significativa, entre síntomas depresivos y estrés 1 (presencia de descontrol) y estrategias de afrontamiento de retirada social, autocrítica y pensamientos desiderativos.
- Se observó un cumplimiento parcial de la hipótesis n°4, ya que en esta investigación sólo tres de las cinco variables psicosociales (problemas del sueño, expectativas maternas de autosacrificio y estrategias de

afrentamiento de apoyo social) predicen el estado completo de salud mental al segundo – tercer día postparto.

Según la revisión realizada a la fecha, este estudio es el primero en abordar el Modelo del Estado Completo de Salud Mental en el puerperio. Los resultados muestran que no se encontraron los perfiles indicados por Keyes (131), sin embargo, esto no le quita valor a la propuesta de considerar la evaluación completa de la salud mental en este periodo, sino más bien muestra la necesidad de ampliar el estudio y continuar la investigación en esta línea considerando mayor número de muestra y longitudinalidad del estudio, para observar el comportamiento y evolución de las variables durante el postparto.



CONTRIBUCIONES FINALES Y APORTES PARA ESTUDIOS FUTUROS.

Si bien, la ausencia de estudios previos que aborden el Modelo Completo de Salud Mental en el periodo postparto de las mujeres se planteó como una limitación de este estudio para la comparación de los resultados, al mismo tiempo corresponde a la proyección de una línea de investigación de la salud mental perinatal, desde una mirada amplia de la evaluación conjunta de trastornos mentales y bienestar en el diagnóstico de salud mental de las mujeres en esta etapa.

Los resultados muestran que es necesario seguir indagando en la salud mental de las mujeres durante el periodo postparto, considerando estudios longitudinales que analicen la evolución de la salud mental y variables predictoras durante los siguientes meses posterior al parto, con el fin de realizar intervenciones futuras en el postparto que promuevan el bienestar en las mujeres.

Una contribución final de este estudio corresponde al análisis psicométrico de los instrumentos utilizados, de los cuales se derivan dos artículos (análisis psicométrico de escala de autoeficacia de la lactancia materna y de índice de calidad del sueño de Pittsburgh), que permitirán que otros investigadores interesados en el estudio en el periodo postparto, puedan disponer de dos escalas con datos psicométricos de confiabilidad y validez obtenidos en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ovidio Muñoz C omunoz ces edu co, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. (Spanish). *Evol concept Posit Ment Heal a Syst Rev* [Internet]. 2016;39(3):166–73. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ofm&AN=116083450&site=ehost-live>
2. WHO Europe. *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. [Internet]. World Health Organisation. 2005 [cited 2018 Apr 24]. 195 p. Available from:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
3. Restrepo, Diego; Jaramillo J. Concepciones de salud mental publica en el campo de salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 24];30, núm 2:202–11. Available from:
<http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918009.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Invertir en Salud Mental*. 2004 [cited 2018 Sep 29];1–173. Available from: http://www.who.int/mental_health
5. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. [Internet]. Vol. 61, *American Anthropologist*. 1958. 716–717 p. Available from:
<http://doi.apa.org/psycinfo/2006-20880-000%5Cnhttp://content.apa.org/books/11258-000>

6. Lolbé M, Guzmán B, Flores Galaz MM. Construcción de una Escala de Salud Mental Positiva para Adultos en Poblacion Mexicana Positive Mental Health, Construction of a Measurement Scale for Adults in Mexican Population. Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica RIDEP . N°39 . [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 25];1:22–33. Available from: <http://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R39/Art2.pdf>
7. Lluch Canut MT. Construcción De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva [Internet]. Construcción De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva. 1999. 1–308 p. Available from: sid.usal.es/idocs/F8/FDO10426/tesisaludmentalpositiva.pdf
8. Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. Soc Indic Res. 1994;31(2):103–57.
9. Zubieta E, Muratori M, Fernandez O. Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. Salud Soc Investig en Psicol la salud y Psicol Soc. 2012;3(1):66–76.
10. Ryff CD. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. J Pers Soc Psychol [Internet]. 1989 [cited 2018 May 21];57(6):1069–81. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/7eb5/1dfece4f39df7c5c3aefa1276ae1116473a5.pdf>
11. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol [Internet]. 1995;69(4):719–27. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.69.4.719>
12. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical

- encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2002 [cited 2018 May 21];82(6):1007–22. Available from: <http://aging.wisc.edu/pdfs/871.pdf>
13. Keyes CLM. Social Well-Being. *Soc Psychol Q* [Internet]. 1998 Jun [cited 2018 May 21];61(2):121. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2787065?origin=crossref>
 14. Keyes CLM. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. [cited 2018 Mar 16]; Available from: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/191.pdf>
 15. Díaz AB y D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema* [Internet]. 2005;17(4):582–9. Available from: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3149>
 16. Díaz D, Blanco A, Horcajo J, Valle C. La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*. 2007;19(2):286–94.
 17. Vaillant GE. Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? Vol. 11, *World Psychiatry*. 2012. p. 93–9.
 18. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-Month and 1-month rates [Internet]. Vol. 184, *British Journal of Psychiatry*. 2004 [cited 2018 Apr 25]. p. 299–305. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056573>
 19. Flores-Ramos M. Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Órgano Of la Acad Nac ...* [Internet]. 2011;33–7. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm111e.pdf>

20. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio [Internet]. 2015 [cited 2018 Sep 30]. Available from: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
21. Mendoza B. C, Saldivi S. Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil.* 2015;143(7):887–94.
22. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2013 Nov;58(6):613–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12139>
23. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation Between Perceived Stress, Social Support, and Coping Strategies and Maternal Well-Being: A Review of the Literature. *Women Heal.* 2013;53(1):74–99.
24. Henshaw EJ, Fried R, Teeters JB, Siskind EE. Maternal expectations and postpartum emotional adjustment i1. Henshaw EJ, Fried R, Teeters JB, Siskind EE. Maternal expectations and postpartum emotional adjustment in first-time mothers: results of a questionnaire survey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Int. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2014 Sep 15;35(3):69–75. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0167482X.2014.937802>
25. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can Insomnia in Pregnancy Predict Postpartum Depression? A Longitudinal, Population-Based Study.

- Mazza M, editor. PLoS One [Internet]. 2014 Apr 14;9(4):e94674. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0094674>
26. Song J-E, Chae HJ, Kim CH. Changes in perceived health status, physical symptoms, and sleep satisfaction of postpartum women over time. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2014 Sep;16(3):335–42. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12109>
 27. Doering JJ, Sims DA, Miller DD. How Postpartum Women With Depressive Symptoms Manage Sleep Disruption and Fatigue. *Res Nurs Heal*. 2017;40(2):132–42.
 28. Sivertsen B, Hysing M, Dørheim SK, Eberhard-Gran M. Trajectories of maternal sleep problems before and after childbirth: a longitudinal population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015;15(1):129. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0577-1>
 29. Mori E, Maehara K, Iwata H, Sakajo A, Tsuchiya M, Ozawa H, et al. Comparing older and younger Japanese primiparae: Fatigue, depression and biomarkers of stress. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(S1):10–20.
 30. Maehara K, Mori E, Tsuchiya M, Iwata H, Sakajo A, Tamakoshi K. Factors affecting maternal confidence and satisfaction in older Japanese primiparae during postpartum hospital stay. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2016 Apr;22 Suppl 1:14–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ijn.12435>
 31. Lai YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births

- following rooming-in. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2015;28(2):116–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
32. Giallo R, Seymour M, Dunning M, Cooklin A, Loutzenhiser L, McAuslan P. Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2015 Oct 20 [cited 2018 Jan 3];33(5):528–44. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2015.1021769>
33. Bakker M, van der Beek AJ, Hendriksen IJM, Bruinvels DJ, van Poppel MNM. Predictive factors of postpartum fatigue: A prospective cohort study among working women. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014;77(5):385–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.013>
34. Mcbean AL, Montgomery-Downs HE. What are postpartum women doing while the rest of the world is asleep? *J Sleep Res*. 2015;24(3):270–8.
35. Zambrano DN, Mindell JA, Reyes NR, Hart CN, Herring SJ. “It’s Not All About My Baby’s Sleep”: A Qualitative Study of Factors Influencing Low-Income African American Mothers’ Sleep Quality. *Behav Sleep Med* [Internet]. 2016 Sep 2 [cited 2018 Jan 3];14(5):489–500. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15402002.2015.1028063>
36. Coo Calcagni S, Bei B, Milgrom J, Trinder J. The Relationship Between Sleep and Mood in First-Time and Experienced Mothers. *Behav Sleep Med* [Internet]. 2012 Jun 25;10(3):167–79. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15402002.2012.668147>
37. Giallo R, Seymour M, Dunning M, Cooklin A, Loutzenhiser L, McAuslan P. Factors associated with the course of maternal fatigue across the early

- postpartum period. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2015 Oct 20;33(5):528–44. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2015.1021769>
38. McBean AL, Montgomery-Downs HE. Diurnal Fatigue Patterns, Sleep Timing, and Mental Health Outcomes Among Healthy Postpartum Women. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2015;17(1):29–39. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1099800414528278>
39. Giallo R, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Differentiating maternal fatigue and depressive symptoms at six months and four years post partum: Considerations for assessment, diagnosis and intervention. *Midwifery* [Internet]. 2015;31(2):316–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.005>
40. Bhati S, Richards K. A Systematic Review of the Relationship Between Postpartum Sleep Disturbance and Postpartum Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2015 May;44(3):350–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25819463>
41. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2013 Dec 4;16(6):539–47. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-013-0356-9>
42. Tikotzky L. Postpartum Maternal Sleep, Maternal Depressive Symptoms and Self-Perceived Mother–Infant Emotional Relationship. *Behav Sleep Med*. 2016;14(1):5–22.

43. Krawczak EM, Minuzzi L, Simpson W, Hidalgo MP, Frey BN. Sleep, daily activity rhythms and postpartum mood: A longitudinal study across the perinatal period. *Chronobiol Int* [Internet]. 2016 Aug 8 [cited 2018 Jan 3];33(7):791–801. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07420528.2016.1167077>
44. Krawczak EM, Minuzzi L, Hidalgo MP, Frey BN. Do changes in subjective sleep and biological rhythms predict worsening in postpartum depressive symptoms? A prospective study across the perinatal period. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016 Aug 26;19(4):591–8. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-016-0612-x>
45. Bei B, Coo S, Trinder J. Sleep and mood during pregnancy and the postpartum period. *Sleep Med Clin* [Internet]. 2015;10(1):25–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.011>
46. Comasco E, Gulinello M, Hellgren C, Skalkidou A, Sylven S, Sundström-Poromaa I. Sleep duration, depression, and oxytocinergic genotype influence prepulse inhibition of the startle reflex in postpartum women. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2016;26(4):767–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.01.002>
47. Okun ML. Disturbed Sleep and Postpartum Depression. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016;18(7):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0705-2>
48. Lawson A, Murphy KE, Sloan E, Uleryk E, Dalfen A. The relationship between sleep and postpartum mental disorders: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 May;176:65–77. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.017>

49. Ko S-H, Chen C-H, Wang H-H, Su Y. Postpartum Women's Sleep Quality and Its Predictors in Taiwan. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2014 Mar;46(2):74–81. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu.12053>
50. McBean AL, Kinsey SG, Montgomery-Downs HE. Effects of a single night of postpartum sleep on childless women's daytime functioning. *Physiol Behav* [Internet]. 2016;156:137–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.01.014>
51. McBean AL, Montgomery-Downs HE. Timing and variability of postpartum sleep in relation to daytime performance. *Physiol Behav* [Internet]. 2013;122:134–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2013.09.003>
52. Filtness AJ, MacKenzie J, Armstrong K. Longitudinal change in sleep and daytime sleepiness in postpartum women. *PLoS One*. 2014;9(7).
53. Deaton A. Income, Health, and Well-Being around the World: Evidence from the Gallup World Poll. *J Econ Perspect* [Internet]. 2013 Mar;22(2):53–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19436768>
54. Tikotzky L, Sadeh A, Volkovich E, Manber R, Meiri G, Shahar G. VII. Infant sleep development from 3 to 6 months postpartum: Links with maternal sleep and paternal involvement. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2015;80(1):107–24.
55. Rognmo K, Sivertsen B, Eberhard-Gran M. Self-reported short sleep duration and insomnia symptoms as predictors of post-pregnancy weight change: Results from a cohort study. *Women's Heal* [Internet]. 2016;12(5):465–74. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745505716668871>

56. Xiao RS, Kroll-Desrosiers AR, Goldberg RJ, Pagoto SL, Person SD, Waring ME. The impact of sleep, stress, and depression on postpartum weight retention: a systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2014 Nov;77(5):351–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25306538>
57. Newland RP, Parade SH, Dickstein S, Seifer R. Goodness of fit between prenatal maternal sleep and infant sleep: Associations with maternal depression and attachment security. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2016 Aug;44:179–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27448324>
58. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev* [Internet]. 1977;84(2):191–215. Available from: <http://content.apa.org/journals/rev/84/2/191>
59. Leahy-Warren P, Mccarthy G, Corcoran P. First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2012;21(3–4):388–97.
60. Assarian F, Moravveji A, Ghaffarian H, Eslamian R, Atoof F. The Association of Postpartum Maternal Mental Health With Breastfeeding Status of Mothers: A Case-Control Study. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2014 Mar 5;16(3). Available from: http://www.ircmj.com/?page=article&article_id=14839
61. Loke AY, Chan L-KS. Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs JOGNN* [Internet]. 2013 Nov;42(6):672–84. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515313174>

62. Gerçek E, Sarıkaya Karabudak S, Ardiç Çelik N, Saruhan A. The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017;26(7–8):994–1004. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13423>
63. Kılıcı H, Çoban A. The Correlation Between Breastfeeding Success in the Early Postpartum Period and the Perception of Self-Efficacy in Breastfeeding and Breast Problems in the Late Postpartum. *Breastfeed Med* [Internet]. 2016;11(4):188–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27027656>
64. Souza EF do C, Fernandes RÁQ, Souza EF do C, Fernandes RÁQ. Breastfeeding self-efficacy: a cohort study. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014;27(5):465–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500012&lng=en&tlng=en
65. Conde RG, Guimarães CM de S, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JC dos S. Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 Aug;30(4):383–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000400383&lng=pt&tlng=pt
66. Alegría TDM, Martínez DM, Gómez MJM, Ortiz IS, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. *An Sist Sanit*

- Navar [Internet]. 2014;37(2):203–12. Available from:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/28129>
67. Yang X, Gao L-L, Ip W-Y, Sally Chan WC. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery* [Internet]. 2016;41:1–8. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613816301206>
68. Koskinen KS, Aho AL, Hannula L, Kaunonen M. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery* [Internet]. 2014;30(4):464–70. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613813001484>
69. Shorey S, Chan SW-C, Chong YS, He H-G. Predictors of Maternal Parental Self-Efficacy Among Primiparas in the Early Postnatal Period. *West J Nurs Res* [Internet]. 2015;37(12):1604–22. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945914537724>
70. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact* [Internet]. 2015;31(3):511–8. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334415579654>
71. Shorey S, Chan SW-C, Chong YS, He H-G. Maternal parental self-efficacy in newborn care and social support needs in Singapore: a correlational study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014;23(15–16):2272–82. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12507>
72. Alus Tokat M, Serçekuş P, Yenil K, Okumuş H. Early postpartum breast-

feeding outcomes and breast-feeding self-efficacy in Turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2015;26(2):73–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12037>

73. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth* [Internet]. 2014;27(1):37–40. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519213004010>
74. Zubaran C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2013;4(1):9–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23427927>
75. Lesniowska R, Gent A, Watson S. Maternal fatigue, parenting self-efficacy, and overreactive discipline during the early childhood years: A test of a mediation model. *Clin Psychol* [Internet]. 2016;20(3):109–18. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/cp.12056>
76. Razurel C, Kaiser B, Antonietti J-P, Epiney M, Sellenet C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health* [Internet]. 2017;57(2):154–72. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2016.1157125>
77. Beach Copeland D, Harbaugh BL. Early Maternal-Efficacy and Competence in First-Time, Low-Income Mothers. *Compr Child Adolesc Nurs* [Internet].

2017;40(1):6–28. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24694193.2016.1200695>

78. Chau V, Giallo R. The relationship between parental fatigue, parenting self-efficacy and behaviour: implications for supporting parents in the early parenting period. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2015;41(4):626–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25297521>
79. Heh S-S, Coombes L, Bartlett H. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2004 Jul;41(5):573–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748904000045>
80. Gürber S, Bielinski-Blattmann D, Lemola S, Jaussi C, von Wyl A, Surbek D, et al. Maternal mental health in the first 3-week postpartum: the impact of caregiver support and the subjective experience of childbirth – a longitudinal path model. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;33(4):176–84. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0167482X.2012.730584>
81. Gerbuza G, Kazmierczak MMEGMKR. Life Satisfaction and Social Support Received. *Adv Clin Exp Med*. 2014;23:611–9.
82. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *J Midwifery Women's Heal* [Internet]. 2013;58(6):613–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12139>
83. Fierro-Arias L, Simón-Díaz P, María Ponce-Olivera R, Arenas-Guzmán R. Estudio sobre la satisfacción laboral y la felicidad en médicos dermatólogos.

- Gac Med Mex [Internet]. 2018;154:26–35. Available from: www.gacetamedicademexico.com
84. Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, Arenas-Montaña G, Rodríguez-Alonzo E, Torres-Lagunas MA, et al. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015;12(3):122–33. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706315000457>
85. Escala Corta Bienestar U DE, Índice Felicidad De Pemberton Aplicado A Población Adulta De Buenos Aires E DE, Insua G. A Short scale of well-being: the pemberton happiness index applied to adult population of Buenos Aires.
86. Hervás G, Vázquez C. Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2013;11(1):66. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-66>
87. Maldonado J, Oyarzo J GM. MODULACIÓN CONDICIONADA DEL DOLOR EN MUJERES ALTAMENTE ENTRENADAS Y MUJERES CON DOLOR MIOFASCIAL [Internet]. 2015. Available from: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2699/a115813_Maldonado_J_modulacion_condicionada_del_dolor_tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
88. Explorando la relación de los estresores laborales en el bienestar de trabajadores del área social en Chile. [Internet]. Available from: http://opac.pucv.cl/pucv_txt/txt-3000/UCD3179_01.pdf
89. Subsecretaria de salud Pública. Protocolo de detección de la depresión

- durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Gob chile [Internet]. 2014;4–28. Available from: <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
90. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987;150:782–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
91. Garcia-Esteve et al. L. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPNDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* [Internet]. 2003;75(71–76):187–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8748993>
92. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *J Health Soc Behav* [Internet]. 1983;24(4):385. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6668417>
93. Tapia, Danae; Cruz, Carlos; Gallardo, Iris; Dasso M. Adaptación de la Escala de Percepción global de estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatr y Salud Ment*. 2007;1(2):109–19.
94. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. *Psychiatry Res* [Internet]. 1989;28(2):193–213. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771>
95. Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A,

- Esquivel-Adame G, de la Vega-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex*. 2008;144(6):491–6.
96. Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño* [Internet]. 1997;9(2):81–94. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Angel_Royuela/publication/258705863_Propiedades_clinimetricas_de_la_version_castellana_del_cuestionario_de_Pittsburgh/links/02e7e528de0c9d6e1f000000.pdf
97. Stefano M, Aguilera V, De Investigación T, Díaz W. Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología Universidad de Chile, 2012. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130015/ESTUDIO-COMPARATIVO-DE-CALIDAD-DE-SUEÑO-EN-PACIENTES-BRUXISTAS-Y-NO-BRUXISTAS.pdf?sequence=1>
98. Basadre Quiroz P, Vélez B, Barrantes B, Ignacio J, Taxa B, Gajardo C. *Horizonte Médico* [Internet]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637129005>
99. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Heal* [Internet]. 1999 Oct [cited 2020 Oct 19];22(5):399–409. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10520192/>
100. Molina Torres M, Dávila Torres RR, Parrilla Rodríguez AM, Dennis C-L. Translation and Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Into Spanish: Data From a Puerto Rican Population. *J Hum Lact* [Internet]. 2003

Feb;19(1):35–42. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12587643>

101. Dennis C-L. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs JOGNN* [Internet]. 2003;32(6):734–44. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649593>

102. Llopis-Rabout-Coudray M, López-Osuna C, Durá-Rayó M, Richart-Martínez M, Oliver-Roig A. Fiabilidad y validez de la versión Española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof* [Internet]. 2011;12(1):3–8. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84859776114&partnerID=tZOtx3y1>

103. Oriá MOB, Ximenes LB, de Almeida PC, Glick DF, Dennis C-L. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Public Health Nurs* [Internet]. 2009;26(6):574–83. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19903278>

104. Contreras-García Y, Sobarzo Rodríguez P, Manríquez-Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna Characterization of Perceived Social Support During Postpartum and the Presence of Maternal Depression. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2017;43(1). Available from: <http://scielo.sld.cu>

105. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* [Internet]. 1988;52(1):30–41. Available from:
http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa5201_2

106. ARECHABALA MANTULIZ MC, MIRANDA CASTILLO C. VALIDACION DE UNA ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A UN PROGRAMA DE HIPERTENSION DE LA REGION METROPOLITANA. Cienc y enfermería [Internet]. 2002;8(1):49–55. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
107. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds R V., Wigal JK. The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. Cognit Ther Res [Internet]. 1989;13(4):343–61. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01173478>
108. Cano García FJ, Rodríguez Franco L, García Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. 2007; Available from: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/56854>
109. Salgado Roa JA, Leria Dulcic FJ. Estrategias de afrontamiento al estrés y síntomas patológicos en universitarios ante un desastre siconatural de aluvión de barro. Acta Colomb Psicol [Internet]. 2018;170–95. Available from: http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1396
110. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales [Internet]. Vol. 5, © International Journal of Clinical and Health Psychology. Available from: http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf
111. Mejías RP, Yolanda D, Montoya R, Losada ÁG. Modelos de mixturas finitas para la caracterización y mejora de la redes de monitorización de la calidad

del aire Tutores. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2014.03.091>

112. Martínez Zelaya G, Bilbao M, Costa D, da Costa S. Bienestar y su medida: Validación del Pemberton Happiness Index en 3 países latinoamericanos. *Rev LATIONAMERICANA Psicol Posit* [Internet]. 2019;4:126–40. Available from: http://psycap.cl/wp-content/uploads/2018/05/Monográfico-RLPP-Mayo-2018_Versión-Final.pdf
113. PRELIS 2 User's Reference Guide: A Program for Multivariate Data Screening ... - K. G. Jöreskog, Dag Sörbom - Google Libros [Internet]. Available from: [https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=0rPm9u8KGzgc&oi=fnd&pg=PR9&dq=jöreskog,+K.+G.,+%26+Sörbom,+D.+\(1996\).+LISREL+8:+User's+reference+guide.+Chicago,+IL.:+Scientific+Software+International.&ots=aLaSVJspIU&sig=MxMNg-HV8AJ6t0DsgNCQb1-FUYA#v=onepage&q=jöreskog%2C K. G.%2C %26 Sörbom%2C D. \(1996\). LISREL 8%3A User's reference guide. Chicago%2C IL.%3A Scientific Software International.&f=false](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=0rPm9u8KGzgc&oi=fnd&pg=PR9&dq=jöreskog,+K.+G.,+%26+Sörbom,+D.+(1996).+LISREL+8:+User's+reference+guide.+Chicago,+IL.:+Scientific+Software+International.&ots=aLaSVJspIU&sig=MxMNg-HV8AJ6t0DsgNCQb1-FUYA#v=onepage&q=jöreskog%2C K. G.%2C %26 Sörbom%2C D. (1996). LISREL 8%3A User's reference guide. Chicago%2C IL.%3A Scientific Software International.&f=false)
114. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model* [Internet]. 1999 Jan;6(1):1–55. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705519909540118>
115. Pinto Santuber C, Lara Jaque R, Espinoza Lavoz E, Montoya Cáceres P. Psychometric properties of the scale perceived social support Zimet in older adults of Primary Health Care. *Index Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 28];23(1–2):85–9. Available from:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

116. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Second Edition.
117. Newland RP, Parade SH, Dickstein S, Seifer R. security. 2017;179–88.
118. Swift ER, Pierce M, Hope H, Osam CS, Abel KM. Young women are the most vulnerable to postpartum mental illness: A retrospective cohort study in UK primary care. *J Affect Disord*. 2020 Dec 1;277:218–24.
119. Kargar Jahromi M, Zare A, Taghizadeganzadeh M, Rahmanian Koshkaki A. A study of marital satisfaction among non-depressed and depressed mothers after childbirth in Jahrom, Iran, 2014. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2014 Nov 26;7(3):140–6. Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/40978>
120. Ngai F-W, Chan SW-C. Stress, maternal role competence, and satisfaction among Chinese women in the perinatal period. *Res Nurs Health* [Internet]. 2012 Feb;35(1):30–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.20464>
121. Contreras-Pulache P, Mori-Quispe H, Lam-Figueroa E, Quino-Villanueva N, Espinoza-Lecca K, Yancachajlla-Apaza E, et al. Felicidad en mujeres púerperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. [cited 2020 Nov 30]; Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203124341005>
122. Poles MM, Carvalheira APP, De Barros Leite Carvalhaes MA, De Lima Parada CMG. Maternal depressive symptoms during immediate postpartum: Associated factors. *ACTA Paul Enferm* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2020 Nov

- 30];31(4):351–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982->
123. Rojas I, Dembowski N. PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO Y APOYO AL TRATAMIENTO. 2014. Available from: <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
124. matr nas.
125. Schmied V, Johnson M, Naidoo N, Austin M-P, Matthey S, Kemp L, et al. Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth* [Internet]. 2013 Sep;26(3):167–78. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519213000371>
126. Thomas KA, Spieker S. Sleep, Depression, and Fatigue in Late Postpartum. *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2016;41(2):104–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26909724>
127. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2013;16(6):539–47. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-013-0356-9>
128. Contreras-García Y, Sobarzo Rodríguez P, Manríquez-Vidal C. Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna Characterization of Perceived Social Support During Postpartum and the Presence of Maternal Depression. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2017;43(1):1–6. Available from: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/151/117>

129. Nisar A, Yin J, Waqas A, Bai X, Wang D, Rahman A, et al. Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. Vol. 277, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2020: 1022–37.
130. Arnold M, Kalibatseva Z. Are “Superwomen” without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women Heal*. 2020;
131. Keyes CLM, Keyes CLM. Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. Available from: https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf
132. Greene W. *Econometric Analysis*. 4ta edición. International edition, New Jersey: Prentice Hall, 2000



ANEXOS



ANEXO N°1: CÁLCULO DE LA MUESTRA INICIAL

La estimación del tamaño de la muestra se calculó considerando 8 medidas, lo que da como resultado un total de 24 variables observadas. Para lograr detectar

relaciones de mínimo 0.3 entre cada medida observada, con un nivel de significación de 0.05 y un poder de 0.80 y al menos un factor latente (el promedio para las tres ocasiones), se necesita un total de 200 personas. Finalmente, considerando un 20% de pérdida durante el estudio se calculó una muestra de 240 mujeres.



ANEXO Nº2: ÍNDICE DE FELICIDAD DE PEMBERTON

Instrucción: Piensa un momento en tu vida en general. En relación con las siguientes frases, por favor, dinos en qué medida estás de acuerdo con las siguientes

afirmaciones, usando una escala del 0 al 10, donde 0= totalmente en Desacuerdo y 10= Totalmente de Acuerdo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente en					Totalmente					
en					ACUERDO					
DESACUERDO										

1. Me siento muy satisfecho con mi vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Me siento con la energía necesaria para cumplir bien mis tareas cotidianas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Siento que mi vida es útil y valiosa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Me siento satisfecho con mi forma de ser.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Mi vida está llena de aprendizajes y desafíos que me hacen crecer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Me siento muy unido a las personas que me rodean.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Me siento capaz de resolver la mayoría de los problemas de mi día a día.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Siento que en lo importante puedo ser yo mismo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. En mi día a día, tengo muchos ratos en los que me siento mal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Siento que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

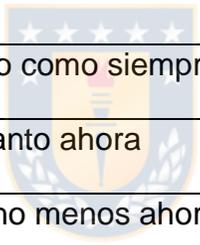
En relación con tu bienestar del día de AYER, responde SI o NO a las siguientes afirmaciones:

1.- Me sentí satisfecho por algo que hice	Si	No
1. En algunos momentos me sentí desbordado.	Si	No
2. Pasé un rato divertido con alguien.	Si	No
3. Me aburrí durante bastante tiempo.	Si	No
4. Hice algo que realmente disfruto haciendo.	Si	No

5. Estuve preocupado por temas personales.	Si	No
6. Aprendí algo interesante.	Si	No
7. Pasaron cosas que me enfadaron mucho.	Si	No
8. Me permití un capricho.	Si	No
10.Me sentí menospreciado por alguien.	Si	No

ANEXO N°3 ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los **ÚLTIMOS 7 DÍAS.**

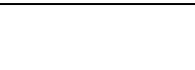
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	0
		b) No tanto ahora	1
		c) Mucho menos ahora	2
		d) No, nada	3
			
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre	0
		b) Menos que antes	1
		c) Mucho menos que antes	2
		d) Casi nada	3
3	Cuando las cosas han salido mal me he	a) No, nunca	0
		b) No con mucha frecuencia	1

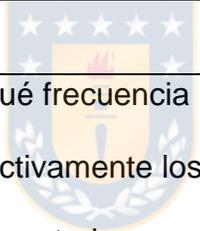
	culpado a mí misma innecesariamente	c) Si, a veces	2
		d) Si, la mayor parte del tiempo	3
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	0
		b) Casi nunca	1
		c) Si, a veces	2
		d) Si, con mucha frecuencia	3
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	0
		b) No, no mucho	1
		c) Si, a veces	2
		d) Si bastante	3
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0
		b) No, la mayor parte de tiempo he hecho las cosas bastante bien	1
		c) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.	2
		d) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.	3
7		a) No, nunca	0

	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	b) No con mucha frecuencia	1
		c) Si, a veces	2
		d) Si, la mayor parte del tiempo	3
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	0
		b) No con mucha frecuencia	1
		c) Si, a veces	2
		d) Si, la mayor parte del tiempo	3
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) no, nunca	0
		b) solo ocasionalmente	1
		c) sí, bastante a menudo	2
		d) si, la mayor parte del tiempo	3
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) nunca	0
		b) casi nunca	1
		c) a veces	2
		d) sí, bastante a menudo	3

ANEXO Nº4 ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Marque con una cruz “x”, la opción que indique de mejor manera la situación actual que usted vive, considerando **EL ÚLTIMO MES.**

1	Durante el último mes, con qué frecuencia ha estado afectado por alguna situación que ocurrió inesperadamente.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
			
2	Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
			
3		Nunca	0

	Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado.	Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
			
4	Durante el último mes, con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de su vida.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
5	Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
6	Durante el último mes, con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4

7	Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las cosas le salen bien.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
8	Durante el último mes con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
			
9	Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que está al control de todo.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
10	Durante el último mes, con qué frecuencia se ha sentido molesto, porque los sucesos que le han ocurrido estaban fuera de su control.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2

		A menudo	3
		Muy a menudo	4
11	Durante el último mes, con qué frecuencia ha pensado sobre aquellas cosas que le quedan por lograr.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
12	Durante el último mes, con qué frecuencia ha podido controlar su tiempo	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
13	Durante el último mes, con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas.	Nunca	0
		Casi nunca	1
		De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4
14		Nunca	0
		Casi nunca	1

	En el último mes, con qué frecuencia ha sentido no poder afrontar todas las cosas que debía realizar.	De vez en cuando	2
		A menudo	3
		Muy a menudo	4

ANEXO Nº 5: ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches **DEL ÚLTIMO MES**.



1. Durante el último mes ¿Cuál ha sido normalmente, su hora de acostarse? ANOTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE →	-----
2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? ANOTE EL TIEMPO EN MINUTOS →	-----
3. Durante el último mes ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? ANOTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE →	-----

<p>4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?</p> <p>(El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)</p> <p>ANOTE LAS HORAS QUE CREE HABER DORMIDO </p>	<p>-----</p>
--	--------------

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajusta a su caso y márquela con una cruz "X". Intente contestar TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes cuantas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:				
	Ninguna vez en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana
a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora				
b) Despertarse durante la noche o de madrugada				
c) Tener que levantarse para ir al baño				
d) No poder respirar bien				

e) Toser o roncar ruidosamente				
f) Sentir frio				
g) Sentir demasiado calor				
h) Tener pesadillas o “malos sueños				
i) Sufrir dolores				
j) Otras razones (por favor describalas a continuación): _____				

6. Durante el último mes ¿Cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?



- a) Bastante buena
- b) Buena
- c) Mala
- d) Bastante mala

7. Durante el último mes ¿Cuántas veces habrá tomado medicamentos para dormir (por su cuenta o recetadas por el médico) ?:

- a) Ninguna vez el último mes
- b) Menos de una vez a la semana
- c) Una o dos veces a la semana

d) Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes ¿Cuántas veces habrá sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollada alguna otra actividad?

a) Ninguna vez el último mes

b) Menos de una vez a la semana

c) Una o dos veces a la semana

d) Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes ¿ha representado para usted mucho problema el “tener ánimo” para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

a) Ningún problema

b) Sólo un leve problema

c) Un problema

d) Un grave problema



10. ¿Usted duerme sola o acompañada?

a) Sola

b) Con alguien en otra habitación

c) En la misma habitación, pero en otra cama

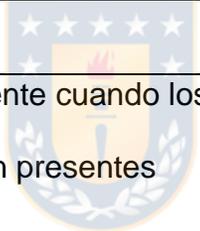
d) En la misma cama

ANEXO Nº 6: ESCALA DE AUTOEFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Para cada una de las siguientes afirmaciones, elija la respuesta que mejor describe cuan segura se siente con respecto a manejar la lactancia de su nuevo hijo. Por favor, marque con una "X" el número que esté más cerca de cómo se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1	Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
2		Muy insegura	1
		Insegura	2

	Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida	Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
3	Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno)	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
4	Puedo asegurar que mi hijo está apropiadamente agarrado de mi pecho mientras se alimenta	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
5	Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
6		Muy insegura	1

	Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando	Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
			
7	Puedo mantener el deseo de amamantar	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
8	Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
9	Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5

10	Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
11	Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
12	Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5
13	Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5

14	Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho	Muy insegura	1
		Insegura	2
		Medianamente segura	3
		Segura	4
		Muy segura	5

ANEXO Nº 7: ESCALA DE EXPECTATIVAS MATERNAS (INSTRUMENTO TRADUCIDO Y ADAPTADO)



Below is a list of statements describing general feelings about being a parent.

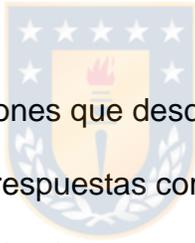
There are no right or wrong answers. Please circle the response that best fits how you feel, using this scale:

(not at all) 1 2 3 4 5 6 7 (extremely)

1. I am satisfied with my relationship with my partner	
2. I feel supported by my friends	
3. I feel supported by my family	
4. How important is it to you that the baby's father provides direct care, such as feeding, dressing, and child care?	

5. How confident are you that the baby's father will provide direct care, such as feeding, dressing, and child care?	
6. Now that I have a new baby, I must change a lot of things about myself	
7. Now that I have a new baby, my needs are no longer important	
8. Becoming a mother should be the most natural feeling in the world	
9. A good mother should just know what to do without having to ask for advice	
10. Now that I have a new baby, my life will feel complete	
11. It is unnatural for a loving mother to want time away from her infant	
12. Now that we have a new baby, my partner must change a lot of things about himself (if you are not currently in a relationship, please skip to question 17)	
13. If my partner really loves his child, he will find it easy to put the baby's needs first	
14. I expect that my partner will feel an instant, complete bond with our baby	
15. I expect my partner to feel the same way about our baby as I do	
16. Now that we have a new baby, things that used to stress our relationship will not be a problem	
17. If I care for my baby well, it will show in his/her temperament (e.g., she will not be fussy)	
18. If my baby cries a lot, it means that I am not doing the right things for him/her	
19. If we are bonding well, I will be able to calm my baby easily	
20. How well I parent in the next year will determine the kind of adult my infant becomes	

21. My baby is fragile and easily hurt	
--	--



Debajo, hay una lista de declaraciones que describen los sentimientos generales sobre ser padre o madre. No hay respuestas correctas o incorrectas. Indique con un número de 1 al 7, donde 1 es “de ninguna manera” y 7 “extremadamente”,

Cuán de acuerdo está con estas afirmaciones:

(De ninguna manera) 1 2 3 4 5 6 7

(Extremadamente)

22. Me siento apoyada por mis amigos	
23. Me siento apoyada por mi familia	
24. Es muy importante para mí que el padre de mi hij@ ponga atención directa, en la alimentación, la vestimenta y el cuidado infantil.	

25. Estoy segura de que el padre de mi hij@ le pondrá atención directa, en la alimentación, la vestimenta y el cuidado infantil.	
26. Una buena madre debe estar pendiente de las señales y necesidades de su hij@	
27. Ahora que tengo un nuevo hij@, debo cambiar muchas cosas sobre mí misma	
28. Ahora que tengo un nuevo hij@, mis necesidades ya no son importantes	
29. Convertirse en madre debe ser la sensación más natural en el mundo	
30. Una buena madre debe saber qué hacer sin tener que pedir consejo	
31. Me siento presionada por los demás, por ser una “buena madre”	
32. Ahora que tengo un nuevo hij@, mi vida se sentirá completa	
33. No importa lo que suceda, mi hij@ es mi principal preocupación	
34. La maternidad se aprende con la experiencia	
35. No es normal que una madre que ama a su hij@ desee tiempo lejos él.	
36. El desarrollo físico, mental y social de mi hij@ dependerá de los cuidados que yo le dé	
37. Si cuido bien a mi hij@, se mostrará en su forma de ser.	
38. Si mi hij@ llora mucho, significa que no estoy haciendo lo correcto para él / ella	
39. Si estamos unidos con mi hij@, lo podré calmar fácilmente	
40. La forma en que crío a mi hij@ durante el primer año determinará el tipo de adulto en que se convertirá	
41. Priorizaré las necesidades de mi hijo antes que las mías	
42. Mi hij@ es frágil y se podría dañar fácilmente.	
43. El comportamiento de mi hij@ reflejará mis competencias como madre	
44. La maternidad será una experiencia difícil	

Si actualmente se encuentra en una relación de pareja, conteste las siguientes preguntas:

1. Estoy satisfecha con mi relación de pareja	
2. Ahora que tenemos un nuevo hij@, mi pareja debe cambiar muchas cosas sobre él mismo	
3. Si mi pareja realmente ama a nuestro hijo, le encontrará fácil priorizar las necesidades del bebé	
4. Espero que mi pareja sienta un vínculo instantáneo y completo con nuestro hij@	
5. Espero que mi pareja sienta lo mismo que, yo por nuestro hij@	
6. Ahora que tenemos un nuevo hij@, las cosas que solían estresar nuestra relación no serán un problema	



ANEXO Nº8: ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL

PERCIBIDO (MSSPSS)

Marque con una cruz “x”, la opción que indique de mejor manera la **SITUACIÓN ACTUAL** que usted vive actualmente.

1	Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
2		Siempre, casi siempre	

	Quando tengo penas o alegrías, hay alguien con quien puedo compartirlas	Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
3	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
4	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que necesito 	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
5	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
6	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	

7	Puedo conversar de mis problemas con mi familia	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
8	Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
9	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
10	Mi familia me ayuda a tomar decisiones	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	
11	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	

		A veces	
		Casi nunca	
12	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	Siempre, casi siempre	
		Con frecuencia	
		A veces	
		Casi nunca	

ANEXO N°9: INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)



PIENSE EN UNA SITUACIÓN ESTRESANTE VIVIDA EL ÚLTIMO MES y marque con una cruz “x”, la opción que mejor describa esta situación.

	En absoluto 0	Un poco 1	Bastante 2	Mucho 3	Totalmente 4
1.-Luché para resolver el problema					
2.-Me culpé a mí mismo					
3.-Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés					

4.-Deseo que la situación nunca hubiera empezado					
5.-Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6.-Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7.-No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado					
8.-Pase algún tiempo solo					
9.-Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
10.-Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y lo reproché					
11.-Expresé mis emociones, lo que sentía					
12.-Deseo que la situación no existiera o que, de alguna manera, terminase					

13.-Hablé con una persona de confianza					
14.-Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15.-Traté de olvidar por completo el asunto					
16.-Evité estar con gente					
17.-Hice frente al problema					
18.-Me critiqué por lo ocurrido					
19.-Analicé mis sentimientos y simplemente lo dejé salir					
20.-Deseo no encontrarme nunca más en esta situación					
21.-Dejé que mis amigos me echaran una mano					
22.-Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23.-Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más					

24.-Oculté lo que pensaba y sentía					
25.-Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26.-Me recriminé por permitir que esto ocurriera					
27.-Dejé desahogar mis emociones					
28.-Deseo poder cambiar lo que había sucedido					
29.-Pasé algún tiempo con mis amigos					
30.-Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no están tan mal después de todo					
31.-Me comporté como si nada hubiera pasado					

32.-No dejé que nadie supiera como me sentía					
33.-Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
34.-Fue error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
35.-Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
36.-Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37.-Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
38.-Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39.-Evitar pensar o hacer nada					
40.-Traté de ocultar mis sentimientos					
41.-Me consideré capaz de afrontar la situación					



ANEXO Nº10: ENCUESTA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS - OBSTÉTRICOS

NÚMERO:	
FECHA /HORA del parto	
Nombre:	

Rut:	
Edad:	
Dirección:	
Número de contacto (1)	
Numero de contacto (2)	
Correo electrónico:	
CESFAM perteneciente	
Nivel educacional:	Bas. Compl- bas. Incompl- media compl.- media incompl.- universitaria completa– universitaria incompleta – técnico completo – técnico incompleto
Estado civil:	Soltera – casada – conviviente – divorciada –separada de hecho
Religión:	
Estado nutricional:	
Tipo de parto:	PTVE – PPTVE – Cesárea – Forceps – PTVI -PTVA
Distocias del parto:	SI - NO ¿Cuál?
Alimentación RN	LME – Mixta - LA
Nº de hijos	
Embarazo planificado	SI - NO
Embarazo aceptado	SI - NO

¿Tiene pareja actualmente?	SI - NO
----------------------------	---------



ANEXO N°11: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Consentimiento informado para participar del estudio.

La presente investigación es conducida por la Matrona Srta. Daniela Andrade Rebolledo, como parte de su tesis para obtener el grado de Doctora en Salud Mental

por la Universidad de Concepción. El objetivo de este estudio es determinar los factores psicosociales predictores de la evolución del estado completo de la salud mental de la mujer en el postparto.

Junto con agradecer su participación queremos informarle lo siguiente:

- Se solicita su conformidad para participar de esta investigación, la cual consiste en responder unos cuestionarios el día de hoy, al segundo mes, sexto mes y octavo mes postparto.
- Esto tomará 40 min. en cada entrevista.
- Cada entrevista será coordinada previamente vía telefónica, la cual puede realizarse en su domicilio o centro de salud.
- Su participación durante toda la actividad será voluntaria, por lo que podrá retirarse al momento que lo decida, sin que esto interfiera con la atención que usted recibe en el establecimiento que pertenece.
- La información que usted reporte será completamente confidencial.
- Los resultados generales serán publicados en un artículo científico.
- Si tiene alguna duda sobre esta investigación puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.
- Se firmarán dos ejemplares de igual tenor y fecha de este formulario, quedando uno en su poder y otro para la investigadora Srta. Daniela Andrade.

En relación con lo anterior, por favor complete la información que se solicita a continuación:

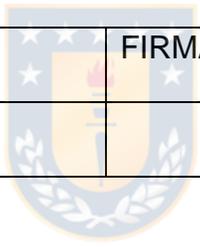
Yo _____
_____,

Identificada con RUT: _____, comprendo la información que se me entregó anteriormente, entiendo los objetivos de esta investigación y he podido hacer preguntas al respecto.

En atención a estas consideraciones, libremente marque con una X la opción que corresponda:

YO ACEPTO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN

YO NO ACEPTO A PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN

FIRMA DE LA PARTICIPANTE		FIRMA DEL ENTREVISTADOR/A
		Fecha: