



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

# Apoyo Social Percibido y Bienestar Subjetivo en mujeres que se encuentran atravesando el puerperio residentes en CABA y Gran Buenos Aires

**Estudiante:** Martínez Dal Pont, Eimi Malen

**Legajo:** 24304

**Directora:** Lic. Prozzillo, Paola

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. En Psicología.

2024

## Índice

Resumen .....	5
Introducción .....	7
Objetivo general .....	8
Objetivos específicos .....	8
Hipótesis.....	8
Marco teórico.....	9
Puerperio .....	9
Apoyo social .....	13
Apoyo social percibido .....	16
Bienestar.....	16
Bienestar subjetivo .....	18
Satisfacción con la vida.....	19
Balance afectivo .....	19
Apoyo social percibido, bienestar subjetivo y puerperio .....	20
Antecedentes.....	22
Método.....	30
Diseño .....	30
Participantes .....	30
Instrumentos.....	30
Encuesta sociodemográfica .....	30
Cuestionario de Apoyo Social percibido-MOS (Sherbourne y Stewart, 1991).....	31
Escala de Balance Afectivo-EBA (Warr et al., 1983).....	31
Escala de Satisfacción con la Vida-ESV (Diener et al., 1985).....	32
Procedimiento .....	32
Utilización de consentimiento informado .....	33
Resultados.....	34
Características de la muestra .....	34
Análisis descriptivo.....	36
Análisis de correlaciones.....	41
Discusión .....	44
Limitaciones .....	46
Conclusión .....	47

Referencias.....	48
Anexo.....	56
Instrumentos utilizados .....	56
Consentimiento informado .....	56
Cuestionario sociodemográfico .....	56
Cuestionario de Apoyo Social Percibido.....	57
Escala de Balance Afectivo .....	58
Escala de satisfacción con la vida .....	59

## **Resumen**

**Título:** Apoyo Social Percibido y Bienestar Subjetivo en mujeres que se encuentran atravesando el puerperio residentes en CABA y Gran Buenos Aires.

## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo general explorar los niveles de apoyo social percibido y bienestar subjetivo en mujeres puérperas mayores de 18 años residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. El estudio abarcó los primeros 24 meses postparto, los datos fueron recolectados por la plataforma Google Forms y su difusión se realizó mediante redes sociales.

Se utilizó en primer lugar el Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido (Sherbourne y Stewart, 1991) validado al contexto argentino por Rodríguez y Enrique (2007). Para la evaluación del Bienestar Subjetivo se administraron dos instrumentos: la Escala de Balance Afectivo (Warr et al., 1983) cuya adaptación y validación en el contexto argentino fue realizada por Simkin et al. (2016), y la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985) adaptada y validada en el contexto local por Zubieta et al. (2012).

Los resultados obtenidos mostraron una relación directa entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo, y la influencia de ambas variables sobre el período puerperal. Además, se encontró mayor percepción de apoyo social y bienestar en los primeros meses postparto, así como también se observaron mejores valores para ambas variables en aquellas mujeres que se encontraban casadas o en pareja.

**Palabras clave:** Apoyo social percibido – Bienestar subjetivo – Satisfacción con la vida – Puerperio

## **Abstract**

The general objective of this research was to explore the levels of perceived social support and subjective well-being in postpartum women over 18 years old residing in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires and Gran Buenos Aires. The study covered the first 24 months postpartum; the data was collected by the Google Forms platform and its dissemination was carried out through social networks.

First, the MOS Perceived Social Support Questionnaire (Sherbourne and Stewart, 1991) validated in the Argentine context by Rodríguez and Enrique (2007) was used. To evaluate Subjective Well-being, two scales were administered: the Affective Balance Scale (Warr et al., 1983), whose adaptation and validation in the Argentine context was carried out by Simkin et al. (2016), and the Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985) adapted and validated in the local context by Zubieta et al. (2012).

The results obtained showed a direct relationship between perceived social support and subjective well-being, and the influence of both variables on the postpartum period. In addition, a greater perception of social support and well-being was found in the first months postpartum, as well as better values in both variables were observed in those women who were married or in a relationship.

**Keywords: Perceived Social Support – Subjective Well-being – Satisfaction with Life – Puerperium**

## **Introducción**

El período de puerperio corresponde a una etapa de transición, adaptación y cambios físicos y psicológicos en la mujer, al mismo tiempo que se incorpora una nueva vida a su cuidado, contribuyendo a una mayor vulnerabilidad emocional para quien lo transita. El carácter biologicista que suele darse a ésta etapa no deja lugar para contemplar las características subjetivas que surgen de ésta experiencia, que incluye no sólo cambios físicos sino también sociales y culturales, debiendo la madre acomodarse a su nuevo rol y a las exigencias de reorganizar las distintas áreas de su vida.

Dentro de los fenómenos que se producen en torno al nacimiento el puerperio es la etapa sobre la que menos se ha detenido la sociedad a través de los años, incluso cuando existen estudios que demuestran la necesidad de acompañar éste proceso, la importancia del apoyo social y el impacto de dicho acompañamiento en la salud mental y el bienestar de las puérperas. De todas maneras, dichas investigaciones resultan insuficientes ya que no abarcan las diversas variables presentes y es escasa la información actualizada al respecto.

El apoyo social constituye una dimensión psicosocial importante vinculada a la salud mental, y cobra especial relevancia en la etapa del embarazo y el puerperio, ya que constituye una fuente de seguridad para la madre. Si bien la llegada de un hijo suele ligarse a sentimientos positivos, la reorganización de la madre a las necesidades del bebé y las demandas de la vida familiar, vincular, laboral y social pueden atentar contra la gratificación, la alegría, las emociones positivas y el bienestar. Es por ello que contar con una red familiar y social, y percibir el apoyo de quienes rodean a la mujer puérpera, contribuye al bienestar y a un desarrollo saludable de la díada madre – hijo (Oiberman, 2001; Robertson, 2003).

Por otra parte, luego del parto los controles suelen centrarse en el bebé y en la recuperación física de la madre dejando de lado el aspecto subjetivo de la experiencia y el bienestar psíquico de la mujer, quien se encuentra atravesando grandes cambios y adaptándose al nuevo rol y a las exigencias que el mismo implica.

La presente investigación se propone establecer la relación entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en mujeres que se encuentran atravesando el puerperio. La finalidad es avanzar en la investigación de las variables psicológicas y sociales que afectan e influyen en esta etapa de la vida de la mujer que ha sido madre, y favorecer intervenciones psicosociales para lograr un desarrollo saludable de ambos miembros de la díada.

La pregunta de investigación que moviliza el presente trabajo se plantea en los siguientes términos: ¿qué relación existe entre apoyo social percibido y bienestar subjetivo en mujeres que están atravesando el puerperio? Asimismo, se intentará dilucidar qué factores del apoyo social se encuentran más fuertemente vinculados a las dimensiones del bienestar subjetivo.

### ***Objetivo general***

Explorar los niveles de apoyo social percibido y bienestar subjetivo en mujeres residentes de CABA y Gran Buenos Aires que se encuentran atravesando el período de puerperio.

### ***Objetivos específicos***

- Describir las características sociodemográficas de la muestra.
- Describir los niveles de apoyo social percibido en mujeres que se encuentran atravesando el período de puerperio.
- Determinar los niveles de bienestar subjetivo de las mujeres en periodo puerperal.
- Determinar las dimensiones del apoyo social percibido que se vinculan más fuertemente con el bienestar subjetivo en las mujeres participantes.
- Determinar si existen diferencias en el bienestar subjetivo, de acuerdo a la etapa del puerperio que se esté atravesando.

### ***Hipótesis***

- Mayores niveles de apoyo social percibido se relacionan de manera directa con el bienestar subjetivo en mujeres puérperas.
- Existe una correlación negativa entre apoyo social percibido y afecto negativo.
- La percepción de apoyo social es mayor durante los primeros meses de puerperio.
- El bienestar subjetivo es mayor durante los primeros meses postparto.
- La percepción de apoyo social por parte de la pareja se asocia de manera directa con el bienestar de la mujer puérpera.

## Marco teórico

### *Puerperio*

Etimológicamente, la palabra puerperio deriva del latín “*puerperium*”, estando su significado relacionado al acto de parir (*parere*) a un niño (*puer*) (Diccionario Etimológico en Castellano, 2024). Históricamente, la definición de puerperio estuvo enmarcada en el ámbito de la medicina y esto determinó la forma en la que éste período es abordado (Martiarena, 2022), es por ello que el término puerperal, cuya definición es lo relacionado al puerperio, se utiliza para denominar diversos trastornos propios de ésta etapa tales como depresión puerperal o fiebre puerperal (Diccionario Etimológico en Castellano, 2024). Éste enfoque médico muchas veces tiene como consecuencia la desarticulación de la atención de la mujer y su bebé, pudiéndose pensar como una separación tanto entre la parte física y la psíquica, como entre el recién nacido y su madre (Fernández, 2023).

En el siglo XVII se estableció que el período puerperal comprende desde el final del parto hasta la aparición del primer ciclo menstrual, aproximadamente cuatro a seis semanas después de dar a luz según los criterios médicos. Para la OMS (2021), es un período que comienza en la finalización del parto y puede extenderse hasta seis semanas, momento en el que “vuelve a la normalidad” el organismo de la mujer, haciendo alusión a la recuperación anatómica y fisiológica, aunque exceptuando el sistema neuroendocrino que comúnmente se encontrará modificado durante un período mayor debido a la lactancia (Mora, 2009).

Durante el puerperio se producen grandes cambios físicos y emocionales en la mujer, estableciéndose como una etapa de gran vulnerabilidad en la que se desarrollan de manera simultánea cambios a nivel fisiológico que tienen como fin volver gradualmente al estado previo a la gestación y promover la lactancia pero que exponen a la mujer a diversos riesgos, incluida la mortalidad materna (Bezares, 2009); al mismo tiempo se añaden cambios en la vigilia y el sueño, siendo más susceptibles a cambios en el estado de ánimo que podrían posteriormente impactar en la Salud Mental, provocando desde depresión leve hasta psicosis postparto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según informa el Ministerio de Salud de Chile (2015) el puerperio puede ser clasificado en tres etapas, siendo la primera de ellas el *puerperio inmediato*, el cual transcurre en las veinticuatro horas posteriores al alumbramiento. En ésta primera fase se producen grandes cambios hormonales, siendo las hormonas más importantes la oxitocina y las endorfinas. La

oxitocina será la encargada de regular las contracciones en el parto, la contracción del útero para que vuelva a su tamaño previo y la excreción del calostro y la leche. Por otro lado, las endorfinas auxiliarán disminuyendo la sensación de dolor durante el parto y pudiendo también ser las causantes de la sensación de placer al momento de conocer al recién nacido. A su vez, si la mujer siente miedo se estimulará la producción de adrenalina, hormona antagonista de las mencionadas anteriormente, pudiendo afectar el proceso de recuperación y lactancia (Ramírez Matos, 2020).

La segunda etapa es llamada *puerperio mediato o temprano*, abarcando del segundo al décimo día (Ministerio de Salud de Chile, 2015). En éste momento tiene lugar la recuperación del tamaño del útero y según Esther Ramírez Matos (2020), en muchos casos puede desencadenarse lo que ella llama “Duelo por el nido uterino vacío” ya que muchas mujeres describen sentirse tristes por el fin del período de embarazo.

Por último se encuentra el *puerperio alejado o ampliado*, extendiéndose hasta el fin de la cuarentena, momento en el que médicamente se considera que el puerperio finalizó ya se espera que las condiciones fisiológicas del cuerpo femenino hayan retornado a su condición previa al parto (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

En la actualidad se describe una cuarta etapa, el *puerperio tardío*, el cual comienza luego de la cuarentena y su finalización no está especificada, estimando que puede extenderse hasta el fin de la lactancia exclusiva o los dos años del niño (Mora, 2009). Ésta última etapa es llamada también *puerperio emocional* e incluye los fenómenos tanto psicoafectivos como sociales que se encuentran vinculados a la constitución del vínculo entre la madre y su hijo (Ramírez Matos, 2020).

De acuerdo a Gómez Vilches (2000), la forma en la que la mujer atraviese ésta etapa dependerá en gran medida del entorno social y familiar, los cuales cumplen roles de suma importancia para la salud tanto de la madre como del hijo. De igual manera, el desarrollo de trastornos mentales durante el embarazo y el puerperio no suelen ser diagnosticados, ya que sus síntomas pueden ser confundidos con otros de carácter somático como fatiga, cefalea o pérdida de apetito y energía (Zeng, 2020). Éstos síntomas, sumados a que las tareas de cuidado del recién nacido recaen mayormente sobre la madre, generan un aumento en los niveles de sensibilidad y responsabilidad, acompañados de inseguridad y miedo ya que materner es un rol primordial del que depende la supervivencia tanto física como emocional de un bebé (Gentes, 2020) y la presión que recae sobre la mujer contribuye a desoír su experiencia ya que se obstruye su posibilidad de expresarse por considerarse culturalmente a la maternidad como un momento de felicidad, invisibilizando la posibilidad de que se puede también experimentar sufrimiento; esa expectativa

de bienestar en torno a la etapa perinatal suele representar gran frustración, aumentando los niveles de ansiedad, el estrés y la depresión (Loiacono, 2023).

En coincidencia con lo expuesto, Martiarena (2021) señala que la construcción de la idea del “instinto materno” obstruye la posibilidad de la mujer de recibir ayuda en el posparto para las tareas de cuidado de su hijo, ya que se considera que es capaz de gestar, parir, cuidar y amamantar de forma natural y que no debería requerir de la colaboración de un tercero para ello. Las exigencias de la cultura idealizan de tal forma las expectativas a cumplir por la madre, que se alejan de aquello que es real y posible (Assanelli y Defey, 1997), dejando a las madres frustradas, agotadas y desbordadas, agudizando el malestar vivenciado durante el puerperio (Martiarena, 2021).

Las experiencias vividas en el “cuerpo puerperal”, ya sean disfrutadas o padecidas, dejarán una huella emocional en la mujer que lo atraviesa (Mora, 2009), incidiendo de manera directa en el desarrollo de diversos fenómenos a nivel corporal. Una de las complicaciones más frecuentes es el desarrollo de depresión postparto, la cual según lo explicitado por Mendoza y Saldivia (2015) tiene una prevalencia mundial de entre el 10 y el 20%, siendo mayor en adolescentes (26%) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%). Entre el 60 a 85% de mujeres puede presentar síntomas de apariencia depresiva en los primeros días luego del parto, los cuales según lo indicado por el Ministerio de Salud de Chile (2014) generalmente son leves y se resuelven en el corto plazo. Sin embargo, según lo expuesto por Oviedo-Lugo (2006) del 8% al 25% de los casos son incapacitantes y persistentes, y la mitad de ellos quedan sin diagnosticar aun cuando representan la complicación psiquiátrica de mayor frecuencia a nivel mundial en el período postnatal (Mendoza, 2015).

En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014), se establece que la Depresión Perinatal (DPN) corresponde a un episodio de Depresión Mayor con inicio en el Periparto, período que se enmarca desde el embarazo y hasta 4 semanas postparto (Gaviria, 2017). Para el diagnóstico, la presencia de los síntomas debe permanecer durante un período de al menos dos semanas y representar un cambio del funcionamiento previo del sujeto. Dentro de esa sintomatología, deben encontrarse el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y la pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades. A su vez, se listan como síntomas posibles la pérdida o aumento de peso sin hacer dieta; el insomnio o hipersomnia, la agitación o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de culpabilidad excesiva o inutilidad; disminución en la capacidad de pensar, concentrarse o tomar decisiones; y pensamientos de muerte recurrentes (DSM-V, 2014). La mujer

que presente sintomatología compatible requerirá de atención psiquiátrica y psicológica inmediata y el diagnóstico comúnmente se realizará utilizando la Escala de Edimburgo (Cox, 1987).

Se identifican otros dos fenómenos de gran prevalencia durante ésta etapa: la denominada Tristeza Posparto (TPP) o Baby Blues, y la Psicosis Posparto (PPP) (DSM-V, 2014).

La TPP corresponde a un fenómeno de carácter emocional que tiene lugar entre el segundo y cuarto día luego del parto, en el que se ve alterado el estado de ánimo de la madre, evidenciándose labilidad emocional, llanto, irritabilidad, ansiedad. Se cree que sus desencadenantes son del orden de lo psicológico, social y hormonal y se espera que su resolución se produzca de forma espontánea durante las tres semanas posteriores al parto, luego de ese lapso se evalúa depresión posparto (Medina-Serdán, 2013).

El PPP o Trastorno Psicótico Breve corresponde a un cuadro en el que se presenta delirio agudo durante las cuatro semanas posteriores al parto. Las ideas delirantes se encuentran relacionadas al bebé, comienza de manera abrupta y requiere de intervención médica debido a los riesgos que implica tanto para la madre como para el recién nacido (DSM-V, 2014).

Por otra parte, la psiquiatra inglesa Rebecca Moore (2016) señala también la existencia del “trauma del nacimiento”, describiéndolo como la experiencia subjetiva que la mujer tiene sobre el alumbramiento de su hijo, el cual puede afectar de forma negativa a la puerpera sin necesidad de desarrollarse un cuadro clínico depresivo, condicionando sus sentimientos y la forma en la que vivencia la maternidad. Éste puede desarrollarse incluso cuando el relato del equipo de salud y entorno no describa ningún acontecimiento objetivamente traumático, ya que se ocasiona por la vivencia de cada mujer. El trauma del nacimiento debe ser diferenciado de las patologías que pueden presentarse, como el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), también característico de éste período, o la ya mencionada Depresión Posparto (Medina-Serdán, 2013). Para Olza (2017), si el parto es vivido como traumático pueden ocasionarse consecuencias durante el puerperio, viéndose afectada la lactancia y las áreas vincular y social.

Ramírez Matos (2020) utiliza el concepto de exterogestación para referirse a la vivencia puerperal, incluyendo en éste diversos fenómenos psicológicos, afectivos y sociales relacionados a la construcción del vínculo entre la madre y su hijo. Éste momento representa a nivel psíquico una vivencia única y de gran intensidad, siendo indispensable el apoyo de la red de contención, ya sea por parte de la pareja, familia o vínculos cercanos, así como el acompañamiento de los profesionales (Martiarena, 2021). Será necesario para la mujer poder construir su identidad en su nuevo rol de madre (Imaz, 2010), el cual se encuentra cargado de representaciones sociales que determinan cómo debe vivirse la maternidad (Montes Muñoz, 2007), por lo que el hecho en sí no

es meramente biológico sino que se encuentra cargado de significaciones culturales que asocian a éste rol las funciones de cuidado, afecto y formación educativa (Federici, 2012).

Según lo investigado por Ann Oakley (1981) en la década del 70, en muchos casos en los que se considera un cuadro depresivo lo que ocurre es el desconocimiento de las características y necesidades de ésta etapa, ya que lo que las mujeres en realidad manifiestan es un nivel de agotamiento elevado debido a la atención que requiere un bebé recién nacido, el no poder descansar de forma adecuada y lo estresante que les resulta encontrarse en el rol materno en el que el cuidado depende de forma casi exclusiva de las madres, quienes no se sienten capacitadas para cumplir con las exigencias que ello implica. Actualmente esto continúa siendo de ésta forma, ya que la falta de políticas públicas que incluyan la asistencia a las mujeres puérperas es un signo del desconocimiento que se tiene sobre éste período y sobre las necesidades sociales y afectivas de la mujer que lo atraviesa, entorpeciendo el correcto acompañamiento a nivel físico y psicológico (Martiarena, 2021).

Siguiendo ésta misma línea, Fernández (1993) explica la retracción que se produce en el área social para la mujer que se convierte en madre y cómo el saber instintivo que se le adjudica en su nuevo rol la condena a transitarlo en soledad, dejándola expuesta a diversas vulnerabilidades.

### ***Apoyo social***

Según lo expuesto por Gottlieb (1983), el apoyo social es concebido como aquella información verbal y no verbal de ayuda tangible dada por otros que tiene efectos emocionales y conductuales que representan un beneficio para quien lo recibe, incrementando su bienestar y constituyendo un recurso de gran importancia en el afrontamiento de dificultades (House, 1981).

Shumaker y Brownell (1984) complementan la definición mencionada, aportando que representa un intercambio entre al menos dos sujetos, siendo uno proveedor y otro receptor, con la finalidad de incrementar el bienestar del receptor. Posteriormente, Hobfoll y Stokes (1988) agregan que aquellas interacciones sociales que brindan asistencia real y provocan que el receptor se sienta querido son las que se encuentran comprendidas dentro del apoyo social.

Éste tipo de apoyo puede analizarse en tres niveles (Gottlieb, 1983; Lin et al., 1986): *Nivel macro o comunitario*, relacionado al sentimiento de pertenencia dentro del entramado social; *Nivel medio*, representado por las interacciones sociales del entorno próximo del individuo, como el del trabajo o el barrio en el que vive, generando un sentimiento de vinculación con los otros; y por

último el *Nivel micro o de relaciones íntimas*, el cual brinda sentimientos de compromiso, seguridad y responsabilidad ya que se establece con la familia, amigos, etc.

Existen dos teorías principales que explican los efectos positivos del apoyo social sobre el bienestar y la salud. Una asegura que el apoyo social influye de forma directa sobre las variables mencionadas, siendo independiente del nivel de estrés al que se encuentre expuesto el individuo (Barrón, 1996). Thoits (1985) enuncia dentro de los efectos directos el incremento en la percepción de identidad del propio individuo al desenvolverse en sus diferentes roles sociales, el aumento en la percepción de su autoestima desde el concepto que tienen los demás sobre su forma de actuar, y el incremento en cómo percibe su autoeficacia y su control sobre el ambiente. Al enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes, los efectos mencionados actúan como factores protectores (Barrón, 1996), viéndose reflejado también en el estado anímico del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

La teoría del efecto directo sostiene que éste tipo de interacción representa un beneficio tanto para la salud física como la emocional ya que el individuo se encontrará inmerso en el control social de su entorno, influyendo en la adopción de conductas vinculadas a la salud tales como la realización de ejercicio o el tipo de alimentación que adopte (Cohen, 2004). Dentro de un grupo, cada persona desempeñará un papel específico, generando cohesión y permitiendo que logre un sentido de identidad, pertenencia y seguridad, entre otras características (Cassels, 1976; Cohen, 1988; Thoits, 1982; Willis, 1985). Cohen (1988) señala también que las interacciones sociales benéficas contribuyen a la regulación emocional ya que producen pensamientos y emociones positivas, provocando una disminución en los estados de ánimo negativos, lo que a su vez reduce el malestar psicológico (Thoits, 1982).

Por su parte, la teoría del “Efecto Buffer” explica que en situaciones de estrés, el apoyo social actúa sobre la respuesta fisiológica del organismo a modo de amortiguador (Barrón et al., 1988), de modo que no influiría de forma directa sobre la salud y los estresores sino que modularía la relación entre ambos, amortiguando el impacto que tienen los eventos estresores sobre el individuo.

En concordancia con lo expuesto, el modelo transaccional expuesto por Lazarus y Folkman (1986) indica que el apoyo social intervendría tanto en la evaluación primaria como en la secundaria. En la primaria, al contar con el soporte de otros se podría percibir la situación estresante con un menor nivel de amenaza; en la secundaria, los recursos informativos, emocionales e instrumentales que aporta la red de contención aumentan la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad de afrontar la situación de estrés, reduciendo las reacciones adversas

frente a la misma (Cutrona, 1986). Así mismo, cuando el nivel de apoyo emocional es bajo, puede predecir la aparición de depresión luego de atravesar un evento traumático (Galea et al., 2022).

Heller y Swindle (1983) incorporan a la teoría de buffer aspectos como la historia de aprendizaje previa, el temperamento y los estilos de afrontamiento de la persona. Ésto, junto al apoyo de la red social, influirá en las respuestas de afrontamiento así como en la valoración cognitiva que el sujeto haga de la situación estresante. A su vez, éstos autores explican que tendrá relevancia que el sujeto pueda utilizar de manera efectiva el apoyo social del que dispone y no solo de la existencia del mismo, siendo relevantes los patrones de afrontamiento que haya desarrollado y sus características personales para lograr hacer uso del apoyo.

En el paradigma propuesto luego por Lin y Ensel (1989) se integran el aspecto psicológico, el fisiológico y el ambiente social, ya que todos ellos influirán sobre el bienestar de una persona. Cada uno de estos aspectos presenta estresores y recursos de afrontamiento determinados, siendo el apoyo social el recurso de mayor relevancia al momento de atravesar acontecimientos estresantes durante el ciclo vital. Éste enfoque permite observar los efectos del apoyo social de forma aislada o en relación con diferentes elementos que resultan relevantes al explicar el bienestar personal.

Las fuentes de las cuales un individuo puede obtener apoyo social son diversas y se caracterizan por brindarle sentimientos de vinculación, pertenencia y compromiso consigo mismo y con otros. Algunas de ellas son la comunidad en la que vive, su familia, profesionales, instituciones a las que acude e iglesias (Casas, 2014).

Por su parte, los autores Martin et al. (2003) agrupan a las diversas funciones que cumple el apoyo social en:

- Emocionales, asociadas a proveer cuidado y confort.
- Informativas, basadas en brindar consejos y orientar al receptor.
- Instrumentales, ofreciendo directamente recursos o herramientas.
- De contenido, siendo este el tipo de relación existente entre quien brinda el apoyo y quien lo recibe.
- Conductual, refiriéndose a aquellas conductas que se realizan al momento de brindar ayuda.
- Grado de integración de la red o aislamiento de la misma, dependiendo de la participación o falta de ella en las redes sociales con las que un individuo cuenta.

### ***Apoyo social percibido***

Se denomina apoyo social percibido a aquel tipo de apoyo que el receptor percibe desde su propia subjetividad, lo que implica una evaluación por parte del individuo en cuanto al contenido y cantidad de los recursos de apoyo de los que dispone (Cohen y Willis, 1995). Según los autores mencionados, la percepción de apoyo relaciona aquellos recursos reales con los que se cuenta y de los que se puede hacer uso en caso de ser necesario, con la satisfacción de la persona en cuanto a estas herramientas disponibles.

Para Sherbourne y Stewart (1991) que una persona no reciba ayuda durante cierto período de tiempo no implica que no disponga de ella, es por ello que en ésta dimensión será relevante considerar si la ayuda obtenida por el receptor es la adecuada y la que éste necesita, ya que en muchas ocasiones el apoyo disponible no es el que lo satisface o lo ayuda a resolver un problema de la manera adecuada (Licea, 2012).

De esta manera, la percepción de apoyo queda definida como la creencia de una persona de que la red social con la que cuenta será capaz de proveer apoyo tanto afectivo, como instrumental e informacional/emocional (Gottlieb y Bergen, 2010).

Por otra parte, Casas (2014) destaca que la cantidad de personas que conformen la red de apoyo no se relaciona con la satisfacción que el individuo sienta, dado que el estar satisfecho tendrá que ver con la calidad de la ayuda y el estado psicológico con el que el receptor disponga de ella.

### ***Bienestar***

Según Watanabe (En 2005), el concepto de bienestar refiere a la evaluación cognitiva que hace un individuo de sus propias experiencias para expresar su nivel de satisfacción, y el mismo se encuentra en continuo ajuste dependiendo de los recursos internos del sujeto y del ambiente en el que se encuentra inmerso. En la misma línea, Schuller (2009) define al bienestar como el reflejo de cómo una persona se siente con respecto a su vida, a su capacidad funcional y de adaptación al entorno. Corbin y Welk (2010) agregan que es una integración de los componentes físico, mental, social, emocional y espiritual del individuo, considerándolo el componente positivo de la buena salud.

Donatell et al. (1999) indican que el bienestar incluye aquellas actitudes y comportamientos que conducen a una mejora en la calidad de vida, acompañadas de un estado de

salud óptimo. Es decir que no se hace referencia solo a la ausencia de enfermedad sino que comprende además aspectos positivos tanto del funcionamiento como de las emociones e interacciones, generados por la presencia de fuertes relaciones de apego y la incorporación de habilidades cognitivas, interpersonales y de afrontamiento (Cowen, 2001; Schuller, 2009).

El bienestar puede conceptualizarse desde dos perspectivas, complementarias entre sí (Ryan y Deci, 2001; Schuller, 2009):

- *Perspectiva hedónica*, es aquella que se entiende por “felicidad”, relacionada al *bienestar subjetivo*. Ésta perspectiva considera que el bienestar es la satisfacción con la vida, acompañada de altos niveles de afecto positivo y bajos de afecto negativo. El bienestar subjetivo se define por la experiencia de cada individuo y su evaluación global de la propia vida, qué tanto le gusta o disgusta la vida que tiene, incluyendo tanto factores positivos como negativos (Diener, 1984; Veenhoven, 2015). Así, quienes atraviesen experiencias emocionales que consideren placenteras harán una valoración más positiva de su vida que quienes no, debido a que aumentará su bienestar subjetivo. (Diener, 1994).
- *Perspectiva eudamónica*, relacionada al bienestar psicológico. Hace énfasis en el propósito de vida, crecimiento personal, potencialidades y autorrealización. Ryff (1989) plantea que el ser humano funciona de manera óptima cuando produce mayor cantidad de emociones positivas o placenteras y propone un modelo multidimensional para explicar su hipótesis:
  1. Autoaceptación, definida por las autoevaluaciones positivas y de la vida, sintiéndose bien incluso con sus limitaciones.
  2. Mantener relaciones de calidad con otros, estables y de confianza.
  3. Autonomía, pudiendo sostener su propia individualidad, independencia y autoridad personal.
  4. Dominio del entorno, capacidad de gestionar eficazmente situaciones cotidianas, eligiendo entornos favorables.
  5. Propósito en la vida, definido como la creencia de que la vida tiene una utilidad y un sentido, estableciendo metas y objetivos.
  6. Crecimiento personal, pudiendo desarrollar potencialidades y capacidades.

En 2010, Diener et al. proponen incorporar los aspectos subjetivo y psicológico en una nueva definición de bienestar integrada por el florecimiento, el cual se explica como el crecimiento psicosocial del individuo, la importancia y valoración que da a sus relaciones sociales, sus propias competencias, prosperidad y autoaceptación.

### ***Bienestar subjetivo***

La perspectiva hedónica considera al bienestar en los términos de placer y displacer, en donde la presencia o ausencia de afectividad positiva/negativa será un factor determinante para medir el bienestar de un individuo (Lucas et al, 1996). El concepto de bienestar subjetivo queda enmarcado dentro de ésta postura (Sandin et al, 1999) e incluye dos componentes: uno afectivo, que se encuentra ligado a la frecuencia e intensidad de las emociones tanto positivas como negativas, y otro cognitivo, en relación a la satisfacción con la vida (Cole et al, 1999).

Así, las emociones y estados de ánimo pueden ser denominados como afecto, y éste puede clasificarse en positivo cuando refiere a emociones placenteras, o negativo cuando se encuentra relacionado al sufrimiento o malestar psicológico (Diener et al, 1999; Muñoz Umaña, 2007).

Un nivel de bienestar subjetivo elevado se traduce como una percepción frecuente de afectividad positiva y de estar satisfecho con la propia vida, y por lo tanto, una percepción sólo ocasional de afectividad negativa (Castro Solano, 2010). De esta forma, podría definirse al bienestar subjetivo como el grado en que una persona está complacida con su vida (Veenhoven, 1994).

Si bien los elementos que componen ésta variable pueden ser abordados por instrumentos que contienen componentes tanto afectivos como cognitivos, Pavot y Diener (1993) refieren que es recomendable medirlos por separado ya que la valoración de circunstancias de la propia vida pone énfasis en procesos conscientes, mientras que lo afectivo evidencia en su mayoría estados inconscientes. Además, la satisfacción con la vida muestra una perspectiva proyectada a largo plazo, en cambio las respuestas afectivas se producen ante estímulos inmediatos y suelen ser de corta duración (Pavot y Diener, 1993).

### ***Satisfacción con la vida***

Desde una perspectiva global, la satisfacción con la vida es considerada como el resultado de una evaluación cognitiva de la propia vida, siendo pensada como indicador cognitivo del bienestar e indicador subjetivo de la calidad de vida (Pavot et al, 1991). Diener (1985) la define como un constructo unidimensional que, sin adjudicar un criterio sobre lo que es una vida buena, la evalúa dejando que el juicio sea realizado por la persona que responde. Dicha valoración se realiza mediante la comparación entre los logros: aquello que se ha conseguido, y las expectativas: aquello que se espera obtener (García-Viniegras, 2000), comprendiendo aspectos de carácter duradero y relacionados al largo plazo (Pavot y Diener, 1993).

En 1985, Diener et al. realizaron la Escala de Satisfacción con la Vida, la cual contemplaba dos criterios que no habían sido tenidos en cuenta en evaluaciones anteriores sobre el bienestar (Atienza et al, 2000):

- Medición de la satisfacción como un único constructo.
- Una escala compuesta por varios ítems.

Los autores buscaron realizar una mejora respecto a las escalas existentes de un solo componente, quedando conformada una escala con cinco ítems que no incluyó factores emocionales, posibilitando la evaluación exclusiva de la Satisfacción Vital (Diener et al, 1985).

Éste concepto posibilita la evaluación del nivel de bienestar de una persona, lo cual desde un punto de vista salugénico resulta relevante en el abordaje integral del proceso de salud y enfermedad, ampliando el criterio patogénico centrado en la ausencia o presencia de síntomas y llevándolo hacia una visión enfocada en la salud y su promoción (Gancedo, 2008; Seligman, 2003).

### ***Balance afectivo***

Es la faceta del bienestar subjetivo que se encuentra formada por las evaluaciones afectivas que una persona realiza sobre las emociones y el humor (Diener y Lucas, 1999), por lo que puede encontrarse influenciado por estímulos inmediatos (Pavot y Diener, 1993).

Para Zajonc (1980) en el afecto coexisten dos tipos de experiencias, las que se encuentran formadas por una emocionalidad positiva y las que lo están por una negativa. El afecto positivo

quedará representado por emociones tales como alegría, motivación o autoconfianza (López-Gómez et al, 2015), y el afecto negativo reflejará el malestar subjetivo mediante emociones aversivas como tristeza, enojo, culpa o ansiedad (Lucas et al., 1996).

Si bien ambos afectos podrían ser considerados como extremos opuestos de una misma dimensión, es necesario considerarlos y evaluarlos como constructos individuales (Diener y Emmons, 1984) ya que los mismos se verán afectados por factores distintos (Bradburn, 1969). De esta manera, Bradburn diseña en primera instancia una Escala de Balance Afectivo utilizando diez ítems, de los cuáles cinco evaluaban el efecto positivo, y cinco el afecto negativo (Bradburn, 1969). En 1983, Warr, Barter y Brownbridge completan éste instrumento, quedando compuesto por dieciocho reactivos, sosteniendo la bidimensionalidad de la escala original.

### ***Apoyo social percibido, bienestar subjetivo y puerperio***

Durante el puerperio la mujer se encuentra experimentando una vivencia psíquica de gran intensidad en la que las condiciones ambientales y la contención emocional adquieren una importancia fundamental (Martiarena, 2021).

Se considera además que la maternidad adquiere el carácter de crisis evolutiva, ya que suele reactivar conflictos pasados y potenciar problemáticas presentes, principalmente aquellas relacionadas con los vínculos familiares y sociales. Esto se debe a que en un estado de crisis, el Yo muestra mayor sensibilidad a las realidades externas, por ello, sucesos que en otro momento podrían no ser de relevancia, en esta situación cobran otro sentido.

Oiberman (2001) sostiene que la maternidad es además una crisis vital vivenciada de forma diferente por cada mujer, dependiendo de la historia personal, su estructura de personalidad, su situación actual respecto a la pareja, la familia y el entorno social, las características propias de su bebé y el vínculo con él. Frente a esto, tanto Mayberry (2007) como Urdaneta (2011) indican que los factores de riesgo principales asociados a la depresión postparto son coincidentemente el estrés, antecedentes psicosociales, problemas de pareja y falta de apoyo social; esto se debe a que el estado de vulnerabilidad de la puérpera genera gran susceptibilidad al juicio de los otros, lo que impactará de manera directa en su autoestima, aumentando durante dicho período el riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo (Gentes, 2020). Por ello, se considera que durante el puerperio el apoyo de los vínculos cercanos podría ser un factor de protección frente al desarrollo de problemáticas de Salud Mental tales como la depresión, tomando gran relevancia la existencia de redes de apoyo de amigos y familiares (Robertson, 2003).

Leahy Warren (2005) señala que el apoyo social actúa como factor protector frente a los estresores que se presentan en el período puerperal, siendo la pareja y la familia la principal fuente de la cual lo recibe una madre primeriza. Son mayormente éstas madres quienes destacan la necesidad de recibir apoyo para sobrellevar los desafíos que representa la maternidad y el cuidado de un recién nacido (Darvill et al, 2010; Emmanuel et al, 2008; Razurel et al, 2009). Fahey (2013) resalta además la importancia del efecto “amortiguador” que el apoyo tiene sobre la percepción de eventos estresantes que puedan atravesarse.

Liamputtong y Naksook (2003) señalan que específicamente el apoyo brindado por la presencia de la pareja y su compromiso con los cuidados tanto del bebé como de la madre contribuye en el alivio del estrés de la mujer, lo que según Goodman (2005) se relaciona con un mayor bienestar y características más saludables en el comportamiento maternal. A su vez, cuando la madre percibe éste apoyo como un reconocimiento a su esfuerzo también impacta sobre la disminución del estrés, así como la falta de dicho reconocimiento lo aumentaría por sentirse menospreciada (Harmon y Perry, 2011).

En la hipótesis establecida por Cohen y Wills (1985) se postula que el apoyo social impacta de manera directa en el bienestar ya que incentiva la afectividad positiva y aumenta la sensación de tranquilidad y de autoeficacia, pudiendo promover comportamientos saludables independientemente del estrés al que se encuentre expuesta una persona (Reid y Taylor, 2015). De igual manera, no se debe ignorar que existe una expectativa en el apoyo que la mujer espera recibir y le resulta estresante la existencia de una disonancia entre aquello que espera y lo que percibe recibir (Fahey, 2013): Una baja percepción de apoyo se encuentra relacionada con la presencia de síntomas depresivos, pero una evaluación positiva del apoyo recibido por familiares y amigos reduciría la sintomatología depresiva y ansiosa, funcionando como factor protector e impactando de manera directa en el bienestar de las puérperas (Razurel, 2013).

Para concluir, se observan aumentos significativos en la satisfacción con la vida durante el período postparto en aquellas mujeres que perciben un alto apoyo social, principalmente de tipo instrumental (Gerbuza, 2014). El bienestar, entendido como florecimiento (Diener, 2010) se refleja en las mujeres cuyas parejas se involucran en el cuidado del recién nacido, aumentando el bienestar materno cuanto mayor sea el compromiso paterno (Redshaw y Henderson, 2013).

## Antecedentes

Distintos estudios han analizado la relación entre bienestar subjetivo y apoyo social percibido en población de mujeres que se encuentran atravesando el puerperio, a continuación se describirán algunos de ellos.

Martiarena (2022) realizó una investigación sobre experiencias de mujeres que habían sido madres utilizando un diseño cualitativo y un enfoque de carácter narrativo. Para ello recolectó relatos de ocho mujeres, las cuales eran residentes de la ciudad de Montevideo al momento de participar.

En éste trabajo la autora buscó conocer la vivencia puerperal subjetiva de las distintas mujeres tras el nacimiento del primer hijo, utilizando la técnica de relatos de vida. Abarcó aspectos considerados relevantes para las participantes, tales como el cuerpo, vínculos, afectos, sexualidad, pareja y trabajo, y su relación con factores sociales y culturales. El análisis de las respuestas se realizó según el contenido temático, identificando las problemáticas principales desarrolladas por las púerperas, desafíos presentados y herramientas de afrontamiento adquiridas para atravesarlos.

Dentro de los resultados obtenidos se resalta la exigencia frente al rol materno, la importancia de las redes de contención y la falta de apoyo social percibido ya que las entrevistadas expresaron que las visitas recibidas se centraban mayormente en visitar al bebé pero no contemplaban la necesidad de la madre e incluso perjudicaban las pocas rutinas que lograban establecer con el recién nacido, sumando a su vez la responsabilidad de atender a los visitantes.

Si bien las entrevistas fueron realizadas una vez finalizado el puerperio fisiológico, Martiarena (2022) señala que ninguna de las participantes consideraba haber finalizado el período puerperal ya que continuaban experimentando secuelas tanto físicas como emocionales relacionadas al alumbramiento. Frente a ello concluye que históricamente el puerperio fue evaluado desde una perspectiva biologicista, centrada en la enfermedad, pero que es necesario hacerlo desde una mirada más amplia, que incluya la experiencia de las mujeres que la atraviesan y su subjetividad para lograr desarrollar estrategias que sean realmente eficaces en el acompañamiento durante ésta etapa.

Mendoza (2021) propuso en su investigación abordar las diversas piezas de la maternidad de un grupo de adolescentes de El Salvador.

En su estudio participaron 202 madres adolescentes de entre 13 y 20 años, atendidas en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sus padres o tutores completaron un consentimiento informado y las jóvenes un asentimiento. Las encuestas fueron realizadas entre

octubre del 2019 y febrero del 2020, las participantes se encontraban embarazadas, en período de puerperio o con un hijo menor a un año de edad.

El método utilizado fue deductivo, cuantitativo y descriptivo, y se aplicó a las jóvenes la Escala de Apoyo Social Percibido MOS validada por Lodoño et al. (2012). La misma cuenta con veinte preguntas de respuesta tipo Likert que exploran tres dimensiones: apoyo emocional, apoyo instrumental e interacciones positivas recibidas (apoyo afectivo). Además, el estudio contó con un protocolo de buenas prácticas para asegurar la protección de las menores.

En sus resultados, se observó que el 57,4% de las adolescentes no gozaron de apoyo emocional, el 59% recibió apoyo instrumental para satisfacer necesidades físicas y sociales, y el 56% contó con interacciones positivas. De ello se desprende que de cada diez adolescentes, cuatro o cinco carecen del apoyo social necesario para transitar su maternidad, siendo indiferente si se encuentran conviviendo con padres o con pareja.

Por su parte, el apoyo instrumental solo está presente en cinco o seis de cada diez participantes, por lo que casi la mitad de ellas no contaban con alguien que colabore en las tareas y cuidados de sí mismas ni de sus bebés.

Así mismo, el apoyo emocional se encuentra reducido ya que del cuestionario se desprende que no cuentan con el soporte necesario para transitar sus miedos y problemáticas más íntimas, debiendo asumir en soledad su nuevo rol y la adaptación a las exigencias que el mismo requiere.

Rebolledo (2021) presentó una investigación enfocada en la evaluación del completo estado de salud mental de las mujeres púérperas, buscando determinar cuáles son los factores psicosociales que se encuentran asociados a dicho estado. La misma fue de carácter cuantitativo, transversal y correlacional, realizada entre junio del año 2019 y marzo del 2020.

La muestra incluyó a 215 participantes que atravesaron sus primeros tres días post-parto en el Hospital Regional de Talca, Chile. Para su realización utilizó diversos instrumentos que le permitieron evaluar las variables que componen a la salud mental materna, los mismos fueron:

- Escala de Depresión de Edimburgo.
- Índice de Felicidad de Pemberton.
- Escala de Estrés Percibido.
- Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.
- Escala de Autoeficacia en la lactancia materna.
- Escala de Expectativas maternas.
- Escala multidimensional de Apoyo Social percibido de Zimet.
- Inventario de estrategias de afrontamiento.

La escala utilizada para la medición del apoyo social percibido consta de 12 ítems, los cuales se encuentran divididos en grupos evaluando tres factores: Apoyo social de pares, Apoyo de la familia y Percepción de apoyo de la pareja u otros significantes. En este estudio, el 93% de las participantes refirió un apoyo social medio, y ninguna de ellas manifestó sentir un nivel de apoyo alto. Asimismo, se establece mayor percepción de apoyo por parte de la familia, que por parte de las amistades.

Respecto al bienestar, se utilizó el índice de felicidad de Pemberton para medirlo, el cual incluye once ítems de bienestar recordado (general, sentido de vida, crecimiento personal, autoaceptación, relaciones positivas, control percibido o dominio del entorno, autonomía, afecto positivo, afectividad negativa y bienestar social) y diez de bienestar experimentado (emociones positivas y negativas). En las mujeres participantes del estudio, se observó una media de bienestar de 8.41, clasificándolo como un nivel medio en el período postparto evaluado (primer a tercer día).

Otra observación radicó en que se estableció una relación lineal positiva entre el bienestar de las mujeres puérperas y el apoyo social percibido, y una correlación negativa moderada entre los problemas de sueño, la baja percepción de apoyo y el nivel de bienestar manifestado. Esto llevó a la autora a confirmar su hipótesis de que menores problemas en el sueño y mayor percepción de apoyo social, impactan positivamente en el bienestar.

En los resultados finales, Rebolledo (2021) pudo identificar tres perfiles de salud mental en las puérperas, uno de alto bienestar (24.5%), otro alto en síntomas depresivos y estrés (15.5%), y el tercero de alto bienestar y estrés moderado (60%). Concluyó además que son los problemas de sueño, las estrategias de afrontamiento de apoyo social y las expectativas de autosacrificio materno las variables de mayor impacto en la aparición o disminución de síntomas depresivos.

Soto Abarca y Vera Madariaga (2020) realizaron una investigación en la que indagaron acerca de aquellos factores que podrían afectar la salud mental de mujeres primigestas, evaluando diferentes variables: sintomatología depresiva, de estrés y de ansiedad; modo de regulación emocional; afectividad y apoyo social percibido.

El estudio fue de carácter descriptivo y correlacional, de diseño cuantitativo y no experimental. La recolección de datos fue en formato digital, a través de Google Forms. Las participantes se encontraban cursando su primer embarazo y el rango etario fue de 18 a 37 años, quedando conformado por 209 mujeres.

La muestra fue no probabilística y las participantes fueron residentes de la Región de Maule, Chile, a las cuales se les administraron las siguientes escalas: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ), Escala Breve de

Afectividad Mentalizada (B-MAS) y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS), las cuales se componen de cuestionarios tipo Likert.

De los resultados se desprende que el Apoyo Social percibido tiene gran impacto, evidenciándose menor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en aquellas participantes que refirieron mayores niveles de apoyo. Del mismo modo, aquellas que indicaron mayor afectividad mentalizada, también coinciden con menor presencia de sintomatología.

El estudio concluyó evidenciando el rol mediador y modulador del apoyo social y la regulación emocional en relación a la sintomatología psicopatológica relacionada con la depresión, el estrés y la ansiedad.

Selma Hancioglu Aytac (2020) investigó acerca del efecto del apoyo social en el embarazo y la depresión postparto, pudiendo éste factor impactar de manera positiva en la adaptación de la madre a su nuevo rol, aumentando la construcción de un vínculo positivo con el bebé y ayudando en la relación entre la mujer y su círculo cercano.

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal utilizando el método de entrevista. Los datos fueron recolectados durante un año, desde junio de 2015 a junio de 2016, en el Sofular Family Health Center ubicado en Estambul, Turquía.

Participaron un total de 190 mujeres de entre 15 y 49 años que se encontraban entre las semanas 32 y 36 de embarazo o bien entre la segunda y sexta semana postparto. Respondieron cuatro cuestionarios: Cuestionario de Período de Embarazo, Cuestionario de Período Postparto, Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).

De los resultados se desprende que a mayor puntuación en la escala de apoyo social percibido, menor en la escala de depresión de Edimburgo. Es decir que la presencia de una figura de apoyo es relevante con respecto a la sintomatología depresiva, pudiendo ser este apoyo tanto de la familia como de la pareja.

A su vez, se observó que las mujeres entre 15 y 19 años obtuvieron mayor puntuación en la escala de depresión, por lo que el riesgo de padecer depresión postparto en adolescentes sería mayor que a edades más avanzadas. Por otro lado, las mujeres de entre 25 y 29 años son quienes mayor percepción de apoyo social refirieron, por lo que cuentan con menor probabilidad de experimentar depresión.

En los resultados también se evidencia que a mayor nivel educativo alcanzado, menor puntaje en la escala de Edimburgo y mayor en la escala de Apoyo Social Percibido. Lo mismo sucede en quienes perciben ingresos iguales o mayores a sus gastos y quienes cuentan con la

presencia de una familia nuclear, siendo significativa la presencia de una pareja atenta y comprensiva.

La investigación de Leonard et al. (2020) estuvo centrada en la interrelación entre el apoyo social percibido, estrés percibido y sintomatología depresiva en mujeres puérperas en los dos primeros años postparto.

El estudio fue de corte longitudinal y se midieron las tres variables por medio de entrevistas telefónicas en los meses 1, 6, 12, 18 y 24 luego del parto. Participaron 1316 mujeres de 18 a 35 años, madres primerizas, residentes de Pensilvania, Estados Unidos. Se evaluaron cambios en los factores psicosociales y en qué medida el apoyo social y estrés percibidos podrían predecir los síntomas depresivos.

Para la realización del estudio se utilizó una adaptación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, una versión adaptada de la Escala Hassles de Perfil Psicosocial Prenatal para medir el estrés percibido, y finalmente el apoyo social fue evaluado utilizando un formulario validado de cinco ítems de la Encuesta de Apoyo Social del Medical Outcomes Study. En los resultados obtenidos se observa que la mayoría de las participantes se encontraban casadas o en pareja y habían completado sus estudios universitarios.

Se pudo constatar que a través de las diferentes instancias de evaluación el apoyo social percibido disminuyó, salvo en el período de 12 a 18 meses en el que se mantuvo constante. A su vez, el estrés percibido aumentó durante los 24 meses y los síntomas depresivos se mantuvieron constantes hasta los 18 meses y luego aumentaron a los 24 meses.

El análisis correlacional de Pearson reveló además asociaciones significativas entre todas las variables del estudio y en todos los puntos de evaluación, por lo que se concluyó que la disminución del apoyo social se encontraba asociada a mayores niveles de estrés y, en consecuencia, mayor sintomatología depresiva. De ésta manera, cada variable actuaría como predictora de las otras.

En su investigación, Akbari et al. (2020) indagan la relación entre el bienestar espiritual y el apoyo social percibido en relación a la depresión postparto en madres primerizas. Participaron del estudio 200 madres de 18 a 35 años que se encontraban atravesando el período de puerperio, en las semanas 4 a 8 luego del parto. Las mismas eran pacientes de centros de salud de la Universidad de Ciencias Médicas de la provincia de Qom, Irán.

El estudio fue de carácter descriptivo, para su realización se suministró una encuesta en la que se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la escala de Bienestar Espiritual de Paloutzian y Ellison, y el Cuestionario de Salud Espiritual de Farhangestan.

De los resultados del estudio se desprende que de las participantes con sintomatología depresiva, más de la mitad tenían una percepción moderada o baja del apoyo social recibido, mientras que quienes conformaron el grupo de “no deprimidas” manifestaron mayormente (72.43%) una alta percepción de apoyo.

Se encontró además que quienes se encontraban en el grupo de “deprimidas” tenían un menor nivel de bienestar espiritual que quienes estaban en el grupo opuesto, por lo que éstas variables se asociarían de forma inversa.

En cuanto al análisis correlacional de Pearson, se observó correlación negativa entre los niveles altos de apoyo social percibido y bienestar espiritual respecto de la depresión postparto, por lo tanto el estudio concluye que ambas variables contribuyen en la disminución de la sintomatología depresiva de las puérperas, actuando como factores protectores.

Prado (2018) realizó una investigación en Chile en la cual buscó evaluar cómo el apoyo social percibido previo al momento del parto podría relacionarse posteriormente con una mejor calidad de vida durante el postparto.

Para la realización del estudio participaron 177 mujeres embarazadas de entre 21 y 42 años, las cuales eran pacientes de la Red UC CHRISTUS que incluye diferentes centros de salud chilenos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala MOS-SSS de Apoyo Social Percibido, el Cuestionario de Calidad de Vida SF-12, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de Salud PHQ-15. Para el análisis se utilizó el programa IBM SPSS versión 25 y el macro PROCESS.

La investigación fue de carácter longitudinal y se contó con tres momentos de medición: entre las semanas 32 y 36 de embarazo, en el primer mes luego del parto y en el tercer mes postparto. En los tres momentos se realizó la evaluación de las variables Apoyo Social, Calidad de Vida relacionada con la salud, Síntomas Depresivos y Síntomas físicos.

El subconcepto de Calidad de Vida contemplado fue el de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, que hace énfasis en la satisfacción o bienestar individual en las diferentes áreas vitales en la medida en que las mismas son afectadas por la salud (Mogos et al, 2013). De esta manera, las mediciones obtenidas acerca de la calidad de vida reflejan el bienestar subjetivo de las participantes al momento de participar del estudio.

En los resultados de ésta investigación se observa que las participantes refieren niveles altos de apoyo social en todas sus variables y que el mismo fue mejorando entre la primera y la última medición, es decir, previo al parto y luego de los tres meses postparto. Por el contrario, la sintomatología depresiva fue disminuyendo entre el primer y tercer momento de medición, aunque

los resultados confirman también que se ve afectada la calidad de vida durante todo el proceso de forma significativa.

Así mismo, quedó evidenciado que el apoyo social tiene conexión con la calidad de vida en todas las etapas evaluadas, así como una relación inversa con respecto a la sintomatología depresiva y física, principalmente durante el primer mes postparto.

De todas maneras, el efecto de los diferentes tipos de apoyo se encuentra en mayor relación con la salud mental que con la física. Se destacó también que el apoyo de tipo instrumental se presenta como un recurso que puede prevenir el riesgo de desarrollar depresión y robustecer la calidad de vida materna.

En su investigación, Nieri (2012) propuso determinar indicadores de bienestar subjetivo y objetivo presentes en las mujeres durante el período postparto.

El estudio fue de tipo descriptivo con metodología de análisis cuantitativo y para su realización se conformó una muestra de treinta puérperas de la maternidad de Ana Goitía de Avellaneda, en la provincia de Buenos Aires, Argentina. Las edades de las participantes se encontraron en el rango de 13 a 39 años y pertenecen a un nivel socioeconómico medio-bajo.

Se utilizó la Escala de Percepción de la Calidad de Vida (WBI), la cual se compone de una escala proximal (ítems referidos al nivel de satisfacción económico, salud, logros de vida, relaciones interpersonales, seguridad personal, seguridad en el futuro y sentimiento de pertenencia a la comunidad) y una distal (ítems sobre lugar de pertenencia, satisfacción económica, calidad del medioambiente y situación social).

De sus resultados se desprende que durante el postparto inmediato las puérperas evalúan su vida general como muy satisfecha, ocurriendo lo mismo con los indicadores de nivel económico, salud, logros propios, relaciones, seguridad, pertenencia y creencias. En la correlación de ítems de la división psicosocial subjetiva, se observa una evaluación positiva y elevada entre la evaluación global de vida y el nivel socioeconómico, y lo mismo sucede en el caso de la seguridad, la salud, los logros personales y relaciones interpersonales.

Por otra parte, no se observó relación significativa entre satisfacción con la vida y pertenencia ni creencias, aunque sí se refleja que mientras más satisfecha se encuentra la mujer respecto a su seguridad personal, mayor es su sentimiento de pertenencia a la comunidad, creencias, satisfacción respecto a logros y seguridad nacional.

El estudio concluye en que las mujeres participantes manifestaron un nivel alto de satisfacción con su vida en términos generales, siendo predominantes aquellos indicadores que se relacionan con el bienestar subjetivo por sobre los que evalúan el bienestar objetivo. Según lo

analizado por Nieri (2012) la percepción positiva y alta de bienestar está relacionada con el nivel socioeconómico al que se pertenece, seguridad, logros, salud y relaciones interpersonales.

Para finalizar, la autora resalta que una alteración en la calidad de vida podría afectar la relación entre la madre y su hijo, concluyendo que debería ser incluida en los Programas de Salud Comunitarios pudiendo así generar herramientas de prevención y atención temprana.

## **Método**

### ***Diseño***

El trabajo presenta un diseño no experimental, transversal y con un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo. Sampieri et al. (2014), refieren que este tipo de alcance busca profundizar en la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población y en un momento determinado. A su vez, los mismo autores (2010) sostienen que los estudios descriptivos suelen ser de utilidad como base para las investigaciones correlacionales, que luego darían lugar a las explicativas y permitirían lograr entendimiento.

### ***Participantes***

La muestra estuvo compuesta por 187 mujeres mayores de 18 años residentes de CABA y Gran Buenos Aires, las cuales se encontraban atravesando el período puerperal al momento de participar del estudio.

Se tomó como referencia temporal el período de puerperio emocional, el cual según lo expuesto por Mora (2009) y Ramírez Matos (2020) puede extenderse desde el momento del nacimiento hasta los dos años del niño, entendiéndolo como el período en el que finalizaría la separación no solo física sino psíquica entre la madre y su hijo.

### ***Instrumentos***

#### ***Encuesta sociodemográfica***

Se recolectaron datos necesarios para segmentar la investigación. Los mismos incluyeron:

- Edad (18 a 25, 25 a 30, 30 a 35, 35 a 40, más de 40).
- Estado civil (Casada, en pareja/concubinato, soltera).
- Zona de residencia (CABA, GBA)
- Tiempo transcurrido desde el parto (0 a 3 meses, 3 a 6 meses, 6 meses a 1 año, y 1 a 2 años)
- Tipo de parto (eutócico, cesárea).

### *Cuestionario de Apoyo Social percibido-MOS (Sherbourne y Stewart, 1991)*

Se utilizó la versión de la escala adaptada y validada al contexto argentino por Rodríguez y Enrique (2007), la cual presenta un índice de confiabilidad de alfa de Crombach de .919 para la totalidad de la escala. Al evaluar por factor, se presentan los siguientes alfas: Apoyo emocional=.876; Apoyo afectivo=.843 y Apoyo instrumental=.802.

El instrumento está compuesto por 20 preguntas, las cuales se encuentran agrupadas con el fin de evaluar el apoyo social estructural, es decir, el tamaño de la red social (ítem 1), y el apoyo social funcional (19 ítems), constituido por tres dimensiones: apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental y apoyo afectivo. Salvo el primer ítem, los restantes son puntuados en una escala tipo likert de 1: “Nunca” a 5: “Siempre”.

El apoyo emocional/informacional refiere a los vínculos en los que se expresa afectividad (ej., ítem 10: “¿Cuenta con alguien que lo abraza?”). Por su parte, la dimensión de apoyo instrumental considera el suministro de amparo material, (ej., ítem 3: “¿Cuenta con alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar?”).

Finalmente, la dimensión de apoyo afectivo releva si la persona cuenta con alguien que le muestre amor y le haga sentirse querido (ej., ítem 6 “¿Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto?”).

### *Escala de Balance Afectivo-EBA (Warr et al., 1983)*

Ésta escala fue utilizada para la evaluación del componente afectivo del Bienestar Subjetivo. Posée confiabilidad en el afecto positivo de ( $\alpha = ,77$ ), y en el afecto negativo ( $\alpha = ,86$ ).

Se trata de un cuestionario autoadministrable, compuesto por 18 ítems: 10 correspondientes a la escala original (Bradburn, 1969) y 8 añadidos en 1983 por Warr et al., los cuales fortalecen la escala original. Su finalidad es evaluar de forma directa la afectividad tanto positiva como negativa.

Para la evaluación del afecto positivo se utilizan preguntas como “¿Te has sentido muy alegre?” y “¿Te has sentido muy feliz?”. De igual manera, para el afecto negativo se presentan preguntas tales como “¿Te has sentido muy infeliz?” y “¿Te has sentido con ganas de llorar?”. Las respuestas son de formato tipo likert con cinco anclajes de respuesta en función del grado de acuerdo de las participantes, en donde seleccionaron un puntaje del 1 al 5, siendo 1: nunca y 5: generalmente o mucho.

Ésta herramienta fue adaptada y validada en el contexto argentino en un estudio realizado por Simkin et al. (2016), por lo que se utilizó ésta versión en la realización del presente estudio.

*Escala de Satisfacción con la Vida-ESV (Diener et al., 1985)*

Se utilizó la escala SWLS para la medición del componente cognitivo del bienestar Subjetivo. La misma consta de un cuestionario autoadministrable con 5 ítems de respuesta tipo likert puntuando del 1 al 7 según el grado de acuerdo del participante, siendo 1: completamente en desacuerdo y 7: completamente de acuerdo.

Éste instrumento evalúa de forma global la percepción que la persona tiene de su vida, considerando por un lado aquellos aspectos actuales que determinan su satisfacción (Ítem 2: “Las condiciones de mi vida son excelentes”) y, por otro, la apreciación en retrospectiva de qué tan satisfecho está con la forma en la que vivió hasta el momento (Ítem 4: “Hasta ahora he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida”).

Para la realización del presente estudio se utilizó la versión realizada por Zubieta et al. (2012), la cual se encuentra adaptada y validada al contexto local. La confiabilidad del instrumento posee un valor alfa de Cronbach de 0,756.

### ***Procedimiento***

La aplicación de los instrumentos de medición fue realizada a través de Google Forms, presentando el consentimiento informado como primer ítem, brindando la posibilidad de aceptar o rechazar la participación.

El cuestionario fue difundido de manera digital utilizando plataformas de redes sociales y mensajería instantánea tales como facebook, instagram, whatsapp y otras similares. Se recurrió a su vez a psicólogas perinatales, parteras y doulas para acompañar la difusión, a las cuales se tuvo acceso por dos vías: en primer lugar a partir de personas cercanas que trabajan en el ámbito de la salud perinatal, y en una segunda instancia por contacto directo a través de redes sociales. Por otra parte, se recurrió a la difusión entre tribus de madres, a quienes se accedió por medio de mujeres conocidas que participan de esos espacios.

Una vez obtenidos los casos necesarios (N=187), los datos se analizaron a partir del software estadístico Jamovi (The jamovi project, 2022), tanto para obtener las estadísticas descriptivas de los datos sociodemográficos, las dimensiones del apoyo social percibido y del bienestar, y los análisis correlacionales entre estas variables de estudio.

### *Utilización de consentimiento informado*

Se utilizó un consentimiento informado y solo se accedió a la realización del formulario mediante la aceptación del mismo, por lo que todas las respuestas recolectadas son de participantes que dieron su consentimiento para participar.

## Resultados

La investigación contó con la participación de 187 mujeres, las cuales se encontraban atravesando el período puerperal al momento de responder la encuesta. El análisis se centró en la correlación de las variables Apoyo Social Percibido y Bienestar Subjetivo en torno al puerperio.

En primera instancia se presentarán las características relevantes en cuanto a la descripción sociodemográfica de la muestra, luego se presentará el análisis descriptivo y finalmente el análisis correlacional de las variables estudiadas.

### *Características de la muestra*

En relación con la edad de las participantes, se observa que la participación fue mayor en el rango etario de 30 a 35 años, representando el 40.1% de la muestra. En segundo lugar, correspondiente al 28.9% de las participantes, se encontraron las mujeres de 35 a 40 años. Luego, las participantes de 25 a 30 años representaron el 21.9% de la muestra.

Las mujeres de 18 a 25 años conformaron el 4.8% del total y, finalmente, las mayores de 40 años correspondieron al 4.3% restante (Tabla 1).

**Tabla 1**

Frecuencias de Edad

Edad	Frecuencias	% del total	% acumulado
18 a 25	9	4.8%	4.8%
25 a 30	41	21.9%	26.7%
30 a 35	75	40.1%	66.8%
35 a 40	54	28.9%	95.7%
Más de 40	8	4.3%	100.0%

En cuanto al tipo de parto, los mismos fueron realizados mayormente por cesárea, representando el 54% de la muestra, y quedando en segundo lugar los partos de tipo eutócico, los cuales representaron el 46% del total de la muestra (Tabla 2).

**Tabla 2**

Frecuencias de Tipo de parto

Tipo de parto	Frecuencias	% del total	% acumulado
Cesárea	101	54%	54%
Eutócico	86	46%	100%

Por otra parte, se indagó sobre el momento del puerperio en el que se encontraban las mujeres al momento de responder la encuesta (Tabla 3).

**Tabla 3**

Frecuencias de Tiempo transcurrido desde el nacimiento de su hijo/a

Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Frecuencias	% del total	% acumulado
0 a 3 meses	30	16%	16%
3 a 6 meses	22	11.8%	27.8%
6 meses a 1 año	43	23%	50.8%
1 a 2 años	92	49.2%	100%

La muestra quedó compuesta por 92 mujeres con niños de entre 1 y 2 años, representando el 49.2% del total de la muestra, y 95 mujeres con bebés de 0 meses a 1 año: 43 de ellas se encontraban dentro del período de 6 meses a 1 año luego del parto, siendo el 23% de las participantes; 30 se encontraban dentro de los primeros tres meses postparto, conformando el 16% de la muestra ; y finalmente 11.8% tenían bebés de 3 a 6 meses, quedando en éste grupo un total de 22 puérperas.

Se estudió además el estado civil de las participantes, siendo una categoría de interés respecto del apoyo percibido (Tabla 4).

**Tabla 4**

Frecuencias de estado civil

Estado civil	Frecuencias	% del total	% acumulado
Casada	60	32.1%	32.1%
En pareja/concubinato	104	55.6%	87.7%
Soltera	23	12.3%	100%

Puede observarse que el 87.1% de las mujeres tenían una relación, refiriendo el 32.1% estar casadas y el 55.6% encontrarse en pareja y/o concubinato. Un porcentaje menor de la muestra, 12.3%, se encontraban solteras al momento de colaborar con el estudio.

### *Análisis descriptivo*

Para llevar adelante el análisis descriptivo se utilizarán los valores de la Media en todos los casos.

Se realiza en primer lugar un análisis de las puntuaciones medias del Bienestar Subjetivo de acuerdo al estado civil de las participantes, evaluando para ello tanto la Satisfacción con la Vida como el Balance Afectivo, estando compuesto éste último por Afectividad positiva y negativa (Tabla 5).

Al observar los resultados obtenidos puede evidenciarse una diferencia de medias entre quienes refieren encontrarse en pareja o casadas y quienes no, siendo ésta diferencia mayor en la variable de Satisfacción con la Vida que en el Balance Afectivo.

**Tabla 5**

Medias de Bienestar Subjetivo de acuerdo al estado civil.

	Estado civil	Ap	An	SV total
N	Casada	60	60	60
	En pareja/concubinato	104	104	104
	Soltera	23	23	23
Media	Casada	28.9	31.1	24
	En pareja/concubinato	28.5	31.3	24.7
	Soltera	27.5	33	19.6
Desviación estándar	Casada	6.29	6.43	6.15
	En pareja/concubinato	7.15	5.82	6.02
	Soltera	6.7	5.46	6.81

Nota: Ap = Afecto positivo; An = afecto negativo; SV = Satisfacción con la vida

De esta forma, las mujeres casadas y en pareja/concubinato muestran una Afectividad positiva similar, ( $M=28.9$ ) y ( $M=28.5$ ) respectivamente, mientras que quienes están solteras se encuentran un punto por debajo en ésta variable ( $M=27.5$ ).

En cuanto a la afectividad negativa, se ubican en primer lugar las mujeres solteras ( $M=33$ ), luego aquellas en pareja/concubinato ( $M=31.3$ ) y finalmente quienes están casadas ( $M=31.1$ ).

Se observa también que quienes están en pareja refieren mayor satisfacción vital ( $M=24.7$ ), seguidas de aquellas mujeres casadas ( $M=27$ ) y quedando a mayor distancia quienes se encuentran solteras ( $M=19.6$ ).

Los resultados obtenidos concuerdan con la literatura consultada, en la que se señala que contar con una pareja se relaciona con una mayor sensación de bienestar para la mujer puérpera (Goodman, 2005; Liamputtong y Naksook, 2003).

Se evaluaron las puntuaciones medias de Apoyo Social Percibido, diferenciándolo en apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental y apoyo afectivo, según el estado civil de las participantes (Tabla 6).

**Tabla 6**

Medias de Apoyo Social Percibido de acuerdo al estado civil.

	Estado civil	Ae	Ai	Aa
N	Casada	60	60	60
	En pareja	104	104	104
	Soltera	23	23	23
Media	Casada	39.6	15.3	21.9
	En pareja	39	15.6	21.3
	Soltera	33.2	12.5	17.4
Desviación estándar	Casada	10.2	4.02	3.79
	En pareja	8.99	3.87	4.25
	Soltera	13.3	5.33	6.57

Nota: Ae= Apoyo Emocional; Ai= Apoyo instrumental; Aa= Apoyo afectivo

En éste caso se evidencia en las puntuaciones medias la existencia de una diferencia entre quienes cuentan con el apoyo de una pareja y quienes se encuentran solteras. De ésta forma, las mujeres casadas y en pareja tienen una percepción de apoyo similar en cada tipo de apoyo social evaluado, mientras que quienes se encuentran solteras obtuvieron entre 3 y 6 puntos por debajo en cada aspecto.

Por otra parte, se consultó por el momento del puerperio que cada participante estaba atravesando y se lo evaluó respecto de los tres tipos de Apoyo Social estudiados (Tabla 7).

**Tabla 7**

Medias de Apoyo Social Percibido de acuerdo con la etapa de puerperio.

	Puerperio	Ae	Ai	Aa
N	0 a 3 meses	30	30	30
	3 a 6 meses	22	22	22
	6 meses a 1 año	43	43	43
	1 año a 2 años	92	92	92
Media	0 a 3 meses	41.5	15.9	22.2
	3 a 6 meses	38.3	15.7	20.7
	6 meses a 1 año	37.5	16	20.7
	1 año a 2 años	38	14.4	20.8
Desviación estándar	0 a 3 meses	9.12	3.84	4.21
	3 a 6 meses	10.7	3.76	4.34
	6 meses a 1 año	9.96	3.9	5.13
	1 año a 2 años	10.4	4.49	4.63

Nota: Ae= Apoyo emocional; Ai= Apoyo instrumental; Aa= Apoyo afectivo.

En los resultados se puede observar que las puntuaciones medias son similares en los cuatro grupos. No obstante, resulta relevante señalar que quienes tenían bebés de 0 a 3 meses son quienes obtuvieron mayor puntuación en Apoyo emocional (M=41.5) y Apoyo afectivo (M=22.2).

En la dimensión Apoyo instrumental las puntuaciones fueron cercanas, aunque quienes se encontraban entre los 6 meses y el primer año de haber tenido a su hijo, obtuvieron mayor puntuación en esta dimensión (M=16).

Por último, se analizaron las puntuaciones medias del Bienestar Subjetivo según el momento del puerperio en el que se encontraba cada participante (Tabla 8).

**Tabla 8**

Medias de Bienestar Subjetivo de acuerdo con la etapa de puerperio.

	Puerperio	Ap	An	SV total
N	0 a 3 meses	30	30	30
	3 a 6 meses	22	22	22
	6 meses a 1 año	43	43	43
	1 año a 2 años	92	92	92
Media	0 a 3 meses	30.2	30	25.9
	3 a 6 meses	28.3	30.9	23.3
	6 meses a 1 año	27.8	32	24.6
	1 año a 2 años	28.3	31.8	23
Mediana	0 a 3 meses	30	30.5	27
	3 a 6 meses	26.5	31	24
	6 meses a 1 año	28	32	26
	1 año a 2 años	27.5	31	23
Desviación estándar	0 a 3 meses	7.82	6.59	6.09
	3 a 6 meses	7.32	5.29	5.95
	6 meses a 1 año	6.21	6.35	6.71
	1 año a 2 años	6.62	5.76	6.25

Nota: Ap= Afecto positivo; An= Afecto negativo; SV= Satisfacción con la vida

Se evidencia que en la muestra, las mujeres con bebés de 0 a 3 meses manifestaron mayor Afecto positivo (M=30.2), así como también se observa que éste grupo obtuvo el menor puntaje en cuanto al Afecto negativo (30).

En cuanto a la Satisfacción con la Vida, es éste conjunto también el que obtiene una puntuación más alta (M=25.9), seguido por madres con niños de 6 meses a 1 año (M=24.6). Finalmente, con puntuaciones cercanas, se encuentran quienes tenían niños de 3 a 6 meses (M=23.3) y de 1 a 2 años (M=23).

### *Análisis de correlaciones*

Para efectuar el presente trabajo de investigación se realizó un análisis correlacional bidireccional según el coeficiente de Pearson, el propósito de ello fue determinar la existencia de correlaciones significativas o muy significativas entre las variables estudiadas (Tabla 9).

Las correlaciones pueden ser directas (positivas) o inversas (negativas), según la relación que se establezca entre ellas.

En cuanto a la Satisfacción con la Vida, se observa que tiene correlación muy significativa con los tres tipos de Apoyo Social: Apoyo emocional ( $r= 0.587$ ;  $p < .001$ ), Apoyo instrumental ( $r= 0.503$ ;  $p < .001$ ) y Apoyo afectivo ( $r= 0.550$ ;  $p < .001$ ). A su vez, la correlación de ésta variable también es significativa respecto del Afecto positivo ( $r= 0.608$ ;  $p < .001$ ).

Con respecto a la correlación entre el Apoyo Social y el Afecto positivo, se comprueba que la misma es significativa en el Apoyo emocional ( $r= 0.554$ ;  $p < .001$ ), en el Apoyo instrumental ( $r= 0.420$ ,  $p < .001$ ) y en el Apoyo afectivo ( $r= 0.505$ ,  $p < .001$ ).

Finalmente, al evaluar el Afecto negativo, se observa que guarda una correlación inversa muy significativa con el Apoyo emocional ( $r= -0.421$ ,  $p < .001$ ), con el Apoyo de tipo instrumental ( $r= -0.281$ ,  $p < .001$ ) y con el Apoyo afectivo ( $r= -0.356$ ,  $p < .001$ ), así como con la Satisfacción Vital ( $r= -0.469$ ,  $p < .001$ ) y con el Afecto positivo ( $r= -0.448$ ,  $p < .001$ ).

**Tabla 9**

## Matriz de Correlaciones

		Ae	Ai	Aa	SV total	Ap	An
Ae	R de Pearson	—					
	gl	—					
	valor p	—					
	N	—					
Ai	R de Pearson	0.653 ** *	—				
	gl	185	—				
	valor p	<.001	—				
	N	187	—				
Aa	R de Pearson	0.787 ** *	0.664 ***	—			
	gl	185	185	—			
	valor p	<.001	<.001	—			
	N	187	187	—			
SV total	R de Pearson	0.587 ** *	0.503 ***	0.550 ***	—		
	gl	185	185	185	—		
	valor p	<.001	<.001	<.001	—		
	N	187	187	187	—		
Ap	R de Pearson	0.554 ** *	0.420 ***	0.505 ***	0.608 ***	—	
	gl	185	185	185	185	—	
	valor p	<.001	<.001	<.001	<.001	—	
	N	187	187	187	187	—	
An	R de Pearson	-0.421 ** *	-0.281 ***	-0.356 ***	-0.469 ***	-0.448 ***	—
	gl	185	185	185	185	185	—
	valor p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—
	N	187	187	187	187	187	—

Nota: Ae= Apoyo emocional; Ai= Apoyo instrumental; Aa= Apoyo Afectivo; SV= Satisfacción con la vida; Ap= Afecto positivo; An= Afecto negativo; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

Partiendo de los objetivos e hipótesis planteados al comienzo de la investigación, se puede afirmar que de los resultados se desprende la existencia de una relación directa entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo, así como también la influencia de ambas variables sobre el puerperio. Esto a su vez implica una correlación inversa entre el apoyo social y el afecto negativo.

Por otra parte, se comprueba mayor percepción de apoyo social durante los primeros meses del puerperio, y una disminución del mismo conforme avanza dicha etapa. Lo mismo sucede con el bienestar subjetivo, donde se evidencia en el tiempo una disminución en la afectividad positiva y la satisfacción con la vida, así como un aumento de afecto negativo.

Se hace notoria además la diferencia entre quienes cuentan con una pareja y quienes estaban solteras, resultando en una mayor percepción de apoyo para el grupo de mujeres casadas y en pareja/concubinato, pudiendo concluir también en que es éste grupo el que experimenta mayor bienestar.

## Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en ésta investigación, se puede observar en primera instancia el rol de la pareja tanto en el bienestar subjetivo de la mujer en período puerperal como en su percepción de apoyo social.

Los datos recolectados indican que las mujeres puérperas que se encontraban casadas, en pareja o concubinato manifestaron niveles levemente mayores de afectividad positiva que quienes estaban solteras; del mismo modo, el primer grupo mencionado refirió niveles más bajos de afecto negativo y quienes no se encontraban en pareja obtuvieron tres puntos más en éste aspecto. En cuanto a la satisfacción vital, se encontraron cinco puntos por debajo quienes se encontraban solteras, resultando en un bienestar subjetivo menor que el grupo opuesto.

Al profundizar sobre el apoyo social percibido también se observaron diferencias relevantes, ya que quienes no manifestaron tener pareja puntuaron entre 3 y 6 puntuaciones medias por debajo de quienes contaban con el apoyo de su pareja, siendo mayor la diferencia en la dimensión del apoyo emocional. Éste resultado es concordante con lo resuelto por Aytac (2020), en donde la presencia de una familia nuclear concuerda con una mayor percepción de apoyo, principalmente al encontrarse la figura de una pareja.

Si bien el estudio realizado por Mendoza (2021) fue centrado en adolescentes, en el mismo también se evidencia una reducción del apoyo social, principalmente en el apoyo emocional, llevando a las participantes a cumplir con su rol sintiéndose solas y carentes de la estructura necesaria para adaptarse de manera adecuada al nuevo rol.

En relación a lo anterior, éstos resultados también coinciden con lo observado por Martiarena (2022) en su investigación, en la que se destaca la baja percepción de apoyo social de las participantes al no contar con redes de contención que las alojaran.

Por otro lado, de lo analizado también se desprende que es mayor la percepción de apoyo durante los primeros meses del puerperio, indicando puntuaciones más altas en las dimensiones de apoyo emocional y apoyo afectivo quienes se encontraban dentro de los primeros tres meses postparto. El apoyo instrumental resultó ser similar en todo el período estudiado, no representando diferencias significativas en las diferentes etapas. En la investigación de Leonard et al. (2020) se llega a la misma conclusión, incluyendo además la variables de estrés y depresión, las cuales mostraron un comportamiento opuesto al del apoyo percibido.

Al analizar el bienestar subjetivo en relación al momento del puerperio en el que se encontraban las participantes, se llega a la conclusión de que ésta variable también es mayor durante los primeros meses, ya que las mujeres con bebés de cero a tres meses son quienes

refirieron mayor afectividad positiva, menor afectividad negativa y mayores niveles de satisfacción con la vida. Éste resultado sería concordante con el estudio realizado por Rebolledo (2011), en el que se observa que el bienestar se encuentra en un nivel medio en los primeros días luego del alumbramiento. A su vez, de los resultados de la investigación llevada a cabo por Nieri (2012) también se desprende una percepción de satisfacción mayor durante el puerperio inmediato.

Del mismo modo, lo expuesto anteriormente es coincidente con lo expuesto por Soto Abarca y Vera Madariaga (2020) dado que tanto en los resultados de su investigación como en los de la presente, se evidencia la importancia del apoyo social respecto del bienestar emocional. A éstos resultados se suma la investigación de Akbari et al. (2020), en donde la percepción de apoyo fue mayor en las mujeres que experimentaban mayor bienestar.

Finalmente, en cuanto a las correlaciones de las variables utilizadas para el presente estudio, se encontró que todas ellas son significativas entre sí, actuando como predictoras unas de otras. Éste resultado coincide tanto con el estudio de Rebolledo (2011) en el que se establece una relación lineal entre el bienestar y el apoyo social percibido, como con lo analizado por Prado (2018), en donde se establece una relación inversa entre la sintomatología depresiva y la percepción de apoyo.

## **Limitaciones**

Se considera que la presente investigación cuenta con limitaciones metodológicas que podrían sesgar los resultados obtenidos.

En primer lugar, no se realizó una discriminación por estrato socioeconómico al que pertenecía cada participante, por lo que no se pudo considerar si el mismo es o no un factor relevante durante el puerperio y en relación a las variables estudiadas. En la misma línea, tampoco se diferenció entre quienes asistieron al sistema de salud público y privado, pudiendo ser otra característica relevante para los propósitos de la investigación.

Por otra parte, el instrumento empleado no permite discriminar entre el apoyo familiar y aquel que brindan los vínculos cercanos, como pueden ser las amistades, por lo que no se pudo estudiar la existencia de una diferencia en éstas categorías.

A su vez, la forma de difusión del cuestionario se considera también un posible sesgo en los resultados obtenidos, ya que al ser realizada por redes sociales excluye a quienes no cuentan con éste medio. En la misma línea, al solicitar apoyo para la difusión a psicólogas perinatales, parteras, doulas y tribus de madres, se tuvo mayor acceso a un sector de la sociedad que de por sí cuenta con éstos tipos de redes de apoyo.

## **Conclusión**

Teniendo en cuenta los resultados presentados y en relación con las hipótesis planteadas al inicio del proyecto de investigación, se puede constatar una relación directa entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en mujeres que se encuentran atravesando el período de puerperio, de modo que el aumento de cada una de éstas variables predice también el aumento de la otra. A su vez, se puede afirmar que el componente de afecto negativo se relaciona de forma indirecta con el apoyo social percibido, por lo que el aumento de una de éstas variables indicaría la disminución de otra.

Por otra parte, se puede afirmar que en la muestra estudiada se encuentra una mayor percepción de apoyo durante los primeros meses postparto, y que el mismo disminuye con el tiempo. Lo mismo sucede al observar el comportamiento del bienestar subjetivo.

Se evidencia también que la percepción de apoyo por parte de una pareja tiene impacto en los niveles de bienestar manifestados por las puérperas participantes.

De todas formas, si bien la muestra obtenida arroja resultados de interés, teniendo en cuenta las limitaciones explicadas anteriormente sería necesario acceder a una representación más homogénea de la sociedad para arribar a conclusiones más certeras, principalmente incluyendo a los sectores más vulnerables.

Para finalizar, se considera que los resultados obtenidos ponen de relieve la importancia de generar redes de apoyo no sólo en el período de puerperio sino también durante el embarazo debido a la vulnerabilidad a la que se encuentran expuestas las mujeres en la etapa perinatal y los cambios que experimentan tanto a nivel físico como también psíquico, social y cultural. Por ello, resulta de suma importancia generar espacios de acompañamiento en donde desde la interdisciplina los diferentes profesionales involucrados podamos brindar herramientas adecuadas tanto a la mujer como a su entorno en pos de su bienestar.

## Referencias

- Aguilar de Mendoza, A. S. (2021). El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. *Revista Entorno*, n° 72, pp. 55-65. <http://hdl.handle.net/11298/1239>
- Akbari, V., Rahmatinejad, P., Shater, M. M., Vahedian, M., & Khalajinia, Z. (2020). Investigation of the relationship of perceived social support and spiritual well-being with postpartum depression. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 174. doi: [10.4103/jehp.jehp\\_56\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_56_20)
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Edición. Ed. Panamericana.
- Assanelli, M. y Defey, D. (1997). *Psicopatología del puerperio. Temas de medicina*. Prensa Médica Latinoamericana.
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. <https://www.psicothema.com/pdf/296.pdf>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Ed. Siglo XXI.
- Barrón, A., Lozano, P. y Chacón, F. (1988). *Autoayuda y Apoyo Social*. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 205-225). Visor.
- Bezares, B., Sanz, O., y Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(1), 169-175. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1137-6627.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.
- Casas, M. (2014). *Red de apoyo de la mujer en gestación y postparto: diferencias culturales*. [Trabajo fin de grado de enfermería. Universidad de la Rioja]. España.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104-123. DOI: [10.1093/oxfordjournals.aje.a112281](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281)
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Editorial Paidós.
- Cohen, S. y Willis, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in etiology of physical diseases. *Health Psychology*, 7, 269-297. DOI: [10.1037//0278-6133.7.3.269](https://doi.org/10.1037//0278-6133.7.3.269)
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

- Cole, D. A., Peeke, L., Dolezal, S., Murray, N. y Canzoniero, A. (1999). A longitudinal study of negative affect and self-perceived competence in young adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 851-862. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.851>
- Corbin, C., Welk, G., Corbin, W., & Welk, K. (2010). *Health, wellness, fitness, and healthy lifestyles: An introduction*. McGraw-Hill Education.
- Cowen, E. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist*, 46, 404-408. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.404>
- Darvill, R., Skirton, H., y Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. DOI: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- Diccionario Etimológico en castellano en línea (2024). Recuperado de: <http://etimologias.dechile.net>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Soc Indic Res.* 31(2), 103-57. DOI:[10.1007/978-90-481-2354-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_3)
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.47.5.1105>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. DOI: 10.1207/s15327752jpa4901\_13
- Diener, E. y Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective wellbeing. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213–229). Russell Sage Foundation.
- Diener E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. DOI:[10.1037/0033-2909.125.2.276](https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276)
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y
- Donatella, R., Snow, C., y Wilcox, A. (1999). *Wellness: Choices for health and fitness*. Wadsworth Publishing Company.
- Emmanuel, E., Creed, D., St John, W., Gamble, J., y Brown, C. (2008). Maternal role development following childbirth among Australian women. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 18-26. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04757.x

- Fahey J. O., Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health*; 58(6), 613–21. <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12139>
- Federici, S. (2012). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Editorial Tinta Limón.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Editorial Paidós.
- Fernández, M. (2023). Entre muros y pañales. Avatares de la psicología perinatal en el ámbito hospitalario. *Revista Perinatal Argentina*, 4, 5-11.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. & Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346, 982-987. DOI: [10.1056/NEJMsa013404](https://doi.org/10.1056/NEJMsa013404)
- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. En M.M Casullo (compilador). *Prácticas en Psicología Positiva*.
- García-Viniegras, C., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16 (6), 586-592. [https://www.researchgate.net/publication/242241780\\_La\\_categoria\\_bienestar\\_psicologico\\_Su\\_relacion\\_con\\_otras\\_categorias\\_sociales](https://www.researchgate.net/publication/242241780_La_categoria_bienestar_psicologico_Su_relacion_con_otras_categorias_sociales)
- Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. (2017). Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 45(8):3-4. doi: 10.1016/j.rcp.2017.09.002
- Gentes, G. B. (2020). Aportes del psicoanálisis y estudios de género a los trastornos depresivos perinatales. *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología de Córdoba*, 9, 92-107. [www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp](http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp)
- Gerbuza, G. (2014). Life Satisfaction and Social Support Received. *Adv Clin Exp Med.*; 23. 611–9.
- Gómez Vilches, A., Celesia, M. C. y Fernández C. L. (2000). Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo: sus implicancias anestesiológicas. *Revista Argentina de Anestesiología*, 58(6), 339-344. [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/188/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/188/c.pdf)
- Goodman, J. (2005). Becoming an involved father of an infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(2), 190-200. doi: 10.1177/0884217505274581
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Sage Publications.
- Gottlieb, B. H., y Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2009.10.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001)

- Haas, J. S., Jackson, R. A., Fuentes-Addlick, E., Stewart, A. L., Dean, M. L., Brawarsky, P., y Escobar, G. J. (2004). Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 45-51. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2004.40097.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40097.x)
- Hancioglu Aytac, S. (2020). The Effect of Social Support on Pregnancy and Postpartum Depression. *International Journal of Caring Sciences*, 13, 746-758.
- Harmon, D., y Perry, A. (2011). Fathers' unaccounted contributions: Paternal involvement and maternal stress. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92(3), 176-182. doi: 10.1606/1044-3894.4101
- Heller, K. y Swindle, R.W. (1983). Social Networks, Perceived Social Support, and Coping with Stress. En R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Moritsugu y S.S. Farber (1983) *Preventive Psychology: Theory, research and practice* (pp. 87-103). Pergamon Press.
- Hobfoll, S. y Stokes, J. (1988). The process and mechanics of social support. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 497-517). John Wiley & Sons.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support* (p.83-108). Addison-Wesley.
- Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Anzos.
- Lazarus y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martinez Roca.
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x
- Leonard, K. S., Evans, M. B., Kierulff, K. H., & Downs, D. S. (2020). Postpartum perceived stress explains the association between perceived social support and depressive symptoms. *Women's Health Issues*, 30(4), 231-239. doi: 10.1016/j.whi.2020.05.001
- Liamputtong, P., & Naksook, C. (2003). Perceptions and experiences of motherhood, health and the husband's role among Thai women in Australia. *Midwifery*, 19, 27-36. doi: 10.1054/midw.2002.0333
- Licea, A. (2012). *La percepción del apoyo social en personas que padecen esquizofrenia y sus familiares* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/184274>
- Lin, N. & Ensel, W.M. (1989). Life Stress and Health: Stressors and Resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399. <https://doi.org/10.2307/2095612>
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (Eds.) (1986). *Social support, life events and depression*. Academic Press.
- Loiacono, R. S. (2023). *Salud Mental Perinatal: Abordajes desde la perspectiva de géneros y el enfoque de Derechos Humanos*. Akadia.

- López-Gómez, I., Hervás, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23(3), 529-548. Recuperado de <https://is.gd/xusnn1>
- Lucas, R. E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discrimination validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(6), 1007-1022. DOI: 10.1037//0022-3514.71.3.616
- Martiarena, M. (2022). *Relatos del puerperio: experiencias de mujeres en su encuentro con la maternidad*. [Tesis de maestría, Universidad de la República de Uruguay]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/37337>
- Martín, J., Sanchez, J. y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21, 29-37.
- Martínez Bautista, I. A. (2020). *Apoyo social percibido y ansiedad en mujeres mexicanas embarazadas*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000802766/3/0802766.pdf>
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., Declercq E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*; 36 (6): 542-549. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reproducción Humana*, 27(3).
- Mendoza C y Saldivia S. (2015) Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7):887-94. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Ministerio de Salud-Gobierno de Chile (2014). Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto, y apoyo al tratamiento. Santiago, Chile.
- Mikulic, I. M., Crespi, M., Caballero, R. Y. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): Estudio de las propiedades psicométricas en adultos de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones Vol. XXVI*, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA.
- Mogos, M. F. et al (2013). Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Applied Research in Quality of Life*, 8(2), 219–250. DOI: 10.1007/s11482-012-9188-4
- Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas, médicos*. [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgil]. <http://hdl.handle.net/10803/8421>
- Moore, R. (2016). Perinatal Psychiatry, birth trauma and perinatal PTSD. *Psychology Today*.
- Mora, S. (2009). El cuerpo investigador, el cuerpo investigado. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Revista Colombiana de Antropología*, 1(45), 11-37.

- Moyano, N. C., Martínez Tais, M., Pilar Muñoz, M. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de Satisfacción con la Vida de Diener. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 161-168. Fundación Aiglé. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?>
- Muñoz Umaña, C. (2007). Perspectiva psicológica del bienestar subjetivo. *Psicogente*, 10(18), 163-173. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552352006.pdf>
- Nieri, L. (2012). Análisis de la calidad de vida en madres puérperas. *Hologramática*. Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ. Año VII, 15(1), 3-22. [www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica](http://www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica) ISSN 1668-5024
- Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 1, 87-91. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645326>
- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Grupo Zeta.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Un nuevo estudio revela los riesgos a los que se expone separar a los recién nacidos de sus madres durante la pandemia por COVID-19.
- Oviedo-Lugo G., Jordán-Mondragón V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*, 47(2), 131-140. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., y Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20. DOI: 10.1207/s15327752jpa5701\_17
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. DOI:10.1037/1040-3590.5.2.164
- Prado Macchiavello, C. A. (2018). *El alcance del Apoyo Social previo al parto: Su efecto en la salud y Calidad de Vida postparto*. [Tesis de grado Magíster en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile]. <https://doi.org/10.7764/tesisUC/PSI/22306>
- Ramirez Matos, E. (2019). Puerperio emocional. *Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal*. España. <https://saludmentalperinatal.es/2019/08/19/puerperio-emocional/>
- Ramirez Matos, E. (2020). *Psicología del posparto*. Editorial Síntesis.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2009). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: A qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. doi: 10.1016/j.midw.2009.06.005
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., Epiney, M. (2013). Relation Between Perceived Stress, Social Support, and Coping Strategies and Maternal Well-Being: A Review of the Literature. *Women Heal*, 53(1), 74-99. DOI: 10.1080/03630242.2012.732681

- Rebolledo, D. A. (2021). *Factores psicosociales asociados al estado completo de salud mental de la mujer durante el puerperio*. [Tesis para optar al grado académico de Doctora en Salud Mental, Universidad de Concepción]. <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/5537>
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: Evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(70), 1-15. doi:10.1186/1471-2393-13-70.
- Reid, K. M., y Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research*, 54, 246-262. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2015.08.009
- Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. doi: 10.7759/cureus.30898
- Rodríguez Espínola, S., y Enrique, H. C. (2007) Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate*, 7, 155-168. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.433>
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudamonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. DOI:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Sandin, B., Chorot, P. Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72711104.pdf>
- Schueller, S. (2009). Promoting wellness: Integrating community and positive psychology. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 922-937. doi: 10.1002/jcop.20334
- Seligman, M. P. (2003). *La Auténtica Felicidad*. 1º Edición. Vergara.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L.(1991). The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 32, 705-14.
- Shumaker, S. y Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Simkin, H., Olivera, M., y Azzollini, S. (2016). Validación Argentina de la Escala de Balance Afectivo. *Revista de Psicología*, 25(2), 1-17. DOI:10.5354/0719-0581.2016.44774
- Soto Abarca, D. E. y Vera Madariaga, P. F. (2020). *Indicadores de salud mental en mujeres primigestas: el rol del apoyo social percibido y regulación emocional*. [Tesis de grado, Universidad de Talca]. <http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/13119/3/2020A000965.pdf>

- The jamovi project (2022). jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 23, 145-159. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7108180/>
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416–423. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.416>
- Urdaneta, M. J, Rivera, S. A. et al (2011). Factores de riesgo de la depresión postparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 76(2), 102-112. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>
- Veenhoven, R. (2015). Social conditions for human happiness: A review of research. *International Journal of Psychology*, 50(5), 379-391. doi:10.1002/ijop.12161
- Warr, P. B., Barter, J., & Brownbridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(3), 644-651. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.3.644>
- Watanabe, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29115113.pdf>
- Willis, T. A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*, 61–82. Academic Press.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.151>
- Zeng, X., Li, W., Sun, H., Luo, X., Garg, S., Liu, T., Zhang, J., & Zhang, Y. (2020). Mental Health Outcomes in Perinatal Women During the Remission Phase of COVID-19 in China. *Front. Psychiatry* 11,571876. doi: 10.3389/fpsy.2020.571876
- Zubieta, E.M. y Delfino, G.I. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf>

## Anexo

### Instrumentos utilizados

#### *Consentimiento informado*

##### **Consentimiento informado**

Mi participación en ésta investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se encuentran a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dar por concluída mi colaboración cerrando el formulario sin finalizarlo.

Mis respuestas serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad. Los resultados son anónimos y no serán ligados a mi información personal.

Los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología de la UFLO y podrán ser expuestos en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la persona que se encuentra a cargo al siguiente correo: [eimi.martinez@uflouniversidad.edu.ar](mailto:eimi.martinez@uflouniversidad.edu.ar)

**Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.** \*

Acepto participar

#### *Cuestionario sociodemográfico*

- Edad: 18 a 25 / 25 a 30 / 30 a 35 / 35 a 40 / Más de 40
- Estado civil: Soltera / En pareja o concubinato / Casada
- Zona de residencia: CABA / Gran Buenos Aires
- Tipo de parto: Vaginal / Cesárea
- Tiempo transcurrido desde el nacimiento de tu hijo: 0 a 3 meses / 3 a 6 meses / 6 meses a 1 año / 1 año a 2 años

### Cuestionario de Apoyo Social Percibido

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (*Marque con un círculo uno de los números de cada fila*)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

## *Escala de Balance Afectivo*

### *Ítems de la Escala de Balance Afectivo adaptada al contexto argentino*

	Poco o nunca	Escasas veces	A veces	Bastantes veces	Generalmente o mucho
1. ¿Te has sentido molesto/a por alguien?	1	2	3	4	5
2. ¿Te has sentido muy solo o distante de la gente?	1	2	3	4	5
3. ¿Has sentido que las cosas iban como vos querías?	1	2	3	4	5
4. ¿Te has sentido muy preocupado/a?	1	2	3	4	5
5. ¿Te has sentido contento/a por tener buenos amigos o amigas?	1	2	3	4	5
6. ¿Has tenido miedo de lo que pudiera suceder?	1	2	3	4	5
7. ¿Te has sentido particularmente interesado/a o estimulado/a por algo?	1	2	3	4	5
8. ¿Te has sentido muy infeliz?	1	2	3	4	5
9. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	1	2	3	4	5
10. ¿Te has sentido muy cansado/a?	1	2	3	4	5
11. ¿Te has sentido tan inquieto/a que no podrías permanecer en una silla?	1	2	3	4	5
12. ¿Has sentido que estabas divirtiéndote mucho?	1	2	3	4	5
13. ¿Te has sentido muy alegre?	1	2	3	4	5
14. ¿Te has sentido con ganas de llorar?	1	2	3	4	5
15. ¿Te has sentido muy eufórico/a (muy alegre o dichoso/a)?	1	2	3	4	5
16. ¿Te has sentido seguro/a respecto al futuro?	1	2	3	4	5
17. ¿Te has sentido aburrido/a?	1	2	3	4	5
18. ¿Te has sentido contento/a o satisfecho por haber logrado algo?		2	3	4	5

## Escala de satisfacción con la vida

A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ligeramente en desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 De acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de las formas de mi vida se acerca a mi ideal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>