



CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y EL USO DE REDES SOCIALES VIRTUALES COMO FUENTE DE INFORMACIÓN Y APOYO EN MADRES PRIMERIZAS

Autor: M^a Teresa Ibarburu Valbuena

Director: M^a Cruz González Ruíz

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2016

M^a Teresa
Ibarburu
Valbuena

**LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y EL USO DE
REDES SOCIALES VIRTUALES COMO FUENTE
DE INFORMACIÓN Y APOYO EN MADRES
PRIMERIZAS**



Resumen

La depresión postparto tiene efectos adversos para la salud, tanto físicos como psicológicos, fundamentalmente en la madre y en sus hijos, así como en el entorno más cercano. Las intervenciones realizadas hasta el momento dirigidas a su prevención no han logrado frenar su prevalencia. El objetivo de esta investigación es analizar si el Uso de Redes Sociales Virtuales como red de apoyo para la madre pueden ser una nueva herramienta eficaz para disminuir la Sintomatología Depresiva y/o Ansiógena característica de este trastorno. La muestra de este estudio estuvo integrada por 40 madres primerizas en su primer año de maternidad, evaluadas mediante la Escala de Depresión de Edimburgo, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 y un cuestionario "ad hoc" sobre el Uso de Redes Sociales Virtuales. Los resultados de este estudio mostraron un uso mayoritario de internet como fuente de información, pero la participación y/o consulta en Redes Sociales Virtuales no se pudo relacionar con una disminución de Sintomatología Depresiva y/o Ansiógena. Por lo que se concluye que no es el hecho de participar en sí mismo en estas Redes Virtuales lo que puede disminuir dicha sintomatología sino otras variables como la Percepción de Apoyo que reciben estas madres, más propia de la interacción cara a cara que de la interacción en línea.

Palabras claves: Depresión postparto, apoyo social percibido, redes sociales virtuales, síntomas depresivos, síntomas Ansiógenos, apego, rol maternal, internet.

Abstrac

Postpartum depression has adverse health effects, both physical and psychological, mainly in the mother and her children, as well as in the immediate environment. Interventions at prevention have so far failed to curb its prevalence. The objective of this research is to analyze whether the use of virtual social networks can be an effective new tool to reduce depressive/ anxiogenic symptoms feature of this disorder. The study sample was composed of 40 mothers in their first year of motherhood, assessed by Depression Scale Edinburgh Questionnaire State-Trait Anxiety (STAI), Social Support Questionnaire Functional Duke-UNK-11 and a questionnaire "ad hoc" on the Use of Virtual Social Networks. The results showed a majority use Internet as a source of information, although participation and / or consultation in virtual social networks could not be associated with a decrease in depressive and/or anxiogenic symptoms. So as a conclusion, we can say that it is not the fact itself of participating in these networks which can reduce symptoms but the perception of support these mothers receive as the result of this interaction.

Keywords: Postpartum depression, perceived social support, virtual social networks, depressive symptoms, anxiety-inducing symptoms, addiction, maternal role, internet.

La Depresión Postparto (en lo sucesivo, DPP) afecta al funcionamiento social y físico, es un importante factor de riesgo de suicidio, además de asociarse con una alta morbilidad, mortalidad y costes para la salud. Estos hechos sitúan a esta enfermedad como principal causa de hospitalizaciones no obstétricas entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 44 años (O'Hara, 2009). Su prevalencia se encuentra en torno al 19,2% en las primeras 12 semanas postparto, disminuyendo en las semanas posteriores al 7,1%. Estos datos se han mantenido estables en los últimos años (Gayne, 2005).

Actualmente, la DPP, al igual que sucedía en el DSM- IV, no se reconoce con un diagnóstico tipológico específico, sino que se recoge dentro de los criterios diagnósticos de la depresión (DSM-V, 2014). No obstante, existe acuerdo entre los clínicos en considerar la DPP como una depresión que se sucede en el primer año después del parto (Dennis y Dowswell, 2013).

En relación a su sintomatología, es característico el cansancio, los sentimientos de soledad, la culpa y la sensación de pérdida de control. Pero otros síntomas depresivos como la irritabilidad, el ánimo bajo, la labilidad emocional, la ansiedad y los trastornos del sueño se consideran, en muchas ocasiones, sintomatología normal del embarazo y postparto (Dennis, Heaman y Vigod, 2012; Halbreich y Karkun, 2006; Olhaberry, Romero y Largo, 2015). Suele ser habitual que esta sintomatología depresiva pueda confundirse con la melancolía postparto, de carácter más fisiológico, que surge en las primeras semanas y que se asocia a cambios hormonales y con pronóstico autolimitante (Gutiérrez, 2015).

Este hecho dificulta el diagnóstico de la DPP y aumenta el riesgo de subdiagnosticar este trastorno (Halbreich y Karkun, 2006; Olhaberry, Escobar, San Cristoban, Pía Santelices, Farkas, Rojas y Martínez, 2013; Olhaberry et al., 2015). Actualmente, las revisiones sistemáticas recogen cifras cercanas al 50% de los casos de DPP que no son diagnosticadas, con las consecuencias negativas que implica para la madre, el recién nacido y el resto de los componentes de la familia (Gutiérrez, 2015). La razón puede encontrarse en que actualmente no existe consenso para identificar a las mujeres “en riesgo” de padecer DPP. En una revisión en la que se analizaron 16 medidas de cribado prenatal, no se encontró ninguna con una aceptable validez predictiva como para señalar con precisión aquellas mujeres asintomáticas que posteriormente desarrollaron DPP (Austin y Lumley, 2003).

Y en esta línea de trabajo preventivo se están dirigiendo la inmensa mayoría de los esfuerzos en los últimos años. Ya que no podemos limitarnos a entender la DPP como una lista de sintomatología sin más. El objetivo fundamental es proveer a los profesionales de la salud de herramientas para la prevención, detección e intervención en este trastorno. En este sentido, la

teoría y el modelo de Mercer (como se citó en Berlanga, Pérez-Cañaveras y Flores, 2013) proporcionan un marco de comprensión más sencillo que el modelo de DPP de Beck (Beck; como se citó en Berlanga et al., 2013) en el que se integra toda esta sintomatología. De esta forma, ambas aportaciones son fundamentales para entender la maternidad en su complejidad y permiten abrir nuevas estrategias de intervención que ayuden a las futuras madres a enfrentar esta etapa vital de un modo más adaptado.

Según su modelo (Mercer; como se citó en Berlanga et al., 2013) estos síntomas depresivos responden a un cambio profundo en la mujer que incluye todas sus dimensiones, ya sean psicológicas, sociales y físicas, además de cambios emocionales relacionados con el cuidado del bebé y reajuste al nuevo rol. Estos cambios conllevan en la reciente madre duelos por la pérdida de la independencia, de la imagen corporal anterior, de la vida en pareja sin hijos y de la vida laboral que llevaba. Todo ello explica que, durante el primer año de maternidad, la probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico sea mucho mayor que en cualquier otro momento evolutivo, al tratarse de un periodo especialmente estresante del ciclo vital (Berlanga, Flores y Pérez-Cañaveras, 2013).

En esta adopción del Rol Maternal se suceden una serie de estadios, y la intervención preventiva de DPP debería ser específica para cada una de estas etapas. Son los siguientes: 1) Las expectativas hacia el nuevo rol y de su relación con su futuro bebé, en la etapa del embarazo; 2) el enfrentamiento de la nueva realidad en las primeras semanas de nacimiento del bebé, en la que influye el aprendizaje del rol social y su activación; 3) el desarrollo personal del nuevo rol en su propio estilo materno, independientemente del social; y 4) la interiorización del rol con sentimientos de armonía y competencia. Es decir, la integración del rol en su propio sistema familiar y social manteniendo la congruencia personal con ese nuevo rol. Todos estos estadios dependen de forma directa del apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y las relaciones familiares en general (Mercer, como se citó en Berlanga et al., 2013).

La mala adaptación a todos estos cambios que implica la adopción del nuevo Rol Maternal tiene claras consecuencias en la madre, y éstas no se limitan únicamente a la sintomatología de la DPP que comentaba anteriormente. Hay estudios que muestran como la presencia de DPP puede desencadenar en la madre depresiones mayores en los siguientes partos y su prolongación temporal hasta 5 años de su sintomatología depresiva (Gutiérrez, 2015). Además, si no reciben tratamiento puede generar efectos adversos a largo plazo en la madre y llegar a presentar depresión recurrente en el futuro (Olhaberry et al., 2015).

Pero para entender la magnitud de la gravedad de esta patología y que justifica los grandes esfuerzos en su prevención y predicción, no debemos limitarnos únicamente a la afección y riesgo

materno. Este trastorno afecta también al bebé en todas sus dimensiones, tanto biológico/físicas como afectivas. A nivel biológico, en una revisión sistemática realizada por Gentile (2015), se encontró datos que mostraban como los bebés de madres con DPP sin tratamiento presentaban una frecuencia cardíaca irregular durante la gestación y el momento del parto, niveles elevados de cortisol y norepinefrina (revelan estrés neonatal), disminución de los niveles de dopamina, alteración del EEG, reducción del tono vagal y mayores tasas de muertes prematuras y necesidad de cuidados intensivos.

Como ya demostraron los estudios realizados por Spitz sobre la depresión anaclítica en bebés, no podemos desligar este componente biológico/físico del neonato, de sus necesidades afectivas (Spitz; como se citó en Schejtman, 2004). Tanto es así, que los bebés separados de sus madres, pero atendidos por personal cualificado que les alimentaba y cuidaba a nivel biológico no podían compensar el déficit afectivo que sufrían. Poco a poco estos niños iban perdiendo su energía y entonaban un llanto monótono hasta rechazar todo contacto humano y finalmente el alimento. Esta deprivación afectiva, ya fuera parcial o total, llevaban al neonato a un irreversible destino de enfermedades e incluso la muerte, y confirmaban el papel prioritario de las relaciones afectivas tempranas más allá de las biológicas (Schejtman, 2004). Son numerosos los estudios realizados en esta línea de trabajo en los últimos 30 años, en términos de interacción materno-infantil que demuestran que los niños de madres con depresión tienen un mayor riesgo de presentar trastornos en el apego, afectivos, cognitivos y conductuales (Castro, 2011). Y es que, esta mala adaptación materna a su nueva situación se produce en el momento en el que existe la máxima dependencia del bebé de los cuidados de su madre, y existe una gran evidencia del efecto de la depresión materna y pobres interacciones materno-infantiles en el desarrollo del bebé, causando un estrés significativo en el recién nacido (Olhaberry et al., 2013; Weissman, 2006).

Es característico que las madres con DPP muestren dificultades para percibir e interpretar las señales comunicacionales de sus hijos disminuyendo los momentos de sintonía y encuentro entre ambos (Olhaberry et al., 2015). El recién nacido, ante estas comunicaciones de su figura significativa tan confusas, ambiguas y/o pobres, se adapta, presentando en edades más avanzadas un desarrollo cognitivo, habilidades sociales y mecanismos de regulación emocional y conductual acordes con ese patrón de apego que reciben en sus estadios iniciales (Bowlby; como se citó en Olhaberry et al., 2015). Todo ello con su consecuente correlato neurobiológico como la alteración de las estructuras corticales y límbicas, como la ínsula en trastornos afectivos, y alteración de la corteza orbitofrontal y prefrontal fundamentales en la generación y regulación de las conductas sociales y emocionales del bebé (Guendelman, 2008).

A su vez, esta falta de sintonía comunicacional y afectiva entre la madre y el bebé, generan en éste un estado afectivo disregulado, como explica el neuropsicoanalista Allan Shore (como se

citó en Guendelman, 2008), con importantes consecuencias en el neonato. Entre ellas destacar la alteración en el desarrollo del hemisferio derecho y de cuyo desarrollo dependen funciones como la regulación emocional, el procesamiento y atención visuo-espacial, componentes de comunicación no-verbal y mapas corporales integrados, entre otros. Esto explicaría las conclusiones de un metanálisis reciente en el que se revisaron 193 estudios sobre las consecuencias de la depresión materna (no limitada únicamente al periodo postnatal) en los neonatos. Los resultados mostraron una asociación entre la depresión y una mayor presencia de psicopatología general, concluyendo que los hijos de madres con DPP muestran en la adolescencia y edad adulta una incidencia tres veces superior a la media general en patologías como la depresión mayor, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Gutiérrez, 2015). También presentan una afectación del desarrollo atencional, problemas emocionales y de comportamiento (Goodman, 2011; Tiffany, 2011), altos niveles de conductas internalizantes y externalizantes (Goodman, 2011), y un leve aumento de las conductas delictivas (Gentile, 2015).

Todo ello pone en relieve la trascendencia de la prevención, el diagnóstico y la intervención, cuando sea necesaria, de la DPP por las claras consecuencias de esa mala adaptación al nuevo Rol Maternal, tanto inmediatas como a largo plazo, en su entorno más cercano y particularmente, en el neonato y en la propia madre.

Pero a pesar de la numerosa investigación dirigida a este trastorno no se ha podido identificar un único factor causante al que dirigir todos los esfuerzos para su prevención y predicción. Su etiología es multifactorial (Beck; como se citó en Berlanga et al., 2013) al igual que lo recoge el modelo de Mercer. Los hallazgos en distintos metanálisis señalan distintos factores a los que dirigir la intervención (Gemmill y Milgrom, 2014; Gutiérrez, 2015): 1) variables psicosociales, como problemas de conyugales, experimentar eventos estresantes de la vida durante el embarazo o el puerperio temprano y la falta de apoyo social, como factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad; 2) variables personales como las alteraciones previas del estado de ánimo durante o anteriores al embarazo; 3) las expectativas y conflicto de roles ante la llegada de un nuevo miembro a la familia; y 4) complicaciones médicas durante el embarazo, el parto o postparto.

Este marco tan complejo de cambios que proporciona el modelo de Mercer (como se citó en Berlanga et al., 2013) resulta sencillo de comprender al considerar toda la sintomatología depresiva propia del Trastorno de DPP y ampliar el periodo de esta sintomatología a los comienzos del embarazo, como ya apuntaban otros autores (Barnett, Eastwood, Jalaludin, Kemp, Phung y Tobin, 2013). De esta forma, se pueden desarrollar planes de intervención psicosocial en las etapas iniciales del embarazo en el que comenzar a trabajar las expectativas hacia el nuevo rol, e ir acompañando a la futura madre en ese camino hacia la maternidad. Y de esta forma, paliar

los daños futuros tanto en la madre, en el recién nacido, la diada madre-hijo y restos de integrantes familiares, así como disminuir los costes sanitarios que subyacen a esta patología con tantos afectados.

Este tipo de recomendaciones compartidas por numerosos profesionales de la salud choca con la realidad de este trastorno. Como ya apuntaba, su diagnóstico precoz resulta complejo y los costes para hacer frente a intervenciones preventivas de todas aquellas madres con factores de riesgo para desarrollarla, son elevados. Y mucho más si nos remontamos a las primeras etapas del embarazo. Con este objetivo, en distintos países del mundo se han estudiado la efectividad de sus programas preventivos en la reducción tanto de la enfermedad en sí misma, como de su impacto en su entorno más cercano (Dennis y Dowswell, 2013).

Sabemos que existen programas de intervención preventiva de DPP que son más eficaces respecto a otros, pero la inversión de recursos, ya sea económicos o de personal, dificultan su implantación a la población general. Aun así, desconocemos cuáles son los mecanismos preventivos que logran que una intervención sea eficaz y otra no.Cuál es el “por qué” de que la intervención sea efectiva (Dennis y Dowswell, 2013).

Y en esta línea se está trabajando con distintas propuestas de intervención, como es el caso de la inclusión del factor protector “Apoyo Social”, en un intento por romper con la estabilidad de la prevalencia de la DPP. Es conocido el papel protector del Apoyo Social dentro de la etiología multicausal de esta enfermedad (Gemmill y Milgrom, 2014; Graeme, Kemp, Badrudin y Ngoc Phung, 2013; Gutiérrez, 2015), y la gran mayoría de estos programas, y las investigaciones sobre su efectividad, están dirigidas a proporcionar a la madre el apoyo social productivo y útil, que mitigue y le ayude en esta nueva etapa evolutiva. Según la teoría de Redes Sociales, las relaciones interpersonales son los recursos a través de los cuales las personas, en nuestro caso, las madres, pueden adquirir apoyo emocional y material, y el acceso a las oportunidades. Todo ello sirve de soporte y ayuda para cumplir con sus responsabilidades diarias, superar condiciones difíciles, y lidiar con el estrés (Castillo y Sarver, 2012). Pero es importante distinguir entre lo que percibe la madre como apoyo y lo que recibe realmente, siendo fundamental que sea percibido como tal, independientemente de la cuantificación del mismo. Así lo defienden numerosas investigaciones que concluyen que es la percepción de ese apoyo recibido el que se asocia con mejores resultados de salud, tanto física como mental, y no tanto su cuantificación (Hodnett, Gates, Hofmeyr y Sakala, 2012; Prati y Pietrantoni, 2010) y por lo que hablaré en lo sucesivo de Apoyo Social Percibido.

En el campo de la intervención, lo más novedoso e innovador que se estaba realizando en los últimos años y que prometía romper con esta tendencia de estabilización de la prevalencia de

la DPP, consiste en una combinación de “Apoyo Social Percibido” y “Uso de Tecnologías”. Es el caso de intervenciones psicosociales y/o psicológicas vía telefónica y en intervenciones interpersonales, ya fueran con profesionales de la salud o entre iguales como recogen Dennis y Dowswell (2013) en su metanálisis. Los datos sobre este tipo de intervenciones mostraban resultados muy positivos en cuanto a eficacia. En esta misma línea de intervención telefónica, Cochrane Review (2013) realizó otro metanálisis sobre los datos recogidos por 27 ensayos aleatorios con una muestra de 12.256 mujeres que recibieron apoyo telefónico versus atención habitual. Los resultados extraídos en cuanto a la disminución de las puntuaciones de depresión, la duración de la lactancia materna y el aumento en la satisfacción general, fueron muy satisfactorios, aunque insuficientemente sólidos como para justificar la gran inversión en recursos.

Entonces ¿por qué no innovar e ir más allá de estas tecnologías? ¿por qué no utilizar una herramienta como la que ofrecen las Redes Sociales Virtuales (en lo sucesivo, RSVirtuales) para dotar a las madres del apoyo social que les sostendría en estos momentos de cambio y construcción de una nueva identidad? ¿por qué no añadir a este apoyo fuentes de información fidedigna a través de estas Nuevas Tecnologías que ellas puedan consultar de forma específica en los distintos momentos del embarazo, parto y postparto, momentos de tanto cambio e inestabilidad?

Al fin y al cabo, son baratas, accesibles, disminuyen los costes de los servicios de salud, son cómodas, te conectan con otros usuarios, obtienen información en el momento oportuno, y los usuarios y proveedores tienen el control de la interacción que realizan (Seguranyes, 2013). No cabe duda entonces, que superan a las más novedosas intervenciones psicosociales utilizadas hasta ahora en la prevención de la DPP, como las intervenciones telemáticas tipo telefonía o Skype.

Es una realidad que el 76,2% de la población entre 16 y 74 años ha utilizado Internet en los últimos tres meses (un 74,5% de mujeres) y más de la mitad (54%) participa en redes sociales de carácter general, como Facebook, Twitter o Tuenti (INE, 2015). Desde la Comisión Europea y su proyecto “Estrategia Europa 2020” se está trabajando para introducir estas tecnologías de la información y comunicación (TIC) también, en el ámbito sanitario, para así mejorar la calidad asistencial, reducir los costes sanitarios y facilitar la accesibilidad en cualquier región europea (Seguranyes, 2013). En España se están implementando algunas de estas propuestas en comunidades autónomas como Andalucía y Cataluña con programas como “Salud Responde”. Este prometedor programa está dirigido a pacientes, familiares, cuidadores, etc., pero, actualmente, se limita sobre todo a la gestión de citas y al seguimiento de pacientes dados de alta los fines de semana (Salud responde y Sanitat respon; como se citó en Seguranyes, 2013), sin lograr aportar mucho más. Una novedosa herramienta que ha quedado muy limitada en sus

funciones, a pesar de que las encuestas realizadas sobre los hábitos de uso de internet arrojan datos que revelan un gran interés por parte de la población en que se implementen programas más eficaces a este respecto. En temas relacionados con la salud las encuestas revelan cifras del 84% de internautas que consultan comentarios de otras personas sobre sus experiencias de salud, y el 61% han realizado búsquedas de personas con el mismo problema de salud o preocupación que ellas, aunque el 70% reclaman mayores garantías en seguridad, la privacidad y la confianza en la red (Lupiáñez-Villanueva, 2015).

Si se realiza una búsqueda en *Google.es* con las palabras “depresión postparto”, se obtienen 188.000 resultados de búsquedas. Sabiendo que el uso de internet está tan extendido como comentaba, y su fácil acceso y disponibilidad de información, ¿cómo puede una reciente madre reconocer cuáles pueden ser una adecuada fuente de información que clarifique sus dudas, sobre qué hacer, a quien acudir, si es o no normal, etc.? En esta línea se está trabajando también, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha realizado una petición encabezada por el Dr. Joan Dzenowagis a la Corporación para la Asignación de Números y Nombres en internet (ICANN) para la creación de un nuevo dominio de internet dirigido únicamente a temas relacionados con la salud, “Health”, semejante al actual “.com” pero únicamente del sector público. De lograrlo, la adquisición de este dominio sería estrictamente legislado y controlado de acuerdo con los criterios de calidad. De esta forma, podría limitarse los riesgos del uso online, logrando valores de calidad, privacidad y protección de datos, honestidad y actualización en la información suministrada y responsabilidad de sus gestores.

En espera de que se apruebe este dominio público, las madres utilizan mayoritariamente internet para obtener información, frente a otros medios, según un estudio llevado a cabo en Suecia sobre el uso de internet y las temáticas más frecuentemente consultadas. El 84% de las madres usaron internet para obtener información y la mayoría consideraron esta información como fiable (Seguranyes, 2013). Otro estudio realizado sobre las temáticas consultadas en la web, encontraron que el 70% de las futuras madres buscó información sobre temáticas distintas a las previamente abordadas en los cursos grupales e individuales en los que participaron con la matrona (Seguranyes, 2013). Y es que la inmensa mayoría de los programas diseñados para potenciar el bienestar psicológico de la madre y prevenir la DPP ponen en marcha iniciativas orientadas fundamentalmente a temas de salud física, sin analizar previamente qué información buscan las madres, cuáles son sus demandas, sus vivencias, etc. Un ejemplo de ello es la investigación realizada por Bowman (2005) en relación a las temáticas más frecuentemente consultadas por las madres. Esta concluye que: a) los últimos días del embarazo las madres buscan información sobre el parto; b) los primeros tres días tras el mismo, sobre la episiotomía y complicaciones postparto; y c) posteriormente información sobre cómo ser una buena madre y

cubrir necesidades de este momento e información básicamente relacionada con la alimentación, el cuidado y enfermedades del recién nacido. Esta investigación pone de manifiesto las demandas cambiantes de información en la madre, y que las nuevas tecnologías pueden facilitar, con costes mucho más reducidos que los medios tradicionales.

En muchas ocasiones, las fuentes de información provienen de otras madres y padres como es el caso de los blogs sobre temas concretos de maternidad. Estos han crecido exponencialmente en los últimos años, desde sus comienzos en el 2010. Estos blogs dirigidos a padres y madres cuestionan el mito de “super-madre” buscando ajustar las expectativas sobre la maternidad, y rompiendo con los estereotipos unificadores (Visa y Crespo, 2015). Son blogs que dan respuesta a las demandas de información, validación de sentimientos encontrados, apoyo, etc. que implica el cambio al nuevo Rol Maternal y que no reciben de otros medios, aunque con la problemática de que no son gestionados por profesionales de la salud.

Además del potencial de estas Nuevas Tecnologías como fuente de información específica sobre la maternidad, tanto relacionada con temas de salud como de bienestar psicológico, éstas pueden ofrecer apoyo a través de sus RSVirtuales. El desarrollo de la Web 2.0 a principios del 2004, ha supuesto un gran avance en cuanto a interacción entre usuarios, dotando a las personas de nuevas herramientas de comunicación. Ya no es consumidor pasivo de contenidos generados por otros, si no que pueden ser ellos mismos los consumidores y productores de esos contenidos. Estas nuevas aplicaciones agrupadas en este formato Web 2.0 ofrecen a cada usuario un espacio propio en la red donde contar sus experiencias y compartirlas con otros (Torrente, Martí y Escarrabill, 2010), y podrían ofrecer ese espacio de Apoyo Social Virtual a las madres primerizas, como prevención de la DPP.

En los últimos años han emergido un gran número de este tipo de redes sobre temas de salud como las redes sociales de pacientes, comunidades virtuales de salud e incluso grupos de apoyo online en general. Curiosamente, el 61% de la información que se intercambia en estas redes sociales tratan de experiencias personales sobre cómo se sienten o qué esperar sobre el futuro, y no de información médica como cabía esperar inicialmente y para lo que habían sido planteadas. Estas fuentes de apoyo a pacientes muestran evidencias claras sobre el efecto que producen sobre la salud percibida por los pacientes que refieren: sentirse con mayor autoestima para enfrentar su patología o del familiar afectado; percibir un mayor control de la situación al sentirse mejor informado; y menor sentimiento de soledad al poder compartirlo con más personas (Torrente et al.,2010). No obstante, Sloep y Berlanga (como se citó en Fuente, Herrero y Gracia 2010) consideran esencial en este tipo de redes, el hecho de que estén integradas por personas que comparten unos intereses bastante similares, al ser la confianza y el apoyo entre los participantes una parte central de la interacción.

En relación al uso de las RSVirtuales orientada específicamente al ámbito de la prevención de la DPP existe muy poca investigación, como recogen Griffiths, Calear, Banfield y Tam (2009) en su revisión. Estos autores realizaron búsquedas con más de 150 términos en PubMed, PsycINFO y Cochrane sobre la eficacia de los grupos de apoyo de internet y su impacto en la sintomatología depresiva sin encontrar datos concluyentes, al no registrar información clave para ello, e indicar que la calidad de los estudios no era alta. Andersson y Cuijpers (2009) señalan que la Intervención Psicológica para la Depresión en formato internet y otros tratamientos computarizados son prometedores como alternativa a los métodos más tradicionales de intervención, tras la revisión de 12 estudios con un total de 2.446 participantes. Aunque al igual que los anteriores autores, mencionan la falta de calidad en algunos de los estudios analizados. Mientras que otros autores obtienen datos aún más positivos sobre la eficacia de esta herramienta concluyendo que la eficacia de este tipo de interacción virtual es igual a la obtenida cara a cara en 350 adultos usuarios de Internet, en la reducción de los niveles de estrés y depresión (Herrero, Meneses, Valiente y Rodríguez, 2004).

También son numerosos los estudios que ponen en duda estas conclusiones. Estudios como el realizado por Bessièrè, Kiesler, Kraut y Boneva (2008) en relación a los recursos sociales adicionales que ofrecen estas RSVirtuales a los tradicionales cara a cara, y los cambios que pueden suscitar en la sintomatología depresiva. Estos autores han encontrado datos significativos únicamente cuando se utilizan estas nuevas tecnologías en la comunicación con amigos y familiares, y no tanto con otros usuarios anónimos. Conclusión compartida por otros autores que señalan que las RSVirtuales gestionadas por profesionales de la salud u otras mujeres en circunstancias semejantes no pueden sustituir el apoyo que proporcionan amigos y familiares en estos momentos de máxima vulnerabilidad (Yonemoto, Dowswell, Nagai y Mori, 2013). Así lo defienden también Kraut y Burke (2015) en las conclusiones de su estudio. Estos autores encontraron que la RSVirtuales con amigos cercanos y familiares resultan beneficiosas para el bienestar psicológico en términos de: a) disminución de la depresión, la soledad y el estrés; y b) el aumento en el apoyo social percibido, el estado de ánimo y satisfacción con la vida. Por el contrario, muchos otros usos de internet, incluyendo el uso de internet para obtener información, el entretenimiento y la comunicación online con usuarios desconocidos no tienen asociaciones similares y positivas con el bienestar psicológico y en su investigación, resultó incluso negativo el bienestar psicológico.

Estas conclusiones contradictorias entre sí y que son ejemplo de lo que se sucede a lo largo de la literatura consultada, podrían explicarse por las diferencias individuales en las habilidades sociales de los sujetos que configuran las muestras analizadas. Según Bessièrè et al. (2008) existe una asociación entre los niveles iniciales de apoyo social y la sintomatología

depresiva. De modo que aquellos sujetos con mayores puntuaciones iniciales de apoyo social disminuyeron su sintomatología depresiva con respecto a otros con menores puntuaciones iniciales de apoyo, independientemente del uso de internet. Aspecto relevante a la hora de tener en cuenta la eficacia de esta nueva herramienta y los resultados contradictorios encontrados en las investigaciones sobre esta temática, y que dificultan aún más la obtención de conclusiones sobre la eficacia de estas Redes de Apoyo Virtual.

Por todo ello, se hace tan necesaria una mayor investigación sobre la utilización de las RSVirtuales como fuente de información y de apoyo para las madres primerizas como recurso adicional y complementario a las fuentes tradicionales de bienestar psicológico, como el Apoyo Social Percibido. Ya que su uso podría extenderse no solo entre consumidores y proveedores, sino ampliarlo a organizaciones de atención psicológica, social y sanitaria que podría proveer de un servicio de atención y apoyo a la maternidad y a la DPP en su prevención, atención e intervención, altamente demandado por la sociedad.

Es la razón por la se propone como objetivo general de este estudio analizar el Uso de RSVirtuales respecto a las características descriptivas de la muestra, y sus hábitos de usos.

A su vez, se plantean tres objetivos específicos fundamentales: 1) Estudiar las posibles relaciones entre el Uso de RSVirtuales y la presencia/ausencia de Síntomas Depresivos durante el primer año de maternidad, controlando la variable Apoyo Social Percibido; y estudiar esta misma relación entre el RSVirtuales para la sintomatología Ansiógena, controlando la variable Apoyo Social Percibido; 2) Explorar si la utilización de estas Redes Sociales influye en la percepción de Apoyo Social en este primer año de maternidad; y 3) Valorar la posible relación entre este Apoyo Social Percibido y los Síntomas Depresivos en el primer año de maternidad; al igual que para la sintomatología Ansiógena.

Las hipótesis de partida que inspiran este estudio son que las madres primerizas con mayores puntuaciones en Apoyo Social Percibido, presentarán también unas menores puntuaciones en Sintomatología depresiva/ansiosa. En cuanto al uso de RSVirtuales, aquellas madres con mayor participación en estas redes puedan mostrar puntuaciones menores en sintomatología depresiva/ansiosa. Y, por último, un mayor uso de estas RSVirtuales puede estar relacionado con un aumento en la percepción de Apoyo Social.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 40 madres primerizas, mayores de edad, en su primer año de maternidad. Fue recogida en los meses de diciembre del 2015, y enero y febrero del 2016, en el centro de asesoría de la mujer “Entremamás”, un centro de atención Psicológica especializado en cuestiones vinculares y de apego (“EnBienestarPsicólogos”), en Facebook, foros y blogs de internet, así como conocidos y amigos.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión para la obtención de la muestra: a) ser mayor de edad; b) ser primeriza; y c) recién nacido con menos de un año de edad. Se descartaron aquellos cuestionarios en los que se presentaba algún ítem incompleto en su respuesta, ascendiendo a 22 los cuestionarios eliminados. Se llegó a visualizar en 636 ocasiones el link de la encuesta sin llegar a completarse la primera página. Las principales características de la muestra se describen en la Tabla 1.

Tabla 1.

Características descriptivas de la muestra

Variables	Categorías	N	Porcentaje
Edad	< 23 años	1	2,50 %
	23-29 años	13	32,50 %
	30-36 años	17	42,50 %
	> 36 años	9	22,50 %
Nacionalidad	Española	36	90 %
	Extranjera	4	10 %
Dedicación profesional	Activa	26	65 %
	Pasiva	14	35 %
Nivel Educativo	Primaria	0	0 %
	Secundaria	4	10 %
	Formación profesional	8	20 %
	Universitaria	28	70 %
Relación de pareja	Ninguna	1	2,50 %
	< 3 años	2	5 %
	3-6 años	8	20 %
	> 6 años	29	72,50 %

Riesgo durante la gestación	Bajo	29	72,50 %
	Medio	7	17,50 %
	Alto	3	7,50 %
	Muy alto	1	2,50 %
Edad del bebé	< 3 meses	5	12,50 %
	3-6 meses	11	27,50 %
	6-9 meses	10	25 %
	9-12 meses	14	35 %
Parto	Eutócico	28	70 %
	Cesárea	5	12,50 %
	Provocado	7	17,50 %
Tipo de Parto	A término	34	85 %
	Prematuro	6	15 %

La edad media de las madres fue de 28 años y con una desviación típica de ,80, de las cuales, el 90% son españolas y un 10% extranjeras. Con respecto al nivel educativo, la mayoría de las mujeres encuestadas tenían estudios universitarios (70%), el 20% formación profesional y solo el 10% la educación obligatoria. La gran mayoría tenían una relación de pareja superior a los 6 años, habiendo un único caso de madre soltera. La edad media de los bebés fue de 6 meses ($DT=1,06$). En relación al riesgo durante la gestación, el 72,50% de las madres presentaron un riesgo bajo, frente a un único caso en el que el riesgo fue muy alto. El 70% de los partos fue eutócico, el 12,5% fue cesárea y provocado en un 17,50% de los casos. De los cuales, la gran mayoría (85%) fue a término frente a un 15% de los nacimientos que fueron prematuros.

Diseño

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, el presente estudio se ha configurado como un diseño Cuantitativo Ex Post facto de Cohorte (prospectivo). Este estudio responde a un diseño de corte transversal con un único grupo de mujeres.

Variables e instrumentos de medida

Se describen a continuación las variables y los instrumentos de medida aplicados que forman parte de este estudio. Las cuatro variables estudiadas son: a) Síntomas Depresivos (VD); b) Síntomas Ansiógenos (VD); c) Apoyo Social Percibido (VI); y d) Uso de RSVirtuales (VI). Los instrumentos utilizados para analizar cada una de estas variables son los siguientes:

La versión adaptada del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008). El STAI es un autoinforme compuesto

por 40 ítems en dos escalas independiente, de 20 ítems cada una, en un formato de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad, donde los rangos variaron de 0 (*casi nunca/nada*) a 3 (*mucho/casi siempre*). Evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. En nuestro estudio únicamente hemos utilizado el de ansiedad como estado. En muestras de población española se han encontrado niveles de consistencia interna en la escala original que oscilan, tanto para la puntuación total como para cada una de las subescalas, entre ,84 y ,93 (Spielberger et al., 2008). En la presente investigación, el coeficiente alfa de Cronbach alcanzó el valor de ,941 para la escala de ansiedad de estado.

La versión española del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988). Este cuestionario mide el apoyo social funcional o cualitativo percibido, en dos dimensiones: “apoyo confidencial” (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el “apoyo afectivo” (demostraciones de amor, cariño y empatía). Ha sido adaptado a la población española (Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli, 1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado de 11 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con un índice de fiabilidad de ,92. Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos, donde los rangos variaron de 1 (*mucho menos de lo que deseo*) a 5 (*tanto como deseo*). La suma de todos los ítems es un reflejo del apoyo percibido a razón de menor puntuación, menor apoyo. En la presente investigación, el coeficiente alfa de Cronbach alcanzó el valor de ,83 para la escala total.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) diseñada por Cox, Holden y Sagovsky (1987) para detectar estados depresivos durante el período postnatal, es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito de la salud materno-infantil. Ha sido validado en población española por Maroto-Navarro, García-Calvente y Fernández-Parra (2004). El EPDS contiene 10 ítems tipo Likert con cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, también puntuados de 0 a 3. El rango total va de 0 a 30. Los autores proponen el punto de corte 12-13 para la clasificación de estado depresivo. La consistencia interna de la escala original es de ,704 (Vega-Dienstmaier, Mazzotti-Suárez y Campos-Sánchez, 2002). En la presente investigación, el coeficiente alfa alcanzó el valor de ,71 para la escala total.

Una encuesta de Uso de RSVirtuales construida “ad hoc” para esta investigación, al no encontrarse ninguna específica y validada para este tipo de población en lengua castellana (madres primerizas). La encuesta autoaplicada (Apéndice I) sobre el uso de estas redes incluyó las siguientes secciones: a) Características descriptivas de la muestra en la que, además de preguntar por su edad, nivel educativo, ...se incorporaron preguntas relacionadas con su embarazo, parto, edad del bebé, etc. hasta un total de 10 ítems; b) Características descriptivas sobre búsqueda de información para valorar cuáles son los medios más utilizados por las madres para informarse sobre cuestiones de maternidad y cuidado neonatal en tres momentos distintos: antes del

embarazo, durante el mismo y en el momento actual, y si su participación era activa o pasiva. Esta sección cuenta con 4 ítems; c) Tiempo de uso de internet, que consta de 1 ítem, en tres momentos temporales (antes, durante y actual). d) Motivos de uso, que incluye 3 ítems sobre lo mejor valorado y lo peor sobre el uso de estas redes apoyándose en estudios previos (Hew y Cheung, 2012); y e) Percepción de apoyo que ofrece el uso de internet constituido por 2 ítems. Para valorar el Uso de estas RSVirtuales de forma global se diseña un ítem “Uso de RSVirtuales” a partir de la combinación de los ítems 15 y 16 del formulario, en dos momentos temporales distintos (durante el embarazo y en el momento actual) que mide número de redes utilizadas por las madres. Este ítem es el que configura la variable Uso de RSVirtuales. Se dicotomiza en dos polos, uso por encima y por debajo de la media de uso.

Procedimiento

Para el trabajo de campo se contó con la colaboración de: a) el centro de Psicología “EnBienestarPsicólogos” que facilitó la encuesta vía online a aquellas madres que reunían requisitos de edad y número de hijos; b) la asociación “Entremamás” que ofrece apoyo a la maternidad mediante charlas y seminarios, y que en su página de Facebook colgó la información sobre el presente estudio; y c) familiares y amigos. Se contactó con distintos hospitales y centros de atención primaria de Madrid para solicitar los permisos necesarios para poder extraer muestra, así como asociaciones, guarderías y centros de atención a la mujer, sin éxito alguno. En las asociaciones, guarderías y centros de atención a la mujer se les presentó un documento (Apéndice II) en el que se justificaba el estudio de forma atractiva dirigida a los responsables del mismo. Mientras, en los hospitales y centros de atención primaria se les entregó un resumen de la justificación teórica del estudio, omitiendo citas y referencias bibliográficas.

Los cuestionarios fueron autoaplicados, con una reseña adicional al comienzo del mismo en el que se informaba sobre los objetivos del estudio, su carácter confidencial, voluntario y anónimo, los criterios de inclusión y se ofrecía la posibilidad de facilitar un correo electrónico para remitir, a quien lo solicitara, información sobre las conclusiones del estudio.

En total, fueron excluidos de la presente investigación aquellos cuestionarios que presentaban datos incompletos o no reunían criterios de inclusión (22 casos excluidos).

Análisis de datos

Las encuestas fueron revisadas manualmente para determinar el nivel de información lograda. Se construyó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2015. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo por el programa SPSS (versión 19.0 para Windows).

Para determinar las características de la muestra y del uso de RSVirtuales se realizó un análisis de carácter descriptivo (porcentajes, medias y desviaciones típicas), comparaciones mediante la prueba χ^2 de Pearson, Contraste de Proporciones (Binomiales) y *t de Student*.

Respecto a los objetivos específicos del estudio: para analizar la relación entre el Uso de RSVirtuales y la Sintomatología Depresiva y/o Ansiógena, controlando la covariable Apoyo Social Percibido, se ha realizado un ANCOVA (primer objetivo). Respecto al segundo se realizó una *t de Student* para valorar la influencia de estas Redes Sociales en la percepción de Apoyo Social en este primer año de maternidad. Y en relación al tercer objetivo, analizar la posible relación entre este Apoyo Social Percibido y los Síntomas Depresivos en el primer año de maternidad, se realizó otro ANOVA; al igual para la sintomatología Ansiógena.

Resultados

Antes de proceder a las pruebas formales de las hipótesis, se realizó un análisis de los resultados obtenidos de los ítems descriptivos relacionados con la muestra y el uso de las RSVirtuales. Para ello, se hizo uso de las frecuencias y porcentajes como estadísticos descriptivos, y se aplicaron pruebas estadísticas para la comparación entre los grupos, como la χ^2 de Pearson y el Contraste de Proporciones mediante pruebas Binomiales, pues son las que más se adecuan a la definición categorial de las variables utilizada, y *t de Student* para las variables continuas.

En relación a los distintos medios utilizados por nuestra muestra para obtener información sobre cuestiones relacionadas con el embarazo y el puerperio, en distintos momentos temporales (durante el embarazo y actualmente) se ha encontrado que el uso de internet en general, como fuente de información de esta temática, es mayoritaria (entre un 95-100% de los casos), frente a otras herramientas como revistas especializadas, libros, etc. De todos ellos, el único que aumenta ligeramente en un 5% con el nacimiento del bebé (pasando de un 25% a un 30%) de forma significativa [*Bin* ($n = 40$; $\pi = ,30$; $p = ,001$)] es el uso de “otros medios” para obtener información. En cambio, todas las demás herramientas descienden de forma significativa, como es el “uso de revistas” que pasa de un 60% a un 17% [*Bin* ($n = 40$; $\pi = ,17$; $p = ,001$)], “libros” (65% al 50%; [*Bin* ($n = 40$; $\pi = ,50$; $p = ,04$)]), excepto el “apoyo en familiares y amigos” (del 65% al 62,50%), que desciende, pero de forma no significativa [*Bin* ($n = 40$; $\pi = 62,5$; $p = ,54$)].

Analizando más concretamente en qué sitios webs se realizan esas búsquedas de información encontramos que es en Facebook, en el 98% de los casos, seguido del uso de blog (80%) y foros (78%) sobre esta misma temática. Otros medios como Twitter y “otras redes

sociales” no son tan requeridos para la obtención de información. Solo en un 7% informaron de no usar ninguno de estos medios para estos fines.

En un análisis más detallado sobre el uso de estos sitios web, se plantea valorar si las madres únicamente buscan información de forma pasiva o participan activamente en estos sitios webs. Los resultados reflejados en la tabla 2 ofrecen datos de una mayor participación pasiva que se limita a búsquedas de temas concretos en distintos medios como blogs, foros, tutoriales, Facebook y/o Twitter. La participación pasiva en estas webs en los distintos momentos temporales (antes del embarazo, durante el embarazo y actualmente, en la maternidad) muestran también un aumento de tendencia en la búsqueda de información en estos medios, como ya apuntaban los datos anteriores, todos ellos significativos entre los momentos temporales antes-durante el embarazo ($p < ,05$) excepto en el caso del uso de foros en los que se produce una ligera disminución del 63% al 60% en el momento de la maternidad, aunque no significativa ($p > ,05$). De todos ellos, el mayor crecimiento se produce en la búsqueda en foros en la comparativa entre antes del embarazo (22%) y durante el mismo (63%).

En cuanto a la participación activa, es mucho menor (tabla 2), aunque con la misma tendencia ascendente fundamentalmente en el uso de Facebook y Twitter que aumentan desde un 13% antes del embarazo hasta el 100% de uso en el momento actual. Los resultados son significativos, al igual que en la participación pasiva, en los momentos temporales antes-durante el embarazo ($p < ,05$) en todas las medidas. Destacar también que la segunda red social virtual que aumenta considerablemente es el uso de foros, que aumenta de un 7% antes del embarazo a un 40% en el momento actual.

Valorando la posible relación entre la existencia de Riesgo Gestacional y una mayor participación en blogs o foros de internet, ya sea pasiva o activamente, encontramos resultados significativos tanto en la participación en blogs, $t(39) = 2,092$; $p = ,043$, como foro, $t(39) = 2,042$; $p = ,048$, siendo mayor la participación en blogs cuanto menor riesgo gestacional presentaban ($M = 1,25$; $DT = ,51$), e igual para la participación en foros ($M = 1,78$; $DT = 1,09$).

En cuanto a los contenidos relacionados con la maternidad que consideraban de mayor utilidad en relación al uso de RSVirtuales, la mayoría de las madres dan la máxima puntuación (siendo 5 la puntuación más alta) a temas relacionados con el “seguimiento de las etapas del embarazo” ($M = 4,55$; $DT = ,82$) y temas relacionados con bienestar maternal como “dietética y deporte” ($M = 4,25$; $DT = ,84$). Seguido muy de cerca, con una puntuación de 4, temas relacionados con puericultura ($M = 4,03$; $DT = ,97$). Lo menos valorado son las temáticas relacionadas con “compras online” ($M = 2,80$; $DT = 1,36$). Con una valoración intermedia se sitúan el “tiempo libre” ($M = 3,25$; $DT = 1,13$) y “belleza y estética” ($M = 2,98$; $DT = 1,291$).

Tabla 2.

Participación pasiva y activa en diversos sitios webs sobre temas de maternidad

Pasivo	Tiempos	%	p	Prob. de la prueba
Búsqueda en blogs sobre maternidad	Antes	35%	,001*	,75
	Durante el embarazo	65%	,560	
	Actualmente	75%	,103	
Búsqueda de temas sobre maternidad en foros	Antes	22%	,001*	.60
	Durante el embarazo	63%	,001*	
	Actualmente	60%	,533	
Facebook o Twitter	Antes	42%	,025*	,73
	Durante el embarazo	60%	,05*	
	Actualmente	73%	,001*	
Videos tutoriales	Antes	30%	,004*	,48
	Durante el embarazo	38%	,046*	
	Actualmente	48%	,539	
Activo				
Contribuciones en blogs sobre maternidad	Antes	15%	,001*	,23
	Durante el embarazo	18%	,001*	
	Actualmente	23%	,558	
Participación activa en foros sobre maternidad	Antes	7%	,001*	,40
	Durante el embarazo	30%	,001*	
	Actualmente	40%	,568	
Actualizaciones en Facebook y Twitter	Antes	13%	,001*	,99
	Durante el embarazo	100%	,669	
	Actualmente	100%	,669	
Compras	Antes	20%	,001*	,28
	Durante el embarazo	18%	,001*	
	Actualmente	28%	,552	

* $p < ,05$

Respecto a la pregunta sobre qué priorizan a la hora de buscar información en estas redes sociales, siendo 5 la máxima puntuación, el 33% de las madres dan prioridad a las “revistas especializadas” ($M = 3,65$; $DT = 1,33$), seguido por “blogs de temática de interés” ($M = 3,53$; $DT = 1,15$) y “foros con mayor actividad con moderador” por el 25% de las madres ($M = 3,35$; $DT = 1,39$). Los menos valorados fueron “grupos de embarazadas sin moderador” ($M = 2,73$; $DT = 1,30$), “foros con mayor actividad sin moderado” ($M = 2,60$; $DT = 1,15$) y “grupos de Facebook de marcas comerciales” ($M = 2,03$; $DT = 1,10$).

En relación a la posible influencia en el estado de ánimo del usuario tras su participación en estas webs (su percepción subjetiva), la puntuación media se sitúa en 2,48 ($DT = 1,09$), siendo las respuestas más señaladas “en raras ocasiones, siento que contribuyen en positivo a mi estado de ánimo” por el 30% de las madres, y el 25% se inclinan a señalar que “a veces, tras utilizarlas me siento más tranquila o animada”. No obstante, no podemos extraer conclusiones al respecto, al presentar datos no significativos ($p > ,05$) en las pruebas χ^2 .

Respecto al grado de satisfacción con el uso de estas páginas web comentadas anteriormente, la puntuación media es de 3,43 (siendo 5 la máxima puntuación), $DT = ,84$, siendo el 50% de las madres las que señalaron un grado de satisfacción “medio”. Para valorar si las diferencias que observamos en la muestra sobre el uso de RSVirtuales se deben al azar, se realizan diversas pruebas χ^2 de Pearson. Los análisis de las distintas comparativas muestran únicamente resultados significativos ($p < ,05$) en la comparativa del uso de blogs y el grado de satisfacción con el uso de RSVirtuales ($\chi^2 = 13,75$; $p = ,003$), siendo mayor la participación en mujeres con mayores puntuaciones en satisfacción con su uso, y lo mismo sucede con la participación en foros y el grado de satisfacción ($\chi^2 = 8,55$; $p = ,03$). No se puede extraer conclusiones ($p > ,05$) respecto a las relaciones entre: a) El nivel de estudios y su posible asociación con la participación en un blog y/o en un foro; b) Tiempos de conexión y estado laboral activo/inactivo (excepto en estado inactivo y uso de más de una hora de conexión; $\chi^2 = 6,08$, $p = ,016$); c) Edad de la madre y el uso de blogs, participación en foros, etc. como fuente de información sobre cuestiones de maternidad; y d) Influencia en estado de ánimo y un mayor o menor uso de blog y/ foros de internet, no podemos extraer conclusiones al presentar $p > ,05$ en las pruebas χ^2 .

Para proceder a las pruebas formales de las hipótesis y realizar los oportunos contrastes de los objetivos específicos de este estudio, se procedió a evaluar la normalidad de las variables con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Aunque en el caso de la variable dependiente Síntomas Ansiógenos los resultados indican que las puntuaciones no siguen una distribución normal ($p < ,05$), según Curran, West y Finch, (1996) se puede asumir que esta variable tiene una distribución próxima a la normalidad ($As = 1,19$; $Kur = ,28$). En el caso de la variable dependiente Síntomas Depresivos, se asume el supuesto de normalidad con $p = ,19$ ($p > ,05$).

En relación a los objetivos específicos de la investigación, se ha analizado la posible asociación entre el Uso de RSVirtuales y la Sintomatología Depresiva, controlando el efecto del Apoyo Social Percibido. Para lo cual, se ha realizado un ANCOVA. No podemos concluir con los resultados de este estudio que haya efecto estadísticamente significativo en la relación entre estas dos variables (Sintomatología Depresiva y Uso de RSVirtuales), $F(1, 36) = ,008$; $p = ,92$, aunque sí del Apoyo Social Percibido, $F(1, 36) = 21,58$; $p = ,001$. En el ANOVA realizado para valorar el uso de estas redes y la Sintomatología Depresiva tampoco podemos concluir nada al respecto, $F(1, 38) = ,025$; $p = ,87$, con un tamaño del efecto muy bajo ($\eta^2 = ,001$), por lo que, aunque aumentáramos el tamaño de la muestra, no llegaría a ser significativo.

Se ha realizado este mismo análisis respecto a la Sintomatología Ansiógena y Uso de RSVirtuales, controlando el Apoyo Social Percibido, y tampoco podemos concluir que existan diferencias significativas en sintomatología ansiógena por un mayor o menor uso de RSVirtuales, $F(1, 36) = 4,071$; $p = ,05$, aunque sí con la covariable Apoyo Social Percibido $F(1, 36) = ,003$;

$p = ,955$. En el ANOVA realizado para valorar el uso de estas redes y la Sintomatología Ansiógena tampoco podemos concluir nada al respecto, $F(1, 38) = ,98$; $p = ,33$, con un tamaño del efecto muy bajo ($\eta^2 = ,025$), por lo que, aunque aumentáramos el tamaño de la muestra, no llegaría a ser significativo. Solo explica el 2,5% de dicha variable.

El segundo objetivo planteado para valorar la influencia de estas Redes Sociales en la percepción de Apoyo Social en este primer año de maternidad, se ha analizado mediante una prueba de *t de Student*. Los resultados de este estudio tampoco permiten concluir que existan diferencias significativas en la percepción de Apoyo Social por un mayor o menor uso de RSVirtuales, $t(37) = -,42$; $p = ,675$, al presentar $p > ,05$ (I.C: -5,96 y 3,90). Según Cohen (1992), con un tamaño del efecto muy bajo ($r_{xy} = ,07$)

En cuanto al tercer objetivo en el que se analizan dos posibles relaciones: a) por un lado, la posible relación entre este Apoyo Social Percibido y los Síntomas Depresivos en el primer año de maternidad, $F(1,39) = 4,51$; $p = ,040$; y b) por otro, la relación entre este Apoyo y la Sintomatología Ansiógena, $F(1,39) = 4,34$; $p = ,044$. En ambos casos se encuentran diferencias significativas entre el Apoyo Social Percibido ($p < ,05$) y la Sintomatología tanto ansiógena como depresiva. A razón de, cuanto mayor Apoyo Social Percibido, menor Sintomatología Ansiógena y/o Depresiva ($M = 5,08$; $DT = 1,03$).

Discusión

Uno de los objetivos fundamentales de esta investigación era analizar si el Uso de RSVirtuales podía influir en la Sintomatología Depresiva y/o Ansiógena durante el primer año de maternidad. Lo que implicaría que aquellas madres con mayor participación en estas redes mostrasen puntuaciones menores en Sintomatología Depresiva y/o Ansiosa. Y de este modo, plantear su introducción en futuros proyectos preventivos de DPP. Pero esta investigación no puede concluir con los resultados obtenidos que el uso de estas redes disminuya dicha sintomatología, al igual que concluyeran Griffiths et al. (2009) en su metanálisis, y contrariamente a lo que afirman otros autores (Herrero et al., 2004). Estas conclusiones contradictorias entre sí podrían explicarse por las diferencias individuales en habilidades sociales de las madres que configuran la muestra de este estudio. Ya que según Bessière et al. (2008) aquellos sujetos con mayores puntuaciones iniciales de Apoyo Social mostrarían una disminución de su sintomatología depresiva, independientemente del uso que hicieran de internet, y por extensión, de estas redes. Así mismo, otros autores añaden que es esencial que este tipo de redes virtuales estén compuestas por personas que comparten unos intereses bastante similares, siendo la

confianza y el apoyo entre los participantes una parte central de la interacción, y no la participación en sí misma (Sloep y Berlanga; como se citó en Fuente et al., 2010).

Otro objetivo principal era analizar si la utilización de estas RSVirtuales podía influir en la percepción de Apoyo Social en este primer año de maternidad, a razón de una mayor participación en las mismas se asociaría con un aumento en la percepción de Apoyo Social. Al igual que sucede anteriormente, no podemos concluir con los resultados obtenidos en esta investigación que esto suceda. Ya que, como se ha indicado anteriormente, algunos autores defienden en sus conclusiones que no por el hecho de participar en estas redes se logra esta percepción, sino que depende de los integrantes de las mismas (Sloep y Berlanga; como se citó en Fuente et al., 2010) y no de la cuantificación del número de individuos de la red de apoyo (Hodnett, et al.,2012; Prati y Pietrantonio, 2010). Y en relación a lo anterior, en esta investigación se recogieron resultados sobre la valoración del apoyo que ofrecía la participación de estas RSVirtual y su efecto en la percepción subjetiva de bienestar. La muestra señaló puntuaciones medias, que coincide con las explicaciones anteriores, a diferencia de los datos encontrados por otros autores que señalan evidencias claras sobre este efecto (Torrente et al.,2010).

Respecto al tercer objetivo propuesto referente a la posible influencia del Apoyo Social Percibido sobre los Síntomas Ansiógenos y/o Depresivos en el primer año de maternidad, ha resultado concluyente. Aquellas madres primerizas con mayores puntuaciones en Apoyo Social Percibido presentaron también menores puntuaciones en Sintomatología Depresiva y/o Ansiógena. Datos que coinciden con los reportados en otras investigaciones y que sitúan esta variable de Apoyo Social Percibido como un factor de protección frente a esta sintomatología depresiva/ansiógena (Gemmill y Milgrom, 2014; Graeme et al., 2013; Gutiérrez, 2015).

Analizando los resultados obtenidos del objetivo general de este estudio encontramos información muy relevante que apoya las conclusiones anteriores sobre la trascendencia de la percepción de apoyo, en contraposición con el número de contactos o usuarios en red que proporcionan estas RSVirtuales. Este objetivo general buscaba analizar las características descriptivas de la muestra, 40 madres primerizas, y el uso que hacían de las RSVirtuales con la intención de incluir esta herramienta en los futuros programas preventivos de DPP. Los resultados señalan el Uso de Internet (95%-100%) como fuente principal de información sobre temática de maternidad frente a otras herramientas como Revistas Especializadas, Libros, etc. Estos resultados coinciden con los encontrados por Seguranyes (2013), que lo situaba en el 84%, y pone en relieve el potencial de internet como fuente de información sobre temática maternal. No obstante, aunque los resultados señalan el uso de estas fuentes de información por encima de las facilitadas por amigos y familiares (65%), se reconoce su valía, al encontrarse en cuarto lugar,

por delante de libros, revistas y otros medios, además de que alguna de las RSVirtuales está compuesta por este grupo de apoyo y facilitador de información (Castillo y Sarver, 2012; Gemmill y Milgrom, 2014; Graeme et al., 2013; Gutiérrez, 2015).

Los datos recogidos en este estudio también muestran que la mayor búsqueda de información se realizó fundamentalmente durante el embarazo, descendiendo significativamente en el momento del nacimiento del bebé. Esta mayor búsqueda de información por las futuras madres en el inicio del embarazo, coincide con la etapa en la que comienza a gestarse la sintomatología depresiva y ansiógena que podría desencadenar una DPP (Barnet et al., 2013), y con el comienzo de construcción del nuevo Rol Maternal (Mercer; como se citó en Berlanga et al., 2013). Es la razón por la que numerosos profesionales recomiendan dirigir todos los esfuerzos preventivos a esta etapa inicial (Barnet et al., 2013) y a la que se suma, las conclusiones de este estudio.

Así mismo, el análisis de los resultados muestra que esta mayor búsqueda de información se realizó en webs como Facebook, y blogs y foros sobre temática relacionada con la maternidad. Estos sitios webs se caracterizan por presentar contenidos elaborados por los propios usuarios sin saturar con toda la información sobre la maternidad, al ser ésta cambiante e ir adaptándose a las demandas de las propias madres que participan. Estos resultados podrían explicarse con las conclusiones extraídas por Seguranyes (2013) que señalan que el 70% de las futuras madres busca información sobre temáticas distintas a las previamente abordadas en los cursos realizados con matronas, en esa búsqueda de información más personalizada y adaptada. Además, el hecho de que la mayor búsqueda de información se realice en una RSVirtual como Facebook, que se caracteriza por una red de contactos integrada por familiares, amigos y personas con intereses similares y de confianza, puede interpretarse como una fuente de apoyo social a través de las nuevas tecnologías y que podría explicar el mayor uso de esta red frente a otras (Sloep y Berlanga; como se citó en Fuente et al., 2010). Por lo tanto, el posicionamiento en cuarto lugar de búsqueda de información a través de amigos y familiares frente a una primera posición, del uso de internet como fuente de información no resultan incompatibles, aunque sería necesario especificarlo en los ítems.

En esta misma línea, los contenidos que las madres encuestadas consideraron de mayor utilidad, son los relacionados con el “seguimiento de las etapas del embarazo”, al igual que concluye Bowman (2005) en su estudio sobre temáticas más frecuentemente consultadas por este colectivo. A la hora de establecer las prioridades en la elección de búsqueda de información, el hecho de señalar revistas especializadas, foros con moderador, etc. hace pensar en la preocupación sobre la fiabilidad de la información que ofrecen estos sitios, a pesar de su utilidad para las madres, y coincide con otros autores que recogen cifras del 70% de usuarios que reclaman

mayores garantías en seguridad, la privacidad y la confianza en la red (Lupiáñez-Villanueva, 2015).

Los resultados sobre la participación en estos foros o blogs sobre maternidad señalan un aumento de tendencia en búsqueda de información cuando las mujeres se quedan embarazadas. Datos que coinciden con los extraídos en investigaciones realizadas sobre temas de salud que recogen cifras muy elevadas de consultas en foros y blogs de usuarios con la misma problemática y lectura de comentarios de otros usuarios sobre sus experiencias de salud (Lupiáñez-Villanueva, 2015). El aumento de la participación activa en esta investigación situándose en datos cercanos al 100% en el caso de Facebook, podría entenderse en el contexto de necesidad de intercambio de información, experiencias, vivencias emocionales, etc. con las fuentes de apoyo de las madres, factor protector de la DPP (Gemmill y Milgrom, 2014; Graeme et al., 2013; Gutiérrez, 2015), que favorece esta red social (Torrente et al., 2010), integrada fundamentalmente por familiares, amigos y conocidos.

No obstante, en relación a la consulta y/o participación en blogs o foros de internet de aquellas madres de este estudio que presentaban un mayor riesgo gestacional se encontraron datos contrarios a los esperados. Llama la atención que aquellas madres con mayor riesgo consultaron y/o participaron en menor medida en estos sitios webs, que las que menor riesgo presentaban. Estos datos son contrarios a lo esperado, es decir, que estas RSVirtuales dotaran a estas madres del apoyo que necesitaban. Pero es cierto que es la percepción del apoyo recibido el que tiene efectos beneficiosos sobre la futura madre en estos duros momentos y no tanto su cuantificación, es decir, un mayor número de contactos (Hodnett et al., 2012; Prati y Pietrantonio, 2010). A lo que hay que añadir que no es sustituible el apoyo que proporcionan amigos y familiares en estos momentos de máxima vulnerabilidad por el que ofrecen RSVirtual gestionadas por profesionales de la salud u otras mujeres en circunstancias semejantes (Yonemoto et al., 2013). Otros autores extraen las mismas conclusiones: las RSVirtual de amigos cercanos y familiares resultan beneficiosas para el bienestar psicológico, mientras que con usuarios desconocidos no tienen asociaciones similares e incluso pueden resultar negativo para su bienestar (Kraut y Burke, 2015).

Son varias las limitaciones de este estudio que podrían explicar algunas de las contradicciones en las conclusiones señaladas. Más allá de un tamaño de la muestra insuficiente teniendo en cuenta el tamaño poblacional y error máximo que queremos cometer, hay limitaciones importantes que dificultan poder extraer conclusiones determinantes. Es el caso de la ausencia de una medida de uso de internet fiable y válida que permita evaluar las posibles relaciones del Uso de RSVirtuales, su papel en la percepción de apoyo social y su disminución en la sintomatología depresiva (Kraut y Burke, 2015). En su ausencia se ha elaborado un cuestionario “ad hoc” para esta investigación que permitiera recoger datos descriptivos de la muestra y uso de estas redes,

sin estar éste validado. Además, son pocos los estudios sobre el uso de RSVirtuales y su papel en la reducción de sintomatología depresiva, y éstos no gozan de buena calidad, por lo que, la comparación con los mismos no ofrece garantías suficientes para extraer conclusiones al respecto (Griffiths et al., 2009). Otro hecho fundamental es que estos estudios, al igual que esta investigación, se limitan únicamente al momento presente y no se considera que las relaciones sociales son dinámicas, cambiantes. Estas relaciones sociales dinámicas únicamente pueden analizarse mediante estudios longitudinales que permitan valorar si estas relaciones virtuales resultan provechosas y enriquecedoras en las diferentes etapas de la vida como apunta el metanálisis realizado por Huang (2010). Y añadido a lo anterior, resulta complicado poder extraer conclusiones sobre la influencia de estas RSVirtuales sin disponer de un modelo explicativo común que integre lo conocido hasta el momento sobre interacción y apoyo social en el campo virtual, procedente de la Psicología Social y Comunitaria.

No obstante, esta investigación aporta conclusiones relevantes sobre la transcendencia del papel de la percepción del apoyo que reciben estas madres, y que va más allá del hecho de que éste sea en el “cara a cara” o “virtual”. Según nuestro estudio, no es la participación o consulta de blogs y/o foros lo que influye en la reducción de la sintomatología depresiva y/o ansiógena, sino la confianza entre las madres que configuran el grupo. Añadido a lo anterior, el hecho de que internet sea la herramienta por excelencia para dotar de información a las futuras madres sobre esta temática, y que ésta se realice en las etapas iniciales del embarazo, ofrece un marco de intervención claro. Los programas de prevención de la DPP deberían iniciarse en el comienzo del embarazo y ofrecer a la futura madre información validada, fiable y adaptada a las distintas etapas del mismo sobre esta temática, además de ofrecerles la oportunidad de interactuar con otras futuras madres en la misma situación. De esta forma también permitiría que las relaciones entre ellas fueran fortaleciéndose y nutriéndose, creando esa fuente de apoyo percibido, en el que comparten intereses comunes y basado en la confianza.

En investigaciones futuras sería interesante introducir medidas que permitan analizar los recursos sociales iniciales de las madres o futuras madres, al ser estos recursos determinantes en el uso de estas redes sociales (Bessière et al., 2008) y clarificarían conclusiones al respecto, como se comentaba anteriormente. Resulta, así mismo, fundamental contar con una herramienta con suficiente validez y fiabilidad sobre el Uso de RSVirtuales que permitiera realizar comparativas entre los resultados obtenidos por las diversas investigaciones sobre esta temática. Y añadido a lo anterior, disponer de un modelo explicativo común desde la Psicología Social y Comunitaria que establezca unas directrices comunes hacia las que dirigir las investigaciones para poder extraer conclusiones más fiables.

No cabe duda de que este nuevo fenómeno de las RSVirtuales es un ejemplo del cambio de posición del paciente/usuario. Este se está alejando definitivamente del modelo médico clásico y paternalista de la práctica asistencial, dotándose de la autonomía suficiente y el empoderamiento como conocedor y gestor de sus vivencias para seleccionar los contenidos de información que considera en cada momento. Quizás sea este el camino hacia la prevención más eficaz en la DPP.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, 5th ed.* Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría.
- Andersson, G. y Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 196-205.
- Austin, M. y Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 10-17.
- Barnett, B., Eastwood, J., Jalaludin, B., Kemp, L., Phung, H. y Tobin, J. (2013). Social exclusion, infant behavior, social isolation, and maternal expectations independently predict maternal depressive symptoms. *Brain and Behavior*, 3 (1), 14-23.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Berlanga, S., Flores, M. y Pérez-Cañaveras, R.M. (2013). Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Atención Primaria*, 45 (8), 409-417.
- Berlanga, S., Pérez-Cañaveras, R.M. y Flores, M. (2013). Aplicación práctica de los modelos de Mercer y Beck en las especialidades de enfermería. *EVIDENTIA*, ISSN: 1697-638X.
- Bessièrre, K., Kiesler, S., Kraut, R. y Boneva, B. (2008). Effects of Internet Use and Social Resources on Changes in Depression. *Information, Communication & Society*, 11 (1), 47-70.
- Bowman, K.G. (2005). Postpartum learning needs. *JOGNN*, 34 (4), 438-443.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723.
- Castillo, J.T. y Sarver, C.M. (2012). Nonresident fathers' social networks: The relationship between social support and father involvement. *Personal Relationships*, 19, 759-774.
- Castro, P. (2011). Depresión materna y desarrollo infantil. *De Familias y Terapias*, 20 (30), 91-95.

- Cochrane review (2013). Apoyo telefónico para las mujeres durante el embarazo y las primeras seis semanas posparto (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic, Issue 7*. Art. No.: CD009338. DOI: 10.1002/14651858.CD009338
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Cox, J.L., Holden, J.M. y Sagovsky, R. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Curran, P. J., West, S. G. y Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1 (1), 16-29.
- Dennis, C.L., Heaman, M. y Vigod, S. (2012). Epidemiology of postpartum depression among Canadian women: Regional and national results from a cross-sectional survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 537-546.
- Dennis C.L., y Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). *The Cochrane Collaboration*, CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., et al. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Retrieved AHRQ publication number: 05-E006-02. Recuperado de <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/peridepr/peridepr.pdf>
- Gentile, S. (2015). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Elsevier*. DOI:10.1016/j.neuroscience.2015.09.001.
- Gemmill, A.W. y Milgrom, J. (2014). Screening for perinatal depression. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28 (1), 13-23.
- Griffiths, K.M., Callear, A., Banfield, M. y Tam, A. (2009). Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (2): What Is Known About Depression ISGs?. *Med Internet Res*, 11 (3), e 41. Recuperado de <http://www.jmir.org/2009/3/e41/>
- Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M. y Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14 (1), 1-27.

- Graeme, J., Kemp, L.A., Badrudin, B. y Ngoc Phung, H. (2013). Neighborhood adversity, ethnic diversity, and weak social cohesion and social networks predict high rates of maternal depressive symptoms: a critical realist ecological study in south western sydney, Australia. *International Journal of Health Services*, 43 (2), 241-266.
- Guendelman, S. (2008). Neurobiología interpersonal: la depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. *Psiquiatría Universitaria*, 454- 461. Recuperado de http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwi_jpik8szKAhUEqxoKHQCnAkAQFgglMAE&url=http%3A%2F%2Frevistagpu.cl%2F2012%2FGPU_dic_2012_PDF%2FREV_Apego_neurobiologia.pdf&usg=AFQjCNEFCV856WMBzwHkGWrk1Zrq6pOZdA&bvm=bv.112766941,d.bGg
- Gutiérrez, M.A. (2015). *Aproximación cualitativa a los sentimientos, vivencias y necesidades de las mujeres puérperas con mayor riesgo de sufrir una depresión posparto*. Trabajo Fin de Master. Documento no publicado. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud. Universidad de Cantabria.
- Fuente, A., Herrero, J. y Gracia, E. (2010). Internet y apoyo social: sociabilidad online y ajuste psicosocial en la sociedad de la in formación. *Acción Psicológica*, 7 (1), 9-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.7.1.201>.
- Halbreich, U. y Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97-111.
- Herrero, J., Meneses, J., Valiente, L. y Rodríguez, F. (2004). Participación social en contextos virtuales. *Psicothema*, 16 (3), 456-460.
- Hew, K.F. y Cheung, W.S. (2012). Students' use of asynchronous voice discussion in a blendedlearning environment: A study of two undergraduate classes. *The Electronic Journal of e-Learning*, 10 (4), 360-367.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. y Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 10. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4.
- Huang, C. (2010). Internet Use and Psychological Well-being: A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 13 (3), 241-249.

- Instituto Nacional de Estadística, 2014. *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares*. Recuperado de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259926137287
- Kraut, R. y Burke, M. (2015). Internet Use and Psychological Well-Being: Effects of Activity and Audience. Review articles. *Communications of the Acm*, 58 (12), 94-101.
- Lupiáñez-Villanueva, F. (2015). *1er Informe Doctoralia sobre Salud e Internet 2015*. Doctoralia. Recuperado de <http://insights.doctoralia.es/informe-doctoralia-sobre-salud-e-internet-2015/>
- Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M.M. y Fernández-Parra, A. (2004). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 305-318.
- O'Hara, M.W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1258-1269.
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristoban, P., Pía Santelices, M., Farkas, C., Rojas, G. y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 2 (31), 249-261.
- Olhaberry, M., Romero, M. y Largo, A.M. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *SUMMA psicológica*, 12 (1), 77-87.
- Prati, G. y Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38, 403-417.
- Schejtman, C. (2004). Efectos de la depresión materna en la estructuración psíquica durante el primer año de vida. psicoanálisis e investigación empírica con infantes. *Susceptibilidad y Procesos Cognitivos*: 281-302. Recuperado de <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwi78oKV6szKAhVFchQKHwaOC6MQFggxMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.cpaper.tura.cl%2Fadin%2Fdepressionmaternal.pdf&usq=AFQjCNHx8jh1rBxpjmElnow3PMtgyFauFw>

- Seguranyes, G. (2013). *Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del passir de atención primaria en Cataluña* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Tiffany F. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34 (1), 1-14.
- Torrente, E., Martí, T. y Escarrabill, J. (2010). Impacto de las redes sociales de pacientes en la práctica asistencial. *RISAI*, 2 (1), 1-8.
- Vega-Dienstmaier, J.M., Mazzotti-Suárez, G. y Campos-Sánchez, M. (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr*, 30 (2), 106-111.
- Visa, M. y Crespo, C. (2015). El papel de la blogosfera en la construcción social de la maternidad: de la Virgen María a las “malasmadres”. *Revista de Comunicación de la SEECI. Año XIX* (37), 299-331. DOI: <http://dx.doi.org/10.15198/seeci.2015.37.299-331>
- Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. y Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1001-1008.
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. y Mori, R. (2013). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD009326.pub2.

APÉNDICE I

Encuesta: Encuesta sobre el uso de redes sociales, apoyo percibido y síntomas ansiógenos/depresivos en la maternidad

Datos confidenciales

Toda la información registrada es completamente anónima y será utilizada únicamente para la investigación sobre uso de redes sociales y apoyo en la maternidad. Dirigida a madres primerizas con un bebé de 12 o menos meses. Es necesario que se contesten a todas las preguntas para que los datos sean concluyentes. Duración aproximada de unos 15 minutos. Esta investigación cuenta con el apoyo de la Universidad Pontificia de Comillas. Aquellas madres que estén interesadas en obtener información sobre los resultados y conclusiones del estudio pueden añadir un correo electrónico al finalizar la encuesta. Esta información será facilitada a las interesadas en aproximadamente 6 meses. Tiempo estimado para la recogida de datos y su análisis posterior. Muchas gracias por participar

Datos generales: Marque la casilla que corresponda

Preg.1.- Rango de edad

- < 23
 23 - 29
 30 - 36
 >36

Preg.2.- Nacionalidad

- Española
 Extranjera

Preg.3.- Dedicación profesional

- En activo
 Inactiva

Preg.4.- Nivel educativo

- Primaria
 Secundaria
 Formación Profesional
 Universitario

Preg.5.- Relación de pareja

- No
 < 3 años
 3-6 años
 > 6 años

Preg.6.- Número de hijos en el núcleo familiar

- 0
 1
 > 1
 No propios

Preg.7.- Nivel de riesgo durante la gestación

- Bajo
 Medio
 Alto
 Muy alto

Preg.8.- Edad del bebé

- < 3 meses
 3 - 6 meses
 6 - 9 meses
 9 - 12 meses

Preg.9.- Parto

- A término
 Prematuro

Preg.10.- Tipo de parto

- Eutócico (normal)
 Cesárea

Preg.11.- Ha asistido a cursos de preparación:

	Embarazo	Actualmente	Ninguno
Parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado neonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado materno (ej. rehabilitación pélvica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.12.- Señala que medios utilizas para informarte sobre cuestiones de embarazo y postparto:

	Antes	Embarazada	Actualmente	Ninguno
Revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.13.- Señala cuales son las redes sociales que sueles consultar o participar:

	Si	No
Tengo página de Facebook activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo cuenta en Twitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participo en un Blog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo cuenta en LinkedIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso WhatsApp más frecuentemente que el servicio de voz en mi móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participo en foros con otras madres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.14.- Cuanto tiempo diario dedicas a consultar páginas web, respecto al tiempo de dedicación anterior

	Antes	Embarazada	Actualmente	Nada
Menos de 30 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 30 y 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.15.- Realizo seguimiento Pasivo (únicamente leo lo que otros escriben) en internet de:

	Antes	Embarazada	Actualmente	Nada
Actualizaciones de grupos de Facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blogs de temas de interés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Páginas de comentarios (viajes, restaurante, ocio, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siguiendo personajes relevantes en Twitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suscripción de alertas noticias, artículos, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Búsqueda de temas concretos en foros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vídeos tutoriales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.16.- Participo Activamente (con opiniones, experiencia propia ...) en Internet en:

	Antes	Embarazada	Actualmente	Nada
Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribuciones a blogs o comentarios de noticias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emito opiniones en Twitter de manera habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participo en foros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg. 17.- Puntúa lo que más valoras de las redes sociales, siendo 1 lo que menos valoras y 5 lo más valorado

	1	2	3	4	5
Inmediatez en la respuesta	<input type="checkbox"/>				
Poder consultar información en cualquier lugar	<input type="checkbox"/>				
Actualización de contenidos (fechas de entrada)	<input type="checkbox"/>				
Información contrastada	<input type="checkbox"/>				
Opiniones de otros usuarios	<input type="checkbox"/>				
Poder contactar con mis amigos y familia	<input type="checkbox"/>				
Autonomía	<input type="checkbox"/>				
Otros	<input type="checkbox"/>				

Preg.18.- Puntúa los contenidos relacionados con la maternidad que consideras de mayor utilidad, siendo 1 lo que menos valoras y 5 lo más valorado

	1	2	3	4	5
Salud premamá: seguimiento etapas del embarazo	<input type="checkbox"/>				
Bienestar Premamá: Dietética y deporte	<input type="checkbox"/>				
Puericultura	<input type="checkbox"/>				
Belleza y estética	<input type="checkbox"/>				
Tiempo libre	<input type="checkbox"/>				
Compras online	<input type="checkbox"/>				

Preg.19.- Cuando buscas consejo en redes sociales, cuál sería el orden de prioridad, siendo 1 lo que menos valoras y 5 lo más valorado

	1	2	3	4	5
Grupos de madres y padres sin moderador	<input type="checkbox"/>				
Grupos de embarazos sin moderador	<input type="checkbox"/>				
Foros con mayor actividad con moderador	<input type="checkbox"/>				
Grupos de Facebook de marcas comerciales	<input type="checkbox"/>				
Blogs de temática de interés	<input type="checkbox"/>				
Revistas especializadas	<input type="checkbox"/>				
Wikipedia	<input type="checkbox"/>				
Otros	<input type="checkbox"/>				

Preg.21.- Grado de satisfacción general con el uso de páginas webs

- Ninguno
- Bajo
- Medio
- Alto
- Muy alto

Preg.22.- Que es lo que menos te gusta de las redes sociales

Respuesta:

Preg.23.- En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

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

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se siente actualmente. Por favor MARQUE (v) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

Preg.24.- A continuación se muestra un ejemplo completado: Me he sentido feliz:Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- Sí, todo el tiempo
- Sí, la mayor parte del tiempo (marcada)
- No, no muy a menudo
- No, en absoluto

Preg.25.- He podido reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre he podido hacerlo
- No tanto ahora
- Sin duda, mucho menos ahora
- No, en absoluto

Preg.26.- He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacerlo
- Definitivamente menos de lo que solía hacerlo Prácticamente nunca

Preg.27.- Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

- Sí, casi siempre
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

Preg.28.- He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

- No, en absoluto
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, muy a menudo

Preg.29.- He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

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

Preg.30.- Las cosas me oprimen o agobian:

- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas
- Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien
- No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre

Preg.31.- Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

- Sí, casi siempre
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, en absoluto

Preg.32.- Me he sentido triste y desgraciada:

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, en absoluto

Preg.33.- Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Ocasionalmente
- No, nunca

Preg.34.- He pensado en hacerme daño:

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

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

Preg.35.-

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento calmada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy tensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy contrariada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento cómoda (estoy a gusto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento descansada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento angustiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo confianza en mí misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy desasegada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento muy "atada" (como oprimida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy relajada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento satisfecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy preocupada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento aturdida y sobreexcitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En este momento me siento bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg.36.- Correo electrónico para poder recibir, si le interesa, los resultados y conclusiones del estudio.

Respuesta:

APÉNDICE II



Uso de redes sociales en madres primerizas y su relación con sintomatología ansiosa y/o depresiva postparto y apoyo social percibido

M^a Teresa Ibarburu Valbuena

Justificación

En los últimos años y con el crecimiento de las nuevas tecnologías, el número de foros sobre maternidad y de blogs que escriben madres y padres por todo el mundo han aumentado, consiguiendo acercarnos un poco más a la dura realidad de la maternidad.

Cada vez es mayor el número de madres que se sumergen en la web buscando ayuda y apoyo ante la reciente experiencia de la maternidad. Ya sea buscando que sillita elegir, marca de leche o pañal, ... hasta las webs más irónica sobre el tema en el que poder desahogar la ansiedad y frustración ante el cambio tan brutal que sufre su sistema biopsicosocial.

Tanto es así que hace tan solo unos días y por votación del público general, fue a unos de estos Blogs el ganador del Premio Bitácoras de RTVE como Mejor Blog de Humor y Entretenimiento, el Club de *las Malas Madres*. Este club se define como un lobby de presión “con mucho sueño, poco tiempo libre, alergia a la ñoñería y ganas de cambiar el mundo o, al menos, de morir en el intento” como defiende su fundadora Laura Baena.



Y es que la maternidad implica un sinfín de cambios en la vida de los padres, particularmente en las madres, en las que es muy habitual presentar soledad, miedo y una gran responsabilidad en una etapa evolutiva que hasta ahora consideraban natural, instintiva y emocionante. Lejos de esto, las madres se muestran agotadas emocional y físicamente, con mil miedos y preocupaciones, una gran incertidumbre sobre su futuro personal y profesional.

Y así lo reflejan diariamente estos blogs y foros de internet. Una bloguera escribía en la sección online del periódico El País en relación a este tema:



By @kira

“Hace año y medio que no salgo, no me relaciono con adultos, no viajo, no voy al cine, no leo libros, no entro en mis pantalones, no acudo la primera al último local de moda, no voy a exposiciones, no escucho conferencias, no paseo por la feria del libro y no tengo tiempo ni de mirarme al espejo. Y lo que es peor, que no dormo más de dos horas seguidas. Y sin cafeína ni vino. Sí, es cierto, ser madre consiste en renunciar a todo lo que eras antes y me temo que para siempre. Entonces ¿por qué diablos las mujeres se siguen prestando a esta maldición bíblica que arrasa con todo, con sus vidas, sus expectativas, su carrera laboral, su manicura y sus artículos plagados de citas culturetas que ya no tienen tiempo de escribir?” (Torres, 2015).

Estos espacios permiten a las recientes madres poder expresar como se sienten, sus frustraciones, renuncias, malestar, confusión ante el mal ajuste de sus expectativas sobre la maternidad y la realidad, su dificultad en conciliar la vida laboral y maternal, compartir situaciones ... todo ello sin necesidad de justificarse o sentirse “malas madres”.



Y esta es la razón por la que muchas madres, a través de internet, están buscando una alternativa a esta situación que permita acercarse entre sí, en un intento forzado, necesario y fundamental de lograr el apoyo social alternativo que facilite esta adaptación.

De esta manera, las redes sociales, blogs, foros de internet... pueden aportar un soporte emocional fundamental al poder compartir con otras mujeres en la misma situación, todos esos cambios. Reforzando de este modo, los sentimientos de cohesión social, la confianza en las propias capacidades y ofreciendo herramientas para lograr sus objetivos, más allá de los intercambios de consejos que se produzcan.

Acerca de la investigación que propongo

Actualmente, son muy pocos los estudios realizados sobre el papel de las nuevas tecnologías aplicados a la maternidad y síntomas depresivos y/o ansiógenos durante el primer año de maternidad, y ninguno publicado en nuestro país. Pero algunos autores comienzan a apuntar en esta dirección, al establecer la cohesión social, y las redes sociales, como amortiguadores de la angustia psicológica materna y la depresión (Eastwood, Kemp, Jalaludin y Phung, 2013).

Y es en esa línea de investigación en la que quiero sumergirme.

Objetivos:

Este estudio pretende valorar las relaciones existentes entre el uso de nuevas tecnologías, y la presencia/ausencia de síntomas depresivos y/o ansiosos durante el primer año de maternidad.

También pretende explorar si la utilización de redes sociales influye en la percepción de apoyo social, centrándome en madres primerizas. Así mismo, analizaría la posible relación entre este apoyo social percibido y los síntomas depresivos y/o ansiosos en el primer año de maternidad.

Metodología:

Se trata de un diseño Cuantitativo Ex Post facto de Cohorte (prospectivo).

La medición de las variables: sintomatología depresiva, sintomatología ansiógena y apoyo social percibido se realizará mediante test validados empíricamente en muestra española:

- Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Respecto a la variable nuevas tecnologías he construido un inventario supervisado con mi tutor metodológico para este estudio.



Fuente: Brain Emotion Formación



Mi estudio:

Pretende analizar qué relación existe entre estas web y foros de internet, y la presencia de una mayor o menor sintomatología depresiva y/o ansiógena en las madres primerizas durante su primer año de maternidad. Y si se puede relacionar la consulta y/o participación en estos sitios web con un mayor apoyo social percibido por la madre.

Muestra:

Para poder analizar estos datos me propongo obtener una muestra de unas 50 madres primerizas, mayores de edad, con hijos menores de un año, de nacionalidad española.

Información de contacto

M^a Teresa Ibarburu Valbuena
N. Colegiación: M-27994
Máster de Psicología General Sanitaria en la Universidad Pontificia de Comillas
Trabajo Fin de Máster
Dirección de correo electrónico: teresaibarburu@hotmail.com

Bibliografía:

ABC (2015). Conoce a los ganadores de los XI Premios Bitácoras. Recuperado de 26 de noviembre del 2015 de: http://www.abc.es/deportes/abci-conoce-ganadores-premios-bitacoras-201511282152_noticia.htm

Eastwood, J.G., Kemp, L.A., Jalaludin, B. B. y Phung, H.N. (2013). The Political Context of Inequalities. Neighborhood adversity, ethnic diversity, and weak social cohesion and social networks predict high rates of maternal depressive symptoms: a critical realist ecological study in south western sydney, Australia. *International Journal of Health Services*, 43 (2), 241–266.

Torres, V. (2015). La maternidad es una condena. Recuperado de 26 de noviembre del 2015 de: <http://blogs.elpais.com/mamas-papas/2015/09/la-maternidad-es-una-condena.html>