



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES (COMILLAS CIHS)

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREOCUPACIONES Y AUTOESTIMA
DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Belén Rodríguez de Tiedra

Tutor metodológico: Paula Cuevas

Madrid

Mayo 2023

Belén
Rodríguez
de Tiedra

**DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREOCUPACIONES Y AUTOESTIMA DURANTE EL
TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO**



Índice

Resumen	4
Introducción	5
Método	14
Diseño del estudio	14
Selección de participantes	15
Aspectos éticos y legales	15
Instrumentos de medida	15
Procedimiento	16
Resultados	17
Análisis de datos	17
Discusión	24
Limitaciones	26
Referencias	28
Anexos	32

Resumen

El género es una variable moduladora del procesamiento de la información a diferentes niveles: emocional, cognitivo y conductual. Esto unido a los cambios que se producen durante el proceso del embarazo, más agudos durante el tercer trimestre, hacen que entre hombres y mujeres se presenten diferencias. Entre ellas las preocupaciones, la llegada de un nuevo miembro al sistema familiar puede hacer que aparezcan tensiones, problemas y cambios en la vida y experiencia de futuros padres y madres. Sentirse capaz o no de afrontar estos cambios puede que haga tambalear la autoestima de los futuros padres y madres. Por ello, el presente estudio pretende observar si existen diferencias de género en las preocupaciones y autoestima durante el tercer trimestre de embarazo, mediante una metodología cuantitativa observacional descriptiva utilizando la escala de preocupaciones de Cambridge y la escala de autoestima de Rosenberg como instrumentos de evaluación.

Palabras clave: *género, embarazo, tercer trimestre, preocupaciones y autoestima.*

Abstract

Gender is a variable that modulates information processing at different levels: emotional, cognitive and behavioral. This together with the changes during the pregnancy process, more acute during the third trimestre, may provoke differences between men and women. Among them the concerns, the arrival of a new member to the family system could cause tensions, problems and changes in the life and experience of future parents. Feeling able or not to face these changes might affect their self-esteem. For this reason the present study aims to observe the possible gender differences which may exist in worries and self-esteem during the third trimestre of pregnancy, through a descriptive observational quantitative methodology using the Cambridge worry scale and the Rosenberg self-esteem scale as evaluation instruments.

Key words: *gender, pregnancy, third trimestre, worries and self-esteem*

Introducción

Los seres humanos se agrupan, dependiendo de determinadas características, en categorías sociales, las cuales permiten entender mejor la complejidad de cada individuo que las forma. Entre estas categorías destaca la de género, que siempre ha ido asociada a la categoría sexo (Cobo Bedia, 2005). Para poder entender mejor el concepto de género, se considera importante realizar la distinción entre estas dos clasificaciones. La primera en realizar esta diferenciación fue la socióloga Ann Oakley (1972) que definió el sexo como la distinción biológica que determina las características sexuales primarias de los individuos y el género cómo la división de la evaluación social sobre lo masculino y lo femenino (Blackstone, 2003).

Hoy en día, el concepto género ha ido ampliándose, generando así una conceptualización más completa. Según Astudillo (2004) “el concepto de género articula las características que la cultura produce y atribuye a cada sexo, prescribiendo roles y conductas propias a hombres y mujeres” (Nieri, 2012). En este sentido, se estaría hablando de la formación de los roles de género, que se incluyen dentro de los estereotipos sociales, haciendo así que el individuo perciba la realidad y su comportamiento dentro de ella bajo la influencia de este estereotipo. Por lo tanto, los roles de género son roles que se espera que hombres y mujeres tengan en base a su sexo biológico (González Gavaldón, 1999).

De esta manera, históricamente y desde la cultura occidental, la figura de la mujer ha sido asociada con la reproducción y con la feminidad, esperando de ellas la maternidad y delegándoles la responsabilidad de la crianza de los menores (De Anta Rodríguez, 2017). Por su parte, se esperaba que los hombres fueran la cabeza de familia y su proveedor, reservándoles así el espacio de toma de decisiones (Blackstone, 2003).

Estos significados asociados al hombre y a la mujer se muestran en un continuo cambio debido a su materialización mediante la transmisión cultural a través de las prácticas sociales

(Blázquez Rodríguez, 2009). Es por esto, que hoy en día han surgido nuevas maneras de enfocar el género fuera de la dicotomía de feminidad/masculinidad, dando lugar a términos como no binario o género fluido en el que se incluye el concepto transgénero. Estas nuevas realidades atienden a una identidad que va más allá de la presente dicotomía, que fluctúan entre los géneros o que directamente rechazan el género binario (Scandurra et al., 2019).

Dado lo anterior, se considera, desde la psicología, al género como una variable moduladora en tanto en cuando influye en los procesos psicológicos propios de los individuos como son por ejemplo los emocionales, conductuales, cognitivos, etc. (Martínez, 2007). En este sentido, se entiende que el hecho de ser asignado a un determinado género dependiendo del sexo biológico de la persona, constituye un marcador básico de variabilidad que modularía la psique y la identidad del individuo (Cala Carrillo, y Barberá Heredia, 2009). Además, atendiendo a la importancia de los roles de género, según Eagly y Wood (2003), “se ha encontrado que los roles sociales que ocupan las personas tienen un impacto en la regulación hormonal, personal y social, lo cual provocaría pensamientos, emociones y comportamientos diferentes en hombres y en mujeres” (Ellemers, 2018, p. 278). Teniendo en cuenta esto, se considera importante pasar a analizar el impacto de la variable género en mujeres y hombres respectivamente.

El género como variable moduladora se podría resumir, a nivel general e históricamente, en los estereotipos y expectativas sobre los respectivos comportamientos y roles en la sociedad, presentados a continuación. Las mujeres estarían asociadas a un comportamiento de cuidado de los otros, cuya prioridad sería la familia, su cualidad sería el afecto y el logro profesional como necesidad no cubierta. Por su parte los hombres estarían relacionados con un comportamiento de rendimiento en tareas individuales, cuya prioridad sería el trabajo, su cualidad sería la competencia y su necesidad no cubierta, las relaciones interpersonales (Ellemers, 2018).

Una de las diferencias entre ambos géneros que parece haber presentado repercusiones en el desarrollo personal y profesional, ha sido la cuestión de la maternidad y paternidad, y el rol que se les ha ido asignando a cada uno dentro de ese proceso (Ellemers, 2018). A continuación, se irán exponiendo los factores que influyen en este proceso tanto a hombres como a mujeres.

Para las mujeres, el paso hacia la maternidad, a excepción de la adopción y de las nuevas tecnologías reproductivas, conlleva el proceso fisiológico del embarazo. Durante este momento se producen cambios en la mujer a tres niveles: biológico, psicológico y social (Draper, 2003).

A nivel biológico, el embarazo en sí mismo es un proceso que produce cambios a distintos niveles. Los cambios más notables son el aumento de peso y la aparición de estrías y manchas en la piel (Purizaca Benites, 2010). Además de estos, también se dan modificaciones a niveles neuroendocrinos, inmunológicos y metabólicos. En la población general, los cambios que destacan son: los cardiovasculares como mayor volumen sanguíneo y el aumento de actividad cardíaca, los respiratorios como mayor cantidad de oxígeno y, durante la mitad y final del embarazo, el movimiento del diafragma hacia arriba, lo cual hace que se cuente con una menor capacidad pulmonar, y los cambios renales y urinarios como la posible aparición de inflamaciones en las extremidades inferiores por la retención de líquidos (Carrillo-Mora et al., 2021). Además de cambios en el sistema hormonal, inmunológico y digestivo, como las náuseas, el ardor estomacal o los vómitos (Carrillo-Mora et al., 2021).

Estas alteraciones fisiológicas están acompañadas de cambios a nivel psicológico ya que el embarazo y la maternidad supone para las mujeres una transformación de su identidad, añadiéndose a su identidad de mujer la de madre. Siendo, por lo tanto, un proceso que supone un cambio en el ciclo vital de las mujeres ante el cual pueden surgir nuevas problemáticas (Zúñiga Rivas, 2012). Entre ellas, se ha observado que la prevalencia de cambios de humor

suele ser mayor durante el embarazo que en otros períodos de la vida de la mujer, así como síntomas de ansiedad que al menos la mitad de las mujeres embarazadas experimentan durante el proceso, siendo más acusado en el primer y último trimestre (Teixeira et al., 2009). Se considera también un período en el que la mujer puede presentar mayor nivel de sensibilidad emocional ya que se le pueden plantear conflictos de su historia personal, comúnmente con su madre, al estar desarrollando su ideal de maternidad para su futuro bebé (Maldonado-Durán, 2011). Otro de los factores que pueden afectar a la salud mental de la gestante es la calidad y cantidad de sueño, los cuales se han visto que se deterioran sobre todo en el último trimestre y que muchas de las embarazadas llegan a desarrollar insomnio durante la gestación (Flores-Ramos, 2013). Además de esto, pueden aparecer fases de regresión en la que la gestante necesita una mayor cantidad de cuidados, atraviese una transformación de su autoimagen debido a los cambios físicos y de momento vital, presente conflictos con su propia concepción de la feminidad y tenga pensamiento mágico (cuando una persona cree que sus pensamientos, palabras o acciones, desafían las leyes de causa y efecto), lo cual combinado con los cambios de humor previamente nombrados pueden causar tendencias ansiosa, fóbicas y preocupaciones obsesivas (Bjelica et al., 2018).

Todo esto se puede ver magnificado por la posibilidad de sufrir estrés durante el embarazo, generalmente relacionado con algunos estresores externos como los problemas financieros, tensión en las relaciones íntimas, responsabilidades familiares, condiciones laborales y preocupaciones sobre el embarazo (Dunkel Schetter, 2011). Además, la mujer gestante se enfrenta a todo un imaginario social que se ha ido creando culturalmente sobre la maternidad, creando así expectativas alrededor del proceso con conceptos como los de “buena madre” lo cual pone cierta presión en la mujer embarazada para cumplir con esas exigencias sociales (Gómez López et al., 2006). Entre estas presiones sociales está la de idealizar el proceso de maternidad como una fase totalmente agradable y bella, y la obligatoriedad de

entrega hacia el bebé, generando sentimientos de culpa en la futura madre cuando estas exigencias no se ven cumplidas (Potok, 2015).

Para los hombres, el proceso de paternidad es diferente y ha cambiado en las últimas décadas debido a la entrada de la mujer al mundo laboral, lo cual hizo que su participación en el sistema de cuidados aumentara (Draper, 2003). Sin embargo, este proceso les resulta lejano ya que de primera mano no están experimentando los cambios fisiológicos que supone. Esta inaccesibilidad biológica, desplaza a los varones a un espacio secundario al de sus parejas embarazadas y actividades como cursos de preparación al parto o acudir a las citas médicas les hacen estar más cerca del proceso (Draper, 2003). Se ha visto, además, que la figura del padre en el proceso del embarazo es vital para la salud de la madre y del futuro bebé, haciendo que su acompañamiento en el momento de dar a luz se relacione con un mayor bienestar para la futura madre y con un parto menos desagradable (Nieri, 2012).

La mayoría de los estudios encontrados sobre la vivencia del embarazo por parte de los varones son de naturaleza cualitativa. Según lo estudiado en Kowlessar et al. (2015), los hombres que son parejas de mujeres embarazadas se sienten apartados del proceso sobre todo por parte de los servicios sanitarios, lo cual les genera frustración. Además, este estudio encontró que al ser el embarazo un proceso de incertidumbre los hombres experimentan ambivalencia, se sienten abrumados e incluso asustados. Durante el segundo trimestre, los futuros padres comienzan a aceptar el proceso del embarazo al observar cambios físicos en sus parejas y a sentir el futuro bebé, comenzando a sentirse parte del proceso. En el último trimestre del embarazo, los futuros padres comienzan a reevaluar qué es lo importante para ellos y comienzan a fantasear sobre su futuro bebé. Este cambio a nivel social supone para algunos varones diferenciarse de sus iguales debido al momento vital en el que se encuentran, generándoles sensación de aislamiento (Kowlessar et al., 2015). En cuanto al estrés, se ha

observado que el momento de mayor angustia para los futuros padres, sobre todo aquellos primerizos, es durante el primer y último trimestre del embarazo (Boyce et al., 2007).

Estos cambios que experimentan ambos progenitores se acentúan durante el último trimestre del embarazo. Se ha observado que, en mujeres, se da una magnificación de los síntomas presentados durante el comienzo de la gestación, entre ellos la mayor vulnerabilidad para presentar ansiedad fóbica, mayor probabilidad de presentar somatización y síntomas obsesivo-compulsivos (Marín Morales, 2014). Además, Marín Morales et al. (2008) afirma que:

En un estudio realizado comparando mujeres en el tercer trimestre de embarazo y mujeres no embarazadas evaluándolas a ambas mediante el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), se encontró que las mujeres embarazadas estaban más ansiosas y con mayores sentimientos de inferioridad que las mujeres no embarazadas (p.3).

Los futuros padres también comienzan a ver que su sintomatología se ve acrecentada, según el estudio presentado por Da Costa et al. (2017) la prevalencia de experimentar síntomas depresivos elevados en padres primerizos es del 13.3%.

Esto se ha visto relacionado con las preocupaciones presentadas por parte de los progenitores hacia la futura maternidad/paternidad, la cual es alta durante el primer trimestre, bajando en el segundo y volviendo a subir durante el último trimestre (Peñacoba-puente et al., 2011). Para poder entenderlo mejor, se considera aconsejable la definición de preocupaciones, las cuales se presentan como aquellos pensamientos sobre lo que puede o no ocurrir (Biehle, & Mickelson, 2011). Teniendo en cuenta lo anterior, Rodrigues et al. (2004) afirman lo siguiente:

En el caso de las mujeres, por ejemplo, durante el último trimestre, suele prevalecer la preocupación y no pocas veces el miedo al parto, el bienestar del bebé y el suyo propio,

la lactancia y muchas veces a “no dar la talla” como madre. En los hombres se suelen detectar temores relacionados con el comportamiento que exhibirían, como acompañantes de sus parejas durante el parto, de anticipación sobre la capacidad para desempeñar el nuevo rol, miedos referidos a relación de pareja entre otros. (pp. 93-94).

Para entender mejor las preocupaciones frente a la llegada del bebé se han realizado diversas investigaciones. En un estudio realizado a una población de mujeres suecas embarazadas se observó que, tras pasar el instrumento de Cambridge Worry Scale (CWS), la mayoría de las preocupaciones de las gestantes eran sobre la salud del bebé y sobre el momento del parto (Georgsson Öhman et al., 2003). En otro estudio realizado en población de mujeres embarazadas españolas, se le administró la adaptación al español del CWS en el primer y último trimestre, dando como resultado que la preocupación más repetida en el último trimestre fue sobre la posibilidad de que hubiese algo malo con el bebé, seguida de la de dar a luz (Peñacoba-puente et al., 2011). Esto coincide con los resultados de otro estudio realizado a población de mujeres embarazadas alemanas, con la administración del CWS (Petersen et al., 2009). Además, se observó también que el número de preocupaciones era mayor en aquellas mujeres que estaban embarazadas por primera vez que las que ya habían dado a luz en otra ocasión (Peñacoba-puente et al., 2011).

Respecto a los futuros padres, se ha encontrado información sobre todo a nivel cualitativo. En este sentido se ha visto que muchas de las preocupaciones presentadas por los varones estaban relacionadas con la salud de su pareja y del futuro bebé (Kowlessar et al., 2015). En el estudio realizado por Pilkington y Rominov (2017) se recogieron las preocupaciones de los futuros padres de manera cualitativa resultando que en el tercer trimestre la preocupación más repetida fue sobre el momento del parto, seguida de la salud de la futura madre (Pilkington y Rominov, 2017). En otra investigación realizada a una población estadounidense se comparó las preocupaciones de parejas heterosexuales en el último trimestre

de embarazo y se observó que las futuras madres se preocupaban más de la salud del bebé mientras que los futuros padres se preocupaban más de las implicaciones financieras de tener un hijo (Biehle, & Mickelson, 2011).

Teniendo en cuenta los factores anteriores, se puede considerar el camino hacia la maternidad/paternidad como un proceso en el que puede aparecer incertidumbre, preocupaciones e inseguridades. Además, las preocupaciones y emociones durante el tercer trimestre del embarazo podrían estar relacionados con una menor autoestima (Van Scheppingen et al., 2018). Se entiende por autoestima, el concepto a través del cual nos auto valoramos dependiendo de nuestro desarrollo vital y se entiende de dos maneras: la autoestima basada en la valoración de los otros y la que depende de nuestra propia capacidad para alcanzar objetivos (Panesso Giraldo, y Arango Holguín, 2017). En este sentido se plantea interesante estudiar la autoestima de futuros padres y madres, sin embargo, se ha encontrado solamente estudios de este tipo en población femenina.

La mayoría de los estudios sobre autoestima en la mujer embarazada relacionan esa variable con la imagen corporal. En esta línea podemos encontrar en la investigación de Inanir et al. (2015) que el nivel de la percepción de la imagen corporal era más bajo durante el último trimestre del embarazo, siendo la percepción de la imagen corporal la expresión interna de su apariencia física (Inanir et al., 2015). En otro estudio se encontró que aquellas mujeres que seguían las normas culturales sobre los roles femeninos eran propensas a experimentar menor satisfacción con sus cuerpos durante el embarazo que aquellas que no seguían esas normas (Kazmierczak y Goodwin, 2011). Además, este estudio replicó investigaciones previas que indicaban que el estrés que conlleva el rol de género femenino estaba asociado con menores niveles de autoestima y mayores niveles en trastornos de la conducta alimentaria (Kazmierczak y Goodwin, 2011).

Otra investigación se focalizó en estudiar la autoestima y la satisfacción en la relación de pareja en mujeres, de manera longitudinal antes y después del parto, para ello utilizaron la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se encontró que la autoestima disminuyó durante el embarazo para luego aumentar durante los seis meses posparto (Van Scheppingen et al., 2018).

Por último, en una investigación se estudió el nivel de autoestima de mujeres brasileñas embarazadas utilizando la Escala de Autoestima de Rosenberg. En este estudio se encontró que había una alta prevalencia de autoestima insatisfactoria en el grupo de mujeres embarazadas además de encontrar que: las mujeres con menor nivel educativo presentaban una mayor frecuencia de insatisfacción en sus puntuaciones de autoestima, y las mujeres que dijeron que no fue un embarazo planeado presentaron mayores niveles de insatisfacción en sus puntuaciones de autoestima que las que si lo planearon (Maçola et al., 2010).

El resto de bibliografía encontrada sobre la autoestima durante el embarazo corresponde a población adolescente, la cual no nos resulta relevante para el presente trabajo. Teniendo todo lo expuesto previamente, y la escasa literatura sobre las preocupaciones y autoestima en futuros padres y madres durante la etapa del embarazo, este trabajo plantea observar si existen diferencias de género en ambas variables para poder entender mejor el proceso por el que transitan futuras madres y futuros padres, y así preparar mejor la futura llegada del bebé. Aportando así posibilidades a la hora de futuros planteamientos de intervención y acompañamiento por parte de los profesionales sanitarios.

El objetivo del presente estudio ha sido el de conocer las preocupaciones y el nivel de autoestima de futuros padres y madres que se encuentren en el tercer trimestre del embarazo, y consecuentemente observar si existen diferencias de género entre ambos.

Método

Diseño del estudio

El presente estudio es de naturaleza cuantitativa, observacional descriptivo y transversal. Las variables de estudio han sido el *género* y el *momento vital del tercer trimestre del embarazo* como variables independientes; y las *preocupaciones* y *autoestima* como variables dependientes. Además de estas variables, también se han medido variables sociodemográficas como la edad, nacionalidad y el género; variables socioculturales como el nivel de estudios, trabajar como sanitario/a y situación laboral; variables relacionadas con la salud como el estrés laboral y tener una enfermedad crónica; y variables relacionadas con el embarazo como el número de hijos/as previos, embarazo deseado, embarazo planeado, embarazo costoso (reproducción asistida), previa experiencia de aborto, embarazo de riesgo, buena conciliación familiar, red de apoyo y relación de pareja.

La razón de haber elegido una metodología de tipo cuantitativa descriptiva tiene que ver con la naturaleza de los estudios ya existentes relacionados con las variables interesadas. En este sentido, a nivel cuantitativo sólo se ha encontrado estudios que relacionan el embarazo y las preocupaciones en la mujer gestante. De esta manera, para la autoestima, la mayoría de las investigaciones encontradas se focalizaban en un grupo de población más joven, en concreto adolescente. En el grupo de hombres, la investigación encontrada ha sido mayoritariamente cualitativa o inexistente, como es el caso de la medición de la autoestima.

Teniendo en cuenta esto, se consideró la metodología cuantitativa descriptiva para facilitar así la comparación entre los grupos de estudio, asegurándonos además de poder contar con pruebas estandarizadas validadas que avalasen la fiabilidad y validez de los resultados.

Selección de participantes

La muestra del estudio ha consistido en un total de 60 mujeres y 5 hombres. La selección de la muestra se realizó mediante una serie de criterios excluyentes, a saber: estar embarazada o que tu pareja lo estuviera, estar en el tercer trimestre del embarazo o que tu pareja lo estuviera y tener más de 18 años.

La recogida muestral se llevó a cabo a través de un formulario en una plataforma online (Google forms), mediante un procedimiento de bola de nieve. Para ello se contactó con profesionales sanitarios como matronas a través de las redes sociales, así como con centros de preparación para el parto.

Aspectos éticos y legales

La propuesta de estudio, cuyo código de protocolo es MPGS_2022_007, fue evaluada favorablemente el 30 de noviembre de 2022 por el Comité de Ética de la coordinación de Trabajos de Fin de Máster del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas.

Se presentó a los participantes información sobre el presente estudio (véase Anexo 1) y un consentimiento informado (véase Anexo 2).

Instrumentos de medida

Para evaluar las preocupaciones, se utilizó la escala de preocupaciones Cambridge Worries Scale (CWS) versión española extraído de Catalá Mesón (2019). (véase Anexo 3). Este instrumento tiene como intención evaluar las situaciones potencialmente preocupantes para las mujeres en estado de gestación. En total posee 17 ítems, cada ítem se puede responder mediante una escala Likert de 6 puntos siendo 0 no preocupante y 5 extremadamente preocupante, a excepción del ítem 17 el cual se presenta de forma cualitativa. Aunque se pueda obtener una puntuación de los ítems no existe un método de corrección para alcanzar una

puntuación final, simplemente se trata de una escala que recoge a nivel cuantitativo las posibles preocupaciones.

Las propiedades psicométricas de esta escala resultan en una fiabilidad considerablemente buena al presentar un alfa de Cronbach de 0,86 y una validez que presentaba correlaciones significativamente positivas con puntuaciones de ansiedad y depresión (Monge et al., 2012).

Para evaluar la autoestima, se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg, versión en español, extraída de Consejo General de la Psicología de España (s.f.) (véase Anexo 4). Se trata de un cuestionario que consta de 10 ítems presentados mediante una Likert de 4 puntos siendo A muy de acuerdo y D muy en desacuerdo. Esta escala se corrige de forma que los ítems del 1 al 5 se puntúan de 4 a 1, y los ítems del 6 al 10 se puntúan del 1 al 4. Obteniéndose así una posible puntuación final que implica los siguientes rangos: de 30 a 40 puntos se relacionaría con una autoestima elevada, de 26 a 29 puntos con una autoestima media y menos de 25 puntos con una autoestima baja.

Este instrumento presentó una fiabilidad buena al presentar un alfa de Cronbach de 0,85 y una validez que muestra correlaciones significativamente positivas con las cinco dimensiones del autoconcepto, así como con las cogniciones y comportamientos expresados con respecto a satisfacción personal (Martín-Albo et al., 2007).

Procedimiento

Primero se buscaron los cuestionarios seleccionados para el estudio. Una vez obtenidos los cuestionarios previamente presentados, se dividieron el resto de las variables en cuatro bloques dependiendo del tipo de información que recogían. Una vez ordenadas las variables se procedió a la realización del cuestionario en la plataforma de Google Forms.

Tras haber obtenido el enlace para la participación se divulgó a través de las redes sociales. Una vez terminado la recogida de muestra, se procedió al análisis de resultados.

Resultados

Los datos presentes fueron recogidos mediante un proceso de bola de nieve, a través de un cuestionario en la plataforma Google forms. La recogida de datos se realizó desde el 26 de diciembre de 2022, hasta el 7 de marzo de 2023, dando lugar a un total de 103 participantes de los cuales 65 de ellos cumplían con los requisitos para el estudio. Para aumentar el número de participantes se contactó con personal de la salud como matronas, mediante las plataformas digitales como el correo electrónico y la red social Instagram.

Análisis de datos

En primer lugar, se valoró realizar las correspondientes pruebas de normalidad y homogeneidad en el conjunto de datos mediante el programa estadístico SPSS (versión 22). Se llegó a la conclusión de que la población no seguía una distribución normal por lo que se decidió usar estadísticos no paramétricos en consecuencia.

Antes de llevar a cabo las pruebas no paramétricas correspondientes se analizaron los estadísticos descriptivos, en concreto la tabla de frecuencias, medias y medianas. Gracias a la tabla de frecuencias se logró obtener algunos datos interesantes sobre la tipología de la muestra manejada. Entre ellos cabe destacar que la edad media de los participantes era de 32,467 para las mujeres, y de 32,800 en el grupo de hombres. Además, el 78,46% de los participantes son padres primerizos, el 84,61% de la muestra presenta una buena conciliación familiar, el 86,15% presenta una red de apoyo, el 73,84% de la muestra refiere estar en un buen momento en su relación de pareja, el 98,46% de la muestra refiere que se trata de un embarazo deseado, el 83,07% de la muestra no presentan un embarazo de riesgo el 89,23% no presenta enfermedad crónica, el 89,23% poseen estudios universitarios o de postgrado y en el grupo de hombres el

100% de la muestra presenta un trabajo a jornada completa, mientras que en el de mujeres se muestra más variedad, distribuyéndose el 50% en trabajo a jornada completa y el 35% en baja laboral.

Una vez realizado el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, se realizó de la misma manera con los ítems del cuestionario de preocupaciones, obteniendo así los siguientes datos presentados en la Tabla 1, señalándose en negrita aquellos ítems en los que las puntuaciones medias de ambos grupos difieren.

Tabla 1

Medias por género en los ítems de la escala de preocupaciones

Ítems	Masculino	Femenino
Posibilidad de que exista algún problema con el bebé	2,600	2,750
Dar a luz	2,600	2,683
Posibilidad de aborto espontáneo	1,800	2,200
Problemas laborales	2,400	1,467
Problemas de vivienda	0,400	0,800
Visitas al hospital	1,400	1,333
Salud de alguien cercano a ti	2,600	1,217
Problemas económicos	2,200	1,433
Exploraciones médicas ginecológicas	1,200	1,283

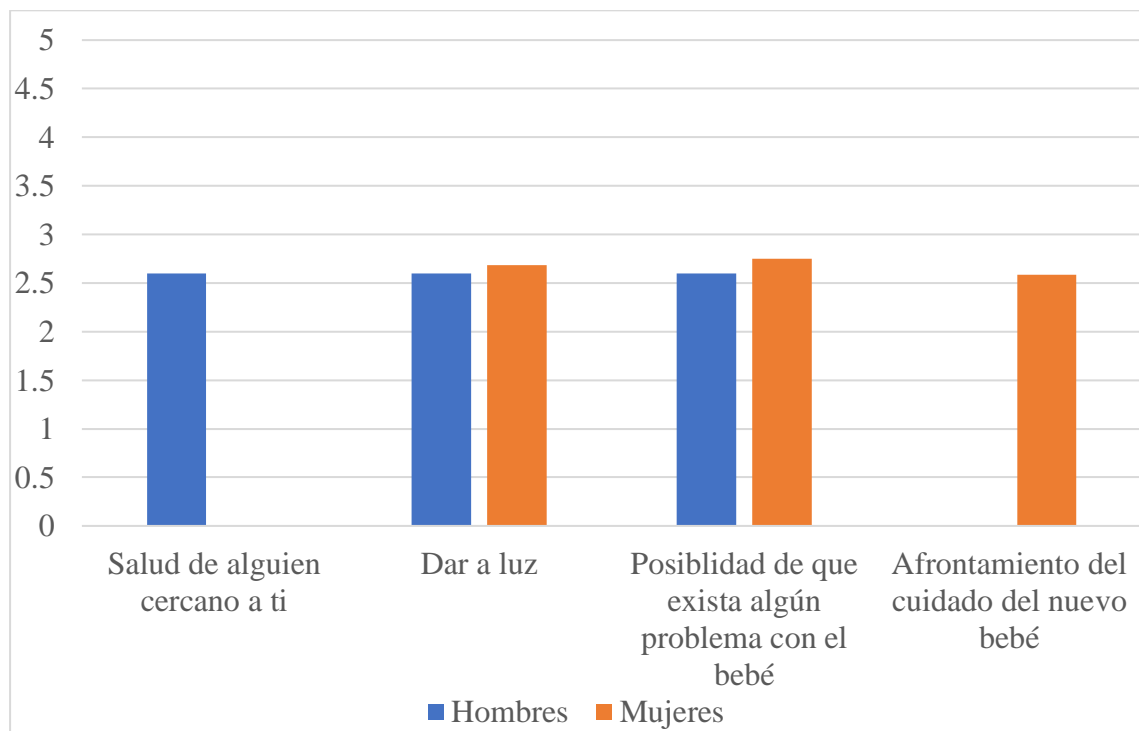
Ítems	Masculino	Femenino
Afrontamiento del cuidado del nuevo bebé	1,600	2,583
La propia salud	1,400	2,083
Dejar el trabajo	1,600	1,833
Si la pareja estará presente contigo durante el parto	0,800	1,517
Relación de pareja/marido	1,000	0,967
Problemas legales	0,600	0,283
Relaciones con la familia y amigos	1,000	1,283
Total (número de 5 participantes)		60

Nota. Las puntuaciones de la escala iban desde el 0 no preocupante y 5 extremadamente preocupante.

En la figura 1, podemos observar los ítems en los que cada grupo presenta medias más altas:

Figura 1.

Ítems con medias más altas en cada grupo



Nota. Los ítems en los que sólo se observa un grupo no significa que no tengan puntuación, sino que no está entre las más altas.

Podríamos extraer que los hombres presentan mayor media de preocupación que las mujeres en los ítems: problemas económicos (2,200 frente a 1,433 del grupo de mujeres), salud de alguien cercano a ti (2,600 frente a 1,217 del grupo de mujeres) y problemas laborales (2,400 frente a 1,467 del grupo de mujeres). Por su parte el grupo de mujeres presenta mayor media de preocupación que los hombres en los ítems: afrontamiento del cuidado del nuevo bebé (2,583 frente a 1,600 del grupo de hombres), la propia salud (2,083 frente a 1,400 del grupo de hombres) y si la pareja estará presente contigo durante el parto (1,517 frente a 0,800 del grupo de hombres).

Es importante mencionar también que en la escala de preocupaciones el ítem 17 era de tipo cualitativo ya que ponía otro y el participante puede anotar aquello que le preocupe (véase en el anexo 3). Aquí se han obtenido que las preocupaciones que han anotado las mujeres son:

la lactancia, la depresión postparto, la conciliación familiar, hacerlo bien como madre, el parto y la cesárea, la salud propia, la relación de pareja (familia del esposo, cuestionamiento de éste y vida sexual) y salud del bebé (prematuridad, enfermedad); mientras que el grupo de hombres 4 han respondido nada y 1 ha respondido aumento de gastos.

Una vez realizada las medias de los ítems de la escala de preocupaciones se corrigió la escala de autoestima de Rosenberg (véase Anexo 4) en cada participante, obteniendo así la puntuación total de autoestima en cada uno. A partir de esa puntuación total se calcularon las medias en cada grupo presentadas en la tabla 2.

Tabla 2

Medias por género en la puntuación de la escala de autoestima de Rosenberg

Escala de autoestima	Masculino	Femenino
Puntuación total	30,2000	33,9000
Total (número de 5 participantes)	5	60

Nota. De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada normal. De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima (Consejo General de la Psicología en España, s.f.).

En cuanto a la puntuación de autoestima observamos que ambos grupos obtienen una puntuación parecida, sin mucha diferencia siendo la puntuación media de autoestima superior en el grupo de mujeres (33,9000 frente a 30,2000 del grupo de hombres).

Una vez obtenidas las medias, se procedió con el análisis de las pruebas no paramétricas. Para ello se realizaron dos pruebas diferentes, la primera la prueba de Mann-Whitney y la segunda la prueba de Wilcoxon.

Se realizó la prueba de Mann-Whitney en las puntuaciones de las escalas de los diferentes grupos para comprobar si las diferencias observadas previamente en las puntuaciones medias eran significativas o no, obteniendo como resultado de esta prueba que no eran significativas en ninguna de las escalas.

Por otro lado, se analizó mediante la prueba de Wilcoxon para observar las diferencias en las puntuaciones de los ítems de la escala de preocupación, en los dos grupos (masculino y femenino), dependiendo de las variables sociodemográficas: número de hijos previos, conciliación familiar, situación laboral, experiencia de aborto previa, red de apoyo y enfermedad crónica. Se obtuvieron estadísticos significativos de todas las variables demográficas previamente nombradas a excepción de las variables experiencia de aborto previa y red de apoyo (véase tabla 3).

Podemos observar que existen más relaciones entre estas variables en el grupo de mujeres que en el de hombres. En este sentido se observa que el grupo de hombres solo presenta estadísticos significativos en la relación entre el número de hijos previos y la preocupación de dar a luz.

En el caso del grupo de mujeres observamos que el número de hijos previos se relaciona con las preocupaciones del afrontamiento del cuidado del nuevo bebé y con la de dar a luz. La conciliación familiar también parece estar relacionada con la preocupación sobre el afrontamiento del cuidado del nuevo bebé. La situación laboral parece relacionarse con ambas preocupaciones, problemas económicos y problemas de vivienda. Por último, la enfermedad crónica se vincula con la preocupación sobre las visitas al hospital.

Tabla 3*Estadísticos de prueba significativos*

VARIABLES RELACIONADAS	GRUPO	ESTADÍSTICO
Número de hijos previos y afrontamiento del nuevo bebé	Femenino	0,000
Número de hijos previos y dar a luz	Femenino	0,000
	Masculino	0,042
Conciliación familiar y afrontamiento del cuidado del nuevo bebé	Femenino	0,000
Situación laboral y problemas económicos	Femenino	0,033
Situación laboral y problemas de vivienda	Femenino	0,000
Enfermedad crónica y visitas al hospital	Femenino	0,002

Nota. Para que el estadístico sea significativo, éste tiene que ser menor que .05

Se puede observar que existen ciertas similitudes en las principales preocupaciones de ambos grupos ya que dos de los tres ítems con medias más altas coinciden en ambos. Por otra parte, observando el resto de los ítems podemos ver diferencias de medias entre los grupos, que, con mayor significación estadística, se podría concluir que los hombres se preocupan más de los problemas económicos, de vivienda y de la salud de alguien cercano a ti que las mujeres, mientras que ellas se preocupan más del afrontamiento del cuidado del nuevo bebé, la propia salud y de la presencia de la pareja en el parto. Estas preocupaciones parece que se pueden

relacionar en cierta medida con variables sociodemográficas como el número de hijos previos, la situación laboral, la conciliación familiar y enfermedad crónica, siendo más significativo en el grupo de mujeres.

Por su parte el nivel de autoestima de ambos grupos es bastante satisfactorio dando lugar a puntuaciones altas por parte de ambos, siendo ligeramente superior la autoestima presentada en el grupo de mujeres.

Discusión

Para poder comentar los resultados de la investigación, se considera importante recalcar el nivel muestral, ya que, para poder entrar en una certera comparación entre ambos grupos, hubiese sido esencial haber obtenido el mismo nivel muestral para cada grupo o al menos más equilibrado (la muestra presentada en este estudio es de 5 hombres y 60 mujeres).

Sin embargo, teniendo en cuenta que la gran parte de la muestra presenta un buen momento en su relación de pareja, y que al final del cuestionario se presentaba una nota enfatizando la importancia de que el cuestionario fuese rellenado también por su pareja, es interesante observar que solamente han respondido 5 hombres al cuestionario.

A pesar del nivel muestral, podemos observar que, en el grupo de mujeres, respecto a la investigación de Peñacoba-puente en 2011 con mujeres españolas (Peñacoba-puente et al., 2011) las preocupaciones mayoritarias son parecidas. En este sentido, en ese estudio se obtuvo que la muestra presentó mayor preocupación respecto a la posibilidad de que exista algún problema con el bebé y dar a luz, parecido a lo que sugiere la muestra de mujeres de la presente investigación: hay mayor nivel de preocupación en los ítems de posibilidad de que exista algún problema con el bebé (2,750), dar a luz (2,683) y afrontamiento del cuidado del nuevo bebé (2,583). Esto coincide también con las investigaciones realizadas por Georgsson Öhman en 2003 en población de mujeres suecas y por Petersen en 2009 en población de mujeres alemanas.

Respecto al grupo de hombres, en los estudios realizados por Kowlessar en 2015 y Pilkington y Rominov en 2017, se observó que las preocupaciones mayoritarias de los futuros padres eran el momento del parto y la salud de la futura madre. Aunque estos estudios recogieron estos resultados de manera cualitativa, se asemejan a lo obtenido en nuestra muestra, y es que las preocupaciones mayoritarias del grupo de hombres son: dar a luz, la posibilidad de que exista algún problema con el bebé y la salud de alguien cercano a ti.

Cabe destacar que, de las tres preocupaciones mayoritarias de los grupos del presente estudio, coinciden dos (dar a luz y la posibilidad de que exista algún problema con el bebé). Aún así, no se pueden tomar como datos concluyentes debido al nivel muestral.

En otra investigación realizada por Biehle y Mickelson en 2011, se observó que durante el último trimestre las madres se preocupaban más de la salud del bebé mientras que los padres de los problemas económicos. Teniendo en cuenta esta investigación, en nuestra muestra se ha observado que en los ítems donde difieren más el nivel de preocupación son para los hombres los problemas económicos, de la salud de alguien cercano a ti y de los problemas laborales; mientras que las mujeres el afrontamiento del cuidado del nuevo bebé, la propia salud y si la pareja estará presente contigo durante el parto. Aún así, estas diferencias se han analizado y se han visto no significativas por lo que no podemos tomar estos resultados como concluyentes.

Por otro lado, se quiso estudiar si las variables sociodemográficas recogidas tenían algún tipo de relación con los ítems de la escala de preocupaciones ya que en estudios mencionados previamente se obtuvo que las mujeres que eran madres primerizas mostraban mayores preocupaciones que aquellas que ya habían tenido hijos. En este sentido, la presente investigación ha obtenido que en el grupo de mujeres hay cierta relación también entre el número de hijos previos y los ítems de dar a luz y el afrontamiento del cuidado del nuevo bebé. Además, de esto, en el grupo de mujeres se ha encontrado que la conciliación familiar también

está relacionada con la preocupación sobre el afrontamiento del cuidado del nuevo bebé, la situación laboral con los ítems de problemas económicos y problemas de vivienda, y la enfermedad crónica con el ítem de visitas al hospital. Por su parte el grupo de hombres sólo ha mostrado nivel significativo para la relación entre el número de hijos previos y el ítem de dar a luz.

Respecto a la escala de autoestima de Rosenberg, nuestra muestra presenta en ambos grupos una autoestima elevada considerada como autoestima normal, siendo ligeramente superior la media en el grupo de mujeres. Esto sería contradictorio con lo observado en el estudio de Maçola en 2010, que obtuvo que el grupo de mujeres embarazadas presentaban una alta prevalencia de autoestima insatisfactoria tras haber completado también la escala de autoestima de Rosenberg. Aun así, los datos obtenidos del presente estudio no presentan un nivel muestral adecuado para plantear resultados concluyentes.

Limitaciones

La primera limitación que se puede encontrar en este estudio, y ya previamente nombrada, es el nivel muestral. La recogida de muestra, a pesar del énfasis que se puso para la participación de hombres, no ha sido lo suficientemente satisfactoria para poder realizar un análisis comparativo entre ambos grupos. Además, la escala de preocupaciones presenta un ítem que para el grupo de hombres quizás ha sido percibido como ajeno que es el de si la pareja estará presente contigo durante el parto. Quizás este ítem haya hecho que la muestra de hombres se vea alejada del estudio.

Otra limitación que se puede encontrar es el tipo de muestra. Se trata de una muestra muy específica en un momento determinado del embarazo por lo que la recogida de muestra era más complicada.

Quizás para futuras investigaciones en esta línea convendría obtener un nivel muestral de parejas que se encuentren en ese momento del embarazo y realizar una investigación cualitativa, obteniendo así los motivos que hay detrás de cada preocupación o una narrativa más completa de la experiencia de ambos. También se podría proponer la realización de un cuestionario con más ítems de preocupaciones (como por ejemplo a nivel posparto). Por otro lado también sería interesante plantear una investigación con muestra de diferentes culturas y observar las diferencias en las preocupaciones.

La cantidad de estudios encontrados ha sido escasa por ende la realización de la presente investigación, considerando un ámbito de investigación importante para llevar a cabo un buen acompañamiento en el proceso de embarazo y de preparación del parto, así como de tener en cuenta las preocupaciones a la hora de realizar una intervención individual o de pareja.

Referencias

- Biehle, S., & Mickelson, K. (2011). Worries in expectant parents: Its relation with perinatal well-being and relationship satisfaction. *Personal Relationships*, 18(4), 697-713.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01335.x>
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L., (2018). The phenomenon of pregnancy: a psychological view. *Ginekologia polska*, 89(2), 102-106.
Doi: 10.5603/GP.a2018.0017
- Blackstone, A. (2003). Gender roles and society. In J. R. Miller, R. M. Lerner & L. B. Schiamberg (Eds.), *Human Ecology: An Encyclopedia of Children, Families, Communities, and Environments* (pp 335-338). ABC-CLIO.
- Blázquez Rodríguez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* [Tesis de Doctorado, Universitat Rovira i Virgili].
<https://www.tdx.cat/handle/10803/8429#page=1>
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-time fathers' study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(9), 718-725.
<https://doi.org/10.1080/00048670701517959>
- Cala Carrillo, M. J., y Barberá Heredia, E. (2009). Evolución de la perspectiva de género en psicología. *Revista mexicana de psicología*, 26 (1), 91-101.
<http://hdl.handle.net/11441/58701>
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., y Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Catalá Mesón, P. (2019). *Aproximación psicosocial a los procesos de gestación, parto y puerperio. El rol de la personalidad materna*. [Tesis de Doctorado, Universidad Rey Juan Carlos].
<https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/16654/Tesis%20Patricia%20Catal%C3%A1%20Mes%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cobo Bedia R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 249-258.
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Bedia%2C+R.+C.+%282005%29.+El+g%C3%A9nero+en+las+ciencias+sociales.+Cuadernos+de+trabajo+soc+ial%2C+18%2C+249-258.&btnG=
- Consejo General de la Psicología en España (s.f.).
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
- Da Costa, D., Zelkowitz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., Hennegan, K., & Khalifé, S. (2017). Dads get sad too: Depressive symptoms and associated factors in expectant first-time fathers. *American journal of men's health*, 11(5), 1376-1384.
<https://doi.org/10.1177/1557988315606963>
- De Anta Rodríguez, L. (2017). *La construcción de la maternidad y paternidad en el sistema sanitario español. Análisis desde una perspectiva de género*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca].
https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/135714/DE_AntaRodriguezDeL_MaternidadyPaternidad.pdf?sequence=1
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing inquiry*, 10(1), 66-78.

- <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00157.x>
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531-558.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>
- Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual review of psychology*, 69, 275-298.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719>
- Flores-Ramos, M. (2013). La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 143-144.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001
- Georgsson Öhman, S., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(2), 148-152.
<https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00095.x>
- Gómez López, M. E., Aldana Calva, E., Carreño Meléndez, J., y Sánchez Bravo, C. (2006). Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 28-35.
<https://doi.org/10.48102/pi.v14i2.357>
- González Gavaldón, B. (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, 12, 79-88.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15801212>
- Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M. C., Guler, A. E., & Inanir, A. (2015). Body image perception and self-esteem during pregnancy. *International journal of women's health and reproduction sciences*, 3(4), 196-200.
<http://ijwhr.net/text.php?id=122>
- Kazmierczak, M., & Goodwin, R. (2011). Pregnancy and body image in Poland: Gender roles and self-esteem during the third trimester. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 334-342.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2011.631179>
- Kowlessar, O., Fox, J.R. & Wittkowski, A. (2015) The pregnant male: a metasynthesis of first-time fathers' experiences of pregnancy, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 106-127.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2014.970153>
- Maçola, L., Nogueira do Vale, I., & Carmona, E. V. (2010). Assessment of self-esteem in pregnant women using Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 569-576.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>
- Maldonado-Durán, J. M. (2011). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto en J. M. Maldonado-Durán (Ed.), *Salud mental perinatal* (pp 1-17) Organización Panamericana de la Salud.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
- Marín Morales, D. (2014). *Influencia de la personalidad y las variables cognitivo-afectivas en el embarazo y puerperio*. [Tesis de Doctorado, Universidad Rey Juan Carlos].
[https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/12247/Tesis Dolores Marin Morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/12247/Tesis%20Dolores%20Marin%20Morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Marín Morales, D., Bullones, M. A., Carmona Monge, F. J., Carretero Abellán, I., Moreno Moure, M. A., y Peñacoba Puente, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (37).

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7763110>
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish journal of psychology*, 10(2), 458-467.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>
- Martínez Benlloch, I. (2007). *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Materiales didácticos. Ministerio de sanidad y Consumo. Universidad Complutense de Madrid*, 20. [Archivo PDF]
https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf
- Monge, F. J. C., Peñacoba-Puente, C., Morales, D. M., & Abellán, I. C. (2012). Factor structure, validity and reliability of the Spanish version of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery*, 28(1), 112-119.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.006>
- Nieri, L. (2012). Paternidad y maternidad: aproximaciones psicológicas y socioculturales. *Poiésis*, 12(23), 1-12.
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/341>
- Nieri, L. (2012). Sentimientos del padre actual en la etapa perinatal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 999-1022.
https://www.researchgate.net/profile/Liliana-Nieri/publication/316276393_SENTIMIENTOS_DEL_PADRE_ACTUAL_EN_LA_ETAPA_PERINATAL/links/58f8b348458515bc74ceb212/SENTIMIENTOS-DEL-PADRE-ACTUAL-EN-LA-ETAPA-PERINATAL.pdf
- Panesso Giraldo, K., y Arango Holguín, M. J. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507>
- Peñacoba-puente, C., Carmona Monge, F. J., & Marín Morales, D. (2011). Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 90(9), 1030-1035.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01208.x>
- Petersen, J. J., Paulitsch, M. A., Guethlin, C., Gensichen, J., & Jahn, A. (2009). A survey on worries of pregnant women-testing the German version of the Cambridge Worry Scale. *BMC Public Health*, 9(490), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-490>
- Pilkington, P. D., & Rominov, H. (2017). Fathers' worries during pregnancy: A qualitative content analysis of Reddit. *The Journal of perinatal education*, 26(4), 208-218.
Doi: [10.1891/1058-1243.26.4.208](https://doi.org/10.1891/1058-1243.26.4.208)
- Potok, M. (2015). "La mala madre": la maternidad como práctica subversiva en la escritura de Lucía Etxebarria. *Ámbitos Revista de estudios de ciencias sociales y humanidades*, (33), 53-63.
<http://hdl.handle.net/10396/13138>
- Purizaca Benites, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56(1), 57-69.
<https://doi.org/10.31403/rpgo.v56i255>
- Rodrigues, A. R., Pérez-López, J., y Brito de la Nuez, A. G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 20(1), 93-102.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/27601>

- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: a systematic review. *Frontiers in psychology, 10*(1453), 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01453>
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders, 119*(1-3), 142-148.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>
- Van Scheppingen, M. A., Denissen, J.J.A., Chung, J. M., Tambs, K., & Bleidorn, W. (2018). Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology, 114*(6), 973-991.
<https://doi.org/10.1037/pspp0000156>
- Zúñiga Rivas, N. C. (2012). *Principales mitos alrededor de la maternidad y postparto en mujeres embarazadas, como influyen en la transición del ciclo vital y como cambian desde un abordaje sistémico* [Tesis de Grado, Universidad Pontificia Javeriana]
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15409/Zu%C3%B1igaRivasNatalyCecilia2012.pdf?sequence=4>

Anexos

Anexo 1. Información del estudio

Un equipo de investigadores de la Universidad Pontificia Comillas está realizando un estudio sobre el momento del embarazo. Nuestro objetivo es conocer si existen diferencias de género en la autoestima y en las preocupaciones que van surgiendo acerca de la maternidad y paternidad durante el último trimestre del embarazo.

Anexo 2. Consentimiento Informado.

Su colaboración va a ser de gran ayuda para alcanzar un mayor conocimiento sobre el proceso del embarazo y la preparación para la maternidad/paternidad, y así ofrecer posibles programas que contemplen lo averiguado en la investigación. Somos conscientes de la longitud del cuestionario y del esfuerzo que exige su realización, y por ello le agradecemos su tiempo e interés.

El cuestionario se realiza entre 5-10 minutos

Antes de comenzar, recuerde que:

- El cuestionario es **ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL**.
- No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, por ello, le rogamos la **MAYOR SINCERIDAD POSIBLE**.
- Es importante que respete el orden de las preguntas tal y como aparecen en el cuestionario.
- Es un cuestionario **INDIVIDUAL**, le agradeceríamos que no consultara con su pareja las preguntas o sus respuestas.
- Todas las preguntas son obligatorias. Escoja, en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a su situación.

Le agradecemos, de nuevo, su colaboración que nos será de una gran ayuda en la realización de este estudio.

Contacto:

Investigador alumno: belenrodriguezdetiedra@alu.comillas.edu

Investigador responsable: pccuevas@ext.comillas.edu

Anexo 3. Escala de preocupación (versión en español de CWS)

La siguiente lista muestra una serie de situaciones que suelen preocupar en distinto grado a las mujeres embarazadas. Valora cada uno de las afirmaciones dándole una puntuación que puede ir desde 0 en el caso de que dicha afirmación no suponga una preocupación para ti hasta 5 en el caso de que la afirmación suponga una preocupación extrema para ti.

0 No preocupante	1	2	3	4	5 Extremadamente preocupante	
1. Posibilidad de que exista algún problema con el bebé	0	1	2	3	4	5
2. Dar a luz	0	1	2	3	4	5
3. Posibilidad de aborto espontáneo	0	1	2	3	4	5
4. Problemas laborales	0	1	2	3	4	5
5. Problemas de vivienda	0	1	2	3	4	5
6. Visitas al hospital	0	1	2	3	4	5
7. Salud de alguien cercano a ti	0	1	2	3	4	5
8. Problemas económicos	0	1	2	3	4	5
9. Exploraciones médicas ginecológicas	0	1	2	3	4	5
10. Afrontamiento del cuidado del nuevo bebé	0	1	2	3	4	5
11. La propia salud	0	1	2	3	4	5
12. Dejar el trabajo	0	1	2	3	4	5
13. Si la pareja estará presente contigo durante el parto	0	1	2	3	4	5
14. Relación con tu pareja / marido	0	1	2	3	4	5
15. Problemas legales	0	1	2	3	4	5
16. Relaciones con la familia y amigos	0	1	2	3	4	5
17. Otros (especificar)						
-	0	1	2	3	4	5
-	0	1	2	3	4	5
-	0	1	2	3	4	5

Anexo 4. Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

