

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Percepción de ayuda versus
corresponsabilidad y su efecto en la salud
mental de madres de hij@s de 1 a 3 años

Trabajo fin de estudio presentado por:	Edurne Tercero Carmona
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Línea de investigación 1. Prevención e intervención temprana en trastornos psicopatológicos.
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	Investigación empírica
Director/a:	Patricia Flor Arasil
Fecha:	17 de enero del 2026

1. Agradecimientos

A Unai, mi compañero de vida. Gracias por tu paciencia infinita, por tu presencia incluso en mis ausencias, y por sostenerme cuando ya no podía más. Gracias por creer en mí incluso en los días en los que yo misma dudaba. Este trabajo también es tuyo.

A mi hija Nikole, mi pequeña guerrera. Eres luz, eres raíz y futuro. Ojalá acompañarte para que crezcas siendo una mujer valiente, libre, respetuosa y sensible. Todo lo que hago, también lo hago por ti.

A Ibon, mi hijo, que quizá ya esté entre mis brazos cuando entregue este trabajo. Gracias por acompañarme incluso antes de nacer, por recordarme la fuerza que tengo y enseñarme a frenarme cuando lo necesito. Sueño con educarte para que seas un hombre justo, consciente y corresponsable; alguien que forme parte del cambio que tanto necesitamos.

Nikole e Ibon, ojalá ser para vosotros el refugio que vosotros ya sois para mí.

A mis padres, mi hermana, mi abuela y Ritxar, por sostenerme de mil maneras, incluso cuando no sabía pedir ayuda. Gracias por ser hogar.

A Amaia y Larra, por estar tarde tras tarde, por hacerme reír en medio del cansancio y por recordarme que no estoy sola.

A Laura D., Leire A. y Leire O. compañeras e inspiración. Gracias por vuestra fuerza, vuestra mirada crítica y la manera tan honesta de habitar el mundo. Con vosotras, todo pesa menos.

A Patricia, mi directora de TFM, que me ha ayudado a darle forma a esta investigación.

A todas las personas que, sin aparecer con nombre propio, han sido necesarias para que pudiera llegar hasta aquí: quienes me cedieron tiempo, cuidado, escucha o una palabra en el momento oportuno. Gracias por ser parte silenciosa pero imprescindible de este camino.

Y, por último, a todas las madres que participasteis en este estudio. Gracias por vuestra valentía, por abrirme vuestra intimidad y por confiar en mí. Vuestras voces son la esencia de este trabajo. Ojalá pudiera abrazaros a cada una: sois extraordinarias.

2. Resumen

La corresponsabilidad en la crianza constituye un factor clave en la organización de los cuidados y en el bienestar psicológico de las madres en la primera infancia. Este estudio analiza la relación entre la percepción de corresponsabilidad y la salud mental en madres con hij@s de 1-3 años. Se empleó un diseño observacional, explicativo y transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia (n = 58).

Se evaluaron variables sociodemográficas, carga mental y sintomatología psicológica (depresión, ansiedad y estrés) mediante cuestionarios estandarizados (PHQ-9, GAD-7, PSS-10) y un cuestionario ad hoc de carga mental. Se realizaron análisis descriptivos, correlaciones y comparaciones entre grupos (madres con empleo remunerado y sin empleo remunerado fuera del hogar).

Aunque no se hallaron asociaciones significativas en los análisis cuantitativos, los resultados cualitativos evidencian la complejidad de la carga mental materna y subrayan la importancia de promover una corresponsabilidad real como estrategia preventiva en salud mental materna.

Palabras clave: Carga mental; corresponsabilidad; maternidad; ansiedad; depresión.

3. Abstract

Co-responsibility in parenting is a key factor in the organization of care and in maternal psychological well-being during early childhood. This study analyzes the relationship between perceived co-responsibility and mental health in mothers of children aged 1 to 3 years. An observational, explanatory, and cross-sectional design was employed, using a non-probabilistic convenience sample (n = 58).

Sociodemographic variables, mental load, and psychological symptoms (depression, anxiety, and stress) were assessed using standardized questionnaires (PHQ-9, GAD-7, PSS-10) and an *ad hoc* mental load questionnaire. Descriptive analyses, correlations, and group comparisons were conducted between mothers with paid employment and those without paid employment outside the home.

Although quantitative analyses did not reveal significant associations, qualitative findings highlight the complexity of maternal mental load and emphasize the importance of promoting genuine co-responsibility as a preventive strategy for maternal mental health.

Keywords: Mental load; co-responsibility; motherhood; anxiety; depression.

Índice de contenidos

1.	Agradecimientos	2
2.	Resumen	3
3.	Abstract	4
4.	Marco teórico	8
4.1	Introducción	8
4.2	La carga mental: definición, dimensiones y evidencia científica	10
4.3	El trabajo emocional y la maternidad: una doble carga invisible.....	13
4.4	Corresponsabilidad: avances conceptuales y límites prácticos	16
4.5	Salud mental materna y exterogestación: una cuestión pendiente.....	19
4.6	Políticas públicas, desigualdad estructural y lagunas en la atención a la salud mental materna.....	22
4.7	Redes de apoyo, comunidad y bienestar psicológico en la maternidad migrante.....	24
5.	Justificación.....	26
6.	Objetivos.....	28
6.1	Objetivo principal	28
6.2	Objetivos secundarios.....	28
7.	Hipótesis	29
8.	Marco metodológico	30
8.1	Diseño	30
8.2	Participantes	31
8.3	Instrumentos.....	32
8.4	Procedimiento	34
8.5	Análisis de datos	35
9.	Resultados	37
9.1	Análisis descriptivo y prueba de normalidad	38
9.2	Correlaciones.....	40
9.3	Comparación según situación laboral.....	42
9.4	Comparación según percepción de corresponsabilidad.....	43
9.5	Resultados cualitativos	44

10. Discusión.....	48
10.1 Limitaciones	51
10.2 Prospectiva futura	53
Referencias bibliográficas	55
Anexo A. Informe de valoración del trabajo fin de máster	60
Anexo B. <i>Codebook</i> análisis cualitativo	61
Anexo C. Tabla de temas, subtemas y ejemplos	63

Índice de tablas

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de las variables principales (N = 58)	38
Tabla 2 Prueba de normalidad (Saphiro- Wilk)	39
Tabla 3 Matriz de correlaciones (Spearman)	40
Tabla 4 Mann–Whitney U según situación laboral (carga_total)	42
Tabla 5 Mann–Whitney U según percepción de corresponsabilidad vs ayuda (carga_total)	43
Tabla 6 Temas y subtemas emergentes del análisis cualitativo	44
Tabla 7. Codebook del análisis cualitativo	61
Tabla 8. Temas, subtemas y citas del análisis cualitativo	63

4. Marco teórico

4.1 Introducción

La maternidad no es un simple rol, es una experiencia vital, social y política, entre otras cosas. Está plenamente atravesada por las estructuras de poder y las normas de género que, nos guste o no, siguen siendo nuestro pan de cada día. Hoy en día, aunque muchas mujeres han conquistado espacios de formación y trabajo que antes no les estaba permitido, el ideal materno continúa estando sometido a viejas expectativas culturales: esas que asocian el valor femenino con la entrega absoluta, la renuncia y el sacrificio (Rich, 1976; Fraser, 2013). Ya que, aunque pensemos que el patriarcado no está presente en nuestro día a día, ese mandato, tan sutil como persistente, se cuela en lo cotidiano: en la forma en que se reparten los cuidados, en la carga de las tareas del hogar, en la distribución del descanso o incluso en la culpa. Todo ello tiene un impacto directo, y silencioso, en la salud mental materna.

Las investigaciones más actuales confirman que, incluso en las sociedades donde la igualdad parece un hecho, las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de trabajo doméstico y cuidado infantil, tanto en tiempo como en responsabilidad mental (Dean, Churchill, & Ruppner, 2021; Reich-Stiebert, Froehlich, & Voltmer, 2023). Podemos ver que la llamada *carga mental* no es solo cuestión de horas dedicadas, sino que también es la tensión constante de tener que pensar en todo: prever, organizar, recordar, sostener. Es ese trabajo invisible que no se mide, pero que pesa. Y la verdad es que pocas veces se reparte de manera equitativa o justa.

A esta carga mental se suma otra igual de exigente, el trabajo emocional (Hochschild, 1983). El trabajo emocional es también un esfuerzo invisible que sirve para gestionar los propios sentimientos mientras se intenta cuidar de los demás, o de mantener la calma, de sostener a la familia y procurar que todo siga funcionando, incluso cuando una siente que no puede más. La combinación entre carga mental y trabajo emocional termina pasando factura, llegando a provocar un desgaste psicológico que puede derivar en ansiedad, estrés, tristeza que no termina de irse o agotamiento. Esto sobre todo llega a ocurrir durante las primeras etapas de la crianza, intensificando lo bueno y no tan bueno y dando un menor margen para el autocuidado.

A pesar de esto, la salud mental materna continúa estando ausente en las políticas públicas y en los servicios sanitarios en España (Chaves et al., 2021; Nicolás-López et al., 2022). Y es que, aunque algunas medidas para la promoción de la corresponsabilidad y la conciliación se hayan puesto en marcha en forma de permisos, horarios, flexibilidad, ..., esto sigue dejando de lado lo emocional, psicológico y comunitario, sin crear espacios donde las madres encuentren sostén, escucha y red. Esto conlleva un vacío que a menudo deja a muchas mujeres sosteniendo más de lo que el cuerpo y la mente pueden asumir.

4.2 La carga mental: definición, dimensiones y evidencia científica

Mental load o la carga mental hace referencia al esfuerzo cognitivo y emocional que conlleva planificar, organizar y anticipar las necesidades del hogar y de quienes dependen de él (Reich-Stiebert, Froehlich, & Voltmer, 2023). A diferencia del trabajo doméstico visible, la carga mental opera en silencio, de manera invisible como: recordar citas médicas, prever la compra semanal, anticipar conflictos, coordinar rutinas, sostener lo cotidiano. Es ese zumbido constante que no se apaga, incluso cuando parece que “ya no queda nada por hacer”.

Como señaló Hochschild (1989), *“el hogar se convierte en una segunda jornada laboral, donde las mujeres no sólo hacen, sino que piensan y sienten por los demás”*. Ese esfuerzo invisible resulta agotador. Consume recursos mentales y emocionales difíciles de reponer, y se asocia con síntomas de cansancio, dificultad para concentrarse y estrés prolongado. En la misma línea, Aviv et al. (2024) describen la carga mental como *“una forma de trabajo cognitivo que, al no reconocerse ni redistribuirse, se acumula en las mujeres hasta afectar su bienestar psicológico”*. Y es que, cuando el pensamiento no descansa, el cuerpo y la mente acaban por pasar factura.

La dimensión cognitiva de la *carga mental* engloba la gestión constante de información, la planificación a largo plazo y la toma de decisiones familiares. La dimensión emocional, por su parte, implica sostener la calma, cuidar el clima afectivo del hogar y, en muchos casos, hacerse responsable de los estados de ánimo de quienes conviven allí (Dean, Churchill, & Ruppner, 2021). Ambas dimensiones se entrelazan y dan forma a un trabajo continuo, casi sin interrupciones, que se extiende incluso más allá del tiempo de cuidado activo.

En su revisión sistemática sobre el trabajo mental de género, Reich-Stiebert et al. (2023) destacan que las mujeres asumen más tareas de planificación, supervisión y control, incluso cuando los hombres participan de manera más visible en las tareas domésticas. Este desequilibrio cognitivo perpetúa el patrón de desigualdad: coloca sobre las mujeres la carga de “saber qué hace falta” y “qué hay que hacer”, reforzando su papel como gestoras invisibles del hogar.

Y es que esta carga no aparece de la nada. Los cambios sociales de las últimas décadas, tales como la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, parecen haberse olvidado de

redistribuir las tareas domésticas (Fraser, 2013). Es por eso que muchas madres viven con la sensación de que *“si yo no lo pienso, nadie lo hará”* o *“no puedo permitirme olvidar nada”*. Este modo de vigilancia mental, tan habitual como desgastante, termina dejando huella: ansiedad, cansancio emocional y la dificultad de desconectar incluso en los momentos que deberían ser de descanso (Aviv et al., 2024).

Por otra parte, la tecnología ha transformado la forma en que se manifiesta la carga mental. Si bien algunas herramientas digitales pueden facilitar la organización del día a día, otras amplifican las exigencias de control, inmediatez y disponibilidad. Los recordatorios, los grupos de mensajería o las agendas compartidas parecen ayudar, pero a menudo mantienen la mente en modo “encendida”. En especial en contextos de teletrabajo, la frontera entre el empleo, el hogar y el cuidado se vuelve difusa, generando la sensación de estar en varias tareas a la vez, sin llegar a desconectar del todo (Cox et al., 2025).

La carga mental no se reduce al reparto de tareas, sino que, es un síntoma de un sistema patriarcal y capitalista que sigue delegando el sistema de cuidado hacia las mujeres (Federici, 2012). Federici asume que la carga mental y el trabajo doméstico son una formas de trabajo productivo que el sistema necesita, pero no reconoce. Según esto, la carga mental debería convertirse en una categoría política, poniendo nombre a la desigualdad de poder que atraviesa la gestión de la vida cotidiana.

Asimismo, la literatura científica describe la carga mental como un fenómeno complejo, multidimensional y con un impacto profundo en la salud psicológica de las mujeres. Sin embargo, su medición todavía supone un desafío. Las investigaciones actuales utilizan instrumentos variados, muchos de ellos diseñados ad hoc, lo que dificulta la comparación entre estudios (Ovejas, 2023). La validación de herramientas o baterías, como el cuestionario CORGEN, significan un gran paso para evaluar la corresponsabilidad y la carga mental desde una perspectiva de género.

Aun así, en el presente estudio se ha decidido no utilizar el cuestionario CORGEN. La razón principal es que este instrumento se centra sobre todo en el reparto cuantitativo de las tareas realizadas, dejando en un segundo plano la dimensión más invisible del fenómeno: la gestión mental y emocional que sostiene el funcionamiento cotidiano. De este modo, su aplicación

podría generar una imagen distorsionada, sobre representando la corresponsabilidad “visible” y subestimando la carga de planificación y control que muchas madres asumen de manera constante.

Por ello, se opta por diseñar una batería compuesta por ítems y escalas validadas que permitan captar con mayor precisión los aspectos que interesan a esta investigación: la planificación, la anticipación y, sobre todo, la percepción de la participación de la pareja o del entorno como ayuda o como responsabilidad compartida. En definitiva, se busca una mirada más ajustada a la experiencia real de las madres, donde la carga mental no se mida sólo por lo que se hace, sino también por todo lo que se piensa, se prevé y se sostiene en silencio.

Entender la idea de carga mental es clave para analizar la salud mental materna, ya que, una mayor carga mental repercute en la salud psicológica individual y en la calidad de los vínculos familiares. Fraser (2013) recuerda que “la justicia de género no puede alcanzarse mientras las mujeres sigan asumiendo, en silencio, la responsabilidad de sostener el mundo emocional y logístico de los demás”. Y quizás ahí, en ese silencio, esté una de las claves más urgentes por romper.

4.3 El trabajo emocional y la maternidad: una doble carga invisible

El concepto de trabajo emocional fue introducido por Arlie Hochschild (1983) en su obra *The Managed Heart*, para describir el esfuerzo que realizan las personas —especialmente las mujeres— al gestionar sus propias emociones y las de los demás como parte de su rol social. En un inicio, Hochschild situó este fenómeno en el ámbito laboral, pero sus análisis pronto se extendieron al terreno doméstico y familiar. En ese espacio, las madres se convierten en auténticas gestoras emocionales del hogar: no solo se ocupan de las tareas físicas o cognitivas, sino también de mantener el equilibrio afectivo de la familia, de contener, sostener y suavizar los conflictos.

En el contexto de la maternidad, este trabajo emocional se traduce en una práctica cotidiana: consolar, animar, regular las emociones de las hijas e hijos, procurar que la casa “respire bien”. Sin embargo, esta exigencia —invisible y constante— rara vez es reconocida ni compartida. Como señaló Adrienne Rich (1976), “la maternidad ha sido moldeada por las necesidades del patriarcado más que por las de las mujeres”, lo que ha transformado el amor materno en un mandato más que en una experiencia libre.

La socióloga Nancy Fraser (2013) profundiza en esta idea al señalar que el capitalismo contemporáneo se sostiene sobre una “crisis del cuidado”: las mujeres siguen asumiendo el peso del trabajo reproductivo sin el apoyo estructural que lo sostenga. Según la autora, la sociedad actual “descansa sobre un orden de género en el que el cuidado se privatiza en las mujeres, mientras el Estado y el mercado lo ignoran”. Esta invisibilización tiene un precio emocional alto: una precarización afectiva que impacta directamente en la salud mental materna.

Por su parte, Silvia Federici (2012) recuerda que el trabajo doméstico y de cuidado, lejos de ser una elección privada, constituye una base de la producción capitalista. Denuncia cómo las tareas de reproducción y crianza se han romantizado como “expresiones de amor”, cuando en realidad representan trabajo no remunerado que sostiene al sistema económico. Esta idealización de la maternidad borra el desgaste psicológico que implica y obstaculiza la creación de políticas públicas que lo aborden de manera estructural.

Hays (1996) acuñó el concepto de “maternidad intensiva” porque se había establecido la figura de la madre perfecta, una madre siempre disponible, entregada por completo a la

maternidad y emocionalmente equilibrada. Este concepto agrava aún más esta doble carga para las madres, generando una mayor presión, autoexigencia y por ende, más culpa, ya que sienten que no deben fallar, derivando una especie de “culpa materna crónica” (Douglas & Michaels, 2004), una sensación de no llegar nunca, de no ser suficiente.

Así, la maternidad contemporánea se desarrolla bajo una tensión constante. Se espera que las mujeres sean cuidadoras incondicionales, trabajadoras productivas y emocionalmente estables, sin que existan estructuras sociales que realmente sostengan ese equilibrio. Esta contradicción se hace especialmente visible en los primeros años de crianza, cuando la carga emocional y la falta de apoyo pueden derivar en ansiedad, depresión o un agotamiento silencioso.

Los estudios recientes sobre salud mental materna confirman lo que muchas mujeres ya sabían desde la experiencia: la presión por cumplir con los ideales de maternidad y la falta de corresponsabilidad en el hogar son factores de riesgo claros. Aviv et al. (2024) hallaron que las madres con mayor carga emocional y cognitiva presentaban niveles significativamente más altos de estrés y síntomas depresivos. Además, aquellas que sentían falta de reconocimiento por parte de sus parejas mostraban una percepción más negativa de su bienestar psicológico.

El trabajo emocional materno, por tanto, no se limita a cuidar a los demás: implica también callar las propias necesidades. Esta represión emocional mantenida en el tiempo se asocia con fatiga, anhedonia y soledad, incluso en familias que funcionan bien hacia fuera. Como escribió Hochschild (1989), “en el intento de cuidar de todos, las mujeres a menudo dejan de cuidarse a sí mismas”.

Desde la psicología de la salud, esta dimensión emocional resulta fundamental. El desgaste afectivo prolongado altera la regulación del estrés, la autoestima y la calidad de los vínculos de apego. Las madres que se sienten solas o sobrecargadas emocionalmente muestran mayor vulnerabilidad ante trastornos del estado de ánimo, insomnio y síntomas somáticos (Nicolás-López et al., 2022).

En suma, el trabajo emocional constituye una forma de desigualdad invisible que agrava el impacto de la carga mental. No basta con medir el tiempo que se dedica al cuidado: es necesario mirar lo que ocurre debajo de la superficie, en la esfera afectiva y simbólica. La perspectiva feminista permite justamente eso: desnaturalizar el mandato del amor

Percepción de ayuda versus corresponsabilidad y su efecto en la salud mental de madres de hij@s de 1 a 3 años

incondicional, visibilizar el esfuerzo emocional que implica la maternidad y reivindicar el derecho de las mujeres a ser cuidadas mientras cuidan.

4.4 Corresponsabilidad: avances conceptuales y límites prácticos

El término *corresponsabilidad* alude al reparto equitativo de las tareas domésticas y de cuidado entre todas las personas que forman parte del hogar. No se trata solo de hacer, sino también de planificar, decidir y sostener la organización cotidiana (Medina-Garrido, 2021). Sin embargo, en la práctica, la corresponsabilidad sigue siendo más un ideal que una realidad. Aunque el discurso social y las políticas públicas han avanzado hacia una igualdad formal, los estudios muestran una brecha persistente: muchas madres siguen percibiendo que sus parejas “ayudan” en lugar de compartir realmente las responsabilidades familiares (Pisaca Tierra, 2020; Urrutia, 2015).

La percepción de ayuda se entiende como la vivencia subjetiva de que la pareja “colabora” cuando se lo piden, pero sin asumir la planificación, la anticipación ni la responsabilidad final de las tareas. Diversos estudios señalan que esta percepción refuerza la idea de que el cuidado es una tarea femenina, mientras que la implicación masculina aparece como apoyo opcional (Pisaca Tierra, 2020; Urrutia, 2015). Esta distinción resulta clave porque, aunque conductualmente pueda parecer implicación, emocional y cognitivamente mantiene la carga en las madres.

Mientras la ayuda se vincula a la ejecución puntual de tareas, la corresponsabilidad implica asumir la gestión completa del cuidado: planificar, organizar, decidir, anticipar y resolver. La literatura señala que ambas vivencias producen efectos distintos en el bienestar psicológico materno (Ovejas, 2023).

El Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023) muestra datos que reflejan esta desigualdad: de media, y en comparación con los hombres, las mujeres dedican el doble de tiempo diario al trabajo doméstico no remunerado. Además, el *Informe MenCare España* (Inmujeres, 2023) añade que el 62 % de los hombres considera que “colabora” en el cuidado pero no como una responsabilidad compartida. Esa diferencia semántica, habla de un patrón cultural profundo: el cuidado sigue viéndose como terreno de las mujeres, mientras la implicación de ellos aparece como algo opcional, casi como un gesto.

Fraser (2013) señala que la igualdad de género no puede verse limitada a la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Debe haber una mayor transformación que sea capaz de

redistribuir los trabajos de cuidado y reconocerlos como parte esencial de la vida social.

“Mientras el Estado continúe dependiendo del trabajo invisible de las mujeres para sostener la vida cotidiana, la justicia de género seguirá incompleta”, señala la autora.

Por tanto, la corresponsabilidad implica algo más que un cambio de rutinas. Conlleva la revisión del contrato social y familiar que define quién cuida, quién decide y quién sostiene. Es cuestionar la lógica patriarcal que asigna a las mujeres el rol de cuidadoras y a los hombres el de proveedores, para situar el cuidado como una tarea colectiva y una responsabilidad de toda la sociedad.

En España, se han impulsado diversas políticas para promover este cambio: la equiparación de los permisos parentales (Real Decreto-ley 6/2019) y la creación del *Plan Corresponsables* (Ministerio de Igualdad, 2021–2024) son dos ejemplos claros. No obstante, ambas medidas presentan limitaciones. Los permisos igualitarios suponen un avance simbólico, sí, pero su uso sigue siendo desigual: las mujeres los solicitan en mayor proporción y, además, asumen reducciones de jornada o excedencias para cuidar (Inmujeres, 2023).

Por su parte, el *Plan Corresponsables* busca facilitar servicios de cuidado infantil y mejorar la conciliación, pero ha sido criticado por su falta de continuidad y de financiación estable. Además, deja fuera una pieza clave: la salud mental materna y las necesidades emocionales ligadas a la exogestación y a la crianza temprana. Como recuerda Medina-Garrido (2021), estas políticas “asumen la maternidad desde la productividad y la conciliación laboral, sin incorporar el bienestar psicológico como dimensión central del cuidado”.

Las investigaciones más recientes refuerzan esta idea: la percepción de corresponsabilidad influye directamente en el bienestar psicológico de las madres. Ovejas (2023), en su validación del cuestionario CORGEN, observó que las madres que perciben cooperación activa por parte de sus parejas presentan menores niveles de estrés y mayor satisfacción vital. En cambio, aquellas que interpretan la implicación de su pareja como una simple “ayuda” muestran más agotamiento emocional y síntomas depresivos.

Desde la teoría feminista, Federici (2012) y Fraser (2013) sostienen que la igualdad real solo será posible cuando el cuidado deje de entenderse como una tarea individual y pase a asumirse como una función social básica. Esto implica políticas que reconozcan el valor

económico y emocional del trabajo doméstico, además de una transformación cultural de fondo, tanto en las relaciones de pareja como en las instituciones.

En definitiva, la corresponsabilidad en el ámbito de la crianza, no se limita al reparto de tareas visibles, sino que incluye la capacidad de anticipar necesidades, planificar, sostener rutinas y asumir la carga mental asociada al cuidado diario. Sin embargo, existe con frecuencia una discrepancia entre la corresponsabilidad “percibida”, cuando la pareja se considera implicada por realizar tareas puntuales o visibles” y la corresponsabilidad “real”, que implica asumir de manera autónoma y continua la organización, planificación y toma de decisiones asociadas con el cuidado infantil y el funcionamiento del hogar.

Este desajuste es una de las fuentes principales de carga mental materna, al situar a las madres como gestoras permanentes del sistema familiar incluso en relaciones en apariencias igualitarias. La distinción entre corresponsabilidad percibida y real ayuda a interpretar las tensiones que aparecen en los discursos de las madres permite comprender por qué las medidas cuantitativas no siempre captan el fenómeno en su complejidad.

En resumen, la corresponsabilidad no se reduce al reparto de tareas, sino que es un proceso de democratización del cuidado. Mientras la maternidad continúe asociada a la autoexigencia y el sacrificio, y la participación masculina se mantenga como algo voluntario o asistencial, la carga mental y emocional seguirá pesando sobre las mujeres. La corresponsabilidad real empieza cuando cuidar, y pensar el cuidado, deja de ser una “ayuda” y se convierte en una responsabilidad compartida.

4.5 Salud mental materna y exterogestación: una cuestión pendiente

La salud mental materna es un pilar esencial del bienestar familiar y comunitario. A pesar de los avances en la detección de la depresión posparto, las políticas y servicios continúan centrados en el puerperio inmediato, sin atender con suficiente profundidad la etapa de exterogestación, los primeros tres años de vida del bebé, cuando la madre y la criatura mantienen una vinculación física y emocional especialmente intensa (Montagu, 2011).

La exterogestación resulta clave para entender la vulnerabilidad psicológica de las madres en este periodo. Desde una perspectiva del desarrollo evolutivo, los primeros tres años de vida implica una dependencia casi total del bebé hacia su figura principal de cuidado. Esa continua demanda llega a ser muy exigente, y más aún si se está sola, sin apoyos o corresponsabilidad. Trevarthen y Aitken (2001) explican que la regulación emocional del bebé depende mayormente de la regulación afectiva de su madre.

Aun así, la atención sanitaria pone el foco en el bebé y se olvida del estado emocional de la madre (Chaves et al., 2021). A las madres se les hace un breve seguimiento psicológico tras el parto, ignorando la carga mental, la adaptación a la crianza y el cansancio que va haciendo mella con el paso del tiempo. Nicolás-López et al. (2022) señalaron que durante la pandemia de COVID-19, las madres de niños y niñas de hasta tres años mostraron niveles elevados de ansiedad y depresión, sobre todo aquellas sin red de apoyo o con cargas laborales.

En España, varios organismos denuncian la falta de recursos de salud mental perinatal. Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME, 2023), menos del 20 % de los centros de atención primaria cuenta con protocolos para evaluar el bienestar psicológico materno más allá del posparto inmediato. Esto contribuye a que muchas mujeres normalicen su malestar bajo la idea de “así es ser madre”, convirtiendo el agotamiento en un estado casi esperado.

A todo ello, hay que sumarle la situación económica, precariedad laboral, aislamiento o ausencia de redes familiares, que amplifican el riesgo de malestar psicológico (Reich-Stiebert et al., 2023). No debemos olvidar que además, las madres migrantes enfrentan una vulnerabilidad añadida: la pérdida del apoyo comunitario, las barreras lingüísticas y el desarraigo cultural (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). No es casual que

presenten una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, alimentadas por la carga mental y por la sensación de no pertenecer.

Desde el marco feminista, la salud mental materna no puede analizarse sin mirar las estructuras que la sostienen y la desgastan. Dean, Churchill y Ruppner (2021) señalan que, el bienestar psicológico de las mujeres está profundamente condicionado por la organización social del cuidado, esto es, no se trata únicamente de resiliencia individual, sino de un problema del sistema con una distribución del trabajo doméstico y emocional desigual.

A ello se añade un peso más sutil: la culpa materna, el perfeccionismo y la autoexigencia. El ideal de “buena madre”, promovido por la cultura de la crianza intensiva y reforzado por las redes sociales, empuja a muchas mujeres a una auto-vigilancia constante: la obligación de disfrutar cada momento, incluso cuando lo que predomina es el cansancio o la tristeza (Douglas & Michaels, 2004; Hays, 1996).

Por eso, abordar la salud mental materna exige un enfoque integral que contemple lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural. No basta con tratar síntomas de depresión o ansiedad: hay que transformar las condiciones estructurales que los generan. Como recuerda Fraser (2013), *“una sociedad justa no solo redistribuye recursos, sino que también reconoce y revaloriza las emociones y los vínculos que sostienen la vida”*.

La exergestación, los primeros años del bebé son un periodo de intensa dependencia emocional y física intensa de la madre. Por eso, este es un momento crucial para prestar especial atención a su salud mental. Es un tiempo en que el cuerpo y la mente aún están adaptándose, en el que el bebé absorbe casi todo el tiempo, y donde el apoyo, o su ausencia, marca una profunda diferencia. Promover redes de apoyo reales, programas de acompañamiento emocional y políticas de conciliación que incluyan la salud mental no es un lujo: es una necesidad para prevenir el malestar y sostener el bienestar familiar.

Desde la psicología sanitaria, es necesario visibilizar esta realidad y defender un modelo de atención que entienda la maternidad como lo que realmente es: un proceso biopsicosocial complejo, dinámico y lleno de matices. No un estado pasajero ni una experiencia que deba transitarse en soledad, porque, al fin y al cabo, la maternidad, lejos de ser una vivencia íntima, también es un hecho social y político, moldeado por las políticas públicas y por los valores

culturales de cada época. En España, a pesar de existir avances en materia de conciliación e igualdad, la salud mental materna sigue sin importar en la agenda pública (Chaves et al., 2021). Las políticas de igualdad se centran sobre todo en la equiparación laboral y en los permisos parentales, pero han dejado en segundo plano las dimensiones emocionales, psicológicas y comunitarias del cuidado.

4.6 Políticas públicas, desigualdad estructural y lagunas en la atención a la salud mental materna

Es cierto que, sobre el papel, hemos avanzado. El Real Decreto-ley 9/2025, las semanas de permiso de nacimiento y cuidado ha aumentado a 19 semanas retribuidas e intransferibles para cada progenitor, permitiendo, al menos en teoría, una presencia más equitativa. Esto, además de las 6 semanas obligatorias iniciales, permite una mayor corresponsabilidad. Pero, una vez superado el permiso inicial, la madre sigue frenando su carrera, pidiendo excedencias o reduciendo la jornada, mientras que para él el cuidado a largo plazo sigue siendo "opcional" o "ayuda".

El *Plan Corresponsables* del Ministerio de Igualdad (2021–2024), busca mejorar la conciliación, sobre todo a familias monoparentales y vulnerables. Pero, el plan sigue sin contemplar acciones que favorezcan la salud mental materna, ni contemplando espacios de acompañamiento emocional durante la crianza.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) denuncia la falta de estrategia nacional en salud mental perinatal, porque actualmente, el poder detectar el malestar materno sigue dependiendo de que el profesional que atiende tenga la sensibilidad o el tiempo suficiente para percibirlo. Es por eso que muchos casos de ansiedad o depresión pasan desapercibidos o se diluyen bajo el discurso de la “adaptación a la maternidad”. En cambio, Canadá y Reino Unido tienen protocolos nacionales de cribado y apoyo psicológico perinatal.

Esta omisión protocolaria no parece casual, sino estructural, ya que la invisibilización de la salud mental de la mujer viene de atrás, ya que históricamente se ha tendido a patologizar el malestar femenino y a despolitizar el cuidado (Illouz, 2007).

Nancy Fraser (2013) hace hincapié en que las políticas actuales de conciliación, al centrarse sobre todo en la productividad laboral, refuerzan la desigualdad y la idea de “mujer trabajadora eficiente”, ya que, de esta manera, las mujeres “deben equilibrar” el trabajo y la maternidad sin los apoyos necesarios por parte del sistema. De esta forma se genera un falso “empoderamiento individual”, que termina generando culpa y desgaste emocional en las madres al no lograr cumplir con todos los roles asignados.

Podría verse aliviada esa carga si la inversión pública en redes de apoyo comunitario no fuera tan escasa.

El Barómetro de la Soledad de 2022 nos dio una clara señal de alarma: las madres jóvenes son un colectivo especialmente vulnerable, sintiendo mucho más ese aislamiento no deseado. Esto se agrava si crían solas o, sobre todo, si son migrantes.

¿Y por qué esta vulnerabilidad? Porque migrar, de por sí, profundiza las grietas en la salud mental. Estas madres se enfrentan, de golpe, a la precariedad económica, a la discriminación institucional, y a la pérdida de sus redes de apoyo; ese colchón familiar y social que todas necesitamos. La OMS, en 2022, ya lo advirtió: todo esto las hace psicológicamente mucho más frágiles.

Pero la cosa no termina ahí. Los programas de salud mental que tenemos no suelen mirar con la atención que se necesita la diversidad cultural ni las barreras del idioma. Esto genera exclusión y una profunda desconfianza hacia nuestro sistema sanitario.

En resumen, las políticas actuales en España se quedan cortas. Son insuficientes si hablamos de bienestar psicológico real y de equidad de verdad. Todavía tenemos tres grandes lagunas que tapar:

- La falta de perspectiva de salud mental en las políticas de conciliación y corresponsabilidad.
- Los protocolos estandarizados para la atención emocional durante el postparto inmediato siguen siendo escasos.
- La invisibilización de las madres migrantes y de las familias en situación de vulnerabilidad social.

4.7 Redes de apoyo, comunidad y bienestar psicológico en la maternidad migrante

Como podemos observar, en el fondo, la maternidad se trata de una experiencia de relaciones y comunitaria. Entonces, criar lo entendemos como vincular, acompañar y apoyo mutuo, y mientras que antes se criaba en comunidad, en las sociedades contemporáneas, se rige por el individualismo, viviendo así la maternidad en soledad. Esta soledad se vive de manera silenciosa e invisible. Tristemente, esta normalidad implica un aumento en los niveles de estrés, ansiedad y depresión postparto (Leahy-Warren et al., 2012). El sistema familiar actual y las exigencias del mercado delegan la responsabilidad de la crianza en las madres, cuando está demostrado que tanto las redes de apoyo formales como informales, cumplen como función protectora, ayudando en la práctica y facilitándoles a las madres a sentirse emocionalmente válidas y comprendidas.

Esto revela la soledad materna como una consecuencia estructural y no un problema individual. Beck-Gernsheim (2014), da nombre de “desvinculación social” cuando las responsabilidades del cuidado se externalizan al mercado o se diluyen, y esto implica que las madres tengan que sostener una triple carga) crianza emocional, gestión doméstica y carga mental) sin ningún tipo de ayuda que les sostenga socialmente. Esta situación se agudiza cuando la madre es migrante, ya que además tienen que enfrentarse a la ausencia de red primaria y a las barreras lingüísticas, culturales y raciales que generan dificultades para crear nuevos lazos y redes (García-Ramírez et al., 2021). De hecho, el estudio de Morales-Carmona y Martín (2020) destaca que las madres migrantes reportan mayores índices de soledad percibida, un malestar que frecuentemente se invisibiliza al esperarse de ellas una fortaleza y resiliencia constantes.

La solución no es la existencia de redes de apoyo, esto no garantiza la satisfacción, de hecho, también existe la “soledad acompañada”. Esto lo podemos ver en madres que tienen pareja o familia, pero, aun así, perciben que el peso emocional y que la organización de la crianza recae en ellas de manera desproporcionada, sintiendo una mayor carga y culpa (Reich-Stiebert et al., 2023).

En lugar de tratar el apoyo que reciben las madres como una ayuda puntual o un “lujo”, debemos entenderlo como un derecho fundamental y una pieza clave y central en la sociedad. El Barómetro de la Soledad (2022) lanzó una señal de alarma revelando que un 36% de las madres de niños menores de 4 años se sentía sola, y esta cifra aumentaba al 49% cuando se trataba de madres migrantes. Estos datos, además de evidenciar el malestar, advierten sobre la insuficiencia de la respuesta institucional. La soledad materna es un problema que exige políticas públicas destinadas a garantizar tiempo, comunidad y apoyo real. Silvia Federici (2020) sostiene que el cuidado no puede seguir siendo un asunto privado, cuando es la infraestructura de la vida misma.

La comprensión de la salud mental materna se ha construido desde una mirada parcial, desde un enfoque biomédico, centrándose en la sintomatología individual y sin atender al contexto de las condiciones estructurales en las que las mujeres maternan (Illouz, 2007; Pérez Orozco, 2014). Este enfoque reduce el malestar químico, pero ignora las raíces sociales y políticas del sufrimiento materno, exigiendo una entrega total por parte de la madre sin los recursos necesarios (Fraser, 2013). En vez de ofrecer apoyo estructural, el discurso que cala a día de hoy es el que culpa a las madres, forzándolas a “conciliar” y practicar el “autocuidado”, transformando un problema colectivo en una carga privada (Pérez Orozco, 2014).

La Estrategia de Salud Mental 2022–2026 del Ministerio de Sanidad no incluye líneas específicas para el acompañamiento psicológico de las madres ni contempla la formación con perspectiva de género, reflejando una visión androcéntrica de la salud. Esta omisión, hace asumir las emociones de las madres como algo “natural” en el rol femenino. Además, como más arriba se ha comentado, existe una carencia de indicadores del bienestar materno. Y, son escasos los estudios que abordan la experiencia subjetiva de las madres y analizan las variables interdependientes pero esenciales como las redes de apoyo, la corresponsabilidad y la percepción de ayuda. Esta laguna es la que justifica la relevancia del presente trabajo, al proponer un enfoque integrador. Maternar no debería entenderse como agotamiento, ni debería depender del heroísmo de cada mujer. Debemos visibilizar, medir, comprender y denunciar la carga mental y emocional de las madres como un acto social y político.

Porque cuidar también requiere ser cuidada.

5. Justificación

La salud mental materna es, sin duda, parte de la base del bienestar de toda la familia y de la sociedad. Aun así, sigue siendo una dimensión invisible en nuestras políticas públicas y en las investigaciones psicológicas.

Cierto es que en los últimos años se han impulsado medidas para la conciliación y la corresponsabilidad, pero los datos no mienten y dejan en evidencia que las mujeres seguimos asumiendo la mayor parte del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos (INE, 2023; Inmujeres, 2023). Esta desigualdad en la distribución social genera una elevada carga mental (Dean et al., 2021).

Diversos estudios confirman que esta carga mental afecta negativamente al bienestar psicológico, disparando los niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos en las madres (Reich-Stiebert et al., 2023; Nicolás-López et al., 2022). A pesar de ello, la salud mental de las madres sigue siendo secundaria o terciaria en el sistema sanitario, y únicamente se alude a ella en el puerperio inmediato.

Esta perspectiva deja de lado lo que conocemos de la exergestación, donde las demandas emocionales y de cuidado siguen siendo intensísimas (Montagu, 2011; FAME, 2023).

A nivel estructural, la falta de protocolos de atención psicológica perinatal y la escasa formación en perspectiva de género entre los profesionales de la salud contribuyen a que las madres se sientan desatendidas en esta etapa (Chaves et al., 2021).

Desde una perspectiva feminista, esta omisión institucional no es casual. Es el reflejo de una estructura social que sigue dependiendo del trabajo invisible y no remunerado de las mujeres para sostener la vida cotidiana (Fraser, 2013; Federici, 2012). La ausencia de corresponsabilidad real y la falta de apoyo social impactan directamente en la salud mental de las madres, perpetuando un modelo de maternidad solitaria, autoexigente y profundamente desigual.

Por todo esto, es fundamental que profundicemos en la relación entre la percepción de ayuda, la corresponsabilidad y la salud mental materna, especialmente en esa etapa crucial de 1 a 3 años. Este trabajo busca aportar evidencia empírica que ayude a visibilizar la carga mental en

la crianza y a orientar políticas públicas y sanitarias que sean realmente sensibles al bienestar emocional de las madres. Solo así avanzaremos hacia una sociedad más equitativa, corresponsable y cuidadora.

6. Objetivos

6.1 Objetivo principal

Se busca explorar si existe una relación entre la percepción de ayuda y la corresponsabilidad en las tareas de cuidado y el estado emocional de las madres durante esos primeros años (entre 1 y 3 años del bebé).

6.2 Objetivos secundarios

1. Explorar la relación entre la carga mental percibida y los niveles de ansiedad, estrés y depresión en madres de niños y niñas de 1 a 3 años.
2. Comparar la carga mental percibida en función de la situación laboral de las madres (trabajan fuera del hogar vs. no trabajan fuera del hogar).
3. Analizar la percepción de la implicación de la pareja en las tareas de cuidado, diferenciando entre una implicación basada en la “ayuda” y una corresponsabilidad real.

7. Hipótesis

- Hipótesis 1: Se espera encontrar una correlación positiva significativa entre la carga mental materna y los niveles de ansiedad, depresión y estrés: a mayor carga mental, mayor sintomatología emocional.
- Hipótesis 2: Se espera que las madres que trabajan fuera del hogar presenten niveles significativamente más altos de carga mental que aquellas cuya dedicación principal se centra en el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, debido a la doble exigencia entre empleo y crianza.
- Hipótesis 3: Se espera que las madres que perciben una implicación corresponsable por parte de su pareja presenten niveles significativamente menores de carga mental y mejor bienestar psicológico que aquellas que perciben únicamente ayuda ocasional.

8. Marco metodológico

8.1 Diseño

El estudio adopta un diseño cuantitativo, observacional, no experimental, explicativo y de corte transversal para poder analizar la relación entre la carga mental, la percepción de corresponsabilidad y el bienestar psicológico en un momento temporal concreto, sin manipulación de variables y mediante la observación de los datos autorreportados por las participantes.

El muestreo utilizado fue de muestreo no probabilístico, por conveniencia y "bola de nieve". En términos sencillos, esto significa que aprovecharemos las puertas que nos abren las redes sociales (WhatsApp, Instagram) y los foros y grupos de maternidad para llegar a las participantes mediante una encuesta abierta. Esto nos permitirá contactar con mujeres de diferentes puntos de España y, potencialmente, de otros países.

Hemos elegido esta forma de muestreo porque parece ser adecuada para este tipo de estudios exploratorios y de carácter social. Nos ayuda a recoger experiencias de maternidad muy diversas en distintos contextos culturales y geográficos, y, permite garantizar que la participación sea completamente voluntaria y anónima. Es la mejor manera de escuchar esas voces que buscamos, aprovechando la accesibilidad que ofrecen las redes sociales y comunidades virtuales de maternidad.

8.2 Participantes

La muestra estará formada por madres con hijos e hijas de entre 1 y 3 años, procedentes de diferentes regiones de España y de otros países de habla hispana, que participarán de manera voluntaria. Se prevé alcanzar una muestra de mínimo de 30 mujeres, lo mínimo exigido para estudios exploratorios correlacionales.

El muestreo será no probabilístico por conveniencia y bola de nieve, difundiendo el enlace de la encuesta a través de redes sociales y grupos virtuales de maternidad (Instagram, WhatsApp, foros y grupos de crianza). De esta forma se garantiza la confidencialidad y el anonimato de las respuestas, además de poder acceder a una muestra diversa en términos geográficos, socioculturales y laborales.

Criterios de inclusión:

- Ser mujer y madre de al menos un hijo o hija de entre 1 y 3 años.
- Comprender el idioma castellano.
- Aceptar participar de forma voluntaria y haber entendido el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Presentar diagnóstico previo de trastorno mental grave (psicosis, trastorno bipolar u otros que comprometan la validez de la autoevaluación).
- Presentar dificultades cognitivas o sensoriales que impidan completar los cuestionarios incluso con apoyo.

8.3 Instrumentos

La información se obtendrá mediante un cuestionario online autoadministrado. Se diseñará específicamente para los objetivos de esta investigación, incluyendo cuatro bloques de evaluación diferenciados entre sí, para así, obtener las variables clave del bienestar psicológico materno y la corresponsabilidad percibida.

El cuestionario se organiza de la siguiente manera:

1. Bloque Sociodemográfico (Cuestionario Ad Hoc): Este componente inicial, diseñado específicamente para la muestra, consta de preguntas cerradas y de respuesta múltiple destinadas a la caracterización detallada de las participantes. Las variables clave incluyen:
 - Edad.
 - País de residencia y nacionalidad.
 - Número de hijos/as y año de nacimiento de este último.
 - Nivel educativo.
 - Situación laboral actual.
 - Estructura familiar (convivencia en pareja).
 - Percepción de la red de apoyo social disponible.

Este bloque resulta fundamental para la descripción de la muestra y la posterior realización de análisis comparativos en función de las variables de interés (ej., el impacto de la situación laboral).

2. Cuestionario Ad Hoc sobre Carga Mental y Corresponsabilidad Percibida: Este bloque se centra en la medición de variables específicas del objeto de estudio. Se han elaborado ítems con formato Likert de cinco puntos (donde 1 representa "Nada" y 5, "Muchísimo") para evaluar el grado de responsabilidad percibida en tareas domésticas y de crianza, intensidad de la planificación y gestión de la dinámica diaria, carga emocional asociada a las responsabilidades de crianza, percepción de la implicación de la pareja (diferenciando entre "ayuda" y "corresponsabilidad real"). Con el fin de incorporar una opción para que las madres puedan aportar algo más si lo consideran, se ha incluido una pregunta abierta al cierre del bloque para recabar el relato subjetivo de la experiencia materna.

3. Escala de Estrés Percibido (PSS-10): Se empleará el instrumento Perceived Stress Scale (PSS-10), un autoinforme de 10 ítems, para cuantificar el grado en que las situaciones vitales han sido percibidas como estresantes por las participantes durante el último mes (Cohen et al., 1983). Se utilizará la adaptación validada para población española.
4. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): Se aplicó el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos en las participantes. Este instrumento consta de 9 ítems tipo Likert con puntuaciones de 0 (“nunca”) a 3 (“casi todos los días”), y cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para la población española.
5. Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7): Se empleó el Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) para valorar la frecuencia de síntomas de ansiedad generalizada en la última quincena. Consta de 7 ítems tipo Likert con puntuaciones de 0 (“nunca”) a 3 (“casi todos los días”), y ha mostrado alta fiabilidad en población general y clínica.

Estos instrumentos permiten evaluar de manera exhaustiva los principales componentes del bienestar psicológico materno y su interrelación con la carga mental y la corresponsabilidad percibida. Se estima que la cumplimentación total del cuestionario requerirá aproximadamente entre 7 y 10 minutos por participante.

8.4 Procedimiento

El cuestionario online autoadministrado se difundió a través de redes sociales y comunidades virtuales de maternidad (Instagram, Whatsapp y grupos de crianza), empleando un muestreo no probabilístico por conveniencia y bola de nieve. También se invitó a las participantes a que difundieran el formulario a otras madres, para lograr un mayor alcance.

La participación se gestionó mediante un enlace al formulario (Google Forms), donde primeramente se presentó la hoja de información y consentimiento informado. Tras la aceptación de dicho consentimiento las participantes pudieron continuar con el cuestionario, garantizando así el cumplimiento de los principios éticos y voluntariedad. Se informó de que la colaboración era completamente anónima y voluntaria, sin retribución económica, y se especificó que no había respuestas correctas o incorrectas.

La cumplimentación se realizó de manera íntegra online y requirió un tiempo estimado de entre 7 y 10 minutos aproximadamente por participante. El cuestionario estuvo disponible en línea durante un breve periodo de tiempo, una semana, durante el cual se recopilaron todas las respuestas para proceder después con el análisis.

El tratamiento y almacenamiento de los datos se gestionó de forma anónima y confidencial, de acuerdo al Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y la Ley Orgánica 3/2018, garantizando su uso exclusivo con fines académicos y de investigación.

Finalmente, tras la conclusión del periodo de recogida, se procedió al cierre del formulario y a la exportación de los datos para el análisis estadístico en el programa Jamovi (versión 2.6.45.0), un software de análisis estadístico de libre acceso ampliamente utilizado en investigación psicológica.

8.5 Análisis de datos

Una vez finalizada la fase de recogida de datos y cerrado el formulario online, los resultados fueron exportados y analizados mediante el programa Jamovi (versión 2.6.45.0), software estadístico de libre acceso ampliamente utilizado en investigación psicológica.

En primer lugar, se realizó una depuración de la base de datos, para así verificar que todas las respuestas estuvieran completas y eliminándose aquellas que no cumplían los criterios de inclusión. Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y de las puntuaciones obtenidas en los instrumentos administrados (PHQ-9, GAD-7, PSS-10 y el cuestionario ad hoc de carga mental). Para cada variable se calcularon medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (rango y desviación típica), además de las frecuencias y porcentajes correspondientes a las variables categóricas.

Para determinar la idoneidad de los análisis inferenciales, se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro–Wilk, más adecuada que Kolmogorov–Smirnov para muestras pequeñas o moderadas. La mayoría de las variables mostraron valores de p inferiores a .05, indicando que no seguían una distribución normal. Debido a ello, se emplearon pruebas no paramétricas en todos los análisis inferenciales.

Las correlaciones entre las variables principales (carga mental, estrés percibido, ansiedad y depresión) se examinaron a través de la r de Spearman (ρ), con el objetivo de explorar la dirección e intensidad de las asociaciones existentes entre ellas.

Asimismo, se aplicaron pruebas U de Mann–Whitney para comparar las puntuaciones medias entre distintos grupos de madres, concretamente en función de su situación laboral (trabaja fuera del hogar / no trabaja fuera del hogar) y de la percepción de corresponsabilidad de la pareja (ayuda / corresponsabilidad).

En todos los análisis se estableció un nivel de significación de $p < .05$, siguiendo los criterios convencionales en investigación psicológica. Los resultados fueron interpretados desde un enfoque psicosocial y con perspectiva de género, considerando su relevancia para la comprensión del bienestar psicológico materno y la visibilización de la carga mental como fenómeno estructural asociado a la desigualdad en la distribución del cuidado.

Finalmente, los hallazgos derivados de estos análisis se presentarán en el capítulo siguiente, acompañados de las tablas y figuras correspondientes, y se discutirán en relación con los objetivos e hipótesis planteados y con la evidencia científica disponible.

Respecto al análisis cualitativo, las respuestas abiertas fueron exportadas y analizadas mediante ATLAS.ti (versión web, prueba). Se aplicó codificación inductiva para identificar categorías emergentes; el proceso incluyó lectura exhaustiva, codificación lineal de citas relevantes, construcción de un codebook y agrupación temática. Se preservó el anonimato de las participantes. El codebook resultante se ofrece en el anexo.

9. Resultados

La muestra final estuvo compuesta por 58 participantes. Antes de realizar los análisis inferenciales, se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables principales del estudio: carga mental, estrés percibido, ansiedad, depresión y soledad. Para cada variable se obtuvieron la media, mediana, desviación típica, valores mínimos y máximos y el número de casos válidos. Estos valores permiten describir la distribución general de la muestra y observar las tendencias centrales y la variabilidad asociada a cada constructo.

En conjunto, las puntuaciones mostraron niveles moderados de sintomatología emocional y de carga mental, con una variabilidad suficiente para permitir la realización de los análisis posteriores. Los resultados completos se presentan en la Tabla 1.

9.1 Análisis descriptivo y prueba de normalidad

Con el fin de describir las variables principales del estudio, se calcularon estadísticos descriptivos (media, mediana, desviación típica, valores mínimos y máximos), cuyos resultados se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables principales (N = 58)

Variable	N	Media	Mediana	DT	Mín.	Máx.
carga_total	58	3.572	3.6	0.498	2.6	5.0
estres_total	58	2.281	2.2	0.454	1.4	3.2
ansiedad_total	58	1.326	1.214	0.66	0.0	2.857
depresion_total	58	1.224	1.111	0.594	0.333	2.556
soledad_total	58	3.228	3.25	0.322	2.5	4.0

Nota: DT = desviación típica. *Elaboración propia.*

Posteriormente, se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba Saphiro-Wilk, con el objetivo de determinar la idoneidad de las pruebas estadísticas a emplear. Como se muestra en la Tabla 2, la mayoría de las variables no cumplieron el criterio de normalidad ($p < 0.5$), por lo que se optó por el uso de pruebas o paramétricas en los análisis inferenciales posteriores, más adecuadas para distribuciones no normales y escalas tipo Likert.

Tabla 2*Prueba de normalidad (Saphiro- Wilk)*

Variable	W	P
Carga mental total	-	< 0.5
Estrés percibido	-	< 0.5
Ansiedad	-	< 0.5
Depresión	-	< 0.5
Soledad	-	< 0.5

Nota. La mayoría de las variables no cumplieron el supuesto de normalidad ($p < 0.5$) por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas en los análisis inferenciales. Elaboración propia.

9.2 Correlaciones

Para analizar la relación entre carga mental y salud mental, se calcularon las correlaciones no paramétricas rho de Spearman entre carga mental, estrés percibido, ansiedad, depresión y soledad.

Los resultados, recogidos en la Tabla 3, muestran correlaciones significativas entre las variables emocionales (estrés, ansiedad y depresión), lo cual coincide con la evidencia científica previa que señala su alta comorbilidad.

Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre la carga mental y ninguna de las variables emocionales, lo que indica que en esta muestra la percepción subjetiva de carga no se relaciona directamente con los niveles de malestar psicológico. Aunque este patrón contradice parcialmente la literatura previa, podría explicarse por características muestrales, por la variabilidad del apoyo social disponible o por el uso de un cuestionario ad hoc para medir la carga mental.

Tabla 3

Matriz de correlaciones (Spearman)

	carga_total	estres_total	ansiedad_tot al	depresion_t otal	soledad_tot al
carga_total	1.000 (p=.000)	-0.209 (p=.116)	-0.186 (p=.163)	-0.063 (p=.638)	0.067 (p=.617)
estres_total	-0.209 (p=.116)	1.000 (p=.000)	0.700 (p=.000)	0.578 (p=.000)	0.072 (p=.591)
ansiedad_to tal	-0.186 (p=.163)	0.700 (p=.000)	1.000 (p=.000)	0.774 (p=.000)	0.004 (p=.974)
depresion_t otal	-0.063 (p=.638)	0.578 (p=.000)	0.774 (p=.000)	1.000 (p=.000)	0.021 (p=.878)

Percepción de ayuda versus corresponsabilidad y su efecto en la salud mental de madres de hij@s de 1 a 3 años

soledad_tot	0.067	0.072	0.004	0.021	1.000
al	(p=.617)	(p=.591)	(p=.974)	(p=.878)	(p=.000)

Fuente: *Elaboración propia.*

9.3 Comparación según situación laboral

Para comprobar si existían diferencias en la carga mental en función de la participación en el mercado laboral, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann–Whitney, comparando dos grupos: madres que trabajan fuera del hogar y madres que no realizan trabajo remunerado. Los resultados (Tabla 4) indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Aunque las madres empleadas tendieron a presentar una carga mental ligeramente superior, esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p \geq .05$). Este hallazgo sugiere que, dentro de esta muestra, la carga mental no depende únicamente de la situación laboral, sino que podría estar modulada por otros factores, como la red de apoyo, la corresponsabilidad o las expectativas culturales sobre la maternidad.

Tabla 4

Mann–Whitney U según situación laboral (carga_total)

Grupo	N	Mediana (carga_total)
Trabaja fuera del hogar (1)	48	3.55
No trabaja fuera (0)	10	3.8
U	177.0	p = .196
Mean ranks	27.553	33.444

Interpretación: La prueba U de Mann–Whitney no mostró diferencias significativas entre grupos en carga mental (U = 177.00, p = .196). *Elaboración propia.*

9.4 Comparación según percepción de corresponsabilidad

Por último, se examinó si la percepción de corresponsabilidad en la pareja se relacionaba con diferencias en la carga mental. Para ello, se clasificó a las participantes en dos grupos:

1. madres que perciben corresponsabilidad real, y
2. madres que perciben “ayuda” ocasional.

Se empleó nuevamente la prueba U de Mann–Whitney. Los resultados (Tabla 5) muestran que no existen diferencias significativas en carga mental entre ambos grupos. A pesar de que la literatura indica que la corresponsabilidad suele actuar como factor protector, en este caso la diferencia no alcanzó significación estadística. Esto podría deberse a la variabilidad en la calidad del apoyo, al tamaño de la muestra o a la complejidad de la carga mental como constructo multidimensional.

Tabla 5

Mann–Whitney U según percepción de corresponsabilidad vs ayuda (carga_total)

Grupo	N	Mediana (carga_total)
Corresponsabilidad (1)	35	3.8
Ayuda (0)	23	3.3
U	715.0	p = .20
Mean ranks	38.429	15.913
Nota	Clasificación basada en respuestas a ítems de pareja	1=corresponsabilidad, 0=ayuda

Interpretación: La comparación entre madres que perciben corresponsabilidad y aquellas que perciben ayuda no mostró diferencias significativas en la carga mental (U = 715.0, p = .20).

Elaboración propia.

9.5 Resultados cualitativos

El análisis cualitativo se realizó mediante un análisis temático inductivo, con apoyo del software ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2023) como herramienta de organización y sistematización de los datos. La identificación de códigos, categorías y temas se llevó a cabo mediante revisión manual de todas las citas, con el fin de garantizar el rigor interpretativo y la coherencia entre los códigos y el contenido. Se generaron códigos abiertos que posteriormente fueron agrupados en categorías y temas, lo que permitió identificar patrones comunes y variaciones relevantes en la experiencia subjetiva de las participantes.

Para facilitar la comprensión de los resultados cualitativos, se presenta una tabla de síntesis elaborada por la autora, que recoge los temas principales, los subtemas emergentes y ejemplos representativos de citas textuales. Esta síntesis permite visualizar de manera estructurada los patrones identificados en el análisis temático.

Tabla 6

Temas y subtemas emergentes del análisis cualitativo

Tema principal	Subtemas asociados	Ejemplos de citas
Sobrecarga cognitiva y emocional	Vigilancia constante, anticipación, agotamiento	“Me despierto pensando en todo lo que hay que hacer”
Corresponsabilidad percibida vs real	Ayuda puntual vs gestión, falta de iniciativa	“Si no le digo qué tiene que hacer, no lo hace”
Pérdida de tiempo propio y renuncia materna	Renuncia al ocio, cansancio crónico	“No tengo ni un minuto para mí”
Maternidad solitaria y ausencia de red	Falta de tribu, aislamiento, juicio social	“Echo de menos una red de apoyo”

Nota. Elaboración propia a partir del análisis temático inductivo de las respuestas abiertas.

Además de los análisis cuantitativos, se llevó a cabo un análisis cualitativo de las cuatro preguntas abiertas incluidas en el cuestionario, con el propósito de profundizar en la experiencia subjetiva de la carga mental y la corresponsabilidad en la maternidad. Las respuestas de las 58 participantes fueron codificadas de forma inductiva mediante ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2023) (fase exploratoria) y originaron cinco temas principales: (1) sobrecarga cognitiva y emocional; (2) discrepancia entre corresponsabilidad percibida y corresponsabilidad real; (3) pérdida de tiempo propio y renuncia; (4) maternidad solitaria y ausencia de red de apoyo; y (5) demandas y propuestas políticas y comunitarias.

El primer tema, sobrecarga cognitiva y emocional, apareció con mucha fuerza. Las participantes describieron un estado constante de anticipación, hiperresponsabilidad y necesidad de estar pendientes de todo lo relacionado con la crianza, la organización doméstica y la planificación familiar. Muchas expresaron sentir que “todo depende de ellas”, incluso cuando existen apoyos parciales. Se destacan frases como *“me despierto pensando en el día y en todo lo que hay que organizar”*, *“llevo yo la carga mental de absolutamente todo”* o *“no tengo un minuto para mí”*. La carga mental se experimenta como un proceso continuo, silencioso e invisible, que sobrepasa lo físico y se ancla en obligaciones cognitivas difíciles de delegar.

El segundo tema identificado fue la discrepancia entre corresponsabilidad percibida y corresponsabilidad real. Aunque muchas mujeres afirmaron que sus parejas “ayudan” o están “implicadas”, los relatos evidencian que la planificación, toma de decisiones y recaen mayoritariamente sobre ellas. Expresiones como *“si no le digo qué tiene que hacer, no lo hace”*, *“él ayuda cuando se lo pido, pero la carga mental la llevo yo”*, o *“él hace tareas, pero yo pienso y organizo todo”* ilustran esta brecha. En varios casos, la “ayuda” se confunde con corresponsabilidad, reforzando la invisibilización del trabajo organizativo y emocional que realizan las madres.

El tercer tema, pérdida del tiempo propio y renuncia materna, se manifestó de forma transversal. Muchas participantes explicaron que, desde la llegada de los hijos e hijas, han renunciado a su tiempo de ocio, descanso o desarrollo personal, mientras que sus parejas suelen mantener actividades de ocio previas (como deportes, encuentros con amigos o

tiempo de desconexión). Algunas afirmaciones representativas incluyen: *“no tengo ni un minuto sola”*, *“él sigue con su ocio, yo me quedo con los niños”*, *“me gustaría desconectar sin mirar el reloj cada dos minutos”* o *“paso las tardes con los niños mientras él tiene tiempo libre”*. Esta renuncia sostenida genera agotamiento emocional y reduce la percepción de bienestar, especialmente en mujeres que compaginan empleo, cuidados y tareas del hogar.

El cuarto tema, surge el tema de la maternidad solitaria y falta de red de apoyo. Muchas madres expresaron sentimientos de aislamiento, carga emocional no compartida y ausencia de soporte comunitario. El deseo de una “tribu”, el apoyo emocional entre mujeres y la importancia del acompañamiento fueron temas recurrentes. Algunas participantes señalaron explícitamente que no cuentan con apoyo familiar cercano o que las redes tradicionales de crianza comunitaria ya no existen. Aparecen expresiones como *“no tengo apoyo, todo recae en mí”*, *“me siento muy sola en la maternidad”* o *“lo que más valoro es hablar con otras madres que están como yo”*. Esta falta de red, además de incrementar la carga mental, intensifica el malestar emocional y dificulta la posibilidad de descanso.

Por último, se vio que varias respuestas apuntaron a soluciones estructurales, tales como, solicitud de mejores políticas de conciliación, permisos parentales más amplios y recursos comunitarios. Estas demandas y propuestas muestran que las soluciones percibidas por las participantes no son meramente individuales sino políticas y colectivas.

En conjunto, los hallazgos cualitativos complementan y matizan los resultados cuantitativos, mostrando que la experiencia de carga mental no se refleja completamente en las medidas numéricas empleadas. Aunque los análisis cuantitativos no identificaron asociaciones significativas entre carga mental y malestar psicológico, los testimonios evidencian que la carga mental es un fenómeno profundo, cotidiano y estructural, que opera en un plano difícil de capturar mediante escalas estandarizadas. Las narrativas maternas muestran que la carga mental existe, es intensa y está profundamente influida por factores culturales, estructurales y de género.

Estos resultados sugieren la necesidad de aproximaciones mixtas que integren instrumentos cuantitativos y análisis cualitativos para comprender de manera más completa la complejidad de la maternidad en la actualidad. Asimismo, señalan la importancia de políticas públicas,

Percepción de ayuda versus corresponsabilidad y su efecto en la salud mental de madres de hij@s de 1 a 3 años
redes de apoyo comunitario y transformaciones culturales que permitan redistribuir de forma real la carga de cuidados y reducir la soledad y el agotamiento que muchas madres describen.

Nota. Citas textuales extraídas de respuestas anónimas a preguntas abiertas. Codificación realizada por la autora mediante ATLAS.ti. (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2023) (n = 58).

10. Discusión

Los resultados cuantitativos de este estudio no mostraron relaciones significativas entre la carga mental y los indicadores de malestar emocional. Sin embargo, el análisis cualitativo realizado mediante un proceso temático inductivo apoyado en ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2023) revela una realidad mucho más compleja que las escalas estandarizadas no han captado en su totalidad. La integración de ambos resultados indica que la carga mental es un fenómeno que opera en un nivel más profundo, cognitivo, emocional y estructural, difícil de medir únicamente mediante herramientas cuantitativas, especialmente cuando se trata de procesos invisibles, naturalizados y fuertemente atravesados por el género.

La maternidad se ejerce hoy en un marco social donde la vida se organiza en torno al empleo productivo y el ritmo acelerado, relegando el cuidado a un espacio secundario, privado y no reconocido. Este desajuste estructural genera un escenario de soledad emocional y práctica para las madres, sosteniendo la organización del hogar, la anticipación constante y la responsabilidad afectiva del bienestar familiar, mientras el sistema continúa sin reconocer este trabajo como un pilar imprescindible para el funcionamiento social. Sin embargo, es fundamental recordar que sin cuidados no sería posible sostener ninguna otra actividad humana: ni el trabajo, ni el ocio, ni la educación, ni el propio funcionamiento de las instituciones sociales. Los cuidados constituyen la infraestructura invisible que sostiene la vida, pero siguen siendo los menos reconocidos, los menos protegidos, los más infravalorados y los más feminizados.

Esta paradoja de que los cuidados son imprescindibles, pero socialmente ignorados, sitúa a las madres en una posición especialmente vulnerable. Aunque desempeñan un rol central en el bienestar familiar, este trabajo no se considera trabajo en sentido político, económico ni institucional. El sistema asume que los cuidados “simplemente ocurrirán” porque históricamente los han realizado las mujeres. Lo que no se cuestiona es a qué coste emocional, físico y mental. Como señalan numerosos relatos del análisis cualitativo, las participantes describen una vigilancia mental continua, una sensación de no llegar nunca y una renuncia sistemática al tiempo propio. Frases como “me despierto pensando en todo lo que hay que organizar”, “no tengo ni un minuto para mí” o “si no le digo lo que tiene que hacer, no lo hace” reflejan este desgaste profundo que no aparece en la medición cuantitativa.

En este contexto, la pregunta clave es: ¿quién cuida a quien cuida? Los relatos de las participantes sugieren que, en la práctica, la respuesta sigue siendo: nadie. Las madres cuidan, sostienen, organizan y anticipan, mientras sus propias necesidades de descanso, acompañamiento y apoyo emocional quedan relegadas.

El análisis cualitativo muestra que la maternidad contemporánea se vive en condiciones de fragmentación social, ritmos laborales incompatibles con la presencia y ausencia de redes comunitarias. La “tribu”, ese soporte natural que caracterizaba a generaciones anteriores, ha desaparecido no porque las madres no la deseen, sino porque no existen las condiciones materiales, temporales ni sociales para sostenerla. A ello se suma que los modelos intergeneracionales de maternidad y paternidad siguen siendo desiguales: muchas mujeres reproducen lo que vieron en sus madres (llevar la casa, sostener la crianza), pero añadiendo el empleo remunerado. Es decir, llevan sobre sí un modelo híbrido que combina dos cargas históricamente diferenciadas, mientras que los hombres carecen de referentes corresponsables con los que identificarse, lo que exige un proceso consciente de deconstrucción para construir un rol que no han visto en su socialización primaria. Esto explica el tema recurrente en los testimonios: la diferencia entre corresponsabilidad percibida y corresponsabilidad real.

Además, aparece de forma reiterada la desigualdad en el uso del tiempo libre. En numerosos relatos se observa que, mientras los padres mantienen gran parte de sus espacios de ocio y descanso, las madres renuncian casi por completo al suyo. La disponibilidad (o ausencia) de tiempo propio es un indicador silencioso pero poderoso de desigualdad de género en la crianza, y emerge como una de las expresiones más claras de la sobrecarga materna. Este desequilibrio confirma que la corresponsabilidad no se limita a “hacer tareas”, sino también a quién se permite descansar y quién continúa sosteniendo el hogar aun en el tiempo destinado al autocuidado.

Otro elemento relevante surgido del análisis cualitativo es que la maternidad actual se desarrolla en un contexto de aislamiento social. Las redes comunitarias de apoyo que eran habituales en generaciones anteriores han desaparecido debido al urbanismo, la precariedad laboral y los ritmos incompatibles con el cuidado muchas madres describen la necesidad de una “tribu”, de sentirse acompañadas, comprendidas y libres de juicio. A esta soledad se suma

la presión entre propias madres: comparaciones, mandatos y exigencias que introducen culpa y competencia, dificultando que la carga mental pueda expresarse abiertamente.

Estas dimensiones, aislamiento social, falta de políticas de apoyo, desigualdad en el tiempo, socialización diferenciada, ausencia de referentes y mandatos culturales, explican por qué los resultados cuantitativos no captaron plenamente el malestar emocional y la carga mental que sí se expresan de forma intensa en las respuestas abiertas. La carga mental no es solamente un fenómeno psicológico individual; es un constructo estructural, atravesado por el género, las políticas públicas, el reparto desigual del tiempo y la valoración social del cuidado.

La triangulación de los datos cuantitativos y cualitativos permite comprender por qué las escalas no encontraron relaciones significativas entre carga mental y salud mental: la carga mental es un fenómeno estructural, afectivo, cotidiano y cultural que no se expresa siempre como sintomatología clínica, sino como agotamiento vital, saturación cognitiva y renuncia al bienestar personal. Es un tipo de malestar que opera en niveles sutiles, normalizados y profundamente ligados a los roles de género.

Hasta que los cuidados no sean reconocidos políticamente como un pilar social, y no como una responsabilidad privada depositada en las madres, las mujeres seguirán sosteniendo en silencio gran parte del bienestar familiar y comunitario. La verdadera corresponsabilidad no puede construirse únicamente dentro del hogar: requiere una transformación cultural, educativa y política que valore, acompañe y redistribuya el cuidado.

10.1 Limitaciones

Además de las limitaciones metodológicas habituales, este estudio presenta una serie de elementos que deben considerarse al interpretar los resultados:

1. Duración limitada de la recogida de datos: La recogida de datos no pudo extenderse durante un periodo amplio debido a los tiempos establecidos por la universidad. Esto pudo limitar el tamaño y la diversidad de la muestra, afectando especialmente a la representación de perfiles menos comunes.
2. Sesgo de autoselección: La difusión mediante redes sociales pudo atraer principalmente a madres sensibilizadas con el tema o que ya se sienten sobrecargadas, influyendo en la composición de la muestra.
3. Sesgo de deseabilidad social y presión cultural: La temática del estudio, la carga mental materna y la corresponsabilidad en la maternidad, está totalmente influida por los mandatos sociales y culturales que recaen sobre las madres. En un contexto donde “poder con todo” sigue siendo una expectativa cultural, es posible que algunas participantes minimizaran su malestar o sobreestimaran la implicación de la pareja para ajustarse a expectativas sociales, afectando la variabilidad de las respuestas cuantitativas.
4. Ausencia de definición contextualizada de corresponsabilidad: El cuestionario no incluía una definición clara de conceptos como corresponsabilidad, carga mental o ayuda. Esto pudo generar interpretaciones distintas entre las participantes, ya que no son categorías neutras ni universales y, en algunos casos, la ayuda puntual puede interpretarse como corresponsabilidad, influyendo en los resultados cuantitativos.
5. Instrumento *ad hoc* para carga mental: Aunque basado en literatura y marcos feministas y psicosociales, el instrumento creado para evaluar la carga mental no ha sido validado formalmente. La carga mental es un constructo complejo, multidimensional y atravesado por el género, por lo que herramientas no validadas pueden no capturar su profundidad, ya que se tratan de escalas breves o ítems simples.
6. Dependencia exclusiva de autoinformes: Todas las variables se midieron mediante cuestionarios autoaplicados, lo cual puede generar sesgos como infraestimación del malestar, falta de reconocimiento de la propia carga o respuestas socialmente aceptables.

7. Diseño transversal: El diseño del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables. No es posible determinar si la carga mental influye en el bienestar psicológico, si es el bienestar emocional el que afecta a la carga mental, o si ambas dimensiones se retroalimentan.
8. Falta de análisis cualitativo profundo: Aunque se recopilaron comentarios abiertos mediante ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, 2023) permitiendo identificar patrones relevantes, no se realizaron entrevistas u otros análisis que permitieran comprender la experiencia subjetiva de la maternidad actual, la soledad, el agotamiento y la desigualdad percibida.
9. Ausencia de análisis interseccional e internacional: La muestra incluyó mujeres residiendo en diferentes países (España, Suecia, Estados Unidos, Ecuador), pero el tamaño reducido impidió explorar comparaciones entre contextos. Las políticas de conciliación, permisos parentales, redes comunitarias y apoyo estatal varían enormemente entre países y podrían influir significativamente en la carga mental. De igual modo, no fue posible incluir suficientemente perfiles diversos (madres migrantes, monomarentales, LGTBI+, racializadas, con diversidad funcional), lo cual limita el alcance interseccional del estudio.
10. Falta de análisis del reparto real de tiempos: No se midió de manera explícita la distribución del tiempo libre entre madres y padres, aunque los comentarios cualitativos revelan diferencias notables. Este aspecto es clave en la comprensión de la carga mental, ya que la renuncia al tiempo propio es uno de los indicadores más claros de desigualdad estructural.
11. Análisis cualitativo realizado por una única investigadora: El análisis cualitativo de las respuestas abiertas fue realizado íntegramente por la investigadora principal, quien llevó a cabo la codificación, categorización y agrupación temática de los datos sin contar con un proceso de triangulación interevaluador ni validación eterna de los códigos. Aunque este procedimiento permitió un análisis profundo y coherente con el marco teórico y la perspectiva feminista del estudio, la ausencia de contraste con otros evaluadores puede haber introducido sesgos interpretativos derivados de la subjetividad de la investigadora.

10.2 Prospectiva futura

A partir de los hallazgos y limitaciones de este estudio, se plantean diversas líneas de investigación y acción futuras:

1. Incorporar metodologías cualitativas profundas: Entrevistas, grupos focales, diarios de crianza o análisis narrativos permitirían conocer la experiencia real de las madres. Además, la carga mental es más emocional y cultural que cuantificable, por lo que los métodos cualitativos son esenciales.
2. Comparaciones entre países con modelos de conciliación diferentes: Dado que la muestra incluye participantes de distintos contextos, futuros estudios podrían comparar cómo las políticas públicas, la conciliación laboral y las redes de apoyo influyen en la carga mental y en la corresponsabilidad. España, Suecia, Estados Unidos y Ecuador representan modelos sociopolíticos muy diferentes que pueden ofrecer información valiosa.
3. Analizar el mandato de género y la transmisión intergeneracional: Sería relevante investigar cómo los modelos de maternidad y paternidad heredados influyen en el reparto actual de tareas. Las madres suelen reproducir lo que observaron en sus madres, pero añadiendo trabajo remunerado; mientras que los padres deben construir roles corresponsables sin referentes propios. Este proceso puede influir en la carga mental y en la percepción de corresponsabilidad.
4. Validar instrumentos específicos de carga mental: Se recomienda desarrollar y validar herramientas adaptadas al contexto actual de la maternidad, incorporando dimensiones cognitivas, emocionales, organizativas y estructurales, así como el uso de metodologías mixtas secuenciales.
5. Analizar el reparto del tiempo personal: El tiempo propio es un indicador crucial de igualdad. Futuros estudios deberían medir explícitamente quién renuncia al ocio, al descanso y a la desconexión tras la llegada de un bebé, y cómo esa renuncia afecta al bienestar psicológico.
6. Ampliar perfiles maternos: La carga mental no afecta por igual a todas las madres. Ampliar la muestra a madres migrantes, racializadas, monomarentales, LGTBI+, con diversidad funcional o en situación de vulnerabilidad, permitiría una comprensión más amplia e interseccional del fenómeno.

7. Estudiar el apoyo comunitario y las redes de cuidado: Explorar las redes de apoyo y los modelos cooperativos de crianza podría ayudar a identificar estrategias para reducir la soledad maternal. La maternidad intensiva individualizada no es sostenible sin apoyo colectivo.
8. Investigar la corresponsabilidad como práctica, no solo como percepción: Es necesario distinguir entre percepción subjetiva de corresponsabilidad y corresponsabilidad real. Futuros estudios podrían incluir mediciones objetivas del reparto de tareas, decisiones y carga mental para obtener una visión más precisa. Resulta clave integrar la voz de las parejas y analizar la corresponsabilidad como práctica observable y no únicamente como percepción subjetiva. Dichas líneas de investigación pueden guiar políticas públicas orientadas a la protección de la salud mental materna y a la redistribución social del cuidado.
9. Desarrollar intervenciones preventivas: Diseñar talleres breves dirigidos a parejas para fomentar la corresponsabilidad, reducir la carga mental y prevenir el malestar emocional materno desde etapas tempranas de la crianza.
10. Implicaciones políticas y clínico sociales: Los resultados señalan la necesidad de políticas públicas basadas en evidencia que reconozcan la carga mental, permisos parentales más largos y equitativos, programas comunitarios de apoyo a la maternidad y formación específica en salud mental perinatal para profesionales sanitarios.
11. Mejorar los procedimientos de análisis cualitativo mediante validación externa: Futuras investigaciones podrían reforzar la fiabilidad del análisis cualitativo mediante procesos de triangulación, consenso entre evaluadores o auditoría eterna del sistema de códigos.

Referencias bibliográficas

ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2023). *ATLAS.ti* (Web version) [software].

<https://atlasti.com>

Aviv, E., Waizman, Y., Kim, E., Liu, J., Rodsky, E., & Saxbe, D. (2025). Cognitive household labor: *Gender disparities and consequences for maternal mental health and wellbeing*. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01490-w>

Barigozzi, F., Biroli, P., Monfardini, C., Montinari, N., Pisanelli, E., & Vitellozzi, S. (2025). *Beyond time: Unveiling the invisible burden of mental load*. [Preprint] arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2505.11426>

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

Chaves, C., Motrico, E., De la Rúa, A., Rodríguez, C., García, S., Montalvo, J., Galán, A. M., Gómez-Martínez, S., & López, M. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on perinatal mental health in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115876>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). *A global measure of perceived stress*. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Dean, L., Churchill, B., & Ruppner, L. (2021). The mental load: Building a deeper theoretical understanding of how cognitive and emotional labor overload women and mothers.

Edurne Tercero Carmona
Percepción de ayuda versus corresponsabilidad y su efecto en la salud mental de madres de hij@s de 1 a 3 años
Community, Work & Family, 25(6), 1-18.
<https://doi.org/10.1080/13668803.2021.2002813>

Douglas, S.J. and M.W. Michaels (2004). *The Mommy Myth: The Idealization of Motherhood and How it Has Undermined All Women*. New York: Free Press.

Federación de Asociaciones de Familias Monomarentales (FAMS). (2022). Estudio FAMS — Salud Mental 2022 [Informe]. <https://familiasmonomarentales.es/wp-content/uploads/2024/01/Estudio-FAMS-Salud-Mental-2022.pdf>

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2023). *Informe de análisis FAME 2023: Situación de las mujeres y profesionales de la matronería en España* [Informe]. <https://federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2024/01/Informe-Analisis-FAME-2023-VF110423.pdf>

Fraser, N. (2013). *Fortunes of feminism: From state-managed capitalism to neoliberal crisis*. Verso Books.

Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press.

Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.

Illouz, E. (2007). *Cold intimacies: The making of emotional capitalism*. Polity Press.

Instituto de la Mujer (Inmujeres). (2023). *Plan MenCare España: Materiales sobre corresponsabilidad y paternidades*. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE2300.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Encuesta de Empleo del Tiempo*. https://www.ine.es/prensa/eet_prensa.htm

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). Postnatal depression in first-time mothers: Prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.001>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: *Validity of a brief depression severity measure*. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Mak Mothers Matter. (2012). *The unpaid (and unrecognized) cognitive and emotional labour* [Informe]. <https://makemothersmatter.org/wp-content/uploads/2012/05/MMM-Report-Unpaid-cognitive-and-emotional-load-final.pdf>

Manolova, G., Balasubramanian, S., Manandhar, K., Paudel, U., Subba, T., Dhakal, R., Kaphle, S., Rimal, J., Khatri, R. B., Marahatta, K., & Kaphle, B. (2023). *Integrating perinatal mental healthcare into maternal and child health services: A systematic review*. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-073343>

Morales Carmona, F. J., & Martín, M. (2020). *La crianza en red: De la maternidad intensiva a las comunidades de apoyo*. Los Libros de la Catarata.

Motrico, E., Chaves, C., De la Rúa, A., Rodríguez, C., García, S., Montalvo, J., Galán, A. M., Gómez-Martínez, S., & colaboradores. (2022). Impacto del COVID-19 en la depresión y ansiedad perinatal: Revisión/estudios España. *Psicothema*.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2022.080>

Nicolás-López, M., González-Álvarez, P., Sala de la Concepción, A., Giralt-López, M., Lorente, B., Velasco, I., & Ginovart, G. (2022). Maternal mental health and breastfeeding amidst the COVID-19 pandemic: Cross-sectional study in Catalonia (Spain). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 733. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05036-9>

Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada. (2022). *Barómetro de la Soledad 2022: Informe sobre la soledad en España*.
https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad.pdf

Ovejas, I. S. (2023). Validación de contenido del cuestionario de corresponsabilidad entre géneros (CORGEN). *Revista de Estilos de Aprendizaje*, 16(31), 19–32.
<https://doi.org/10.17561/real.v16i31.5202>

R Core Team. (2025). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 4.5) [Software]. <https://cran.r-project.org>

Reich-Stiebert, N., Froehlich, L., & Voltmer, J. B. (2023). *Gendered mental labor: A systematic literature review on the cognitive dimension of unpaid work within household and childcare. Sex Roles*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01362-0>

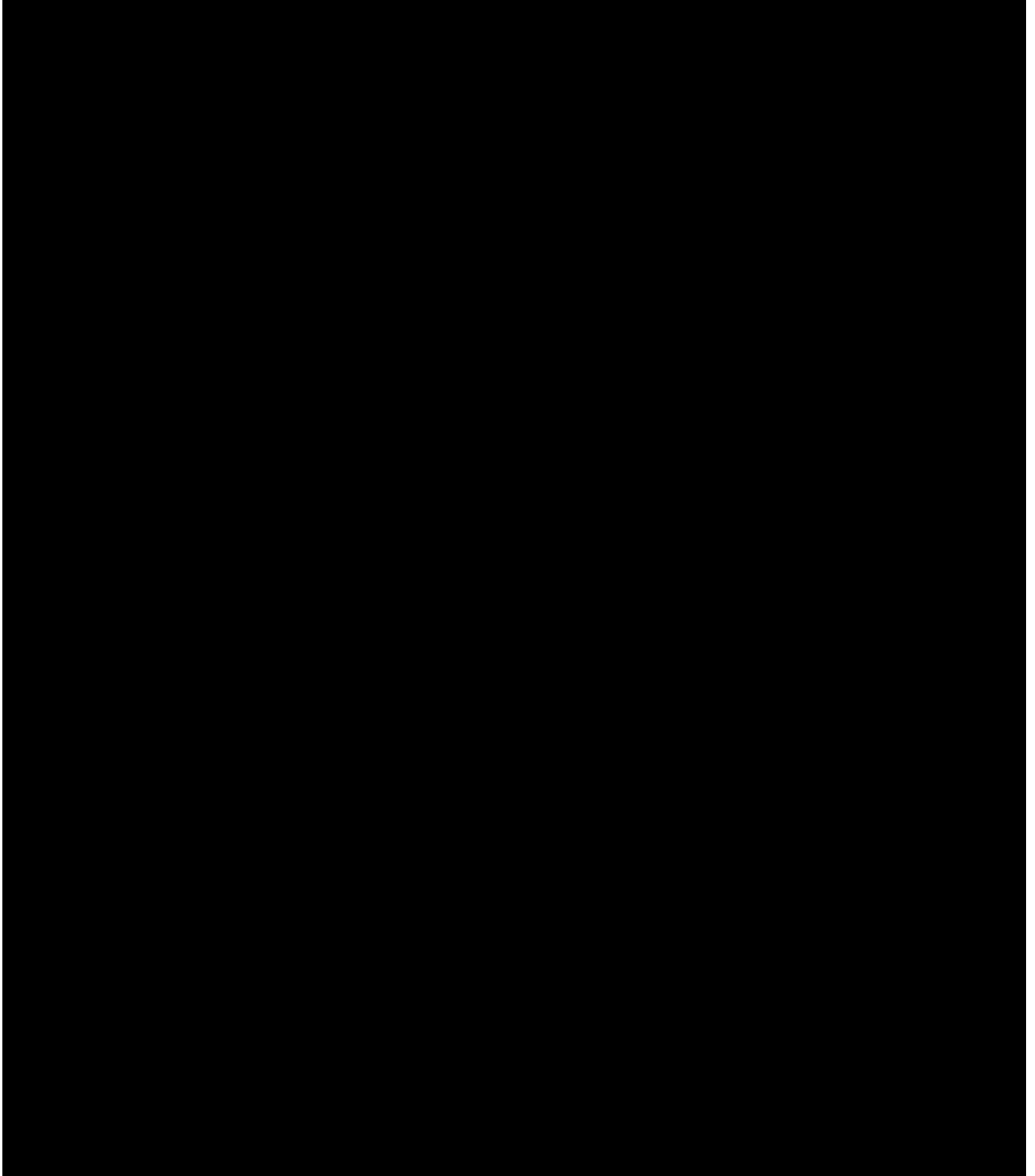
Rich, A. (1976). *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. W. W. Norton & Company.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

The jamovi project (2021). jamovi. (Version 2.6.45.0) [Computer Software]. <https://www.jamovi.org>.

World Health Organization (WHO). (2022). *WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Anexo A. Informe de valoración del trabajo fin de máster



Anexo B. Codebook análisis cualitativo

Tabla 7.

Codebook del análisis cualitativo

Código	Definición operacional	Ejemplos textuales representativos
Sobrecarga materna	Estado de agotamiento físico y emocional derivado de asumir de forma continua tareas domésticas, de crianza y organizativas.	“No tengo ni un minuto para mí”, “Estoy agotada físicamente y mentalmente”.
Carga mental	Actividad cognitiva constante de anticipar, planificar, decidir y coordinar tareas familiares.	“Me despierto pensando en todo lo que hay que hacer”.
Corresponsabilidad percibida vs real	Diferencia entre la implicación que se declara y la implicación efectiva en decisiones, tareas y planificación.	“Él ayuda cuando se lo pido, pero la carga mental la llevo yo”.
Corresponsabilidad percibida positiva	Descripción de una implicación equitativa real o vivida como satisfactoria.	“Somos un equipo”, “Nos repartimos las tareas”.
Necesidad de presencia emocional	Deseo de sentir acompañamiento, validación, escucha y apoyo emocional.	“Necesito que me escuchen”, “El apoyo emocional es lo que más valoro”.
Desequilibrio en el uso del tiempo libre	Situación donde la pareja mantiene ocio propio mientras la madre renuncia al suyo.	“Él sale en bici y yo me quedo con los niños”.
Falta de tiempo propio	Ausencia de espacios personales de descanso, ocio o autocuidado.	“No tengo un momento para mí”.
Invisibilización de la carga doméstica	Falta de reconocimiento de las tareas que sostiene el hogar, tanto	“Si no le digo lo que hay que hacer, no lo hace”.

	por parte de la pareja como de la sociedad.	
Ausencia de referente corresponsable paterno	Dificultad de los hombres para ejercer corresponsabilidad por falta de modelos previos.	“No tiene referente de cómo ser padre corresponsable”.
Ausencia de red de apoyo / soledad / falta de tribu	Falta de sostén comunitario, familiar o social; maternidad vivida en aislamiento.	“Echo en falta una tribu”, “Me siento sola en esto”.
Doble jornada	Carga simultánea de trabajo remunerado y no remunerado.	“Trabajo todo el día y luego sigo con todo lo demás”.
Malestar emocional	Expresiones de estrés, ansiedad, irritabilidad o tristeza vinculadas a la carga de cuidados.	“Me siento desbordada”, “Me cuesta dormir pensando en todo”.
Demandas de derechos / conciliación insuficiente	Reclamos relacionados con políticas públicas, permisos y conciliación.	“Necesitamos mejores condiciones laborales para conciliar”.

Origen: Elaboración propia

Anexo C. Tabla de temas, subtemas y ejemplos

Tabla 8.

Temas, subtemas y citas del análisis cualitativo

Tema	Subtemas	Citas representativas
1. Sobrecarga cognitiva y emocional	Carga mental; doble jornada; agotamiento físico y emocional	“Me despierto pensando en todo lo que queda por hacer”; “No llego a todo y me sobrepasa continuamente”.
2. Corresponsabilidad percibida vs real	Ayuda vs corresponsabilidad; ausencia de referente paterno; invisibilización del trabajo doméstico	“Si no le digo lo que tiene que hacer, no lo hace”; “Él ayuda, pero no piensa”.
3. Pérdida del tiempo propio y renuncia materna	Uso desigual del ocio; renuncia al descanso; falta de tiempo para sí mismas	“Él sigue con sus actividades, yo ya no tengo ocio”; “A veces me gustaría ir a un sitio sin mirar el reloj”.
4. Maternidad solitaria y falta de apoyo	Falta de tribu; soledad; ausencia de red familiar o comunitaria	“No tengo a nadie que me ayude ni una hora”; “Echo de menos una red”.
5. Necesidad de presencia emocional	Escucha, validación, sentirse acompañada	“Lo que más necesito es que me comprendan”.
6. Conciliación insuficiente y demandas estructurales	Permisos inexistentes, presión laboral, renuncia profesional	“Para conciliar tienes que renunciar a tu carrera”.
7. Corresponsabilidad percibida positiva (minoritaria)	Equipos reales; reparto equitativo vivido positivamente	“Somos un equipo”; “Mi pareja organiza cosas sin que yo se lo pida”.