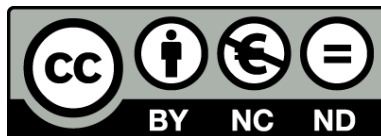




UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Percepción Materna y Bienestar en el Postparto

Sonia Inés Realpe Durán



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.

This doctoral thesis is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

TESIS DOCTORAL

PERCEPCIÓN MATERNA Y BIENESTAR EN EL POSTPARTO

Doctoranda: Sonia Inés Realpe Durán

Directora: Dra. Adriana Aubert Simon

Directora: Dra. Elena Duque Sánchez

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SOCIOLOGIA

FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA

BARCELONA, 2024

Agradecimientos

A todas las *madres* que con sus voces y su tiempo permitieron el desarrollo de este trabajo de investigación.

A cada uno de los centros en España, Colombia y México que ayudó con la difusión de los instrumentos para la obtención de datos.

A mis directoras de tesis, Dra. Adriana Aubert y Dra. Elena Duque por su asesoramiento y acompañamiento.

A Inés, Cami, Dani y Aram; Ricardo, Sandra y Antonio, por ESTAR del lado de mi camino.

A Ignacia, por la disponibilidad, el tiempo y la instrucción.

A Elena

Que hace mi vida brillar

y a Aram

que la llena de melodía

Porque yo soy la que sondeo los riñones y corazones de mis hijos, la que corto sus uñas y limpio sus nalgas. La palabra «madre» viene del latín *mater*, la raíz de materia, de todo lo que tiene existencia física. Pero ni siquiera esa contundencia etimológica es capaz de recoger toda la prolijidad de la experiencia.

Mar García Puig

La historia de los vertebrados

Es verdad eso que dicen, que un bebé te da una razón para vivir. Pero también un bebé es una razón por la que no tienes permitido morirte. Hay días en que esto no se siente bien.

Rivka Galchen

Pequeñas Labores

Tabla de contenido

Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo 1. Marco Teórico.....	7
1.1. ¿Qué es el Postparto?	7
1.2. ¿Qué es el Bienestar en el Postparto?.....	8
1.2.1. Rol de las Instituciones Médicas en el Bienestar en el Postparto	9
1.2.2. El Parto como Condición de Bienestar Postparto.....	18
1.2.3. Padecimientos Físicos y Emocionales en el Postparto.....	20
1.2.4. Percepciones y Bienestar en el Postparto	25
Capítulo 2. Diseño Metodológico.....	30
2.1. Referencias	32
2.2. Enfoque Cualitativo	33
2.3. Enfoque Cuantitativo	35
2.4. Datos.....	38
Capítulo 3. Resultados y Análisis Cualitativo	46
3.1. Trabajo de Campo.....	47
3.1.1. Entrevistas a Madres.....	48
3.1.3. Entrevistas a Especialistas de la Salud.....	60
3.1.4. Diagnóstico	62
3.2. Análisis de Percepciones.....	64

Capítulo 4. Resultados y Análisis Cuantitativo	71
4.1. Entendimiento de la Temporalidad del Periodo Postparto	71
4.2. Diagnóstico del Bienestar de la Situación Materna	74
4.2.1. Variables Sociodemográficas	74
4.2.2. Existencia y Condiciones de Padecimientos Físicos y Emocionales ..	80
4.3. Bienestar y Percepción Materna	90
4.3.1. Percepción Sobre la Aparición de Padecimientos Físicos y Emocionales	95
4.3.2. Percepción Sobre la Postergación del Tratamiento de Padecimientos Físicos y/o Emocionales	98
4.3.3. Percepción Sobre la Oferta Sanitaria	100
4.4. Factores que Inciden en el Bienestar Físico y/o Emocional Postparto ...	109
4.4.1. Factores que Incide en el Bienestar Físico Postparto	110
4.4.2. Factores que Inciden en el Bienestar Emocional Postparto	112
Capítulo 5. Hacia el Bienestar Postparto	125
5.1. Aprendizaje Dialógico	125
5.1.1. Diálogo igualitario	127
5.1.2. Inteligencia Cultural	128
5.1.3. Transformación	129
5.1.4. Dimensión Instrumental	130
5.1.5. Creación de Sentido	131
5.1.6. Solidaridad	135

5.1.7. Igualdad de diferencias.....	136
5.2. Evaluación del Bienestar	137
5.3. Empatía Científica	140
Capítulo 6. Discusión Final.....	142
6.1. Conclusiones.....	142
6.2. Limitaciones y Recomendaciones	146
Bibliografía	149
Anexos	159

Tabla de Contenido de Anexos

Anexo A. Dispersión y Características de Artículos Científicos	159
Anexo B. Infografía – Folleto de Divulgación de Proyecto de Investigación Lys	164
Anexo C. Encuesta	165
Anexo D. Folleto de Divulgación de Proyecto de Investigación Lys.....	172
Anexo E. Análisis Cualitativo – Entrevistas: Permanencia de Padecimientos Físicos y Emocionales.....	173
Anexo F. Matriz de Correlación para Tipología de partos y Padecimientos Físicos y Emocionales.....	173
Anexo G. Análisis Cualitativo – Correlación Tipo de Parto y Existencia de Padecimientos Físicos.....	174
Anexo H. Análisis Cualitativo – Correlación Tipo de Parto y Existencia de Padecimientos Emocionales.....	175
Anexo I. Análisis Cualitativo – Entrevistas: Conocimiento y Normalización de Padecimientos	176
Anexo J. Diagrama de Relaciones - Percepciones.....	177
Anexo K. Conjunto de Relaciones por Padecimientos Tipo	178
Anexo L. Padecimientos Físicos: Tasa de Bienestar vs Efecto Normalizador.....	179
Anexo M. Padecimientos Emocionales: Tasa de Bienestar vs Efecto Normalizador	180
Anexo N. Tasa de Bienestar vs Evaluación de Padecimientos Físicos	181
Anexo O. Tasa de Bienestar vs Evaluación de Padecimientos Emocionales.....	182
Anexo P. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Aparición de Padecimientos Físicos.....	183
Anexo Q. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Aparición Padecimientos Emocionales.....	183

Anexo R. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Postergación de Padecimientos Físicos.....	184
Anexo S. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Postergación de Padecimientos Emocionales	184
Anexo T. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas con la Evaluación de la Gestión de Tratamientos Médicos de Padecimientos Físicos.....	185
Anexo U. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas con la Evaluación de la Gestión de Tratamientos Médicos de Padecimientos Emocionales	185
Anexo V. ANOVA: Evaluación del Bienestar Emocional vs Indiferencia Médica	186
Anexo W. ANOVA: Evaluación del Bienestar Físico vs Indiferencia Médica	187
Anexo X. Fichas Resumen	188
Anexo Y. Modelo Factorial para Análisis de Bienestar de Padecimientos Físicos	197
Anexo Z. Modelo Factorial para Análisis de Bienestar de Padecimientos Emocionales	201

Tabla de Contenido de Tablas

Tabla 1. Cuestionarios de Medición del Bienestar en el Postparto.....	15
Tabla 2. Variables del Modelo de Análisis Factorial.....	42
Tabla 3. Presencia / Ausencia de Padecimientos Físicos y Emocionales en el Postparto	48
Tabla 4. Presencia de Padecimientos Físicos y Emocionales Según Tipo de Parto para los Primeros 3 Años Postparto.....	51
Tabla 5. Tasas (%) de Incidencia en Padecimientos Físicos y Emocionales Según Tipo de Parto.....	51
Tabla 6. Conducta Normalizadora de Padecimientos Físicos y Emocionales.....	59
Tabla 7. Categorización de la Frecuencia de Atención de Padecimientos Físicos y/o Emocionales.....	60
Tabla 8. Impacto de Causalidad de Conexiones.....	67
Tabla 9. Impacto de la Percepción Ante la Aparición de Padecimientos y Postergación de sus Tratamientos	69
Tabla 10. Distribución Poblacional – Encuesta de Opinión Proyecto Lys	71
Tabla 11. Categorización Periodo Postparto – Distribución Poblacional Parental	72
Tabla 12. Distribución Poblacional no Parental.....	72
Tabla 13. Valores Medios para Variables Sociodemográficas.....	75
Tabla 14. Tipología e Indicadores de Padecimientos Físicos y Emocionales	80
Tabla 15. Padecimientos Físicos por Madres.....	85
Tabla 16. Padecimientos Emocionales por Madres	86
Tabla 17. Evaluación de las Madres Sobre el Bienestar Postparto	89
Tabla 18. Parámetros de Efecto Normalizador.....	91
Tabla 19. Conducta y Efecto Normalizador según Ranking.....	93
Tabla 20. Percepción Sobre Aparición de Padecimientos Físicos y Emocionales.....	95

Tabla 21. Percepción Sobre Postergación de Padecimientos Físicos y Emocionales.....	98
Tabla 22. Percepción Sobre Gestión de Tratamientos que Hacen Instituciones Médicas.....	101
Tabla 23. Percepción sobre Eficacia de Gestión Médica	103
Tabla 24. Porcentaje de Atención Médica Recibida en el Postparto	105
Tabla 25. Comparación de Factores Físicos y Emocionales para Modelos de Bienestar	115
Tabla 26. Factores Físicos y Emocionales	123
Tabla 27. Propuesta de Perspectivas de Medición del Bienestar Postparto	138

Tabla de Contenido de Figuras

Figura 1. Muertes Maternas en el Posparto en EEUU.....	10
Figura 2. Sistematización del Rol de las Instituciones Médicas en la Salud Postparto	13
Figura 3. Enfoque Procesal Proyecto Lys	31
Figura 4. Distribución Porcentual de Uso de Artículos según Cuartiles	33
Figura 5. Sistema de Correspondencias del Bienestar en el Postparto	46
Figura 6. Tipología de Partos	77
Figura 7. Cambios en Situación Laboral	78
Figura 8. Temporalidad de Tratamientos Físicos y Emocionales Postparto por Madres.....	84
Figura 9. Efecto del No Tratamiento.....	87
Figura 10. Tasas de Información, Tratamiento y Recuperación para Grupos de Padecimientos	88
Figura 11. Tasas de Bienestar por Grupo de Padecimientos	89
Figura 12. Distribución Parámetros Efecto Normalizador.....	91
Figura 13. Nivel de Atención Médico en el Postparto	107
Figura 14. Percepciones Significativas por Escenario	108
Figura 15. Determinación de Factores (vía screeplot) para modelos Físico y Emocional.....	114
Figura 16. Cantidad de Padecimientos Físicos y Emocionales según Efecto de Normalización Físico y Emocional.....	132

Resumen

Esta investigación reconoce el bienestar en el postparto como una condición de 1) los padecimientos físicos y emocionales desarrollados después del parto, 2) las percepciones de las madres que influyen en la manera como atienden tales padecimientos, 3) “el entendimiento del bienestar que tienen las madres”, con el que normalizan tener (o no) padecimientos y vivir procesos de maternidad más acompañados o solitarios, y 4) variables sociodemográficas que afectan la calidad de vida de las madres.

Así, se desarrolló un estudio de bienestar en el postparto en España, México y Colombia (principalmente) a través de un análisis mixto y transversal centrado en la exploración de la temporalidad del periodo postparto, el rol de las instituciones médicas, el rol del parto, el impacto de la corresponsabilidad, el soporte social, el efecto de la maternidad, entre otros.

A partir de los resultados, se usó metodología comunicativa, aprendizaje dialógico y métricas de desempeño para crear una propuesta basada en evidencia científica y trabajo medible, con el objetivo de brindar información a las madres y a la sociedad sobre el significado del bienestar en la maternidad y sobre cómo desarrollar vías para promover el derecho de las mujeres a tener bienestar físico y emocional en el postparto.

Palabras clave: Bienestar en el postparto, percepciones, padecimientos físicos y emocionales, corresponsabilidad, soporte social, instituciones médicas, normalización, aprendizaje dialógico.

Abstract

This research recognizes wellbeing in the postpartum as a condition of 1) the physical and emotional ailments developed after childbirth, 2) mothers' perceptions that influence how they care for their such ailments, 3) “the meaning of wellness that mothers have” with which they normalize having (or not) ailments and living more accompanied or lonely motherhood processes, and 4) sociodemographic variables that affect the mother’s quality of life.

Thus, a study of wellbeing in the postpartum period in Spain, Mexico, and Colombia (mainly) was developed through a mixed and cross-sectional analysis, focused on exploring the temporality of postpartum period, the role of medical institutions, the role of childbirth, co-responsibility impact, social support, motherhood effect, among others.

Based on results obtained, communicative methodology, dialogic learning and performance metrics were used to create a proposal based on scientific evidence and measurable work, with the aim to providing information to mothers and society on what wellbeing in maternity means and how to develop ways to promote the right of women to wellbeing in the postpartum period.

Key words: wellbeing in the postpartum period, perceptions, physical and emotional ailments, co-responsibility, social support, medical institutions, normalization, dialogic learning.

Introducción

Aunque la lucha de las mujeres por la defensa igualitaria de sus derechos comenzó hace siglos, la convención de Seneca Falls (1848) marcó un hito para el movimiento pues a pesar de la rigidez estructural de roles de género del siglo XIX en que estaban inmersas, se atrevieron a reclamar públicamente sus demandas civiles, sociales y religiosas, orientando así el camino de muchas difíciles luchas que no han parado de avanzar.

Una de esas luchas está relacionada con los derechos vinculados a la maternidad. Hace apenas 33 años se instauró la iniciativa *maternidad segura* en búsqueda de la reducción global de la mortalidad y la morbilidad materna, como resultado, aunque desde 1990 a 2015 decreció la tasa global de mortalidad materna (MMR) en 43%, sigue siendo inaceptablemente alta sobre todo al analizar que la mayoría de las muertes podrían haberse evitado.

Carecer de programas médicos y sociales para la prevención y tratamiento de padecimientos y problemas probables de la gestación, el parto y/o el postparto ha convertido el *bienestar en la maternidad en un privilegio*. Así, este trabajo de investigación doctoral se centró en el **análisis del bienestar físico y emocional en el postparto** para entender cómo es la situación del bienestar postparto que viven las madres y qué podemos hacer para mejorarla.

Para hacerlo se desarrolló una investigación transversal de carácter mixto. En la parte cualitativa se realizaron 25 entrevistas a madres en periodos postparto entre 1 y 3 años donde se indagó sobre sus situaciones físicas y emocionales postparto, el conocimiento que tenían de 7 padecimientos físicos y 3 emocionales y el nivel de normalización que les otorgaban, es decir, si sentían que era normal que se presentaran en el postparto.

En el ámbito cuantitativo, se realizaron 276 encuestas online a madres en periodos postparto entre 1 y 12 años para averiguar sobre variables sociodemográficas, las situaciones de existencia, tratamiento y recuperación de 15 padecimientos físicos y 4 emocionales durante

los 3 primeros años después del parto y la percepción sobre variables tales como el efecto de la maternidad, presión social, conciliación, atención médica, entre otras, para dos escenarios, cuando aparecían padecimientos y cuando se postergaban sus tratamientos.

Así, la presentación de los hallazgos encontrados en la investigación se dividió en siete capítulos. En el capítulo 1 se desarrolló el marco teórico para analizar dos cuestiones, 1) la temporalidad del periodo postparto y 2) el bienestar en el postparto sujeto al rol de las instituciones médicas, de las condiciones del parto, de la incidencia de padecimientos físicos y emocionales y de las percepciones de las madres.

En este capítulo se explicó la importancia del rol de las instituciones médicas en la prevención de las muertes maternas y de la aparición de padecimientos físicos y/o emocionales durante el primer año después del parto, presentando adicionalmente un compendio de herramientas actualmente usadas para medir la salud física y emocional postparto, a modo de exponer sus limitaciones.

En el capítulo 2 se expuso la estructura metodológica indicando los objetivos, las hipótesis, la estrategia de selección de artículos, cómo se desarrollaron las fases cualitativa y cuantitativa y el método de tratamiento de datos utilizado para ambos casos. En general se hizo análisis de relaciones, análisis estadístico y análisis multivariado que incluyó pruebas ANOVA y análisis factorial para los escenarios de bienestar físico y emocional independientemente.

En el capítulo 3 se presentaron resultados del análisis cualitativo desarrollado a través de un trabajo de campo mediante entrevistas a madres y a operadores de la salud y una exploración de las percepciones de las madres realizada a través de un análisis de relaciones que mostró que el diseño de políticas de salud pública en pro del bienestar postparto debería orientarse a *elementos claves y causas principales* relacionadas al *contexto temporal postparto*.

En este capítulo también se presentaron seis testimonios sobre padecimientos físicos y emocionales con el fin de corroborar que el bienestar físico y emocional en el postparto para algunas madres parece un privilegio por demás distante.

En el capítulo 4 se expusieron los resultados del análisis cuantitativo a través de cuatro apartados, en el primero se realizó un análisis de la temporalidad del postparto, obteniendo un diagnóstico que mostró que socialmente, incluso si se es madre o padre, *es decir si se tiene experiencia*, el conocimiento que se tiene sobre la temporalidad del postparto y su bienestar es equívoco (no proviene de argumentos científicos).

En segunda instancia, se presentó un diagnóstico del bienestar de la situación materna en el que se analizó el impacto de las variables sociodemográficas, haciendo especial énfasis en la tipología de partos y la incidencia de los 15 padecimientos físicos y 4 emocionales seleccionados y sus tasas de información, tratamiento y recuperación para los primeros 3 años después del parto.

Al respecto se identificó la temporalidad de tratamientos físicos y emocionales postparto por madres (de media, largos) y también algo muy interesante, que llamamos, *el efecto de no tratamiento*, padecimientos físicos y/o emocionales (algunos muy complejos), que por alguna razón (no conocida en esta investigación), en algunas madres, no requerían de tratamiento para que se produjera una recuperación.

En el tercer y cuarto apartado se presentó la parte estructural de esta investigación, la relacionada con la percepción de las madres y su contexto. Se analizó la percepción de las madres respecto a 7 variables frente a dos escenarios, 1) cuando aparecen padecimientos físicos y/o emocionales y 2) cuando postergan los tratamientos de los padecimientos. Y, por otro lado, la percepción sobre la atención médica recibida.

Exploramos el efecto de normalización y la evaluación del bienestar que tuvieron las madres y logramos identificar cuáles factores incidieron (y en qué orden) en los modelos de

bienestar físico y emocional. Tal evaluación amplificada de las percepciones nos permitió validar una hipótesis y rechazar otra, y tener claridad sobre los factores físicos y emocionales sobre los que se podrían desarrollar acciones educativas de bienestar postparto.

Para ello, el capítulo 5, titulado *Hacia el Bienestar Postparto*, integró tres partes, en la primera se desarrolló el proceso de aprendizaje dialógico referente a nuestra problemática, así en cada uno de los principios se indicó la actividad potencial a emprender, subsecuentemente se propuso un marco de medición del bienestar basado en un marco de conocimiento físico y emocional postparto (no sólo de salud) y por último una invitación a crear este movimiento.

A partir de los resultados de este capítulo, pero también de los de los capítulos previos se definió la necesidad de entender que el periodo *postparto no puede seguir* refiriéndose únicamente a periodos de 40 días, 3, 6 meses, ya que depende de las necesidades de las madres y que el bienestar en el postparto es un concepto al que necesitamos **asignarle sentido**, porque *socialmente* carece de claridad y empatía.

En el capítulo 6 se discutieron las conclusiones y se presentaron las limitaciones y recomendaciones para esta investigación y para otras futuras relacionadas con la temática, clarificando que esta tesis doctoral es una investigación desarrollada con el ánimo de profundizar sobre un tema aún hoy invisibilizado y de brindar argumentos teóricos y empíricos para resaltar la imperante necesidad de seguir investigando sobre el bienestar en el postparto.

Y un llamado a comprender que necesitamos crear acciones educativas y políticas de salud pública que brinden a las madres el derecho a vivir periodos postparto con calidad física, emocional y social, donde tengan la capacidad y los medios para informarse, entender y lidiar con las condiciones de la maternidad independientemente de su clase, procedencia, credo, porque gozar de bienestar en el postparto no debería ser un privilegio para ninguna mujer.

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1. ¿Qué es el Postparto?

Cuando hablamos de postparto habitualmente nos referimos al puerperio o cuarentena (40 días), periodo en el que médica y socialmente se entiende que el organismo materno empieza a volver a la *normalidad*, una etapa en la que la mujer se enfrenta a cambios físicos y emocionales que definirán su bienestar de corto, mediano y largo plazo.

Dependerá de las políticas públicas y privadas de salud de las instituciones médicas de cada país, pero en general lo que muestra la literatura académica es que el tratamiento físico en el *puerperio* está orientado a dar seguimiento a dolores y/o molestias vinculadas a las condiciones del parto, vía vaginal o abdominal y a la lactancia, y a nivel emocional, a la detección de cuadros de baby blues y depresión.

Sin embargo, esa connotación temporal ha empezado a catalogarse como una *fantasía*. Se ha mostrado por ejemplo que independientemente del comportamiento de cada cuerpo, la mayoría de las *nuevas madres* necesitan en promedio (*por lo menos*) 12 meses para recuperarse tanto física como mentalmente y, sin embargo, frecuentemente carecen de medios y vías (Wray, 2011) para tener atención médica posterior al puerperio.

Es un periodo para adaptarse al infante y a los cambios de vida que implica la maternidad en relación con aspectos identitarios, familiares, sociales, laborales, financieros, etc. (Schytt et al., 2009) y que sólo termina cuando la madre alcanza un nivel de bienestar físico, emocional y/o social al menos tan bueno como el anterior al parto (Shaw et al., 2006).

Por tanto, en términos de protocolos de salud para poder cubrir los cambios físicos, emocionales y sociales vinculados a la maternidad, producto o no del parto, que pueden afectar el bienestar de las madres, el periodo postparto debería obedecer a al menos 1 año pero

dependerá del proceso particular de cada madre, su contexto y red de soporte (Chang et al., 2014).

Así, el postparto debería entenderse como un periodo en el que las madres *requieren* asistencia física, emocional y social relativa a sus necesidades, de *al menos 1 año* (Wray, 2011), donde tanto ellas como las instituciones que las atienden y la sociedad que las acompaña deben poner atención en el control y evolución integral de su calidad de vida (De Sousa Machado et al., 2020).

1.2. ¿Qué es el Bienestar en el Postparto?

Para esta investigación el bienestar está enmarcado dentro de los lineamientos del bienestar social, que responde al intento continuo de atender necesidades particulares de la sociedad (Muuri, 2010), bajo el supuesto que tal atención aumenta la calidad de vida de los individuos y por tanto su nivel de felicidad (Realpe, 2007), fijándonos en el contexto en el que se desarrolla la calidad de vida postparto y el entendimiento de las madres al respecto.

Hablamos de bienestar postparto cuando la calidad de vida física y emocional de las madres es *al menos tan buena*¹ como la anterior al parto (Hannon et al., 2022), lo que no implica que durante el postparto no se presenten problemas, si no que existen los medios informativos y materiales (Ganle et al., 2014) para que las madres puedan tratarlos y retomar las condiciones *normales* de sus vidas (Lacey et al., 2008).

Desde esta perspectiva, en el ámbito físico y emocional la observación y seguimiento debería estar alineada a tres aspectos: 1) madres con enfermedades específicas anteriores al parto (Fikadu et al., 2020), 2) madres con padecimientos consecuencia de la gestión del parto

¹ Axioma de transitividad que indica la capacidad del individuo para ordenar sus preferencias en un proceso de toma de decisión de manera que maximice su utilidad (o felicidad) (Realpe, 2007).

(Heaman, 2008), 3) madres con padecimientos desarrollados durante el primer año postparto (Mannion et al., 2015).

Actualmente hay un consenso bastante amplio sobre los principales padecimientos que disminuyen el bienestar de las madres, incontinencia urinaria y fecal, dolor perineal, dolores de cabeza, dolor de espalda, hemorroides, fatiga, tristeza, depresión, de lactancia y de pareja, entre otros (Ansara et al., 2005).

Sin embargo, hay poca investigación sobre padecimientos más severos como la obstrucción y daños en músculos y/o nervios pélvicos, dolor perineal crónico (Jelovsek et al., 2018), disminución de la libido (Trutnovsky et al., 2006), problemas sexuales (Gutzeit et al., 2020), desordenes psiquiátricos (Meltzer-Brody et al., 2018) que suelen diagnosticarse tardíamente, cuando los efectos de los padecimientos se han potenciado.

Aunque a nivel científico existe evidencia de la necesidad de validar y tratar toda esta tipología de padecimientos físicos y emocionales, los frecuentes y los raramente presentes, en la realidad, la gestión de la salud postparto está limitada principalmente por dos barreras: 1) la gestión que realizan las instituciones de salud (Whitley, 2009) y 2) las acciones de las madres para enfrentar sus padecimientos en el postparto (Rouhi et al., 2019).

Para enfocarnos en estas dos dimensiones, a continuación, se presenta la investigación científica desarrollada sobre el rol de las instituciones médicas respecto a la atención física y emocional en el postparto poniendo central énfasis en la influencia del parto y de los padecimientos que afectan el bienestar de las madres y un marco de percepciones con que las madres pueden conducir sus acciones y entender el bienestar en el postparto.

1.2.1. Rol de las Instituciones Médicas en el Bienestar en el Postparto

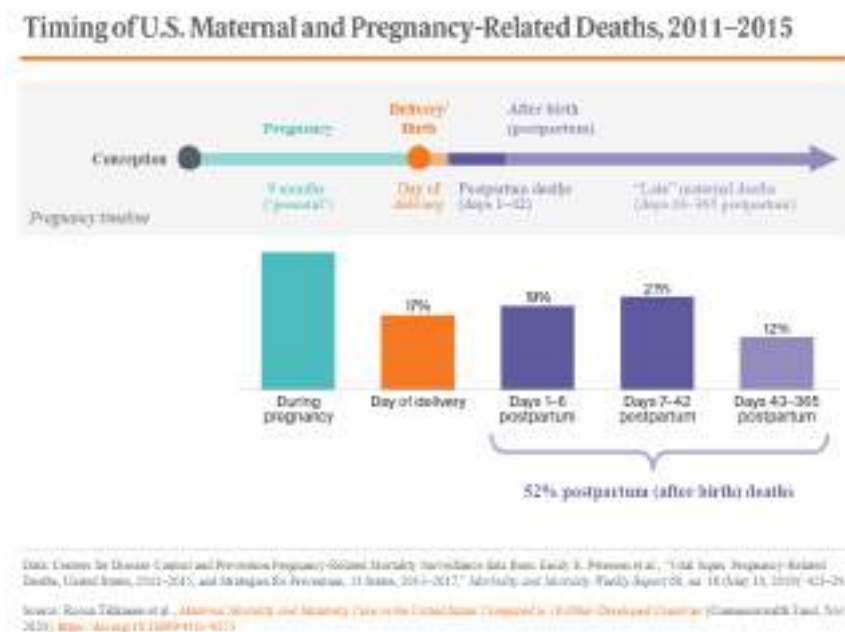
Una de las principales funciones de las instituciones médicas en el cuidado de la salud postparto es la prevención de la mortalidad materna, sin embargo, el balance actual del sistema médico global incluso en países desarrollados para atender esta problemática dista de ser

ideal, caracterizándose por tener una fuerza laboral deficiente que tiende a usar los recursos generales de atención primaria y que no cuenta con planes de atención postparto domiciliarios.

Según el consenso científico, la influencia de las instituciones médicas en búsqueda de la prevención de muertes maternas debe empezar con la implementación de protocolos de cuidado durante el embarazo (Ozdemir et al., 2018), y cobra vital importancia al momento del parto, porque las complicaciones que allí se produzcan pueden ocasionar muertes (o enfermedades) en periodos posteriores.

Para ilustrarlo, a continuación se presenta el caso de Estados Unidos durante el período 2011 – 2015, que como vemos en la figura 1, tuvo 17% de muertes maternas el día del parto, 19% durante los siguientes 6 días, 21% durante la primera y la sexta semana, y 12% durante el primer año postparto (Kassebaum et al., 2016)².

Figura 1. Muertes Maternas en el Posparto en EEUU



² El sangrado severo, las infecciones y la presión arterial alta fueron los factores más comunes de las causas asociadas a las muertes tempranas mientras que las miocardiopatías a la de muertes tardías.

La figura 1 nos muestra un sistema de atención a la salud materna postparto no alineada a las necesidades de las madres que requiere centrarse en el embarazo como condición de prevención y fortalecerse a través del canal de sistemas nacionales de salud para robustecer las redes de información y poder atender con mayor rigor y a tiempo los padecimientos físicos y/o emocionales (Rouhi et al., 2019).

Si visualizamos esta situación en países con mayor precariedad, la situación tiende a ser símil pero incremental, por ejemplo, para el caso de África subsahariana un análisis realizado entre 1991 y 2020 mostró que de las 1967 muertes maternas que hubo en tal periodo, 38% se produjeron durante los primeros 42 días, 18% entre los 43 días y 4 meses, y 43% hasta el mes 18 después del parto (Gazeley et al., 2022).

Aunque en Estados Unidos y África subsahariana vemos que en los primeros 40 días se produce una alta tasa de muertes, no es menor lo que sucede en los periodos subsiguientes, porque normalmente los sistemas de salud continúan dirigiendo sus protocolos de atención postparto únicamente al puerperio, sin contemplar la relevancia que un cambio en sus políticas podría traer en la prevención de muertes maternas (Graham & Campbell, 1992).

En tal contexto, unas de las principales barreras que afrontan las madres en pro de su bienestar en el postparto terminan siendo a nivel general y específico, principalmente de carácter financiero. Por un lado, como vimos se encuentran con las limitaciones económicas propias de los sistemas de salud que las atienden (en especial de los públicos) y por el otro, el de las familias (Ganle et al., 2014).

Sabemos que los servicios de atención a la salud postparto están condicionados por líneas presupuestales y niveles de calidad relacionados al espacio demográfico en el que se desarrollan (Whitley, 2009), y por ello, dado que en la mayoría de los países la salud postparto

sigue siendo poco visibilizada, la atención suele estar más vinculada con la disponibilidad financiera de las madres (Keesara et al., 2015) que con la oferta de servicios sanitarios³.

Por otro lado, pero en el mismo sentido, se encuentra el bajo nivel de concientización de las instituciones de salud sobre la corresponsabilidad temporal que deben tener con las madres: su responsabilidad para informar sobre las consecuencias particulares de cada experiencia en el corto, mediano y largo plazo del periodo materno y a validar las expectativas sobre la salud que tienen las madres (Almalik, 2017).

Así, juegan especial importancia la definición de los protocolos de atención y tratamiento postparto asociados al tiempo en que se esperaría que se presenten padecimientos producto de condiciones prenatales y/o del parto (Martínez Galiano et al., 2019), independientemente de que estos últimos hayan sido en casa, en clínicas u hospitales (Yamashita et al., 2014).

Por otra parte, los protocolos deben buscar crear indicadores de desempeño sobre los principales padecimientos que sufren las madres para tipificarlos y definir recursos humanos y técnicos para atenderlos. La construcción de métricas de bienestar postparto permite a las instituciones médicas dirigir estrategias de atención de corto, mediano y largo plazo (Wilkie et al., 2018) y a las madres medios para conocer y enfrentar potenciales padecimientos (Van Der Woude et al., 2015).

Por último, las instituciones de salud tanto públicas como privadas tienen la responsabilidad de incursionar en sistemas de control y seguimiento que faciliten el entendimiento de cada fase postparto tanto a las madres y sus parejas como a los especialistas de la salud, recalcando que no sólo la atención presencial es relevante, sino que es fundamental tener mecanismos telefónicos, virtuales, etc., bien divulgados y atendidos (Shu et al., 2021).

³ Lo cual puede (y debe) entenderse como un factor de inequidad de género.

En síntesis, diremos que el rol de las instituciones médicas en referencia al bienestar postparto consiste centralmente en seguir protocolos de control y seguimiento acordes a las características y necesidades de las madres para asegurar en primera instancia la prevención de muertes maternas (Graham & Campbell, 1992) y a su vez padecimientos físicos y/o emocionales desarrollados durante el *primer año de maternidad* (Salahuddin et al., 2022).

Entendiendo que la connotación de bienestar de ese periodo anual postparto (o el que necesiten las madres) estará sujeta a los cambios físicos, emocionales, sociales, laborales, etc. (Beake et al., 2010) que ellas y su entorno directo vivan, independientemente del lugar y las condiciones que hayan elegido para convertirse en madres (Wray, 2012).

Sin embargo, para que esto sea posible, deben existir equipos que diseñen, creen, desarrollen y evalúen políticas públicas orientadas al tratamiento de la salud postparto. La figura 2 muestra niveles sistémicos en los que pueden participar las instituciones médicas públicas y privadas. Un sistema de 3 niveles⁴ que integra a agentes implicados, así el personal médico sigue protocolos de política pública, los aplica y transfiere a las madres y sus parejas.

Figura 2. Sistematización del Rol de las Instituciones Médicas en la Salud Postparto



Fuente: elaboración propia

⁴ Una compilación de argumentos realizado por la autora a partir del análisis de la revisión de literatura científica.

Dentro de este sistema de agentes la figura de la madre y de la pareja (Kainz et al., 2010) se independizan porque mientras las madres tienen una comunicación directa con el personal médico para seguir condiciones establecidas desde la política de salud pública que aseguren su bienestar (Bick et al., 2011), las parejas actúan como soporte para minimizar el impacto físico y mental de ellas en la maternidad (Hildingsson et al., 2008).

También, las instituciones médicas se aseguran de que las parejas entiendan los procedimientos y el desarrollo evolutivo postparto y en la medida de lo deseable, participen, y para que también puedan expresar y/o reclamar sus inconformidades. Este mecanismo de información y divulgación desde las instituciones médicas es importante para empezar a crear redes de soporte maternas basadas en evidencia científica (Kaphle et al., 2022).

Por otro lado, para hacer vinculante la interacción entre agentes, el sistema debe brindar mecanismos de atención que prevengan muertes maternas y brinden información y divulgación sobre procesos medibles de salud postparto en el corto, mediano y largo plazo para tratar padecimientos físicos y/o emocionales que pueden producirlos y/o afectar la calidad de vida de las madres (Matvienko-Sikar et al., 2018).

Así, el sistema de control y seguimiento de padecimientos físicos y/o emocionales (y sociales) debe estar sustentado en las divergencias asociadas a variables monetarias y de clase (Liamputtong, 2005), étnicas (Armenta-Paulino et al., 2020) y de la carencia de políticas de la salud pública orientadas al género (Patel et al., 2002), dentro de un marco regulador medible, escalable y orientado a la mejora continua.

1.2.1.1. Medición de la Salud Postparto

A pesar de la carencia de protocolos médicos de control y seguimiento de corto, mediano y largo plazo de la salud física y emocional en el postparto, en la actualidad, mayoritariamente durante el puerperio, la medición del estado de la salud que hacen las instituciones médicas se ejecuta a través del uso combinado de cuestionarios. Algunos de los

más representativos (también en la investigación académica) son algunos de los que se muestran a continuación:

Tabla 1. *Cuestionarios de Medición del Bienestar en el Postparto*

Recursos	Detalle
Perceived Stress Scale 4 (PSS – 4)	Validación frente a la incertidumbre al resolver problemas en el último mes
Patient Health Questionnaire – 2 (PHQ – 2)	Evaluación del nivel de molestia al resolver problemas relacionado con el alcance de placer o la depresión (o desesperanza) para las últimas 2 semanas
MOS Social Support Scale	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de ayuda para desarrollar actividades rutinarias - Necesidades emocionales soportadas por alguien - Validación de la interacción social
The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Validación de estados emocionales con relación a sí mismo, el contexto y la vida diaria
Health-Related Quality of Life (HRQOL)	<ul style="list-style-type: none"> - Validación de la salud en términos generales - Validación de la salud diaria - Validación del acceso a cuidados médicos - Evaluación de condiciones de ejercicio y nutrición - Evaluación de condiciones laborales y familiares
36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36)	<ul style="list-style-type: none"> - Validación de la salud en términos generales - Comparación anual (mejor, peor, igual, etc.) - Salud respecto actividades - Problemas en el trabajo o actividades regulares por enfermedades físicas y emocionales para las últimas 4 semanas - Inferencia de los problemas físicos o emocionales en la vida social (familia, amigos, vecinos) para las últimas 4 semanas - Valoración del dolor corporal en las últimas 4 semanas - Afectaciones laborales por el dolor en las últimas 4 semanas - Emociones en las últimas 4 semanas - Percepción sobre salud

General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apreciación general sobre la salud física 2. Uso de medicinas 3. Centralización en dolor de cabeza y sensación térmica 4. Impacto de las preocupaciones en el sueño 5. Valoración de la energía en la rutina de vida 6. Valoración de emociones
Gender Based Violence Survey	<ol style="list-style-type: none"> 1. Validación de la violencia como condicionante de salud física 2. Validación de emociones producto de violencia 3. Reconocimiento de entes generadores de violencia 4. Validación de tipos de violencia

Fuente: elaboración propia

En términos de la medición de la calidad de vida en la salud, en España, por ejemplo, el Instituto Nacional de Estadística -INE- en su encuesta de condiciones de vida (ECV) omite los indicadores asociados a la salud y en su enfoque de salud, las enfermedades adquiridas en el postparto. Por su parte, en el ámbito europeo, los indicadores de salud pública publicados por la comisión europea⁵ tampoco canalizan ningún foco de atención en el postparto.

Sin embargo, las instituciones médicas tienden a desarrollar sistemas de medición respondiendo a las estrategias públicas o privadas de desarrollo generales de las organizaciones y para ello seleccionan cuestionarios como herramientas que validan de manera transversal (usualmente) el estado físico y emocional de las madres, casi siempre desvinculados de procesos de medición controlados y comparables.

Otra de las características del uso de los cuestionarios es que en su mayoría se recaban únicamente en el puerperio, omitiendo el impacto de las acciones desarrolladas en ese periodo para atender problemas urgentes, y/o los padecimientos generados después por causas fisiológicas, médicas y/o del contexto (Prick et al., 2015) y, no están orientados a

⁵ European Core Health Indicators (ECHI).

entender las necesidades reales de las madres ya que tienden a ser muy amplios, no detallados⁶.

Por otro lado, los cuestionarios no suelen estar diseñados para medir posibles diferencias según variables etnográficas⁷ y/o culturales (Whitley, 2009) y no siempre el personal que se encarga de realizarlos cuenta con las cualificaciones para brindar una correcta orientación a las madres para completarlos, por lo que la información que se obtiene no logra ilustrar completamente la realidad del bienestar en el postparto (Bick et al., 2011).

La inexistencia de herramientas para tipificar padecimientos físicos y/o emocionales según temporalidad representa un vacío significativo de la evaluación de la calidad de la atención médica en el postparto porque ni las madres ni los operadores de la salud pueden medir (y por tanto dimensionar) las condiciones de la salud integral de las madres en diferentes momentos del postparto (Karimi & Brazier, 2016).

Carecer de tal información inhabilita a las instituciones médicas para que puedan diseñar, desarrollar, gestionar y controlar protocolos orientados al establecimiento del bienestar integral de las madres en el postparto según el tipo de comunidades que atienden y, no estén enfocadas solamente emprendiendo acciones para atender necesidades médicas puntuales.

En esa medida, es importante entender la relevancia de la construcción de los sistemas de medición de la salud postparto temporales, ya que un sistema médico físico y emocional de acompañamiento a las madres (y sus parejas) de corto, mediano y largo plazo no sólo fomenta el bienestar de ellas, sino de la sociedad en general (Schytt & Hildingsson, 2011).

⁶ Claramente las consecuencias de una enfermedad grave no serán las mismas que las de una manejable, pero esa no manejable puede convertirse en grave por la falta de atención.

⁷ Por ejemplo, recientes estudios han mostrado que las mujeres negras tienen mayor probabilidad de sufrir depresión postparto. Más información en: Policy Center for Maternal Mental Health.

1.2.2. El Parto como Condición de Bienestar Postparto

Hay consenso científico sobre que uno de los factores detonantes de la disminución del bienestar en el postparto es la manera en que se desarrolla el parto, las consecuencias de éste (Prick et al., 2015) y sabemos que las condiciones del parto influyen sobre la recuperación físico – emocional de corto, mediano y largo plazo de las madres.

Sabemos también que tales condiciones tienden a definir la relación física y emocional que desarrollan con sus hijas o hijos, parejas y entorno (Coyle et al., 2001) porque a través de la satisfacción de sus expectativas sobre el parto pueden construir su identidad como madres, compañeras y pacientes, y esto a su vez les permite contextualizar su rol maternal, su conducta y su entendimiento del bienestar (Goodman et al., 2004).

En general se encuentran tres tipos de comportamiento asociados a las madres en el momento del parto: las que son *auto – determinantes*, las que *lo toman como viene* y las que *sienten temor*. Las primeras más propensas a preferir un parto vaginal natural y las últimas, cesáreas (Niino, 2011). Dado que las cesáreas están vinculadas a niveles de calidad de vida peores en el postparto, el manejo del miedo resulta vital para disminuir la elección de éstas (Haines et al., 2012).

La manera como las madres se preparan para lidiar con las situaciones físicas y emocionales del postparto influye en su entendimiento de la realidad e inicia en el momento del parto (Wray, 2006). El proceso por el que atraviesan consta de cinco etapas: 1) parar y pensar en los hechos, 2) analizar su experiencia previa vs sus expectativas, 3) afrontar el presente, 4) aceptar la situación y 5) compartirla (Dunn et al., 2012).

Como es de esperarse el temor durante el embarazo y el parto se relaciona de manera negativa con la probabilidad de tener un parto vaginal, se ha encontrado que bajos niveles de estrés durante el embarazo hacen que el feto se posicione de manera correcta y a tiempo en la

pelvis, lo que potencia la esperanza de tener partos vaginales no intervenidos⁸. Para controlar el estrés es fundamental escuchar las expectativas de las madres y no sólo brindar información sobre riesgos y beneficios de las clases potenciales de parto (Guittier et al., 2011).

Uno de los partos intervenidos más asociados con potenciales padecimientos físicos y emocionales, es el *inducido*, cuyas afectaciones físicas se asocian al impacto de los estresores en el canal vaginal y en el plano emocional, a los niveles de depresión y ansiedad, ya que gran parte de las madres que los viven reciben dosis superiores de oxitocina (Ponti et al., 2022) y al momento del parto tienden a desconocer los riesgos de la inducción (Declercq et al., 2020).

Así, las acciones que se tomen para tener un parto informado, respetado y correctamente atendido repercutirán en la forma en como afronten la gestión de su bienestar porque si el parto es un detonante de la presencia de padecimientos físicos y emocionales es mucho más probable que éstos permanezcan uno o más años (Jelovsek et al., 2018), ya que se ha observado que cuando eso sucede, tienden a sentir *plena responsabilidad* del tipo de parto que tuvieron y de sus consecuencias, relegando su auto – atención (Guittier et al., 2011).

Bajo esta premisa es primordial seguir reclamando el derecho a tener partos libres de violencia obstétrica, cobijados por sistemas nacionales de salud regulados por indicadores de calidad que brinden condiciones físicas y procedimentales a los operadores de salud para atender a las madres según protocolos de salud internacional (Mena-tudela et al., 2021).

De igual forma, es prioritario que durante el embarazo se capacite a las mujeres y sus parejas para que puedan reconocer y bloquear rápidamente potenciales situaciones de violencia obstétrica (Cristina et al., 2022). Entender al parto como un detonante o constrictor de bienestar desde el primer día postparto es fundamental para prevenir y/o controlar potenciales padecimientos que comprometen el bienestar de las madres (Söderquist et al., 2002).

⁸ Es decir, el trabajo de parto (no medicalizado o mínimamente) donde se evita el uso de procedimientos que afecten la fisiología de éste. En este tipo de partos (respetuosos) es muy importante el rol de las matronas y enfermeras.

Por último pero no menos relevante se encuentra la necesidad de desarrollar planes de preparación de parto (Ozdemir et al., 2018) y postparto (Shu et al., 2021) enfocados *también* en las madres (no sólo en los bebés) basados en sus condiciones de salud previas, su contexto, percepciones y expectativas (Preis et al., 2019) que busquen su bienestar multidimensional y el de sus familias (Maimburg et al., 2016).

1.2.3. Padecimientos Físicos y Emocionales en el Postparto

Si el parto funge como uno de los principales detonantes del desarrollo de padecimientos físicos y/o emocionales de corto, mediano y largo plazo, ¿A cuáles nos referimos?

1.2.3.1. Padecimientos Físicos

Según los estudios, mujeres con partos vaginales asistidos y cesáreas tienen peor calidad de vida postparto. Los principales padecimientos físicos que las aquejan durante y seis semanas después del parto son los asociados a la lactancia, dolor perineal, dolores de cabeza continuos, incontinencia urinaria y/o fecal, problemas para mantener relaciones sexuales, entre otros (Martínez-Galiano et al., 2019).

El problema con la lactancia es una de las complicaciones físicas más comunes en el postparto, causado principalmente por la falta temprana de atención y asesoramiento médico. Se presenta mayoritariamente en madres primerizas que pueden llegar a desarrollar congestión o mastitis, padecimientos que condicionan el proceso de alimentación de las y los infantes y la calidad de vida física y emocional de las madres (Cooklin et al., 2018).

El *dolor perineal* es uno de los más frecuentes y repercute directamente en la sensación de bienestar de las madres ya que les significa dolor al sentarse, al estar de pie, a veces hasta

al acostarse, al tener relaciones sexuales, al hacer ejercicio, al caminar excesivamente, etc., es decir, impacta directamente en la dinámica de la vida diaria (Bijl et al., 2016).

El dolor perineal está relacionado con los traumas por episiotomías, que suelen realizarse al 89% de madres primerizas el 93% de las veces (Klein et al., 1994), es una incisión en el perineo, es decir, un corte en la zona entre la vulva y el ano, con la que se amplía la abertura de la vagina durante el parto, que puede llegar a dañar nervios y/o músculos⁹ vinculados a la movilidad y sensibilidad.

El trauma perineal se potencia cuando los partos asistidos incluyen episiotomías. Un parto asistido es aquel en el que se usan instrumentos, fórceps, espátulas o ventosas obstétricas (vacumm) para mover al bebé a través del canal de parto. La combinación episiotomía – fórceps conlleva a una tasa de incidencia en trauma perineal del 53.7% y episiotomía – espátulas o vacumm – a una del 29,8% (Robinson et al., 1999).

En la cesárea el dolor también es el padecimiento más notorio, se desarrolla y persiste por varias razones, un atrapamiento nervioso, las características de la cicatriz (dolor neuropático) o por adherencias (dolor visceral), que están vinculadas a la manera en que se hace el corte abdominal y que pueden generar otros padecimientos crónicos como lumbalgias, migrañas, dismenorreas, hiperalgesia¹⁰ en la cicatriz, entre otros (Heaman, 2008).

Otro de los padecimientos más frecuentes es la *incontinencia urinaria* que afecta a las madres (hayan dado a luz por cesárea o parto vaginal) no solo a nivel físico sino psicológico, socio – económico y sexual (Webb et al., 2008). Es uno de los padecimientos que más estrés causa a las mujeres, por el que limitan su vida en general y que actúa de manera cíclica, ya que el estrés que provoca incrementa el padecimiento (Van Der Woude et al., 2015).

⁹ Sobre los que no se encontró investigación académica. Se obtuvo tal información a partir de las entrevistas realizadas a las madres que se presentan en el capítulo 3.

¹⁰ Aumento en la sensibilidad al dolor y reacción al mismo.

La incontinencia urinaria se presenta por el esfuerzo, la presión y tensión de los músculos y tejidos que envuelven la vejiga y la uretra y está relacionado con el estado del suelo pélvico después del parto. Los estudios muestran que puede prevalecer 12 meses después del parto y generar otro tipo de padecimientos como infecciones vaginales o dolores de espalda crónicos (Mannion et al., 2015), disfunción sexual 6 años después (Baud et al., 2020) y problemas pélvicos hasta 20 años después (Jelovsek et al., 2018).

El modo en que se haya desarrollado el parto incide directamente en que se presenten padecimientos físicos en el postparto, y a su vez, el tratamiento tardío de estos puede generar otros. En general depende de donde se traten, pero la prevalencia de una atención tardía está fundamentada en la normalización de estos por parte de las madres, de las instituciones médicas y de la sociedad (Rouhi et al., 2019).

Las variables sociodemográficas que explican grosso modo tal efecto (la normalización) son los ingresos (Shaw et al., 2006), la edad, el nivel de educación, la cultura (Rezaei et al., 2016) y la percepción de la maternidad frente a la vida familiar, social y laboral (Grylka-Baeschlin et al., 2019). Cada una de estas variables afecta la manera como las madres entienden el cuidado de su salud física en el postparto respecto a sí mismas y a los sistemas médicos que las atienden (Simkin, 1991).

1.2.3.2. Padecimientos Emocionales

La relación del parto con los padecimientos emocionales postparto, más asociados con problemas de salud mental, no es absoluta, aunque los estudios muestran que existe una, señalan que hay otros varios factores previos o posteriores que pueden desencadenarla. Sin embargo, hay evidencia de que madres con partos instrumentados, en especial cuando se

usan fórceps y cesáreas de emergencia tienen alta probabilidad de presentar estrés postraumático (Rowlands & Redshaw, 2012).

Algunos factores vinculados a la depresión postparto, la enfermedad mental más conocida, son las expectativas sociales y presión sobre la mujer, problemas físicos, personalidad, historial psicológico, temperamento del bebé, transición a la maternidad, la edad temprana de la madre (Henderson & Redshaw, 2013), las condiciones de la hospitalización, los problemas con la lactancia, la presencia de partos múltiples, bajo soporte social (Sword et al., 2011), entre otros.

Las madres (y padres) que presentan altos niveles de estrés en los primeros días del postparto desarrollarán más fácilmente síntomas de depresión seis meses después (Skari et al., 2002). Las condiciones más vinculadas al estrés postparto están asociadas a la pareja y a la asignación de tareas del hogar (Grice et al., 2007). La manera como las madres perciben a sus parejas y les consideran útiles impacta en la gestión de la maternidad de largo plazo y afecta la salud mental de las mujeres (Kirova & Snell, 2019).

Dentro de los problemas asociados a la pareja está la disfunción sexual postparto que está explicada por el trauma perineal, la lactancia y la gestión de la maternidad (Gutzeit et al., 2020), el cansancio, estrés, etc., haciendo que las mujeres disminuyan significativamente sus niveles de deseo y de satisfacción, fenómeno que puede llegar a mantenerse después de seis meses e incluso los primeros años de vida del infante (Lagaert et al., 2017) y que tiende a ser otra causa de depresión (Chivers et al., 2011).

Durante los primeros tres meses de postparto hay un alto riesgo de sufrir desórdenes en el estado de ánimo, ansiedad y psicosis justificados por las preocupaciones sobre la salud y cuidados del bebé (Ayers et al., 2019), por los traumas del parto (Söderquist et al., 2002) y por

los niveles de depresión de la pareja; madres que tuvieron embarazos con parejas deprimidas tuvieron mayor probabilidad de tener depresión postparto (Meltzer-Brody et al., 2018).

Una mujer tiene mayor probabilidad de tener alteraciones de la personalidad (Wiklund et al., 2009) y/o psicosis durante el postparto que, en cualquier otro periodo de su vida, es un padecimiento raramente diagnosticado y están más condicionadas las madres con bipolaridad. Madres con psicosis valoran sistemáticamente la idea del suicidio, aunque pocas veces se hace efectiva (Rai et al., 2015).

Sin embargo, los suicidios maternos son una realidad de la que poco se habla (*ni se mide*) que suelen cometerse con mayor frecuencia entre el sexto y doceavo mes después del parto¹¹. No solamente están asociados con problemas de salud mental previos, aunque son los más característicos (Chin et al., 2022), también pueden producirse por la situación cultural y contextual (económica, política, etc.) de las madres (Chen et al., 2022).

Alteraciones hormonales, los niveles de oxitocina, el déficit de progesterona y estrógenos propios del postparto son factores físicos poco controlables y relativos a cada cuerpo que pueden alterar la relación madre – infante (Gadassi et al., 2021) y generar desordenes psiquiátricos, al igual que la carencia de sueño y el desgaste físico y mental de los primeros meses de vida de los bebés a los que se exponen las madres (Rai et al., 2015).

Cualquier padecimiento mental afecta significativamente el bienestar de las madres, sobre todo porque en la mayoría de los casos los protocolos médicos no suelen servir para diagnosticarlos (Hildingsson et al., 2008) y porque las madres tienden a ocultarlos ya que sigue habiendo un alto estigma social al respecto. Cuando son detectados, dependiendo de la

¹¹ Policy Center for Maternal Mental Health. (2023, September). Maternal Suicide in the U.S.: Opportunities for Improved Data Collection and Health Care System Change [Issue Brief]. <https://www.2020mom.org/issue-briefs-and-papers>.

severidad de los problemas y de la posibilidad de las madres para ingerir medicamentos, se pueden tratar con farmacoterapia (Misri & Swift, 2015).

Por otro lado, pero no menos importante encontramos los problemas asociados al estrés que produce la correcta alimentación del infante (Onat & Karakoç, 2021), que no tiene distinción entre número de partos y está significativamente relacionada con la salud mental de las madres en el corto plazo (Triviño-Juárez et al., 2016). De igual forma, la relevancia y peso que tiene la lactancia materna en la carga mental de las madres, que condiciona la forma en cómo se desarrolla la maternidad (Tan et al., 2020).

1.2.4. Percepciones y Bienestar en el Postparto

Las percepciones son las imágenes mentales creadas por el vínculo entre las experiencias y las necesidades, que forman una idea consciente o inconsciente de la realidad y que son determinantes en el proceso de toma de decisiones de los individuos porque les permiten interpretar el mundo de acuerdo a sus convicciones y preferencias en la búsqueda de la maximización de su felicidad (Realpe, 2007).

Las percepciones de las madres se diferencian de acuerdo al entorno y contexto en el que desarrollan su maternidad (Eriksson et al., 2016), influyen el comportamiento con el que enfrentan su salud física y emocional y entienden el bienestar postparto (Levy & Myers, 2004). Tal entendimiento supone una valoración que se traduce en niveles de satisfacción mejores o peores, que les permite tomar acciones para transformar condiciones de insatisfacción (Stevens et al., 2019).

Al analizar la salud física y emocional de las madres en el mediano y largo plazo se ha encontrado que un gran porcentaje de ellas refieren padecimientos que aparecieron en el postparto (Carlander et al., 2015), sin embargo, aparte de la percepción que tuvieron sobre el

rol que jugaron las instituciones médicas (Whitley, 2009), vemos que tienden a desconocer las interpretaciones que explican por qué normalizan estados de salud físicos y emocionales que les restan bienestar (Schytt et al., 2009).

La literatura académica ha centrado su atención en diversos factores que inciden en el establecimiento del bienestar de las madres en el postparto (Tully et al., 2017), a través de los cuales se podría explicar y tipificar su conducta (Simkin, 1991). En primera instancia tenemos el efecto del parto (Baud et al., 2020), se ha validado que las experiencias de parto menos positivas impactan más en la percepción de largo plazo sobre la salud física y/o emocional de las madres y de sus familias (Maimburg et al., 2016).

Se ha testado que el conocimiento de las madres sobre los padecimientos desligados del parto tiende a ser mínimo y en contraste su percepción sobre la gestión médica para atenderlos, negativa (Hildingsson & Thomas, 2007). Refiriendo que las entidades de salud suelen enfocarse en el desarrollo de los infantes, invisibilizando su situación, lo que hace que los padecimientos se agraven y prolonguen su duración (Buurman & Lagro-Janssen, 2013).

Una invisibilización basada en la idea sugerente por parte del personal de atención médica (y de la sociedad), de que varios de esos problemas, por ejemplo, la incontinencia, dolor perineal, depresión, eran *esperables* después de un parto (Lindberg et al., 2020), por lo que los tratamientos recibidos para tratarlos fueron tardíos y basados en protocolos estándar no asociados a la mejora (Schytt & Hildingsson, 2011).

Cuando los hay, tales tratamientos suelen estar caracterizados por brindar terapias y/o medios para atender padecimientos físicos y/ emocionales de cantidades específicas de sesiones (recetas) independientemente de que se haya solucionado realmente la situación de salud específica de las madres (Carlander et al., 2015).

Así, las madres terminan *normalizando* los padecimientos físicos y emocionales, dejan de buscar ayuda porque “aceptan” que estos hacen parte de la maternidad y/o porque temen ser juzgadas negativamente. Tal adhesión está más influenciada por el contexto cultural, el nivel educativo, los recursos, el soporte social con el que cuentan (Buurman & Lagro-Janssen, 2013) y la edad, en función a la cual, afrontan más o menos positivamente los efectos de la maternidad (Henderson & Redshaw, 2013).

Aunque la normalización de los padecimientos en que incurren las madres envía sus procesos de mejora, se sabe que no es total, que en general normalizan padecerlos en contraste de pedir atención médica (Muuri, 2010), pero tienden a buscar soporte social de su entorno, familia, amigos, pares (Buurman & Lagro-Janssen, 2013), de manera que el soporte social se convierte en un factor determinante para entender y asumir la maternidad y la construcción de parámetros de bienestar esperados (Budds, 2021).

El soporte social en el postparto se refiere a la disponibilidad de personas con quienes las madres pueden contar para desarrollar sus necesidades básicas de cuidado personal, emocional, laboral y/o contextual, donde la pareja y la familia son los agentes sobre los que más expectativas albergan (Gebuzá et al., 2018). Un soporte social dinámico permite a las madres reducir sus cargas físicas y mentales (“de buena o mala madre”) para gozar más plenamente de su condición de madres y de su relación con los hijos (Budds, 2021).

Bajo este panorama, la pareja actúa como ente primario de soporte social. Los acuerdos que se logren *en pareja* para cuidar a los hijos, realizar las tareas del hogar y brindar apoyo emocional están asociados con mayores niveles de bienestar de las madres y de la familia (Kirova & Snell, 2019), sin embargo, la evidencia científica ha mostrado que raramente la pareja logra cumplir con las expectativas de las madres, por lo que ellas terminan asumiendo cargas mayores que inciden en la aparición de cuadros depresivos (Dennis & Ross, 2006).

Así, la corresponsabilidad de la pareja actúa como moderador, por ejemplo, juega un papel relevante en la efectividad del proceso de lactancia, de manera más contundente en los

primeros partos, pero también en los subsecuentes. Aquellas madres que reciben mayor soporte físico, emocional y social por parte de su pareja tienen mayor probabilidad de tener lactancias más eficaces, con las que la madre se siente más cómoda y los hijos tienden a cubrir mejor las necesidades alimenticias esperadas (Ebru Uludağ & Sibel Öztürk, 2020).

El rol de la familia, en particular de las madres de la madre, pero en general de la familia más cercana, tiene un peso crucial. Poder tener soporte de la familia directa es percibido por las madres como un factor determinante de bienestar e incluso una condición para elegir la maternidad (Negrón et al., 2013). Por otro lado, el soporte social también funge como canal de comunicación. Las redes sociales se han convertido en un canal donde las madres buscan ayuda, preguntan, aceptan consejos sobre temas específicos y comparten sus vivencias (Baker & Yang, 2018).

Por último, pero no menos importante, encontramos el soporte social vinculado al trabajo, donde tanto el estado a través de políticas públicas como las organizaciones a través de protocolos laborales para la maternidad quitan o adicionan elementos de bienestar a la vida de las madres. La conciliación que pueda hacerse para mediar la relación materno – laboral incide no sólo en el bienestar de la madre y de sus hijos, sino también en la autonomía financiera que puede limitar el tratamiento de sus padecimientos y la felicidad y libertad con la que vivan la maternidad (Tucker et al., 2010).

En general la percepción de las madres sobre el proceso de conciliación materno – laboral es negativa, no sólo por los efectos que trae la maternidad sobre las condiciones laborales (Chinweuba et al., 2018) y la relación con los compañeros de trabajo, sino también porque tiende a afectar la situación familiar. Ambos factores están correlacionados con desmejoras en la salud mental que se presentan más en madres con pareja, que trabajan en casa que en madres solteras trabajando fuera de casa recibiendo “altos” ingresos (Grice et al., 2007).

Entender a través de diferentes dimensiones cómo las madres perciben su bienestar postparto es vital para desarrollar mecanismos que a ellas y a los agentes involucrados les permitan identificar y generar herramientas y/o planes de acción orientados al bienestar (Razurel et al., 2013) y no sólo al control de padecimientos. Así, garantizar condiciones de bienestar a las madres es no sólo un derecho de género sino también una necesidad para robustecer la dinámica familiar, laboral, económica y social (Grylka-Baeschlin et al., 2019).

Capítulo 2. Diseño Metodológico

A continuación, se indica el proceso metodológico desarrollado para identificar la incidencia de tipologías de padecimientos físicos y emocionales y entender cómo la percepción de las madres afectó su nivel de bienestar físico y/o emocional en el postparto. Para desarrollar este objetivo, se definieron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de la duración del periodo postparto.
- Clasificar tipos de partos.
- Tipificar padecimientos físicos y emocionales, determinando el nivel de información, tratamiento y recuperación que tuvieron.
- Identificar la existencia de un efecto de normalización y validar su impacto en el modelo de bienestar para padecimientos físicos y emocionales.
- Analizar el impacto de variables sociodemográficas respecto al modelo de bienestar físico – emocional postparto.
- Reconocer características de la gestión de tratamientos médicos de padecimientos físicos y/o emocionales postparto y de la eficacia médica en general.
- Determinar el impacto causal de las percepciones de las madres.
- Analizar la influencia de las percepciones de las madres en los modelos de bienestar físico – emocional postparto.
- Identificar factores que inciden en la determinación del bienestar físico – emocional postparto.

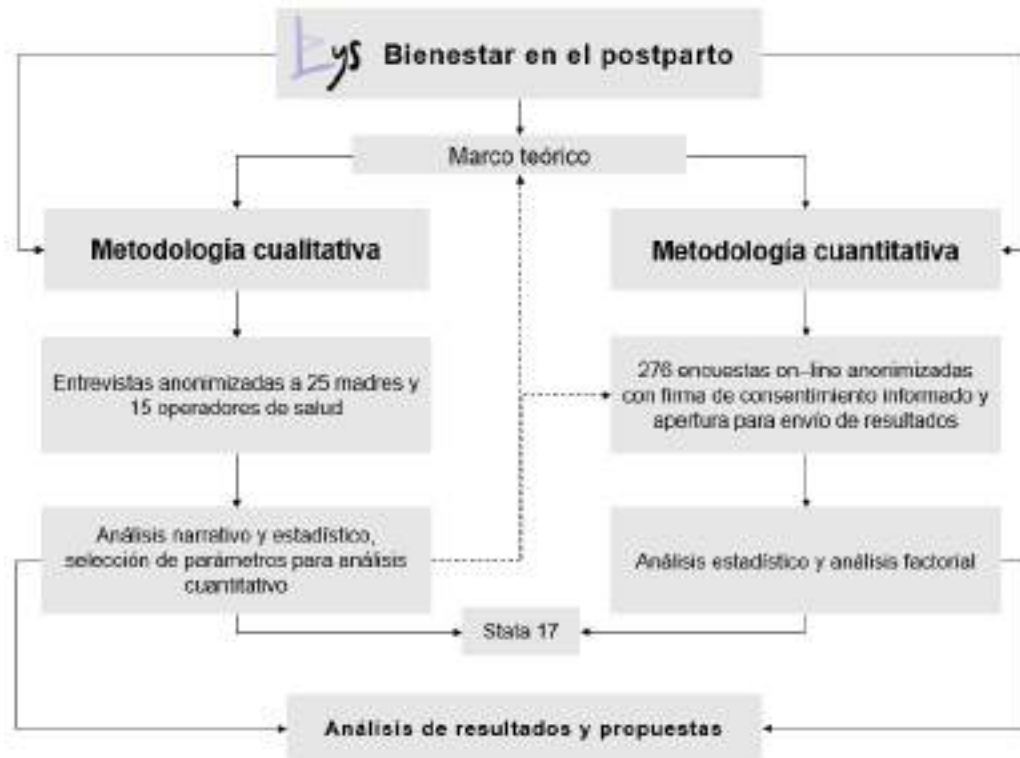
y las siguientes hipótesis:

- El bienestar en el posparto está influenciado por las acciones que toman las madres para tratar sus padecimientos físicos y/o emocionales (*la aplicación del efecto de normalización*).

- El bienestar en el postparto está influenciado por la evaluación que hacen las madres de su bienestar.

Así, la investigación fue transversal de carácter mixto y se llevó a cabo según el siguiente enfoque procesal:

Figura 3. Enfoque Procesal Proyecto Lys



Fuente: elaboración propia

A través de este enfoque, los resultados de la metodología cualitativa sirvieron para diseñar el instrumento de obtención de datos utilizado en la metodología cuantitativa y profundizar en la selección teórica.

2.1. Referencias

La selección teórica siguió una revisión sistemática usando *Web of Science* como principal base de datos de extracción. El proceso de selección de los artículos fue el siguiente:

- Introducción de conceptos clave con filtro por periodo (1990 – 2023): bienestar en el postparto, medición del bienestar postparto, protocolos de salud postparto, salud preparto, padecimientos físicos y/o emocionales en el postparto, rol de instituciones médicas, percepción de mujeres en el postparto, efectos del parto en la salud física y emocional postparto, soporte social en el postparto, conciliación en el postparto, rol de la familia en el postparto, rol del padre en el parto y postparto, presión social, impacto de las redes sociales en la maternidad, condiciones laborales en el postparto, aprendizaje dialógico, participación educativa de la comunidad: **423 artículos**.
- Selección por cuartil, dando prioridad a Q1 y Q2 (sin excluir Q3 y Q4): **317 artículos**.
- Lectura de resúmenes: **253 artículos**.
- Selección final: agrupación de artículos según los siguientes tópicos: 1) bienestar, relacionado con padecimientos físicos y/o emocionales, variables socio – demográficas y mediciones asociadas, 2) percepción de las madres sobre la calidad de vida y variables sociodemográficas, 3) influencia del parto en padecimientos en el postparto, 4) servicios médicos ofrecidos en el postparto, 5) aprendizaje dialógico y actuaciones educativas: **114 artículos**¹².

Por otro lado, la selección final dio preferencia a la inclusión interdisciplinar de revistas, buscando que el objeto de estudio se abarcara desde enfoques sociales y médicos ¹³, así, el 44% de los artículos estuvieron enfocados a entender la situación del bienestar postparto, donde el

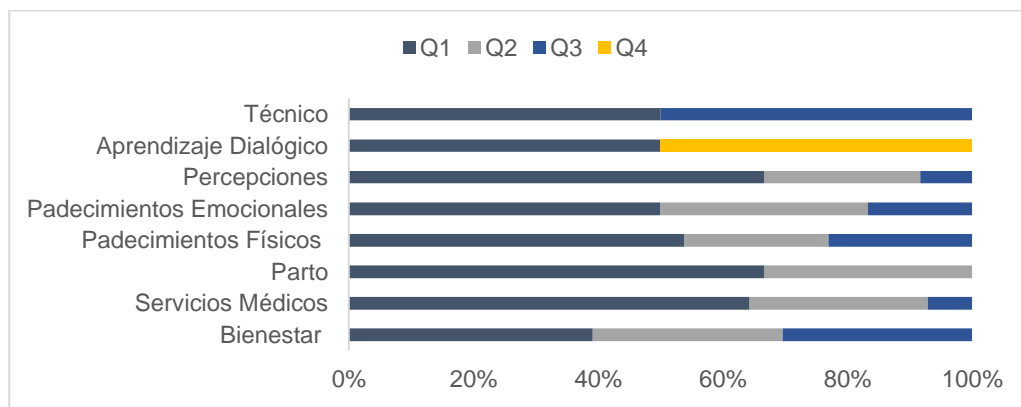
¹² Adicionalmente 1 libro y una tesis de grado.

¹³ La selección de revistas aparece en el anexo A.

22% fue para temas asociados con variables relativas al soporte social, corresponsabilidad, temas laborales, etc., el 11% para analizar padecimientos físicos y el 10% para emocionales.

El 21% del marco teórico estuvo destinado al análisis de la percepción de las madres, el 13% respecto al rol de las instituciones médicas y el 14% al rol del parto en el bienestar. Adicionalmente un 6% sobre aprendizaje dialógico y actuaciones educativas que se usó en el capítulo 5 y un 3% técnico usado en el análisis cuantitativo en el capítulo 4. La configuración final del marco teórico se integró como sigue:

Figura 4. Distribución Porcentual de Uso de Artículos según Cuartiles



Fuente: elaboración propia

2.2. Enfoque Cualitativo

Los resultados presentados en el capítulo 3 provinieron del trabajo realizado en las 25 entrevistas abiertas hechas a madres y las 15 entrevistas estructuradas hechas a operadores de la salud (ginecólogues (5), fisioterapeutes (5), matronas (2), psicólogues (2) y psiquiatres (1)), todas anonimizadas y hechas (mayoritariamente) vía online, usando Teams o WhatsApp.

El vínculo con las madres se obtuvo a través del contacto hecho con un grupo postparto en un centro médico, un grupo de yoga postparto y el *voceo* entre madres en Barcelona. El contacto con los grupos se realizó a través de una presentación presencial de la investigación

donde se entregó a las madres un folleto¹⁴ y se tomaron sus datos de contacto para posteriormente vía email o chat concretar las citas. El proceso tardó alrededor de 4 meses y cada entrevista máximo 1 hora. Con 3 participantes voluntarias se realizaron entrevistas adicionales de mayor profundidad para validar una temática específica que duraron aproximadamente 2 horas.

Como era la fase preliminar del proyecto y el objetivo de las entrevistas a madres era principalmente determinar el conocimiento que tenían sobre una tipología de padecimientos postparto independientemente de si los habían sufrido o no y la percepción que tenían de ellos, con base en la revisión bibliográfica, se les preguntó sobre 7 padecimientos físicos¹⁵ y 3 emocionales¹⁶, los más frecuentes en los artículos revisados.

Por otra parte, el vínculo con los operadores de salud relacionados con el postparto se hizo a través de una red de contactos en Barcelona, Ciudad de México, Bogotá y Bucaramanga. Las entrevistas se hicieron vía online y presencial y tomaron alrededor de 7 meses y una duración máxima de 1.5 horas, donde se preguntó sobre el impacto de corto – mediano – largo plazo de los 10 padecimientos presentados a las madres, dejando abierta la posibilidad de indicar otros.

A partir del enfoque cualitativo se entendió que era *fundamental analizar la percepción de las madres* sobre lo que significaba el bienestar en el postparto porque se pudo evidenciar que, aunque tenían claro que provenía de una gestión endógena y exógena, a veces de su responsabilidad y otras de las instituciones médicas, la percepción distaba de revelar realidades postparto en condiciones de bienestar con argumentos científicos.

¹⁴ Para desarrollar el folleto de presentación se dio nombre al proyecto de investigación: proyecto Lys (que en danés significa luz). El folleto usado para dar a conocer los objetivos de la investigación aparece en el anexo B.

¹⁵ Incontinencia urinaria y/o fecal, dolor perineal crónico, obstrucción y/o daño en músculos y/o nervios, dolor coital y sexualidad, prolapso de órganos pélvicos, trauma por episiotomías, mastitis.

¹⁶ Depresión, ansiedad, psicosis.

El contacto con las madres y con los operadores de la salud clarificó que el diagnóstico de la situación de la salud física y emocional postparto no era suficiente para referir bienestar (que era el estudio pensado inicialmente), sino que era vital entender que el bienestar postparto es una función compuesta por diversos factores, donde el axioma: *la calidad de vida es al menos tan buena como la anterior al parto* debía integrar el análisis de componentes de salud, conductuales y sociodemográficas.

Por último, los resultados obtenidos a través del análisis cualitativo sugirieron la necesidad de realizar una ampliación de la revisión teórica para profundizar en tipologías de padecimientos físicos y emocionales y en el análisis de factores que incidían en la conducta de las madres frente a su salud integral postparto, así, al momento del desarrollo de las entrevistas, la revisión teórica estaba compuesta por 93 artículos y al término del diseño de la encuesta por 253, de los cuales, se escogieron 114 para escribir la tesis.

Se seleccionaron 15 padecimientos físicos y 4 emocionales, 14 percepciones influenciadoras de la conducta y 11 variables sociodemográficas. Adicionalmente, para entender mejor la complejidad de la influencia de las percepciones de las madres y el contexto respecto al bienestar postparto, se usó un diagrama de relaciones que permitió explicar el vínculo causa – efecto en 2 escenarios: cuando aparecían los padecimientos físicos y emocionales y cuando se postergaban sus tratamientos.

2.3. Enfoque Cuantitativo

La observación y el lenguaje no verbal de las madres capturado en las entrevistas planteó la necesidad de desarrollar tres análisis en el marco cuantitativo: 1) la temporalidad del período postparto, 2) la definición de grupos de padecimientos en **probables** (los más típicos del postparto en el corto plazo), **comunes** (los que se pueden desarrollar por consecuencias del parto y/o el efecto de la maternidad) y **graves** (los que no son diagnosticados a tiempo y se

vuelven problemas de mediano – largo plazo), y 3) la conducta normalizadora de la presencia de padecimientos.

Los padecimientos físicos se agruparon en *4 probables*: problemas asociados a la lactancia, mastitis, incontinencia urinaria y problemas para dormir, *5 comunes*: dolor episiotomía, dolor constante de espalda, dolor constante de cabeza, dolor en manos y/o articulaciones y fatiga, *6 graves*: incontinencia fecal, dolor suelo pélvico – perineal (leve o crónico), dolor coital, obstrucción y/o daño en nervios y músculos pélvicos (pudendo, cluneal, sacros), prolapso de órganos y lesión en músculos rectos del abdomen (diástasis).

Respecto a los padecimientos emocionales se categorizó como *probable*, la depresión, como *comunes*, la ansiedad y el estrés crónico y como *grave* la psicosis. La clasificación de los padecimientos en probables, comunes y graves se hizo usando el marco teórico de referencia y la opinión de las madres y de algunos operadores de la salud de la fase del análisis cualitativo.

Teniendo clara la relevancia del estudio de la percepción de las madres sobre el bienestar en el postparto y dada la carencia de instrumentos de medición de la percepción fue necesario diseñar un instrumento de valoración de la situación postparto que aportara información sobre la tipología de padecimientos citados, las percepciones y variables asociadas a la calidad de vida en el postparto, la gestión médica y variables sociodemográficas referentes.

Antes de la liberación del instrumento final, se realizaron 2 pruebas piloto usando la herramienta *Crowd Signal*. La primera prueba piloto incluía 35 preguntas que las madres en Barcelona, Ciudad de México y Bucaramanga contestaron en un tiempo promedio de 17 minutos; la encuesta estuvo disponible 1 mes y contestarla completamente tomó en promedio 14 días. La prueba piloto 2 incluyó 25 preguntas que contestaron 55 madres (incluidas las mismas 35 anteriores) en un tiempo promedio de 13 minutos y 19 días.

Por el manejo de extracción de datos y el diseño gráfico sugerido de la encuesta se decidió cambiar de herramienta a *Zoho Survey*. La encuesta final¹⁷ fue anonimizada, incluyó un consentimiento informado, 19 preguntas, se liberó en marzo 2022, estuvo disponible 2 meses y tenía como valor esperado de respuesta 250 encuestas. Incluyó 11 preguntas sobre variables sociodemográficas y de contexto, 5 sobre percepción diferenciadas para padecimientos físicos y emocionales y 3 sobre experiencia postparto.

Las variables sociodemográficas y de contexto fueron: lugar del postparto, nacionalidad, edad, nivel educativo, ingreso mensual familiar, situación laboral antes y después del parto, situación sentimental en el postparto (con o sin pareja), número de hijos, edad de los partos (primero y último) tipos de partos y tipo de institución médica de atención de partos.

Las preguntas de percepción indagaron sobre las variables que afectaban la aparición de padecimientos, la postergación del tratamiento de padecimientos, la valoración del bienestar, la gestión de las instituciones médicas en el tratamiento de padecimientos y de la eficacia de la atención médica en el postparto.

Las preguntas sobre experiencia buscaron extraer información sobre cuáles de los padecimientos físicos y/o emocionales habían sufrido y cómo había sido la información, el tratamiento y la recuperación que habían recibido – tenido, su conducta frente a la presencia de padecimientos (“el efecto de normalización”), y la atención física, emocional y social recibida por parte de las instituciones médicas.

La divulgación de la encuesta se hizo de primera mano, con los contactos existentes y sus redes, vía email con invitación adjunta (PDF) para España, México y Colombia que incluía un acceso directo a la encuesta, y física para Barcelona que consistió en dejar colgado el folleto en lugares seleccionados para que las madres interesadas en participar escanearan el

¹⁷ La encuesta se puede consultar en el anexo C.

código QR y accedieran. En el folleto se presentó el proyecto de investigación *Lys*, sus objetivos y alcance¹⁸.

Para la divulgación online se enviaron 521 correos que incluyeron organizaciones sin ánimo de lucro, grupos postparto, establecimientos de fisioterapia y escuelas de yoga y pilates enfocados en postparto en España. Para la divulgación en sitio en Barcelona se visitaron 12 casales y/o espacios infantiles, 5 centros cívicos y 2 espacios de juego. Para la divulgación en general se enviaron 43 mensajes en Instagram a agentes relacionados con el postparto, tales como el parto es nuestro y grupos de matronas que pudieran ayudar a difundir.

Así, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia dirigido a madres en cualquier edad en cualquier lugar¹⁹, con cualquier tiempo postparto, es decir, no importaban los años que hubieran transcurrido después del último parto. Para el caso de la evaluación de los padecimientos no se preguntó abiertamente sobre ellos (como en el análisis cualitativo) sino solamente sobre los sufridos, ya que se buscó diagnosticar la situación de la salud física y emocional real y no el conocimiento al respecto.

2.4. Datos

Con los datos extraídos del desarrollo cualitativo y cuantitativo se hizo análisis estadístico y multivariado. En el cualitativo, se realizó análisis estadístico y de correlación de variables para observar la distribución temporal de los padecimientos físicos y emocionales en los primeros 3 años postparto y el impacto de la conducta normalizadora asociada.

Para amplificar el análisis de percepciones de las entrevistas hechas a madres se utilizó un diagrama de relaciones, un esquema que indicó la fuerza de la relación causa – efecto entre

¹⁸ El folleto aparece en el anexo D.

¹⁹ Buscando evaluar el impacto de la variable cultura en la percepción.

diferentes elementos de un *problema*, enfocado en las interrelaciones (Buurman & Lagro-Janssen, 2013), a través del cual se analizó la conexión de elementos claves y causas principales asociada con 11 percepciones relativas al postparto.

En el desarrollo cuantitativo, se hizo análisis descriptivo e inferencial, se corrieron pruebas ANOVA unidireccionales y bidireccionales y métodos Tukey para evaluar la correlación de grupos y variables y hacer comparaciones de confianza, es decir estas últimas se usaron como medio post hoc de validación.

Recordemos que las pruebas ANOVA²⁰ se usan para comparar las medias entre grupos y determinar si existen diferencias entre ellas utilizando la varianza, a través de la validación del valor de significancia de la prueba F. Así, las hipótesis a contrastar son:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$$

$$H_a: \mu_i \neq \mu_j$$

donde sí:

$F < F_\alpha$, se rechaza la hipótesis nula ($\rho < 0.05$)

$F > F_\alpha$, se acepta la hipótesis nula ($\rho > 0.05$)

Se usaron pruebas ANOVA unidireccional cuando se analizaron grupos no relacionados con una sola variable independiente y bidireccional cuando el análisis incluía una variable cuantitativa y varias nominales, de manera que se podía evaluar si los factores se afectaban entre sí. Por último, dado que ANOVA no muestra en cuáles grupos están las diferencias, para determinar dónde se encontraban, se corrieron pruebas Tukey (HSD).

²⁰ La referencia bibliográfica de cada uno de los pasos a continuación resumidos proviene de: (Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B.J., Anderson, 2009).

Así, cuando se encontraron valores p significativos en las pruebas ANOVA, se ejecutaron pruebas Tukey para determinar qué medias de grupos específicos (comparadas entre sí) fueron diferentes. Las hipótesis que se contrastaron mediante esta prueba fueron:

$$H_0: \mu_i = \mu_j$$

$$H_a: \mu_i \neq \mu_j$$

donde i y j representan grupos diferentes, y:

se acepta la hipótesis nula cuando $p < 0.05$

se rechaza la hipótesis nula cuando $p > 0.05$

Por otro lado, se usó análisis factorial para indagar sobre factores que pueden influir en el bienestar físico y emocional de las madres en el postparto. El modelo usado fue análisis factorial exploratorio, método de componentes principales.

Se escogió este tipo de modelo por la necesidad de encontrar un número menor a la cantidad de variables evaluadas que explicaran gran parte de la correlación de las originales (74 variables), porque no condiciona el número de factores a obtener ni sus componentes y porque el peso de los ítems da valor a la consolidación de los factores. El proceso de desarrollo del modelo²¹ corrido en *Stata 17* constó de las siguientes etapas:

- **Evaluar la viabilidad de realizar análisis factorial** a través del indicador *Kaiser Meller Olkin (KMO)*. Este indicador relaciona la correlación simple entre cada dos variables (r_{ij}) con la correlación parcial (a_{ij}), así:

²¹ Ibid.

$$KMO = \frac{\sum r_{ij}^2}{\sum r_{ij}^2 + \sum a_{ij}^2}$$

Donde,

Si $KMO < 0,5$: indica que el análisis factorial no es adecuado.

Si $0,5 < KMO < 0,7$: indica que el análisis factorial es aceptable.

Si $0,7 < KMO < 0,9$: indica que el análisis factorial es suficientemente bueno.

Si $KMO > 0,9$: indica que el análisis factorial es totalmente recomendado (“maravilloso”).

- **Extraer los factores, método de componentes principales.** Como el primer componente tiene el indicador de varianza máxima, y los siguientes, muestran proporciones progresivamente menores de varianza no correlacionada, se consideran aquellos factores cuyo autovalor sea mayor a 1.
- **Rotación, método varimax.** El método de rotación ortogonal reduce el número de variables que tienen cargas altas en cada factor, así, gracias a la matriz rotada se pueden obtener menor cantidad de factores e ítems agrupados en cada factor, lo que ayuda a tener un análisis más conducente.
- **Predicción.** Calcula el valor de las nuevas variables para cada observación. La matriz indica cuántas veces se tiene que multiplicar el valor estándar de cada variable para obtener el valor de cada factor para cada observación en caso de que se quiera formular un “modelo conductual”.

Se corrió un modelo para evaluar los factores que incidieron en el bienestar físico y emocional postparto (independientemente), considerando variables sociodemográficas, de percepción y calculadas vinculadas al bienestar. Las variables de los modelos se muestran a continuación:

Tabla 2. Variables del Modelo de Análisis Factorial

Variable	Nombre	Clase	Rango
LP	Lugar del posparto	Descriptiva	
N	Nacionalidad	Escalar	1 = Europa 2 = Latinoamérica 3 = Norteamérica
E	Edad	Cuantitativa	
NE	Nivel educativo	Escalar	1 = ESO 2 = Bachillerato 3 = Técnico 4 = Grado 5 = Licenciado 6 = Máster 7 = Doctorado
IFM	Ingreso familiar mensual (en euros)	Escalar	1 = hasta 999 2 = de 1.000 a 1.999 3 = de 2.000 a 2.999 4 = de 3.000 a 4.999 5 = 5.000 o más
SL_pP	Situación laboral postparto	Escalar	1 = sin trabajo 2 = estudiante 3 = jornada reducida 4 = jornada completa
SS	Situación sentimental	Escalar	1 = con pareja 0 = sin pareja
NH	Número de hijos		
EvUP	Diferencia entre edad actual vs último parto	Cuantitativa	
vePS	Años de diferencia entre partos		
TP	Tipo de parto	Escalar	1 = Vaginal 2 = Con episiotomía 3 = Instrumentado 4 = Maniobrado 5 = Cesárea 6 = Cesárea planificada 7 = Mix 8 = NN (cualquiera excepto 1) preferencia cesárea 9 = NN termina en cesárea 10 = Vaginal cambio a cesárea
TIM	Tipo de institución de atención a partos	Escalar	1 = Pública 2 = Privada 3 = Ambas
APF_P APE_P	Percepción sobre la influencia de la aparición de padecimientos físicos y emocionales asociados a las consecuencias del parto		
APF_C_GM APE_C_GM	Percepción sobre la influencia de la aparición de padecimientos físicos y emocionales asociados a la gestión de las madres en la cuarentena	Escalar	0 = Ninguna 1 = Baja 2 = Media 3 = Alta
APF_C_GIM APE_C_GIM	Percepción sobre la influencia de la aparición de padecimientos físicos y emocionales asociados a la gestión de las instituciones médicas en la cuarentena		

APF_CS_1_M APE_CS_1_M	Percepción sobre la influencia de la aparición de padecimientos físicos y emocionales asociados a la gestión de las madres en el primer año postparto		
APF_CS_1_IM APE_CS_1_IM	Percepción sobre la influencia de la aparición de padecimientos físicos y emocionales asociados a la gestión de las instituciones médicas en el primer año postparto		
APF_D APE_D	Percepción sobre la influencia de la aparición de padecimientos físicos y emocionales asociados a la desinformación		
APF_EM APE_EM	Percepción sobre la influencia de la aparición de padecimientos físicos y emocionales asociados al agotamiento, estrés y cansancio de las madres		
PPF_EM PPE_EM	Percepción sobre la influencia de la postergación del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales asociados a la energía, cansancio y tiempo de las madres		
PPF_RE PPE_RE	Percepción sobre la influencia de la postergación del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales asociados a los recursos económicos		
PPF_D PPE_D	Percepción sobre la influencia de la postergación del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales asociados a la desinformación		
PPF_PS PPE_PS	Percepción sobre la influencia de la postergación del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales asociados a la presión social (vinculada al rol de la "super mamá")		
PPF_CP PPE_CP	Percepción sobre la influencia de la postergación del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales asociados a la corresponsabilidad de la pareja		
PPF_C PPE_C	Percepción sobre la influencia de la postergación del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales asociados a la dificultad para conciliar (familia y trabajo)		
PPF_DIM PPE_DIM	Percepción sobre la influencia de la postergación del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales asociados a la disponibilidad de instituciones de salud pública		
TPF_CE TPE_CE	Percepción sobre de la gestión del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales que hacen las instituciones médicas respecto a si los controlan y dan tratamiento de manera temprana	Dicotómica	1 = Verdadero 0 = Falso
TPF_CI TPE_CI	Percepción sobre de la gestión del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales que hacen las		

	instituciones médicas respecto a si los atienden de manera tardía		
TPF_P TPE_P	Percepción sobre de la gestión del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales que hacen las instituciones médicas respecto a si los postergan lo máximo posible		
TPF_N TPE_N	Percepción sobre de la gestión del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales que hacen las instituciones médicas respecto a si indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento		
TPF_PI TPE_PI	Percepción sobre de la gestión del tratamiento de padecimientos físicos y emocionales que hacen las instituciones médicas respecto a si los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto		
EAM_N²²	Percepción sobre de la eficacia de la atención médica de padecimientos físicos y emocionales respecto a si infiere que las madres se quejan más de la cuenta		
EAM_PI	Percepción sobre de la eficacia de la atención médica de padecimientos físicos y emocionales respecto a si se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes		
EAM_RI	Percepción sobre de la eficacia de la atención médica de padecimientos físicos y emocionales respecto a si carece de recursos	Escalar	0 = En desacuerdo 1 = Neutral 2 = De acuerdo
EAM_SI	Percepción sobre de la eficacia de la atención médica de padecimientos físicos y emocionales respecto a si su sistema de información no revela las necesidades reales de las madres		
EAM_I	Percepción sobre de la eficacia de la atención médica de padecimientos físicos y emocionales respecto a si carece de interés o le es indiferente		
CMF_C CME_C	Control médico físico y emocional recibido en la cuarentena		
CMF_9M CME_9M	Control médico físico y emocional recibido a los 9 meses del parto	Dicotómica	1 = Verdadero 0 = Falso
CMS	Control médico social recibido durante la cuarentena		
INF INE	Índice de normalización de padecimientos físicos e índice de normalización de padecimientos emocionales	Escalar	0 = no normalizadora 1 = normalizadora 2 = Dicotómica 3 = predominantemente normalizadora

²² Para estas variables no se evaluaron independientemente los padecimientos físicos y emocionales porque aparte de que se buscaba tener una idea general de la percepción sobre la eficacia de las instituciones médicas, en las pruebas piloto los resultados eran prácticamente iguales para padecimientos físicos como emocionales.

			4 = predominantemente no normalizadora
EBF EBE	Evaluación del bienestar físico y evaluación del bienestar emocional		Evaluación de 1 a 5, siendo 5 el máximo valor
PFP – PEP PFC – PEC PFG – PEG	Cantidad de padecimientos físicos y emocionales probables, comunes y graves	Cuantitativa	Determinadas
PFP_TI – PEP_TI PFP_TA – PEP_TA PFP_TR – PEP_TR	Tasas de información, atención y recuperación de padecimientos físicos y emocionales		

Fuente: elaboración propia

Después de correr los análisis relativos de percepciones a través de ANOVA, el modelo factorial para los padecimientos físicos constó de 28 variables y 181 observaciones y el emocional de 29 variables y 124 observaciones. El cálculo especial de algunas variables fue de la siguiente manera:

- Para la variable *tipo de partos* se crearon tantas categorías como combinaciones encontradas en las respuestas.
- Se calculó la varianza entre la edad actual y la edad del último parto.
- Se calculó la varianza de edad entre partos.
- Como la encuesta incluía la revisión puntual de cada padecimiento físico y/o emocional sufrido y su nivel de información, tratamiento y recuperación respectivos, se sumaron los padecimientos por grupo y se calcularon las tasas asignando valores de 1 y 0 cuando había tenido o no para cada uno de los 3 ítems, así el promedio de todos los valores individuales por ítem por padecimientos correspondió a las tasas de información, atención y recuperación.

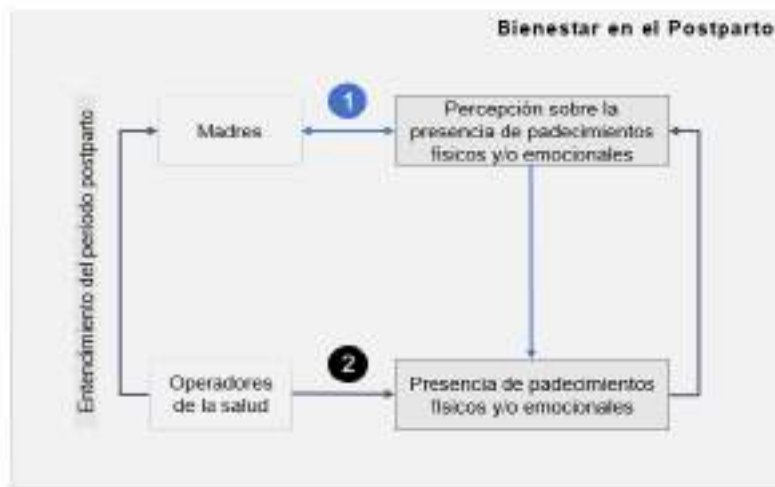
Capítulo 3. Resultados y Análisis Cualitativo

El análisis cualitativo constó de dos partes, la primera, entrevistas a 25 madres para determinar el conocimiento y la percepción que tenían de la temporalidad del periodo postparto y de 7 padecimientos físicos y 3 emocionales (independientemente de si los habían sufrido o no) y, entrevistas a 15 a operadores de salud para indagar sobre la percepción que tenían del impacto de tales padecimientos en la calidad de vida de las madres.

En la segunda parte a través de un *diagrama de relaciones* se desarrolló un análisis amplificado de las percepciones capturadas en las entrevistas hechas a las 25 madres, de manera que después de escucharlas e identificar patrones en las percepciones, se seleccionaron 11 tipos de percepciones “comunes” y se observó cómo se conectaban y cuál condición causa – efecto se producía al relacionarlas.

Con el análisis de estos dos enfoques se buscó entender tres correspondencias vigentes en la relación entre las madres y las y los operadores de la salud frente a las condiciones, 1) entendimiento del período postparto, 2) percepción sobre la presencia de padecimientos físicos y/o emocionales y 3) presencia de padecimientos físicos y/o emocionales.

Figura 5. *Sistema de Correspondencias del Bienestar en el Postparto*



Fuente: elaboración propia

La primera correspondencia mostró cómo el entendimiento que tenían las y los operadores de salud de la temporalidad del postparto influyó en las madres y moldeó sus percepciones aumentando la probabilidad de que presentaran padecimientos físicos y/o emocionales, ya que los sistemas de salud a través de sus protocolos de atención afectaron su salud integral al no cubrir sus necesidades físico – emocionales de forma sistemática.

La mayor complejidad de la interacción de estas correspondencias es que incidió en el bienestar de corto, mediano y largo plazo de las madres y que ellas no lograron identificar a través de ningún canal médico, acciones concretas (ni públicas ni privadas) para cambiar tal escenario, generando así un patrón normalizador de la existencia de los padecimientos relegado por las cargas asociadas a la maternidad.

Se pudo apreciar que los protocolos de atención a la salud física y/o emocional postparto por parte de los sistemas de salud públicos y/o privados jugaron un papel vital porque comunicaron y animaron a normalizar (o no) prácticas que como vimos en el marco teórico, en algunos casos, desde la evidencia científica deberían estar deslegitimados, pero dado que las instituciones médicas siguieron replicándolos, a las madres les costó modificar y/o evitar.

Para entender más a fondo este sistema, a continuación, se presentan los resultados encontrados sobre la conducta de estos agentes y las correspondencias indicadas en la figura 5. Dividimos la exposición en dos apartados, el primero, trabajo de campo que integra los resultados de las entrevistas hechas a madres y operadores de la salud y el segundo para exponer el análisis amplificado de las percepciones de las madres.

3.1. Trabajo de Campo

A continuación, la presentación de los hallazgos encontrados a partir de las encuestas hechas a las madres hace énfasis en los padecimientos, las percepciones y condiciones de

bienestar y los resultados de las entrevistas realizadas a operadores de salud, a las percepciones sobre el impacto de tales padecimientos en la calidad de vida de las madres.

3.1.1. Entrevistas a Madres

3.1.1.1. Padecimientos Físicos y Emocionales

La edad media de las mujeres entrevistadas fue de 38,5 años con una edad media del momento de los partos de 34,8 años, que en su mayoría tuvieron un solo hijo (88%). Se reconocieron cinco tipos de partos: no instrumental (16%), no instrumental con episiotomía (20%), instrumental (12%), instrumental con episiotomía (44%) y cesárea (8%).

Se les preguntó sobre sus padecimientos físicos y emocionales en los primeros tres años (independientemente para cada año), de manera binaria (1 = si, 0 = no) para la presencia o ausencia de estos. Adicionalmente se les preguntó sobre el conocimiento que tenían de los siguientes padecimientos: Incontinencia urinaria y/o fecal, dolor perineal crónico, obstrucción y/o daño en nervios, dolor coital y sexualidad, prolapso de órganos pélvicos, trauma por episiotomías, mastitis, depresión, ansiedad y psicosis²³.

Tabla 3. *Presencia / Ausencia de Padecimientos Físicos y Emocionales en el Postparto*

Período	Variable	Año 1	Año 2	Año 3
Padecimientos Físicos	Si	17	12	6
	No	8	13	19
% Si		68%	48%	24%
Padecimientos Emocionales	Si	22	16	4
	No	3	9	21
% Si		88%	64%	16%

Fuente: elaboración propia

²³ Una mezcla de padecimientos físicos y emocionales frecuentes e inusuales.

Pudimos ver para el primer año que más del 50% de las entrevistadas tuvieron ambos tipos de padecimientos (68% y 88%) que disminuyeron a una tasa promedio de 28% para ambos casos en el segundo año y de 16% en el tercero para padecimientos físicos y 75% para emocionales. Respecto a los padecimientos físicos, de las 25 madres, el 32% los tuvo sólo el primer año, el 24% por dos años y el 20%, durante los tres años evaluados.

Para el caso de los emocionales, el 28% de las madres los tuvo únicamente un año, el 52% durante 2 años y el 12%, los tres años²⁴. Se evidenció que, en el segundo año, el 59% de las madres mantuvieron los padecimientos físicos que habían tenido el primer año y el 29% hasta el tercero. Para el caso de los padecimientos emocionales el 50% de las que los tuvieron el primer año los mantuvo el segundo y 19% el tercero.

El 94% de las madres que tuvieron padecimientos físicos el primer año también tuvieron padecimientos emocionales, para las que los desarrollaron el segundo año, el 80% y el tercer año, 60%. Sólo dos madres que no tuvieron padecimientos el año 1 los desarrollaron el año 2, ninguna en el año 3.

En concreto, observamos que las encuestadas tuvieron una alta presencia de padecimientos físicos y emocionales, mayor en el primer año, con tendencia a la baja para los años 2 y 3, más drástica para los emocionales.

Por otro lado, vimos que sólo el 24% de las encuestadas no presentaron padecimientos físicos y únicamente el 8% no presentó padecimientos emocionales ningún año. También se pudo evidenciar que los padecimientos se desarrollaron principalmente en el primer año, y que en promedio el 55% de las madres los mantuvo el segundo año.

Teniendo un panorama claro de la presencia de ambos tipos de padecimientos, se procedió a preguntar sobre el conocimiento que tenían de ellos. El 88% negó saber sobre las características de los 7 físicos y el 76% de los 3 emocionales. Sólo el 24% y 16% de las que

²⁴ El detalle se puede consultar en el anexo E.

estuvieron sometidas a tratamientos de mediano y largo plazo respectivamente, supieron definir *claramente* las consecuencias que producían.

Sin embargo, hubo consenso al opinar que *creían* que muchos de los padecimientos tanto físicos como emocionales podían provenir de la calidad de los partos a los que estuvieron expuestas, ellas y las mujeres en general (se sentía empatía). Por ello y tomando en consideración el marco teórico, exponemos los hallazgos encontrados al respecto del parto como condición de bienestar de las madres en el postparto.

3.1.2.1.1. El parto como Condición de Bienestar

A continuación, presentamos la tipología de partos (para 5 casos) vinculada a la presencia de los 7 padecimientos físicos y los 3 emocionales para las 25 madres entrevistadas para los primeros tres años posteriores al parto.

Como se observa (tabla 5) para los padecimientos físicos, el tipo de parto con menor incidencia fue el no instrumental (vaginal) y el de mayor, la cesárea, sin embargo, dado el número de casos (tabla 4), el más relevante fue el tipo instrumental²⁵ con episiotomía²⁶. Para los padecimientos emocionales la tasa de incidencia fluctuó entre el 33% y el 67% para todos los tipos de parto y volvieron a ser más representativos los instrumentales.

Para ambos casos, padecimientos físicos y emocionales, la tasa de incidencia a través de los años disminuyó significativamente, más o menos en una proporción media del 50%, sin embargo, el tipo de parto instrumental con episiotomía y la cesárea fueron los más críticos ya que presentaron cambios menos sustanciales para los dos primeros años posteriores al parto, aunque también, unos muy altos para el tercero.

²⁵ Se refiere al uso de fórceps, espátulas o ventosas.

²⁶ Se refiere al corte en el perineo (suelo pélvico).

Tabla 4. *Presencia de Padecimientos Físicos y Emocionales Según Tipo de Parto para los Primeros 3 Años Postparto*

Tipo de parto	Padecimientos Físicos				Padecimientos Emocionales		
	Madres	Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3
No instrumental	4	1	0	0	3	1	0
No instrumental con episiotomía	5	2	0	0	4	2	0
Instrumental	3	2	1	1	3	2	1
Instrumental con episiotomía	11	10	9	4	11	10	2
Cesárea	2	2	2	1	1	1	1
Total	25	17	12	6	22	16	4
Distribución		68%	48%	24%	88%	64%	16%

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. *Tasas (%) de Incidencia en Padecimientos Físicos y Emocionales Según Tipo de Parto*

Tipo de parto	Padecimientos Físicos				Padecimientos Emocionales			
	Año 1	Año 2	Año 3	TI	Año 1	Año 2	Año 3	TI
No instrumental	25	0	0	8	75	25	0	33
No instrumental con episiotomía	40	0	0	13	80	40	0	40
Instrumental	67	33	33	44	100	67	33	67
Instrumental con episiotomía	91	82	36	70	100	91	18	70
Cesárea	100	100	50	83	50	50	50	50
Promedio	65	43	24	43	81	55	20	52

Fuente: elaboración propia

Estos datos son una fotografía de las condiciones de bienestar en términos de salud que enfrentan las madres. Que, de las 25 madres, 65% tuvieran padecimientos físicos y 81% emocionales el primer año nos muestra la severidad del problema de la salud física y

emocional en el postparto, sobre todo porque en el tercer año al menos el 20% de las madres continuaron teniendo dolencias.

Por ello, a través de los datos de la muestra quisimos validar estadísticamente si existió una correlación entre la tipología de partos y la presencia de padecimientos, encontrando una más fuerte para padecimientos físicos que para emocionales (0,7844 y 0,4693 respectivamente)²⁷. Para detallar a qué tipo de parto obedeció, corrimos una prueba ANOVA unidireccional que sólo fue significativa para los físicos ($F(4, 20) = 8.96, p = 0.0003$)²⁸.

Después de correr la prueba Tukey para validar las diferencias por grupos encontramos significancias para el caso del tipo de parto instrumental con episiotomía y cesárea respecto al no instrumental con episiotomía y del instrumental con episiotomía respecto al no instrumental, es decir, que el *instrumental con episiotomía* se consolidó como el *tipo de parto con mayor incidencia en la aparición de padecimientos físicos* y, en segundo lugar, la cesárea.

Este hallazgo sirvió para concretar el marco del desarrollo del análisis cuantitativo, pero también en esta instancia del análisis cualitativo creó la necesidad de entender a mayor detalle el efecto del parto en el bienestar de las madres, por lo que se realizaron tres entrevistas a madres en diferentes tiempos después del parto para recabar testimonios sobre el impacto de los partos en su bienestar de mediano – largo plazo.

3.1.2.1.1.1. Testimonios sobre Padecimientos Físicos.

A continuación, presentamos tres testimonios obtenidos en las entrevistas que exponen padecimientos físicos respecto a consecuencias físicas del parto y sus tratamientos, y también al sentir de las madres al momento de las entrevistas.

²⁷ Matriz de correlación calculada en *Stata 17*. Ver anexo F.

²⁸ Ver anexos G y H.

Testimonio 1: Madre de un Único Hijo, 12 Años después del Parto.

Tipo de parto: inducido, rotura de bolsa, aplicación de epidural y oxitocina, asistido con episiotomía, fórceps, maniobra Kristeller²⁹.

Resultado del parto: ingreso a la unidad de cuidados intensivos, lesión perineal tipo 2 (lesión de los músculos del periné sin afectar esfínter anal).

Padecimientos postparto: 4 meses para cerrar la herida abierta de la episiotomía, incontinencia urinaria y fecal 1 año después (lo que significaba tener que hacerse limpiezas exhaustivas de 3 a 4 veces al día), vida sexual inactiva por 2 años, dolor crónico, pierna izquierda con compromiso del movimiento.

Tratamiento 1er año: rehabilitación del suelo pélvico, infiltraciones en el suelo pélvico, fisioterapia por 2 meses.

Tratamiento al 3er año: operación del recto que deberá hacerse cada 3 o 5 años por corrección del diagnóstico (diagnósticos previos incorrectos): lesión perineal tipo 4, en el parto se amputó el nervio pudendo y el elevador izquierdo.

Declaraciones:

Ni en el preparto ni en el postparto me hablaron con la verdad.

La fisioterapia me ayudaba con el control del dolor, pero no podía pagar una privada.

No comía para no tener que ir al baño, tomaba tabletas energéticas.

Era masoquismo, el intenso dolor al penetrarme frente al placer en mi cerebro.

Recuperé mi dignidad después de la operación del recto.

²⁹ Consiste en ejercer presión sobre el abdomen.

Aprendí a vivir con el dolor.

Testimonio 2: Madre de Dos Hijos, 5 Años después del Parto.

Tipo de parto: aplicación de epidural y oxitocina, ambos partos vaginales.

Resultado del parto: desgarre.

Padecimientos postparto: mastitis, incontinencia urinaria.

Tratamiento 1er año: rehabilitación del suelo pélvico.

Tratamiento al 3er año: ninguno.

Declaraciones:

Nadie me explicó cómo hacer la limpieza de la herida.

Los grupos postparto no son útiles.

Después de tres episodios de mastitis me resigné a dejar la lactancia.

Testimonio 3: Madre de Una Única Hija, 3 Años Después del Parto.

Tipo de parto: inducido, rotura de bolsa, aplicación de epidural y oxitocina, asistido con fórceps, episiotomía.

Resultado del parto: desgarre, lesión perineal tipo 2 (lesión de los músculos del periné sin afectar esfínter anal), síndrome de atrapamiento de nervios pudendo y cluneal. Ingreso de la bebé a la unidad de cuidados intensivos.

Padecimientos postparto: 2 meses para cerrar la herida abierta de la episiotomía, incontinencia urinaria 1 año después, vida sexual inactiva por 6 meses, dolor crónico en cicatriz

de episiotomía 2 años después, dolor permanente en glúteo y pierna derecha al estar sentada y de pie, 2 años después.

Tratamiento 1er año: rehabilitación del suelo pélvico, infiltraciones en el suelo pélvico, fisioterapia por 6 meses.

Tratamiento al 3er año: bloqueo de nervios pudendo y cluneal que deberá hacerse cada vez que el dolor se vuelva inmanejable. Fisioterapia autofinanciada.

Declaraciones:

Nadie debería tener un parto inducido, nadie.

Cuando fui a urgencias por que se habían abierto los puntos de la episiotomía y del desgarre la matrona me dijo: ya se cerrarán. No me gusta ver mi vagina.

Me dijeron que había que esperar al menos un año para tener un diagnóstico contundente, duré dos años y medio llorando todos los días por culpa del dolor.

Estos testimonios muestran información valiosa sobre la temporalidad del postparto. Aún hoy mucha literatura científica que lo estudia centra sus análisis en el corto plazo, 40 días, 3, 6 meses. Ese análisis reduccionista limita el entendimiento del bienestar físico de las madres porque como vemos varios de los procesos de recuperación de los padecimientos físicos que se generan en el postparto pueden conllevar años y por tanto desmejorar su bienestar.

Vemos también, como lo indica la literatura científica, la alta correlación que hay entre la presencia de padecimientos cuando los partos presentan anomalías y niveles de atención médicos no alineados a las necesidades de las madres. Asimismo, que los 3 casos presentaron el padecimiento del suelo pélvico, lo que según la investigación cualitativa - por lo menos en Barcelona - pareciera ser algo común, es decir un padecimiento que se ha “normalizado”.

Así, a partir de la evidencia científica y los testimonios expuestos podemos resaltar 3 necesidades relevantes: 1) velar por partos respetados que minimicen la probabilidad de desarrollar padecimientos físicos en el postparto, 2) ampliar las políticas de atención médicas a tiempo y de acuerdo con las necesidades *reales* de las madres y 3) entender científica y socialmente que la temporalidad del postparto debe ser relativa al bienestar de las madres.

3.1.2.1.2.1. Testimonios Sobre Padecimientos Emocionales

Testimonios para las madres citadas anteriormente. Que tuvieron padecimientos físicos incidió en la existencia de los emocionales.

Testimonio 1: Madre de un Único Hijo, 12 años Después del Parto.

Padecimientos postparto: bloqueo emocional, depresión, ansiedad.

Tratamiento 1er año: terapia psicológica de 3 meses.

Tratamiento al 3er año: ninguno.

Declaraciones:

No puede ser que tener un hijo te joda tanto la vida.

Era y es imposible pagar todos los años de tratamiento necesarios para superar esto.

Mi vida laboral y de pareja se volvió un martirio. Mi vida social hasta la cirugía casi dejó de existir.

Testimonio 2: Madre de Dos Hijos, 5 años Después del Parto.

Padecimientos postparto: baby blues, depresión.

Tratamiento 1er año: ninguno.

Tratamiento al 3er año: ninguno.

Declaraciones:

Mi pareja nunca supo lo mal que llegué a sentirme, ¿para qué?

Conciliar las renunciaciones que tenía que enfrentar para ser madre sigue siendo difícil.

Testimonio 3: Madre de una Única Hija, 3 Años Después del Parto.

Padecimientos postparto: depresión, ansiedad, psicosis.

Tratamiento 1er año: una visita a psicología.

Tratamiento al 3er año: ninguno.

Declaraciones:

El primer recuerdo que tengo de mi hija es la imagen de una niña muerta.

Nunca había soportado tanto dolor continuo, nunca había pensado tantas veces en el suicidio.

La psicóloga me hizo un cuestionario de 10 preguntas, me preguntó por mi infancia y me dijo que estaba bien.

No entiendo por qué pienso lo que pienso.

Los testimonios mostraron la presencia de enfermedades no tratadas porque el sistema de salud no proveyó atención, y/o fue ineficiente, y/o financieramente inasumible para las madres, vemos también una falta de confianza en las parejas a la hora de compartir los conflictos emocionales y una desvinculación del entorno social. Por otro lado, a partir de las declaraciones observamos el impacto de revivir la situación postparto 12, 5 y 3 años después.

Entendiendo la realidad que exponen los testimonios desde el ámbito del bienestar es fundamental divulgar masivamente que la salud emocional en el postparto importa. En los últimos 20 años la literatura científica ha desarrollado un compendio de investigaciones relevantes sobre el tema³⁰ que no se está difundiendo. Necesitamos enseñar información a madres y a la sociedad sobre bienestar postparto que esté basada en evidencia científica.

La evidencia científica que estudia los padecimientos emocionales postparto trata de entender las causas por las que las madres los presentan, esto es, los cambios producto de la maternidad, la relación con el infante, la carga social, etc., pero por ahora lo hacen de manera transversal. Actualmente no se encuentran análisis científicos longitudinales de la salud emocional de las madres que permitan reconocer patrones y relaciones socio – culturales.

Como con el caso de los padecimientos físicos, en el ámbito de la literatura científica referida al bienestar emocional postparto es fundamental entender que la temporalidad del postparto está condicionada por el bienestar de las madres y en esa medida las investigaciones deben alinearse y asociarse con la dinámica que van teniendo las variables socio económicas, políticas y culturales que las contextualizan.

3.1.2.2. Percepción sobre Padecimientos Físicos y/o Emocionales

Se les preguntó a las madres cuán normal consideraban la existencia de los padecimientos que sufrieron durante los primeros tres años después del parto, apreciando que, para los físicos, el primer y segundo año hubo una tendencia a normalizarlos (84% y 72% respectivamente).

Mostrando un cambio significativo en el tercero (40%), representado por una diferencia de 12% para el año 2 y de 44% para el tercero, mientras que, para los emocionales, con una

³⁰ Aunque tratan el postparto con una temporalidad corta, 40 días, 3 meses, etc.

tendencia a normalizarlos más marcada, los cambios entre años fueron menos significativos, 5% para el año 2 y 15% para el 3³¹.

Tabla 6. *Conducta Normalizadora de Padecimientos Físicos y Emocionales*

Padecimientos	Año 1	Año 2	Año 3
Físicos	84%	72%	40%
Emocionales	96%	92%	76%
Promedio	90%	83%	60%

Fuente: elaboración propia

La explicación que dieron sobre lo que a partir de este momento llamaremos “*efecto de normalización*”, - el acto de asumir la presencia de padecimientos como propios de la maternidad - estuvo sustentada en la falta de información, la confianza infundada que tenían en el seguimiento que debían hacer las instituciones de salud que las atendían y el ritmo propio de la maternidad que las agotaba al punto de relegarlos.

Respecto a la percepción de los padecimientos emocionales, el efecto de normalización fue mucho más marcado, principalmente porque los valoraron “*sin importancia*”, “*como algo que ya pasará*” y anotaron la dificultad que tuvieron para aceptar su existencia, pues de alguna manera los consideraban *tabú*, tanto, que varias de las madres ni siquiera se atrevieron a hablar de ellos con sus parejas.

En relación con el control del bienestar, las madres expresaron su inconformidad con las evaluaciones que tuvieron por parte de las instituciones médicas públicas y/o privadas, indicando que en ninguno de los sistemas de atención pudieron acceder a los resultados de las encuestas que les hicieron, de manera que esa información que fue capturada por las matronas no tuvo control ni seguimiento, por tanto, resultó inútil para ellas.

³¹ El detalle se puede consultar en el anexo I.

Refirieron que otra de las falencias de la medición del bienestar fue que sólo completaron cuestionarios durante el puerperio, muy generales³², por lo que las demás causas fisiológicas, médicas y/o del contexto fuera de ese periodo tendieron a quedar excluidas de sus historiales médicos ya que sólo cuando fue *realmente grave* acudieron a buscar atención médica específica.

Así, desde el punto de vista de la percepción de las madres sobre la presencia de padecimientos físicos y emocionales después del parto encontramos una tendencia a normalizarlos especialmente por la influencia de las instituciones médicas y sus protocolos de atención, pero también por sus dinámicas de vida y la presión ejercida por la sociedad que también normaliza situaciones de malestar en las madres.

3.1.3. Entrevistas a Especialistas de la Salud

Para analizar el entendimiento de las y los operadores de la salud sobre el bienestar postparto, se entrevistaron 5 ginecólogues, 5 fisioterapeutes, 5 matronas, 2 psicólogues y 2 psiquiatras a los que se les preguntó sobre los mismos padecimientos físicos y emocionales que a las madres. Usando una escala de 1 = baja, 2 = media y 3 = alta se les pidió que evaluaran la frecuencia con que los atendían.

Tabla 7. Categorización de la Frecuencia de Atención de Padecimientos Físicos y/o Emocionales

Padecimiento	Ginecólogos	Fisioterapeutas	Matronas	Psicólogos	Psiquiatras
Incontinencia urinaria y/o fecal	2	3	3		
Dolor perineal crónico	1	2	2		

³² Claramente las consecuencias de una enfermedad grave no serán las mismas que las de una manejable, pero esa no manejable puede convertirse en grave por la falta de atención.

Obstrucción y/o daño en nervios y/o músculos	1	1	1		
Dolor coital y sexualidad	2	3	3		
Prolapso de órganos pélvicos	1	2	1		
Trauma por episiotomías	2	3	3		
Mastitis	2	1	2		
Depresión				3	3
Ansiedad				2	3
Psicosis				1	2
Media	1,6	2,1	2,1	2,0	2,7

Fuente: elaboración propia

Todes estuvieron de acuerdo en que existe una correlación entre la *calidad del parto* y el *bienestar en el postparto*, pero cuando se les preguntó sobre el protocolo clínico que daba seguimiento a tal correlación, indicaron que no existía y dudaron de que pudiera definirse uno que incluyera un proceso temporal para catalogar padecimientos físicos y/o emocionales, ya que, *no es generalizable*, dijeron.

Indicaron que, dado que la presencia de los padecimientos estaba ligada a la salud anterior al parto y a la capacidad innata y propia de cada cuerpo para recuperarse, era *imposible* determinar el efecto real que cada uno de los padecimientos físicos y/o emocionales podrían producir en la salud postparto, de manera que pudiera construirse un protocolo médico de atención.

Respecto a la valoración que hicieron de la frecuencia con que los atendían, fueron los fisioterapeutas quienes manifestaron que les parecía que había una subvaloración del impacto de los padecimientos físicos y los psiquiatras, de los padecimientos emocionales, anotando que

una vez que se inician los tratamientos salían a la luz varios padecimientos o condiciones rezagadas.

Psicólogos y psiquiatras consideraron la depresión como el padecimiento más relevante refiriéndolo como detonante de los otros dos problemas mentales, sin embargo, algunos de los entrevistados manifestaron que uno de los problemas básicos por los que no se atienden a tiempo las dolencias del postparto es porque las madres *son adversas a tratarse*.

En general, los médicos de la salud física y emocional vinculados al postparto aseguraron que un cambio en la conducta de las madres podría ayudar a ajustar los protocolos de atención, porque el sistema intuye que todo está bien *dado que ellas buscan tardíamente atención o simplemente la omiten*. También aseguraron que esa omisión provocaba muchas veces la aparición de problemas que habrían podido evitarse.

Cuando se les preguntó sobre los instrumentos que usaban para medir el bienestar físico y/o emocional de las madres, únicamente las matronas indicaron que solían usar dos tipos de cuestionarios cortos que habitualmente aplicaban en la última revisión del puerperio (pueden hacer 2 o 3), uno para medir niveles de depresión y otro para violencia doméstica; dependiendo de los resultados las madres podían ser remitidas a otras instancias médicas, pero indicaron que normalmente no sucedía.

Que no existan instrumentos para tipificar padecimientos físicos y/o emocionales temporales representa un vacío significativo en la calidad de la atención médica postparto porque ni las madres ni los operadores de la salud pueden medir las condiciones de la salud integral en diferentes momentos del postparto, y por tanto carecen de información para diseñar políticas de bienestar de largo plazo e impacto real.

3.1.4. Diagnóstico

A través de las entrevistas se pudo observar que tanto las madres como los especialistas de la salud física y emocional tienen un entendimiento diferente, contrario, de la

responsabilidad sobre la atención oportuna de padecimientos. Por el lado de las madres se apreció una conducta normalizadora de las condiciones que pueden disminuir el bienestar y por parte de las y los operadores de salud una minimizadora del impacto que los padecimientos pueden tener en la calidad de vida de las madres.

Vemos claramente en la tabla 7 que a nivel físico existe una valoración más alta para la incontinencia urinaria y/o fecal, el dolor coital y la sexualidad y el trauma por episiotomías, y a nivel emocional para la depresión. Subyace entonces la pregunta de por qué si esto es notorio, aunque no se pueda crear un proceso idéntico de tratamiento, no se promueven líneas de acción que de alguna manera los controlen y den seguimiento.

Desde el contexto de las madres, pudimos ver que en los primeros tres años postparto su calidad de vida estuvo afectada por la existencia y permanencia de padecimientos físicos y emocionales que tendieron a normalizar y de los que desconocían el verdadero impacto sobre su bienestar de corto, medio y largo plazo, frecuentemente abstraídos de tratamientos médicos acordes a sus necesidades reales.

Encontramos una correlación entre la tipología de parto y la existencia de padecimientos físicos, enfocada en los efectos del parto instrumental con episiotomía y la cesárea. Aunque en términos generales se apreció una correlación leve entre el tipo de parto y la existencia de padecimientos emocionales al hacer el análisis de la varianza por grupos no fue significativa, hallazgo posteriormente explorado en el análisis cuantitativo.

Para profundizar en el entendimiento de la situación del bienestar postparto, estos hallazgos mostraron la necesidad de indagar sobre las condiciones de información, tratamiento y recuperación que tienen las madres de sus padecimientos físicos y emocionales, y las características asociadas al efecto de normalización. A partir de las entrevistas también se consideró la ampliación del número de padecimientos. Todo se incluyó en el capítulo 4.

3.2. Análisis de Percepciones

Además de la información estadística obtenida a través de las entrevistas, el análisis de la narrativa permitió identificar percepciones de las madres en el postparto que fueron vitales para orientar el marco teórico y diseñar el instrumento de obtención de datos cuantitativo. Las principales percepciones (comunes) fueron las siguientes:

- Recordaban el parto como una situación carente de control, información y poder de decisión.
- Cuando los partos implicaron situaciones de estrés, valoraban primordialmente el estado de los bebés y no el propio.
- Asociaban el postparto principalmente con el puerperio.
- Indicaron que la atención médica recibida en el puerperio estuvo más enfocada en los bebés que en ellas: que los bebés coman bien, duerman bien, crezcan bien, etc.
- La mayoría de los padecimientos físicos fueron producto de las consecuencias del parto, y los emocionales del entendimiento y práctica del rol de madre en el contexto familiar, social y laboral.
- La situación de atención a la salud física y emocional por parte de las instituciones médicas fue nimia y careció de protocolos de control y seguimiento.
- La duración de los padecimientos fue superior a un año principalmente porque la asignación de tratamientos fue tardía.
- Los padecimientos físicos fueron mucho mejor atendidos que los emocionales.
- Los tratamientos del sistema de salud público tuvieron varias derivaciones, no se desarrollaron en una única instancia clínica.
- Cuando los tratamientos implicaron atención privada, se descartaron rápidamente.
- La lactancia materna significó mayoritariamente un problema físico y emocional.

- La presión social sobre la lactancia materna influyó en la percepción de buena o mala madre: *“apenas di 4 meses el pecho a mi hijo, que mala madre”*, anotó entre risas una madre en su entrevista.
- Revelaron la existencia de corresponsabilidad de la pareja, no alineada a las expectativas.
- La mayoría de las madres optó por la reducción de la jornada laboral de largo plazo.
- Valoraron la pandemia (COVID – 19) como una condición de suerte porque les permitió trabajar desde casa, sin necesidad de alejarse muchas horas de sus hijos, lo que influyó en el alargamiento del periodo de lactancia y en el incremento del cansancio.
- *“Nadie te dice lo que es realmente la maternidad”*, fue una frase que en diversas palabras y contextos se usó para expresar la “inadaptación” al rol de madre.
- *“Internet y las redes me han ayudado mucho”*, expresaban varias de ellas para enmarcar los canales a través de los cuales empezaron a entender y resolver sus padecimientos.
- *“Tengo amigas que no conozco”*, una frase para referir el apoyo social recibido en grupos de soporte *en redes*.
- *“El Espai estaba bien, me ayudaba, pero yo tenía que trabajar”*, una frase para referirse a los espacios de apoyo social que se dejan de visitar por la falta de políticas públicas vinculadas a las condiciones laborales.
- Indicaron que las políticas de salud pública no estaban alineadas a la realidad postparto y que las políticas sociales vinculadas a la maternidad carecían de eficacia.

Después de escuchar a las madres e identificar patrones en las percepciones, se seleccionaron 11 tipos para analizar cómo se conectaban y cuál relación causa – efecto se producía al relacionarse. Para ello se utilizó un diagrama de relaciones (Bhawan et al., 2018)

que permitió evaluar la complejidad del entendimiento del bienestar por parte de las madres. El grupo de percepciones analizadas fue respecto a³³:

- P01: consecuencias del parto
- P02: gestión de las madres en el corto y mediano plazo
- P03: gestión de las instituciones médicas en el corto y mediano plazo
- P04: disponibilidad de las instituciones médicas
- P05: recursos económicos
- P06: información
- P07: corresponsabilidad de la pareja
- P08: presión social (vinculada al rol de la “super mamá”)
- P09: conciliación
- P10: efecto de la maternidad (energía, cansancio, agotamiento, estrés)
- P11: padecimientos físicos y/o emocionales
- P00: situación de bienestar

Partimos de la premisa que P00 refleja la situación de bienestar que genera la percepción, por lo que sólo se tienen en cuenta sus efectos cuando lo afecta positivamente. Posteriormente se analizaron las conexiones entre las 11 percepciones definidas para determinar el nivel de causalidad de cada una sobre las demás, de manera que aquellas definidas como elemento clave fueron las que agruparon mayor cantidad de causas y efectos y las causas principales fueron aquellas donde la fuerza de la causa fue más determinante. Los resultados se agruparon en 3 niveles, y cada percepción en orden de impacto:

³³ La matriz del diagrama de relaciones puede verse en el anexo J.

Tabla 8. Impacto de Causalidad de Conexiones

Tipo de Impacto	Percepción sobre
Elemento clave primario	<ol style="list-style-type: none">1. Gestión de corto y mediano plazo de las madres2. Padecimientos físicos y/o emocionales3. Corresponsabilidad de la pareja4. Consecuencias del parto5. Conciliación
Elemento clave secundario	<ol style="list-style-type: none">1. Información2. Efecto de la maternidad3. Gestión de corto y mediano plazo de las instituciones médicas4. Recursos económicos
Causa principal	<ol style="list-style-type: none">1. Presión social2. Disponibilidad de instituciones médicas públicas

Fuente: elaboración propia

Las percepciones que integraron el grupo de *elementos clave* se dividieron en dos: primarios y secundarios. Fue interesante observar que el *primer grupo* lo integraron aquellas percepciones asociadas con la *responsabilidad de las madres*, su contexto y la existencia de padecimientos.

También que la gestión de las madres se percibió como factor más influyente del bienestar que tener padecimientos. Este hallazgo podría sustentarse, como lo explica la literatura académica, en que las madres tienden a asumir más su situación de bienestar como su responsabilidad que como la de varios agentes.

Como vimos en el marco teórico el efecto de la corresponsabilidad y de la conciliación tendieron a ser más apreciadas por las madres que otras relevantes como la gestión de las instituciones médicas, lo que se puede justificar en el hecho de que las madres se sintieran desprotegidas y anonimizadas en el postparto.

Al respecto, las madres fueron contundentes al afirmar que un mejor acompañamiento de las parejas, teniendo procesos de conciliación más amables principalmente en el contexto laboral contribuiría positivamente en el incremento del bienestar integral en la maternidad.

Observamos también el impacto de la existencia de los padecimientos físicos y/o emocionales sobre el bienestar. Fue la única percepción que estuvo afectada por todas las demás, esto fue, que todos los efectos de los factores estuvieron asociados con el bienestar y se percibieron como detonantes en desmejoras en el corto, mediano y largo plazo.

Por otro lado, que apareciera el parto como elemento clave podría estar explicado por la percepción común de malestar respecto a las características del desarrollo de los partos y del hecho de que los asociaran al origen de los padecimientos.

Los elementos que aparecieron en el segundo elemento definieron el bienestar de las madres de acuerdo con los recursos disponibles, la atención médica que recibieron, los recursos económicos con que contaron, los canales de información de que dispusieron y el impacto de la maternidad.

Así, el primer elemento refirió la percepción sobre los factores que de alguna forma pudieron regular, los endógenos, mientras que el segundo mostró los exógenos, que no dependieron de ellas, de manera que en el ámbito del desarrollo de políticas la orientación de bienestar podría responder a estos lineamientos.

Fue relevante identificar como *causas principales* dos percepciones asociadas a factores que pueden modificar el comportamiento de las madres, por un lado, la presión social al asumir cargas de rol que potencian la existencia de padecimientos físicos y emocionales y, por otro, el impacto de la presencia de instituciones médicas de atención pública, ya que, según lo observado, ante su ausencia, las madres tendieron a omitir los tratamientos.

Teniendo en cuenta estos hallazgos y la evidencia científica encontrada en el marco teórico sobre la afectación al bienestar físico y emocional de las madres en el corto, mediano y largo plazo, a continuación, se clasificaron las percepciones de acuerdo con su efecto temporal en dos escenarios: 1) cuando aparecen padecimientos físicos y/o emocionales y 2) cuando se postergan sus tratamientos.

Tabla 9. *Impacto de la Percepción Ante la Aparición de Padecimientos y Postergación de sus Tratamientos*

Escenario	Percepción	Impacto
Aparición	Parto	Ante partos menos respetados mayor probabilidad de que aparezcan padecimientos
	Gestión de las madres en el corto plazo	Una gestión de atención menor a la salud postparto por parte de las madres y de las instituciones médicas aumenta la probabilidad de que aparezcan padecimientos
	Gestión de las instituciones médicas en el corto plazo	Una normalización mayor de la presencia de padecimientos por parte de las madres y de las instituciones médicas aumenta la probabilidad de posponer el tratamiento de padecimientos
Postergación	Gestión de las madres en el mediano plazo	A menor disponibilidad de recursos económicos mayor probabilidad de posponer los tratamientos de padecimientos
	Gestión de las instituciones médicas en el mediano plazo	Un mayor estrés para encajar en el rol de “super mamá” aumenta la probabilidad de posponer el tratamiento de padecimientos
	Recursos económicos	Expectativas negativas sobre la pareja y su falta de corresponsabilidad aumenta la probabilidad de postergar los tratamientos de padecimientos
	Presión social	La falta de condiciones temporales y monetarias para moderar la vida personal,
	Corresponsabilidad de la pareja	
	Conciliación	

		familiar y laboral aumenta la probabilidad de postergar los tratamientos de padecimientos
	Disponibilidad de instituciones de salud públicas	A menor disponibilidad de atención por parte de instituciones públicas mayor probabilidad de postergar tratamientos
Aparición – Postergación	Acceso a información	La desinformación y/o la falta de entendimiento de la información sobre síntomas y potenciales padecimientos aumentan la probabilidad de que aparezcan y se posterguen sus tratamientos
	Efecto de la maternidad	La fatiga, el agotamiento, el nivel de cansancio, de tiempo, el estrés, aumentan la probabilidad de que aparezcan padecimientos y se posterguen sus tratamientos

Fuente: elaboración propia

El planteamiento de ambos escenarios es relevante (y se profundiza en el análisis cuantitativo) porque establece dos momentos conductuales en los que las madres pueden asumir de diferentes maneras su bienestar y tomar acciones para entenderlo y manejarlo y a través de los que se pueden empezar a desarrollar sinergias que brinden planes postparto alineados al bienestar basados en evidencia científica.

De manera que a través de la exploración científica y tomando como referente factores que pueden afectar la percepción de las madres sobre el bienestar postparto, podemos sugerir que el diseño de políticas de salud pública en pro del bienestar postparto debería orientarse a elementos claves y causas principales relacionados a la salud, contexto y al momento postparto en que se encuentren las madres, ya que cambios en sus niveles de satisfacción pueden modificar su conducta para actuar en búsqueda de bienestar.

Capítulo 4. Resultados y Análisis Cuantitativo

Para conocer la situación del bienestar postparto, el análisis de resultados cuantitativo tuvo tres enfoques: 1) entendimiento social de la duración del periodo postparto, 2) diagnóstico de la situación de bienestar postparto en términos de la existencia y condiciones de padecimientos físicos y emocionales y 3) diagnóstico de la situación de bienestar postparto en términos del análisis de la percepción materna para definir qué tipo de factores incidieron en el bienestar de las madres en el postparto.

4.1. Entendimiento de la Temporalidad del Periodo Postparto

Para explorar el entendimiento social del periodo postparto se realizó una sencilla encuesta a 75 personas entre los 18 y 74 años a las que se les preguntó cuánto tiempo duraba el postparto³⁴. De las 51 mujeres encuestadas, 27 fueron madres (53%) y de los 24 hombres, 10 fueron padres (42%). La agrupación por intervalo de edad y distribución parental se muestra a continuación:

Tabla 10. *Distribución Poblacional – Encuesta de Opinión Proyecto Lys*

Intervalo de edad	Mujeres		Hombres	
	Total	Madres	Total	Padres
18 a 29	16	6%	10	10%
30 a 39	21	57%	10	60%
40 a 49	6	100%	4	75%
50 a 59	1	100%	0	0%
60 a 69	6	100%	0	0%
>70	1	100%	0	0%
Total	51		24	

Fuente: elaboración propia

³⁴ Las opciones eran: 40 días, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 1 año, 2 o más años, otros.

Tabla 11. Categorización Periodo Postparto – Distribución Poblacional Parental

Período	Mujeres		Hombres	
	Total	Madres	Total	Padres
40 días	10	37%	2	20%
3 meses	3	11%	1	10%
6 meses	1	4%	2	20%
9 meses	1	4%	2	20%
1 año	7	26%	1	10%
2 años o más	4	15%	0	0%
Otros	1	4%	2	20%
Total	27		10	

Fuente: elaboración propia

Nota. Esta tabla muestra (únicamente) la opinión de las madres y padres encuestados sobre la duración del periodo postparto.

Como puede observarse, tanto para las madres o padres como para los que no lo son, el principal entendimiento de la duración del periodo postparto fue de 40 días. Para el caso de las madres se evidenció más afinidad con el periodo anual o superiores sin llegar a ser mayoritaria³⁵, de hecho, la mayor distribución de respuestas fue para los periodos 40 días.

Para los padres no se observó ninguna categoría representativa, pero fue interesante validar que tuvieron una opinión menos concentrada en los 40 días y también distribuida para los periodos 6 y 9 meses.

Tabla 12. Distribución Poblacional no Parental

Período	Mujeres		Hombres	
	Total	%	Total	%
40 días	7	29%	8	57%
3 meses	6	25%	5	36%

³⁵ En conjunto los periodos menores a 1 año son el 56% de la muestra, mientras que los mayores iguales a 1 año, el 41%.

6 meses	3	13%	1	7%
9 meses	0	0%	0	0%
1 año	2	8%	0	0%
2 años o más	2	8%	0	0%
Otros	4	17%	0	0%
Total	24		14	

Fuente: elaboración propia

Nota. Esta tabla muestra (únicamente) la opinión de las y los encuestados que no son madres ni padres sobre la duración del periodo postparto.

Para el caso de las mujeres y hombres no madres o padres se mostró una preferencia por los periodos más cercanos al parto y llamó la atención que parecieran no concebir periodos posteriores a seis meses, incluso, tanto mujeres como hombres concibieron mayoritariamente el periodo postparto como uno de duración hasta tres meses.

Este acercamiento al entendimiento de la duración del periodo postparto es relevante porque nos muestra la concepción con que la sociedad se está enfrentando a la materno – paternidad.

Los datos también nos muestran que como es de suponerse el entendimiento de la duración del periodo postparto cambia por el hecho de **ser o no** madre o padre, vemos por ejemplo que sólo el 8% de las *no madres* concibieron 1 año como periodo postparto mientras que *las madres*, 26%, de igual forma para los padres, de 0% a 10%.

Dentro de ese contexto, el primer grupo indicó como otros periodos posibles: *45 días, para cada madre es diferente, toda la vida* y el segundo: *depende de cada mujer, hasta que la mujer sienta que ha terminado e indefinido*.

Así, a través de este sencillo testeo se pudo validar que prevaleció una tendencia general a entender como periodo postparto uno que como vimos en el marco teórico, organizaciones e investigadores de salud obstetra y ginecológica han empezado a señalar como deficiente y austero.

Este hallazgo es relevante porque muestra el primer problema de la atención en el postparto, suponer que en 40 días, 3 meses, las nuevas necesidades de las madres pueden estar cubiertas, el desconocimiento social (incluso de madres y padres) sobre la duración de una etapa que debe enfocarse también en las madres y no solo como suele hacerse, en los infantes (Shaw et al., 2006).

Estos hallazgos también soportan los encontrados en el análisis cualitativo que indicaban un patrón de normalización de las madres sobre la existencia de padecimientos físicos y/o emocionales después del parto y referían una presión adicional vinculada a la percepción que tenían sobre como también la sociedad tendía a normalizar el malestar materno.

4.2. Diagnóstico del Bienestar de la Situación Materna

En este apartado se analiza la existencia y condiciones de los 15 padecimientos físicos y 4 emocionales seleccionados para el estudio a través del cálculo de la tasa de bienestar física y emocional y se revisa el impacto de cada grupo de padecimientos en contraste al efecto de normalización de las madres, no sin antes haber examinado las variables sociodemográficas explicativas de la muestra. A continuación, los resultados.

4.2.1. Variables Sociodemográficas

Para analizar la situación del bienestar físico y emocional postparto se encuestaron 469 madres a través del instrumento *online* diseñado que estuvo disponible durante dos meses e incluyó 19 preguntas que se contestaron en un tiempo promedio de 00:13:40. Para analizar los resultados, las encuestas se dividieron en tres categorías: EC: encuestas completas, EI: encuestas incompletas, VSD: encuestas en las que solo se completaron las preguntas asociadas a las variables sociodemográficas.

Así, 165 (35%) madres respondieron el 100% de las preguntas, 111 (24%) respondieron de manera parcial y 193 (41%) no contestaron ninguna pregunta asociada con la situación de la realidad postparto físico – emocional. Por el detalle de las preguntas y los resultados obtenidos en las pruebas piloto previamente hechas, como se mencionó en el capítulo 2, el valor esperado de encuestas con información vinculante era 250. Se alcanzaron 276 (111,6%) y valiosa información adicional sobre tipología de partos y variables sociodemográficas.

De las 469 madres, el 82% de la muestra fueron españolas y el 15% mexicanas y colombianas (387, 41, 26 respectivamente)³⁶, con una edad promedio de 38 años, una edad promedio de primer parto de 33 años y una edad promedio de último parto de 34 años. La moda del nivel de estudios fue maestría y del intervalo de ingresos familiar, 3.000 a 4.999 euros. La jornada laboral más representativa antes y después del parto fue jornada completa.

De las 276 madres que contestaron completa o parcialmente, la representatividad mantuvo la tendencia (78%), en primer lugar, las españolas, 227, luego las mexicanas, 22 y por último las colombianas, 15³⁷. Sin embargo, como era de esperarse a nivel particular, algunas variables sociodemográficas diferenciaron las muestras de los países. A continuación, la exposición de las variables incluidas en la encuesta.

Tabla 13. Valores Medios para Variables Sociodemográficas

Variable	España	México	Colombia
Edad	36	50	47
Edad del primer parto	34	28	25
Edad del último parto	35	32	31
Número de hijas / hijos	1,2	2	2
Nivel educativo	Máster	Licenciatura	Máster
Nivel de ingreso familiar (en euros)	3.000 a 4.999	2.000 a 2.999	1.000 a 1.999

³⁶ Adicionalmente 1% de Latinoamérica (Bolivia (1), Ecuador (3), Costa Rica (2)), 1% de Europa (Andorra (2), Francia (1), Inglaterra (1), Republica Checa (1) y Suiza (1)) y 1% de Estados Unidos (3).

³⁷ Para la presentación de resultados se referencian los datos del mayor porcentaje de la muestra, pero las conclusiones incluyen todos los datos obtenidos.

Situación laboral preparto			
Situación laboral postparto		Jornada completa	
Situación sentimental postparto		Con pareja	
Institución de atención del parto	Pública	Privada	Pública

Fuente: elaboración propia

La variable sociodemográfica adicional más representativa del estudio fue el *tipo de parto*. Con ella se buscaban identificar todas las características presentes en un primer parto y la existencia de cambios en partos posteriores producto de la experiencia inicial. Para la muestra se lograron identificar 10 condiciones caracterizadoras:

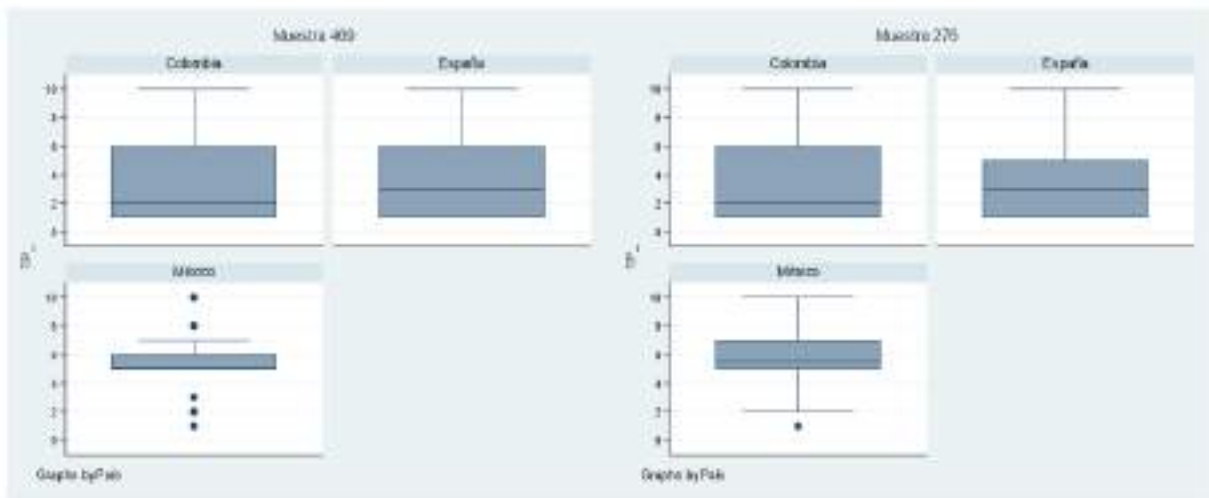
1. Partos **vaginales**: 32%
2. Partos con **episiotomías**: mujeres que sufrieron cortes en el perineo: 11%
3. Partos **instrumentados**: donde se usaron fórceps, espátulas o ventosas: 6%
4. Partos **maniobrados**: donde se practicaron las maniobras de Kristeller, Hamilton, mariposa: 2%
5. **Cesáreas**: 22%
6. **Cesáreas planificadas**: 9%
7. **Mix de partos “no normales”**: donde hubo episiotomías, instrumentación y/o maniobras: 13%
8. **Cambio por “nn”**: donde en el parto n+1 se cambió a cesárea por el primero haber sido un parto “no normal”: 2%
9. **Cesárea por “nn”**: un parto “nn” que terminó en cesárea: 0,4%
10. **Cambio por vaginal**: donde en el parto n+1 se cambió a cesárea por el primero haber sido un parto vaginal: 3%

Al respecto se pueden hacer 3 subgrupos: *grupo 1*: mujeres con partos normales, sin aplicación de técnicas no recomendadas por la organización mundial de la salud: **32%**. *Grupo 2*: mujeres con partos instrumentados y/o maniobrados, cuyo primer resultado visible del parto fue el corte en el perineo (**11 + 6 + 2 +13**): **32%**. *Grupo 3*: Mujeres con cesáreas (**22 + 9**): **31%**.

Estos resultados son relevantes ya que en el marco teórico advertimos que es muy probable que las condiciones del parto repercutan en el bienestar postparto, así, teniendo como referencia esos términos, esta muestra tuvo un **63%** de partos con potenciales afectaciones físicas y/o emocionales.

Un dato relevante fue la centralización de la tipología de partos. La figura 6 muestra cómo para los tres países el 75% de los casos se situó en cesáreas planificadas (rango 6), para España y Colombia el 25% en partos vaginales (rango 1) y en el 50%, partos con episiotomías para Colombia (rango 2) y partos instrumentados para España (rango 3), mientras que para México para todos los casos el tipo de parto que prevaleció fue la cesárea (rango 6).

Figura 6. Tipología de Partos



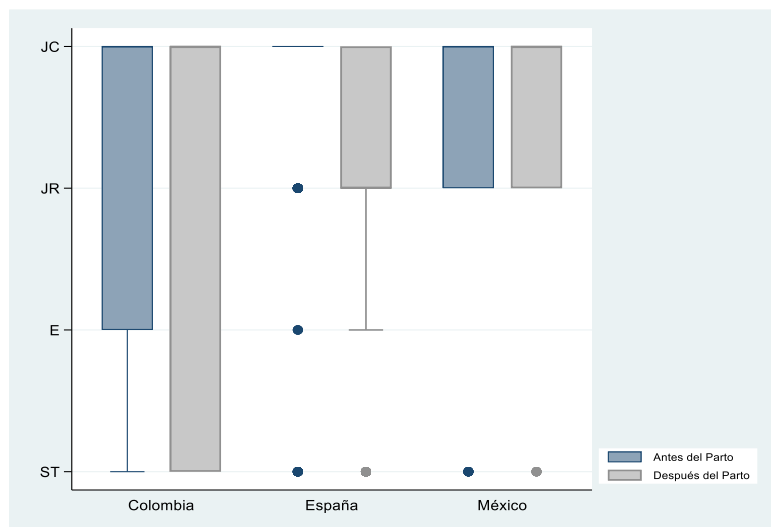
Fuente: elaboración propia a través de Stata 17

Al tomar los datos de las encuestas EC e EI, el rango del 75% de España cambió de cesárea planificada a cesárea y se mantuvo el sesgo de México que prefirió el tipo de parto cesárea – cesárea planificada.

Por otro lado, aunque en términos medios las variables relacionadas con la situación laboral marcaron la misma tendencia, el análisis de los cambios relativos fue significativo, por ejemplo, en el postparto hubo un incremento del 25% en la condición de estudiante, del 319% del uso de la jornada reducida y del 103% de pérdida de empleo, en contraste con un decremento del 41% de la jornada laboral completa.

Esto es relevante porque como se anotó en el marco teórico, la independencia financiera condiciona el marco socioeconómico del que dispone la madre para tratar y/o resolver sus padecimientos físico – emocionales.

Figura 7. Cambios en Situación Laboral



Fuente: elaboración propia a través de Stata 17

Respecto al análisis por país las condiciones también fueron diversas, para los tres casos el 75% de los datos se situó en jornada completa (JC) antes y después del parto y disminuyó después del parto: Colombia 9%, España 44% y México 13%. Para el caso de

Colombia no hubo presencia de la jornada reducida (JR) en ninguna etapa, mientras que España y México mostraron un aumento del 400% y 150% después del parto respectivamente.

La condición sin trabajo (ST) aumentó para Colombia y España en 33% y 136% respectivamente, mientras que para México disminuyó en 20%. La condición estudiante no fue representativa para ningún caso.

Por otro lado, al evaluar la injerencia del tipo de institución médica de atención de partos, de las 276 madres que completaron las encuestas EC y EI, 125 provinieron de instituciones de salud pública, 131 de instituciones de salud privadas y 20 de una combinación de ambas (por haber tenido más de un parto).

En general, en España no se evidenció una preferencia significativa entre instituciones mientras que, en Colombia, la hubo marginalmente por las públicas y en México significativamente por las privadas³⁸.

Hasta aquí, este análisis de algunas variables sociodemográficas que expone características generales de la muestra, en el apartado 4.4 sobre *factores que inciden en el bienestar físico y emocional postparto* veremos cuáles tuvieron incidencia en el bienestar postparto de corto y mediano plazo.

³⁸ Para Colombia el 46,7% se desarrolló en instituciones públicas, el 40,0% en privadas y el 13,3% en ambas, para España, el 47,1% en instituciones públicas, el 46,7% en instituciones privadas y el 6,17% en una combinación de ambas y para México, el 22,5% en instituciones públicas, el 59,1% en instituciones privadas y el 18,2 en ambas.

4.2.2. Existencia y Condiciones de Padecimientos Físicos y Emocionales

Como se indicó en el diseño metodológico, se preguntó a las madres por 19 padecimientos, 15 físicos y 4 emocionales que se agruparon en padecimientos probables (P), comunes (C) y graves (G). Las madres respondieron sobre el conocimiento que tenían de los padecimientos, la temporalidad y el resultado de sus tratamientos *únicamente* en caso de haber sufrido uno o más. A continuación, se exponen los resultados³⁹.

Tabla 14. *Tipología e Indicadores de Padecimientos Físicos y Emocionales*

Padecimiento	Tipo P/C/G	Madres	Conocimiento (lo conocía)	Tratamiento				Resultado (curado)
				1 año o menos	Al menos 2 años	3 o más años	Sin tratamiento	
Problemas asociados a la lactancia	P	212	55%	43%	1%		55%	84%
Mastitis	P	161	75%	46%			54%	87%
Incontinencia urinaria	P	166	75%	37%	1%	2%	60%	65%
Problemas para dormir	P	151	64%	11%		8%	81%	37%
Fatiga	C	175	73%	10%	4%	2%	84%	31%
Dolor episiotomía	C	148	57%	38%	2%	1%	59%	76%
Dolor constante de espalda	C	185	58%	35%	2%	3%	60%	38%
Dolor en manos y/o articulaciones	C	153	23%	14%	4%	4%	78%	43%
Dolor constante de cabeza	C	139	36%	15%	4%	4%	77%	51%

³⁹ El conjunto de relaciones por grupo de padecimientos se puede ver en el anexo K

Dolor suelo pélvico – perineal (leve o crónico)	G	167	49%	49%	2%	2%	49%	68%
Dolor coital	G	162	49%	25%	2%	2%	71%	57%
Incontinencia fecal	G	130	40%	14%			86%	75%
Obstrucción y/o daños en nervios y músculos pélvicos (pudendo, cluneal, sacros)	G	123	23%	15%		2%	83%	51%
Prolapso de órganos	G	123	29%	20%	1%	4%	75%	52%
Lesión en músculos rectos del abdomen (diástasis)	G	163	60%	38%	1%	2%	59%	50%
Depresión	P	148	80%	18%	4%	3%	75%	69%
Ansiedad	C	155	66%	17%	5%	5%	73%	44%
Estrés crónico	C	123	47%	10%	3%	4%	84%	42%
Psicosis	G	114	23%	5%			95%	70%

Fuente: elaboración propia

Podemos ver que la *tasa de desconocimiento* (no conocer las causas o/ni consecuencias de un padecimiento) promedio de los *padecimientos físicos probables* fue de 23% y aunque hubo tratamiento, la *tasa de no tratamiento* superó a la de *tratamiento* del primer año⁴⁰, 62% contra 34%, y que al final el porcentaje de *recuperación* promedio fue del 68%.

Aunque es de anotar que los asociados a la lactancia tuvieron recuperaciones arriba del 80%, la incontinencia urinaria que representa un problema molesto e incómodo para las mujeres tuvo una tasa de recuperación menor a 70% y los problemas para dormir que transforman la calidad de vida, una tasa menor a 40%⁴¹.

Frente a los *padecimientos físicos comunes*, la *tasa promedio de desconocimiento* fue de 51%, la *tasa de no tratamiento* superó a la de *tratamiento* del primer año, 72% contra 22% y el nivel de *recuperación* promedio fue de 48%⁴².

Sólo el tratamiento del dolor de la episiotomía tuvo un nivel de recuperación mayor al 70%; todos los demás tuvieron tasas de recuperación menores iguales a 51%, es decir, para varias madres, fueron problemas con los que convivían después de tres años.

Respecto a los *padecimientos físicos graves*, la *tasa de desconocimiento* fue del 58%, la *tasa de no tratamiento* superó a la de tratamiento del primer año, 70% contra 27% y la *tasa de recuperación* promedio fue de 59%.

El padecimiento grave que presentó mayor tasa de recuperación fue la incontinencia fecal, mayor al 70%, seguido del dolor en el suelo pélvico, con una tasa superior al 65%, todos los demás oscilaron alrededor del 50%, lo que es preocupante porque las mujeres que sufren estos padecimientos no pueden desarrollar su vida con normalidad.

⁴⁰ El primer año es referencia porque para los 2 y 3 las tasas de tratamiento son drásticamente menores.

⁴¹ Y una de las causas de suicidio que se produce entre los meses 9 y 12 del postparto según Policy center for Maternal Mental Health (evidencia para EE. UU.).

⁴² Aquí se incluyen los dolores de mano y miembro superior asociados a los cuidados de los bebés.

En relación con los *padecimientos emocionales*, se apreció una *tasa de conocimiento* alta para la depresión, que mantuvo la tendencia de los padecimientos físicos de no recibir *tratamiento* (75%) y un significativo 31% de no *recuperación*.

La tasa de desinformación de los *padecimientos emocionales comunes* fue del 44%, la *tasa de no tratamiento* fue mayor que la de *tratamiento* del primer año, 78% contra 13% y el nivel de *recuperación* promedio fue apenas del 43%.

La psicosis marca un hito a investigar porque como enfermedad grave se desconoció, no se trató, pero mostró niveles de recuperación altos.

Como se observa con mayor detalle en la figura 8 hubo un gran número de mujeres que presentaron padecimientos físicos y emocionales postparto que no contaron con tratamientos de corto ni mediano plazo.

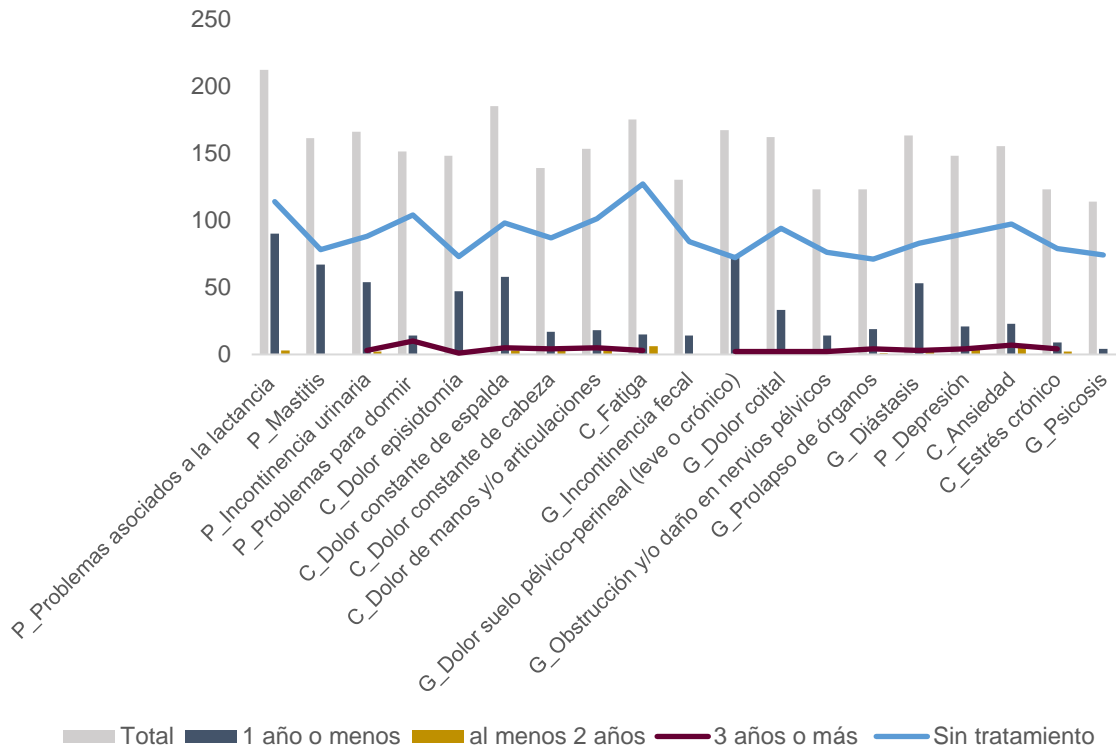
En concreto se notó que hubo padecimientos a los que se les dio un poco más de relevancia como los relacionados con la lactancia, la incontinencia urinaria y los asociados con el dolor en el suelo pélvico.

Algo muy grave fue la carencia de tratamiento de la incontinencia fecal y de la psicosis⁴³, y se observó que todos los padecimientos llegaron a necesitar tratamientos con una temporalidad mayor igual a 3 años.

Otras enfermedades sin cura que las encuestadas citaron fueron: continencia miccional, atonía vesical, dolor permanente en la cicatriz de la cesárea, flujo vaginal, repetitiva candidiasis, hemorroides, tiroiditis autoinmune, rectocele (prolapso vaginal posterior), síndrome de hellp.

⁴³ Tuvieron tasas de recuperación altas que no corresponden con las tasas de tratamiento.

Figura 8. Temporalidad de Tratamientos Físicos y Emocionales Postparto por Madres



Fuente: elaboración propia

Para validar a mayor detalle el impacto de la presencia de padecimientos físicos y emocionales en el postparto, a continuación, se muestra la cantidad de padecimientos con sus respectivas tasas de tratamiento y cura. Como se aprecia sólo 15 madres indicaron no haber sufrido ninguno de los padecimientos físicos y 100, todos, en algún momento de los 3 primeros años postparto.

Tabla 15. Padecimientos Físicos por Madres

Cantidad de Padecimientos	Madres	%	Tasa de Tratamiento	Tasa de Cura
0	15	5,4		
1	9	3,3	0,63	0,75
2	19	6,9	0,62	0,72
3	32	11,6	0,49	0,54
4	16	5,8	0,63	0,63
5	29	10,5	0,38	0,54
6	19	6,9	0,51	0,59
7	6	2,2	0,47	0,54
8	6	2,2	0,74	0,45
9	3	1,1	0,39	0,25
10	3	1,1	0,70	0,31
11	2	0,7	0,46	0,32
12	5	1,8	0,40	0,81
13	5	1,8	0,29	0,29
14	7	2,5	0,40	0,66
15	100	36,2	0,38	0,64
Total	276	100	0,46	0,60

Fuente: elaboración propia

Como vemos, en términos medios la situación general fue preocupante tanto para el nivel de tratamiento (46%) como para el de mejora (60%). Al hacer el análisis por grupos de padecimientos se encontró una relación *entre la atención y la tipología de padecimientos*, es decir, cuando tuvieron un solo tipo de padecimientos (P, C o G) tuvieron mayores tasas de tratamiento⁴⁴ que cuando tuvieron una combinación de padecimientos⁴⁵.

⁴⁴ P = 47%, C = 61% y G = 63%.

⁴⁵ P & C = 37%, P & G = 54%, C & G = 54% y P & C & G = 31%.

En el ámbito emocional el porcentaje que no tuvo padecimientos fue mucho mayor que para los físicos, pero también fue mayor el que tuvo el total de padecimientos con tasas de tratamiento y de recuperación menores. Al contrario que los físicos no se observó ninguna tendencia de tratamiento mayor por la combinación de grupos, aunque se pudo apreciar que el tratamiento fue significativamente menor cuando tuvieron todos los padecimientos⁴⁶.

Tabla 16. Padecimientos Emocionales por Madres

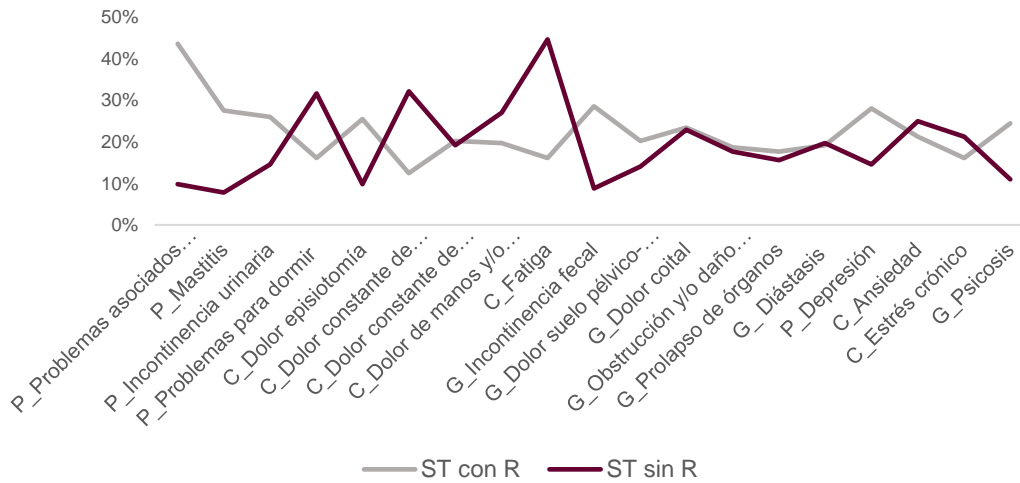
Cantidad de Padecimientos	Madres	%	Tasa de Tratamiento	Tasa de Cura
0	106	38,4		
1	30	10,9	0,48	0,46
2	21	7,6	0,62	0,57
3	8	2,9	0,35	0,34
4	111	40,2	0,21	0,58
Total	276	100	0,33	0,54

Fuente: elaboración propia

Vemos que la situación del tratamiento de ambos tipos de padecimientos para periodos hasta 3 años dista de ser acorde a la demanda y en el primer año la oferta estuvo centralizada y luego se redujo significativamente. También llama la atención que hubo padecimientos con tasas bajas de tratamiento y niveles altos de cura (al evaluar la tasa de recuperación para tratamiento cero se observan cuáles padecimientos mejoraron sin tratamiento y cuáles no).

⁴⁶ P = 60%, C = 33%, P & C = 45% y P & C & G = 10%.

Figura 9. Efecto del No Tratamiento

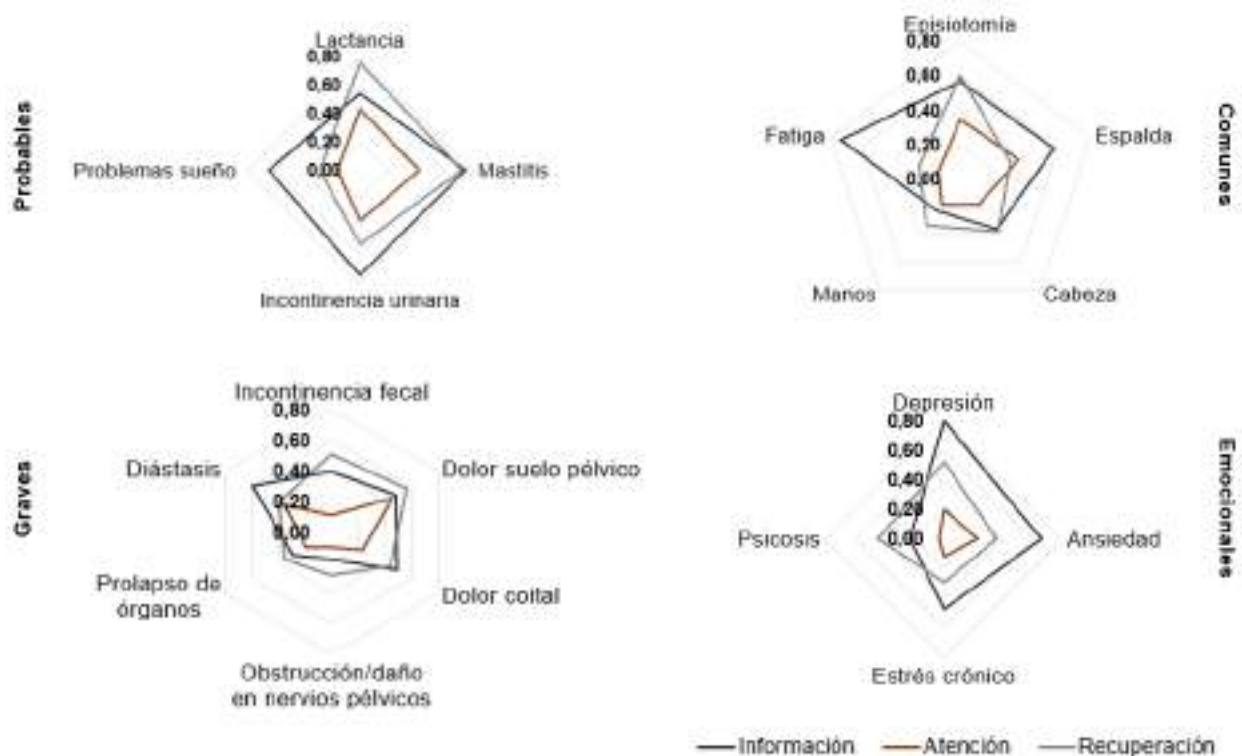


Fuente: elaboración propia

El alcance de esta investigación no identifica las razones de este fenómeno a partir del cual se podrían crear mejores protocolos de atención, saber en qué condiciones temporales los padecimientos pueden controlarse y mejorarse sin incurrir en tratamientos brindaría información a las madres sobre cómo actuar (fortaleciendo su confianza en protocolos de atención médica) y al sistema de sanidad sobre cómo disminuir costos de programación médica postparto.

Por otra parte, y para concluir esta sección, el análisis de bienestar para cada uno de los 19 padecimientos se realizó evaluando 3 parámetros específicos: el nivel de información con el que contaron las madres para entender lo que les sucedía, el nivel de atención o tratamiento que recibieron y el nivel de recuperación asociado, con estos 3 rubros se calculó una tasa de bienestar para cada madre que a continuación se muestra de manera agregada para cada grupo de padecimientos.

Figura 10. Tasas de Información, Tratamiento y Recuperación para Grupos de Padecimientos



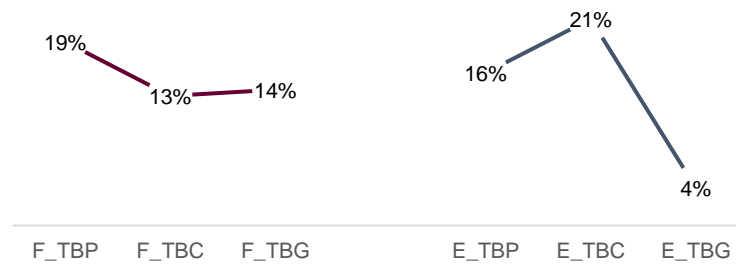
Fuente: elaboración propia

A partir de la figura 10 se pueden observar el nivel de información, atención y recuperación media para el periodo de 0 a 3 años de cada uno de los padecimientos por grupo. A modo general se aprecia que los probables tuvieron una mayor tasa global de bienestar diferenciada de los comunes y graves, cuyas tasas de recuperación estuvieron por debajo de las tasas medias de información y atención, y que el esquema para los emocionales fue también diferencial para cada ítem.

En este sentido lo esperado sería que existieran más correlaciones entre cada tasa por padecimiento y por supuesto que la tasa de recuperación no fuera la menor en la mayoría de los casos. Se nota con claridad la poca apertura que hubo hacia el *cuidado o tratamiento* de los padecimientos físicos comunes y graves y significativamente de los emocionales.

Por otro lado, dado que se observó una tasa de información alta para la mayoría de los casos, sería interesante analizar en investigaciones posteriores de dónde provino (recursos propios, instituciones médicas, etc.) y qué explica que la escala con que se relacionan las tasas de recuperación e información tendiera a ser baja. Teniendo en cuenta estos antecedentes, el cálculo de las tasas de bienestar por grupo de padecimientos se muestra a continuación.

Figura 11. Tasas de Bienestar por Grupo de Padecimientos



Fuente: elaboración propia

Que la tasa de bienestar más alta para los padecimientos físicos fuera de 19% (probables) y para los emocionales de 21% (comunes) muestra el déficit que en términos de calidad de vida presentó el estado del bienestar en el postparto para las madres encuestadas, sin embargo, fue interesante validar que su percepción *sobre el bienestar* evaluó diferente la situación. A continuación, se muestra el detalle de tal evaluación.

Tabla 17. Evaluación de las Madres Sobre el Bienestar Postparto

Padecimientos	Evaluación				
	1	2	3	4	5
Físico	8%	17%	29%	32%	14%
Emocional	17%	18%	25%	29%	11%

Fuente: elaboración propia

Como vemos, cuando se les pidió a las madres evaluar su “*bienestar en general*”, la categoría 4 fue la más representativa tanto para padecimientos físicos como emocionales, aunque no se puede omitir que la suma de las categorías de 1 a 3 superaron el 50% (54% y 60% respectivamente), es decir que más del 50% de las madres encuestadas *percibieron su bienestar como de malo a regular*, pero la *percepción media* no correspondió con las tasas de bienestar previamente calculadas para la tipología de padecimientos.

Para tratar de entender esta cuestión se validó el cumplimiento de las siguientes dos hipótesis propuestas en la investigación: 1) el bienestar en el posparto está influenciado por las acciones que toman las madres para tratar sus padecimientos físicos y/o emocionales (*la aplicación del efecto de normalización*) y 2) el bienestar en el postparto está influenciado por la evaluación que hacen las madres de su bienestar. A continuación, el análisis para validarlas.

4.3. Bienestar y Percepción Materna

El trabajo desarrollado en el análisis cualitativo sugirió que existían principalmente dos fuentes asociadas con el bienestar postparto. Por un lado, la conducta de las madres que hace que tomen o no acciones para tratar sus padecimientos físicos y/o emocionales y, por otro lado, la evaluación que hacen (*van haciendo*) de su bienestar, que está en función de su percepción, de la atención que reciben de las instituciones médicas y de variables sociodemográficas que las contextualizan.

Las acciones de las madres para tratar sus padecimientos se tipificaron según su nivel de normalización. Una conducta normalizadora fue aquella que percibía los padecimientos en el postparto como naturales y/o pasajeros. Bajo este supuesto, en la medida en que la conducta de las madres tendía a ser menos *normalizadora*, su nivel de bienestar físico y/o emocional postparto sería mayor, y menor ante una conducta más normalizadora.

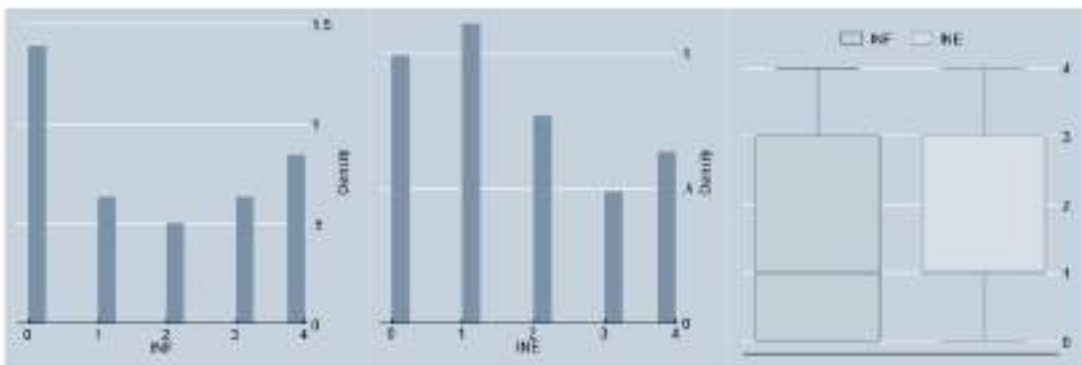
En la encuesta se indicaba una conducta *no normalizadora* cuando las madres escogían entre las condiciones 2, 3, 6 y/o 7 (tabla 18) y una *conducta normalizadora* al seleccionar las condiciones 1, 4 y/o 5. La conducta se reconoció y analizó según la siguiente caracterización: no normalizadora (0), normalizadora (1), dicotómica (2), predominantemente normalizadora (3) y predominantemente no normalizadora (4). La figura 12 muestra la dispersión según tipo.

Tabla 18. *Parámetros de Efecto Normalizador*

Condición	Ranking	
	Físicos	Emocionales
1) Ha supuesto que es común del postparto	2	1
2) Ha buscado ser atendida en su seguro médico	4	7
3) Ha buscado atención, aunque haya implicado financiarla por su cuenta	3	5
4) Ha buscado atención cuando se ha vuelto grave	7	6
5) Ha esperado a que mejore solo	5	3
6) Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres	1	2
7) Ha pedido consejo y/o ayuda a grupos postparto o en redes (el parto es nuestro, malas madres, etc.)	6	4

Fuente: elaboración propia

Figura 12. *Distribución Parámetros Efecto Normalizador*



Fuente: elaboración propia

El análisis de la tendencia del ranking y de la combinación de elecciones fue relevante porque mostró un panorama más completo de la conducta de las madres, por ejemplo, para el caso de padecimientos físicos posicionó en nivel 1 el consejo que piden a otras madres, pero en número 2 la suposición de que los padecimientos son normales, lo que puede implicar una inacción para tratarlos. En el mismo sentido, las secuencias 3 y 4 mostraron la búsqueda de atención, pero si se carece de ella o de recursos aparece la 5, que es que se solucione solo.

Tal hallazgo es congruente con la distribución de parámetros para el efecto normalizador de los padecimientos físicos donde las conductas *no normalizadoras* para el primer nivel (la 0 y la 4) tuvieron las densidades más representativas y las conductas que indicaban la *normalización* (la 1 y la 3) estuvieron en segundo nivel, representando entre ambos grupos (a modo agregado) una condición dicotómica.

En el plano emocional la situación primordial del ranking fue normalizar los padecimientos esperando a que mejoraran solos. Fue interesante validar que, tanto para los padecimientos emocionales como para los físicos, el consejo y/o ayuda de otras mujeres fue esencial, al igual que los de grupos postparto en redes.

Se evidenció que cuando hubo que financiar los tratamientos, éstos tendieron a postergarse y se observó un nivel de desconfianza en las instituciones médicas, mostrando que lo último que hacían era acudir a ellas en busca de ayuda. En la distribución de los efectos de normalización observamos 3 grupos de madres, las que no normalizan, las que normalizan y las que tienen una conducta dicotómica.

Esa conducta dicotómica la vimos más presente en los padecimientos emocionales, presentando una densidad por encima de la conducta predominantemente normalizadora (3). Fue interesante observar que tanto para los padecimientos físicos como para los emocionales la conducta predominantemente no normalizadora (4) tuvo una densidad símil.

De manera que podemos resumir indicando que la relación condicional y subsecuente entre ambos padecimientos estuvo formada por los siguientes 2 bloques:

Tabla 19. *Conducta y Efecto Normalizador según Ranking*

Posición	Físicos	Emocionales
1	Consejos de mujeres	Es común
2	Es común	Consejo de mujeres
3	Autofinanciamiento	Que mejore solo
4	Atención en seguro médico	Consejo en redes postparto
5	Que mejore solo	Autofinanciamiento
6	Consejo en redes postparto	Atención cuando haya sido grave
7	Atención cuando haya sido grave	Atención en seguro médico

Fuente: elaboración propia

Así, a nivel del análisis del ranking, la conducta se explicó principalmente por dos bloques, donde en el primero se observó un efecto dicotómico basado en aceptar los padecimientos físicos y emocionales como “normales” y por otro lado buscar ayuda de sus iguales.

A nivel del análisis de la distribución de los parámetros del efecto normalizador vimos que las madres con padecimientos físicos tuvieron una conducta más no normalizadora mientras que las madres con padecimientos emocionales una más normalizadora.

Teniendo esto claro se testeó la primera hipótesis para ambos tipos de padecimientos a través de pruebas ANOVA (unidireccionales) sin encontrar ninguna relación significativa *entre el bienestar calculado*⁴⁷ *y el efecto de normalización para padecimientos físicos* ($F(4, 266) = 2.03$, $\rho = 0.0911$)⁴⁸, ni emocionales ($F(4, 259) = 1.17$, $\rho = 0.3259$)⁴⁹.

⁴⁷ Las tasas de bienestar para cada madre.

⁴⁸ Ver anexo L.

⁴⁹ Ver anexo M.

Esto es, que el bienestar posparto de las madres encuestadas *no estuvo influenciado por las siete acciones descritas* en el instrumento de obtención de datos que pretendía medir el efecto de normalización (del proyecto Lys) para tratar sus padecimientos físicos y/o emocionales.

A través del mismo tipo de procedimiento de análisis multivariado se testeó la segunda hipótesis, encontrando una *relación significativa entre el bienestar calculado y la evaluación del bienestar que hicieron las madres para ambos tipos de padecimientos* (ver anexos N y O).

Para el caso de los físicos se encontró una diferencia significativa ($F(4, 264) = 3.73, p = 0.0057$), entre los grupos 5 vs 1⁵⁰ y 5 vs 2⁵¹ y para los emocionales se encontró una diferencia significativa ($F(4, 263) = 6.70, p = 0.0000$), entre los grupos 4 vs 1⁵², 5 vs 1⁵³, 4 vs 2⁵⁴, 5 vs 2⁵⁵, es decir, como era de esperarse la diferencia correspondió a un patrón de percepción.

En síntesis, respecto a la primera hipótesis, aunque en este estudio la variable del *efecto normalizador* no haya sido representativa es fundamental seguir indagando al respecto para **reconocer** qué características lo definen o revisar si el efecto dicotómico rezaga la variable y/o considerar otro tipo de análisis, ya que como vimos en el análisis de distribución, el efecto normalizador (si) ajusta la conducta de las madres.

La segunda hipótesis planteaba que el bienestar en el postparto estaba influenciado por la evaluación que hacían las madres de su bienestar, por ello, haber encontrado una relación significativa entre la tasa de bienestar y la evaluación que hicieron de su bienestar físico y emocional es un hallazgo central porque soporta la importancia del estudio de sus percepciones.

⁵⁰ **5 vs 1** = (0,21 ± 0.063 (calificación), $p = 0.008$).

⁵¹ **5 vs 2** = (0,16 ± 0.051 (calificación), $p = 0.013$).

⁵² **4 vs 1** = (0,24 ± 0.063 (calificación), $p = 0.002$).

⁵³ **5 vs 1** = (0,33 ± 0.080 (calificación), $p = 0.000$).

⁵⁴ **4 vs 2** = (0,18 ± 0.062 (calificación), $p = 0.026$).

⁵⁵ **5 vs 2** = (0,27 ± 0.078 (calificación), $p = 0.005$).

Así, para diagnosticar la situación de bienestar postparto en términos del análisis de la percepción materna, se analizó la apreciación que tuvieron de algunas variables sobre la *aparición de los padecimientos, la postergación de los tratamientos y la gestión del tratamiento que hicieron las instituciones médicas*⁵⁶.

4.3.1. Percepción Sobre la Aparición de Padecimientos Físicos y Emocionales

Cuando se les preguntó sobre la influencia de las siguientes 7 variables en la *aparición de padecimientos físicos y/o emocionales en el postparto* fue interesante observar el tipo de impacto de éstas sobre los padecimientos emocionales.

Desde la perspectiva de las madres para los padecimientos emocionales todas las influencias de las variables fueron altas asumiendo su propia responsabilidad de autocuidado, tal como se determinó en el impacto de causalidad del análisis cualitativo (tabla 8).

Tabla 20. *Percepción Sobre Aparición de Padecimientos Físicos y Emocionales*

Padecimientos	Influencia sobre	
	Físicos	Emocionales
1) Consecuencias de problemas en el parto	Media	Alta
2) Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena	Media	Alta
3) Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena	Media	Alta
4) Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto)	Media	Alta
5) Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto)	Alta	Alta
6) Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender	Alta	Alta

⁵⁶ Para los tres escenarios se evaluaron condiciones diferentes asociadas con el marco teórico revisado y con características enunciadas por las madres en el análisis cualitativo.

En el ámbito físico, la falta de seguimiento y control de largo plazo de las instituciones de salud, la desinformación y las condiciones y cambios intrínsecos de la maternidad fueron las variables con mayor impacto estadístico. Fue interesante ver que ninguna variable mostró un impacto bajo.

La valoración media de las primeras cuatro variables para los padecimientos físicos podría explicarse porque en el panorama físico los protocolos de salud postparto tienden a integrar acciones concretas (pocas o muchas), que habitualmente no están disponibles en el panorama emocional. Además, por supuesto, la tangibilidad de los padecimientos físicos que hace que se actúe más, tanto del lado de las madres como de las instituciones de salud.

Para evaluar si hubo un efecto conjunto entre la evaluación de bienestar y las percepciones de las madres en el *escenario de aparición de padecimientos* se realizó un análisis de varianza ANOVA bidireccional (ver anexos P y Q)⁵⁷, observando valores significativos en el modelo de padecimientos físicos para las percepciones sobre consecuencias de problemas en el parto ($F = 6.21, p = 0.0004$) y efecto de la maternidad ($F = 6.21, p = 0.0318$)⁵⁸.

Para padecimientos emocionales, sólo la percepción efecto de la maternidad ($F = 6.21, p = 0.0014$) tuvo un valor $p \leq 0.05$. Es decir, ambos resultados mostraron que la evaluación de bienestar postparto que hicieron las madres para los padecimientos físicos y emocionales

⁵⁷ Modelo para padecimientos físicos: ($F(251) = 2.64, p = 0.0002$). Modelo para padecimientos emocionales: ($F(240) = 3.88, p = 0.0000$).

⁵⁸ Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios.

estuvo diferenciada por lo que percibieron de sus experiencias de partos y por el impacto del efecto de la maternidad.

Fue relevante observar que, aunque todas las percepciones a nivel descriptivo tuvieron una importancia media – alta para ambos tipos de padecimientos (tabla 20), en el contexto cuantitativo las ligadas a la gestión de padecimientos de las madres o de las instituciones médicas en el corto y mediano plazo no fueron significativas, es decir, que la correlación de estas percepciones con el bienestar calculado no fue determinante.

Podemos deducir que la aparición de padecimientos estuvo asociada para ambos casos, a la evaluación del bienestar influenciada por percepciones vinculadas al estado del cuerpo que tuvieron las madres. Este es un hallazgo relevante porque abre la necesidad de explorar en futuras investigaciones longitudinales cómo las consecuencias del parto y las características del efecto de la maternidad afectan el bienestar físico y emocional.

Por otro lado, intentar clarificar cuál es el entendimiento que se tiene de la gestión a desarrollar por las madres y por las instituciones médicas en el postparto (qué corresponde a cada uno de los implicados), de manera que se pueda diseñar y brindar información sobre acciones que tiendan a asegurar el bienestar postparto de corto, mediano y largo plazo (de lo que deben hacer y esperar las madres).

Esto es fundamental ya que, según el análisis de las entrevistas, una de las principales causas del retraso en el proceso de atención de padecimientos físicos y emocionales fue que las madres desconocían el detalle de las consecuencias de los problemas de sus partos al igual que los padecimientos que desarrollaron en el primer año postparto y tal desinformación limitó o minimizó la observación de sus síntomas, las acciones a emprender para atenderlos y la espera y/o búsqueda de atención de las instituciones de salud.

4.3.2. Percepción Sobre la Postergación del Tratamiento de Padecimientos Físicos y/o Emocionales

La postergación de los tratamientos físicos y emocionales estuvo influenciada a nivel alto por 3 variables asociadas al *modo de vida de la maternidad* (1, 4 y 6) e influenciado por la gestión propia, las condiciones del contexto y las políticas públicas que acompañan al estado maternal. En el plano emocional, queda duda sobre si los recursos económicos y la disponibilidad de las instituciones médicas no fueron relevantes, o si como los padecimientos emocionales tendieron a no atenderse, ese efecto marginalizó el impacto de las variables.

Tabla 21. *Percepción Sobre Postergación de Padecimientos Físicos y Emocionales*

Padecimientos	Influencia sobre	
	Físicos	Emocionales
1) Energía, cansancio, tiempo	Alta	Alta
2) Recursos económicos	Media	Baja
3) Desinformación	Media	Alta
4) Presión social (vinculada al rol de la “super mamá”)	Alta	Alta
5) Corresponsabilidad de la pareja	Media	Alta
6) Dificultad para conciliar (familia y trabajo)	Alta	Alta
7) Disponibilidad de instituciones de salud públicas	Media	Ninguna

Fuente: elaboración propia

En cambio, las mismas variables (2 y 7) para los padecimientos físicos tuvieron una influencia media, avalando el argumento expuesto en el escenario de aparición de padecimientos, que los efectos adversos que generan los daños físicos en la calidad de vida de las madres pueden hacer que se postergue menos la atención y por tanto que se tienda a invertir más recursos y/o a buscar más ayuda sanitaria.

La variable 3 mostró la influencia de la desinformación: “*hay mucha información sobre todo lo que no necesito*” decía una madre en una entrevista. El costo de transacción en el que

incurre una madre cuando sufre padecimientos físicos y/o emocionales al buscar información que le guíe a solucionarlos, mientras trabaja, cría y trata de llevar una vida “normal”, es muy alto. *No saber qué pasa ni cómo atenderse genera un desgaste adicional casi del nivel del padecimiento (misma madre).*

Que la influencia de la corresponsabilidad de la pareja fuera media para el caso de los padecimientos físicos y alta para el de los emocionales fue significativo, revela de cierta forma el rol solitario de la mujer durante la maternidad en el que su pareja no actúa como soporte. Esto es importante porque como se anotó en el marco teórico, si la madre no siente corresponsabilidad de su pareja es mucho más probable que asuma una carga mayor y por tanto tienda a desplazar su autocuidado.

Del mismo modo que en el *escenario de aparición de padecimientos*, se validó un efecto conjunto entre la evaluación de bienestar y las percepciones de las madres en el *escenario de postergación de tratamientos* (ver anexos R y S)⁵⁹, encontrando valores p significativos en el modelo de padecimientos físicos para las percepciones, efecto de la maternidad ($F = 4.68$, $p = 0.0034$)⁶⁰ y corresponsabilidad de la pareja ($F = 3.40$, $p = 0.0185$).

Para el modelo de padecimientos emocionales las percepciones con resultados significativos fueron, efecto de la maternidad ($F = 9.62$, $p = 0.0000$), presión social ($F = 3.12$, $p = 0.0269$) y corresponsabilidad de la pareja ($F = 6.34$, $p = 0.0004$). Así, pudo inferirse para ambos tipos de padecimientos, que la postergación de tratamientos estuvo asociada a la evaluación del bienestar influenciada por percepciones ligadas al soporte social que tuvieron las madres.

⁵⁹ Modelo para padecimientos físicos: ($F (251) = 2.62$, $p = 0.0002$). Modelo para padecimientos emocionales: ($F (249) = 5.89$, $p = 0.0000$).

⁶⁰ Energía, cansancio, tiempo.

Esto es significativo porque establece la necesidad de estudiar los factores que definen tales percepciones y el impacto real que tienen en el tiempo. Por ejemplo, sería interesante analizar cuáles designios asumen las madres como presión social y qué tipo de comportamiento de la pareja entienden como corresponsal.

Por otro lado, dada la incidencia de la corresponsabilidad de la pareja, un estudio relevante por hacer en términos de género y análisis de roles sería evaluar cómo viven los padecimientos físicos, emocionales, sociales y las demás situaciones en las que cambia la vida de la madre, sus parejas.

Entender lo que las parejas están asumiendo como corresponsabilidad en relación con el bienestar físico, emocional y social de las madres y las herramientas que conocen y/o tienen para gestionarlo es vital para entender cuáles cambios deben generarse en la calidad de vida de las madres y a su vez de las familias.

4.3.3. Percepción Sobre la Oferta Sanitaria

Una vez conocida la percepción de las madres sobre las variables que influenciaban la aparición de padecimientos y la postergación de tratamientos de padecimientos físicos y/o emocionales en el postparto, se analizó la percepción que tuvieron de las instituciones médicas para entender lo que “suponían” o lo “que daban por hecho” de lo que podían esperar de la sanidad, ya que ello contextualizaba su noción de bienestar.

El análisis sobre tal percepción se basó en la evaluación de dos condiciones, 1) la gestión de los tratamientos desarrollada por las instituciones médicas y 2) la eficacia general de la atención médica. Para el primer punto, se pudo apreciar que hubo un nivel de desconfianza más marcado en los padecimientos emocionales.

Del 89% de madres que indicó que las instituciones médicas no controlaban ni daban tratamientos de manera temprana a padecimientos emocionales, el 55% provino del sector médico privado. De igual modo, para el caso de los padecimientos físicos, del 54%, el 52% fue del sector privado.

Tabla 22. Percepción Sobre Gestión de Tratamientos que Hacen Instituciones Médicas

Sobre el tratamiento	Madres	Físicos		Emocionales	
		V	F	V	F
1) Los controlan y dan tratamiento de manera temprana	244		54%		89%
2) Los atienden de manera tardía	233	60%		75%	
3) Los postergan lo máximo posible	223	50%	50%	70%	
4) Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento	230	78%		78%	
5) Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto	216	69%		79%	

Fuente: elaboración propia

Tanto para los padecimientos físicos como para los emocionales se consideró que la gestión de los tratamientos fue tardía, del 60% y 75% generales, la gestión de la salud privada fue marginalmente peor con 54% para físicos y 55% para emocionales. Hubo paridad sobre que tanto el sistema público como el privado postergaron los tratamientos de padecimientos físicos, mientras que, para los emocionales, indicaron que el sector de salud pública fue el que *menos* postergó (45% del 70%).

La cuarta variable mostró que las madres percibieron una relegación de atención de sus padecimientos físicos y emocionales en la misma proporción. En este contexto tanto la salud pública como la privada mostraron una respuesta parecida para padecimientos físicos, 7,1% y

6,3%⁶¹, en salud privada y pública respectivamente y alrededor del 20% para emocionales en ambos casos, por lo que se puede sugerir que las madres se sintieron desprotegidas, a razón de *“la naturalidad de los padecimientos en el postparto”*.

Sobre los protocolos con que las instituciones de salud gestionaron los tratamientos en el postparto, las madres indicaron que no estuvieron alineados a la realidad, consideraron que las instituciones que respondieron marginalmente menos a tratar los físicos las dirigió el sistema de salud público (52%) y que fue el sector privado quien gestionó peor el tratamiento de los emocionales (54%). Algunas de las notas sobre la mala gestión de lo público estuvieron relacionadas con la temporalidad y de lo privado, con la omisión diagnóstica.

Los modelos de análisis de la evaluación de las madres y sus percepciones sobre la gestión de los tratamientos médicos para padecimientos físicos ($F = 4.80, \rho = 0.0296$) y emocionales ($F = 5.59, \rho = 0.0190$) se muestran en los anexos T y U⁶². En cada modelo sólo hubo una percepción significativa y para ambos fue *la percepción de que los protocolos con que las atendieron no estuvieron alineados a la realidad postparto*.

Este hallazgo es relevante porque soporta la información capturada a través de las entrevistas hechas en el análisis cualitativo e integra las primeras tres percepciones sobre la gestión del tratamiento médico propuestas en el análisis cuantitativo, ya que las acciones y temporalidad con que las instituciones médicas atienden a las madres están sujetas sobre todo a los protocolos de salud determinados.

Sería entonces necesario analizar los protocolos postparto existentes para evaluar qué, cuándo, cómo y porqué se están generando o no niveles de atención. Un estudio del lado de

⁶¹ Tasa agrupada por cantidad de padecimientos físicos y/o emocionales, diferenciada por sector público y privado, cuando las madres indicaron haber sentido que las instituciones de salud normalizaron sus padecimientos durante el postparto.

⁶² Modelo para padecimientos físicos: ($F(201) = 2.88, \rho = 0.0156$). Modelo para padecimientos emocionales: ($F(202) = 3.71, \rho = 0.0031$).

las instituciones y cuerpo médico para clasificar la tipología de padecimientos y acciones temporales que cada agente debe asumir, de manera que tengan herramientas al interpretar condiciones necesarias para brindar bienestar físico, emocional y social en el postparto⁶³.

Por otro lado, sería interesante evaluar si las instituciones médicas están sujetas al efecto de *normalización*. Fue curioso evidenciar que, aunque las madres indicaron que las instituciones médicas *normalizaban* sus padecimientos, tal percepción no fue incidente en la evaluación del bienestar que hicieron, por lo que valdría la pena determinar la misma evaluación desde el ámbito médico y analizar cómo se contrastan.

Para soportar los resultados de las percepciones sobre la gestión del tratamiento se preguntó *sobre la eficacia general de la atención médica*, mostrándose mayoritariamente como ineficaz. En primer lugar, sobre si la atención médica infirió que las madres se quejaban más de la cuenta, más madres del sistema de salud privado que del público consideraron que la atención médica brindada por ese sistema de salud cuidó mejor de sus necesidades físicas y emocionales postparto, aunque marginalmente.

Tabla 23. *Percepción sobre Eficacia de Gestión Médica*

Atención médica	Madres	Percepción		
		De acuerdo	Neutral	En desacuerdo
1) Infiere que las madres se quejan más de la cuenta	246	29%	24%	47%
2) Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes	247	75%	18%	7%
3) Carece de recursos	248	69%	18%	13%
4) Su sistema de información no revela las necesidades reales de las madres	249	76%	16%	8%

⁶³ Un estudio para rediseñar y divulgar protocolos postparto condicionados a la búsqueda de bienestar.

5) Carece de interés o le es indiferente	244	39%	38%	23%
--	-----	-----	-----	-----

Fuente: elaboración propia

Al igual que la variable 5 de la tabla 22, hubo acuerdo sobre que tanto la atención pública como privada se soportó en protocolos pobres, sin embargo, las madres indicaron que los protocolos de la salud privada fueron peores que los de la salud pública, mientras que, por el contrario, la salud privada contó con más recursos, aunque, en lo que al sistema de información se refiere, sugirieron que el de la salud pública fue más robusto.

La variable 5 mostró que en general las madres no pensaron que la atención que brindaron las instituciones médicas haya carecido de interés o mostrado indiferencia, aunque las madres vinculadas al sector de salud privada (57%) lo pensaron un poco más que las de la salud pública (43%), sin embargo, al ser el nivel de neutralidad casi igual al del acuerdo, no se puede hacer una afirmación contundente sobre esta percepción.

Este hallazgo es significativo porque confronta la percepción 4 sobre el tratamiento (tabla 22) en la que cuestionábamos por qué no incidió en la evaluación del bienestar que hicieron las madres. Vemos que al incluir un escenario neutral el sesgo cambia, por tanto, puede validarse que tal percepción es volátil y valdría la pena entender en qué se basa tal volatilidad, porque ésta tiende a condicionar el acercamiento que tienen las madres con las instituciones médicas para atender sus padecimientos.

Un análisis ANOVA unidireccional de la evaluación del bienestar que hicieron las madres sobre la indiferencia de las instituciones médicas mostró que las variables se relacionaban para los padecimientos emocionales (anexo V) para los grupos **2 vs 1**, (-0.56 ± 0.18 (valoración), $p = 0.007$) pero no para los físicos (anexo W), es decir que las madres que

percibieron como menos indiferentes a las instituciones de salud evaluaron mejor su bienestar emocional.

En general, pareciera que, respecto a las instituciones médicas, las madres se sintieron desprotegidas, más cuando sufrieron padecimientos emocionales que físicos, pero tendieron a justificarlo en los recursos de que disponían las instituciones médicas (percepciones 3 y 4), de manera que esta causa – efecto generó cambios constantes en la percepción de las madres sobre como entendían que las instituciones médicas normalizaban o no sus padecimientos⁶⁴.

Por último, para contrastar la percepción general respecto a la oferta sanitaria se preguntó a las madres sobre los cuidados efectivos recibidos en el corto y mediano plazo. El resultado fue bastante negativo, únicamente el 64% indicó haber recibido cuidados físicos durante el puerperio, con una distribución similar entre el sector público y privado, 49% y 51%, respectivamente.

Todos los demás cuidados de corto y mediano plazo fueron prácticamente omitidos, aunque en menor medida el control médico físico 9 meses después del parto, que provino mayoritariamente del sector privado y estuvo enfocado principalmente a los cuidados relacionados con el parto tipo cesárea.

Tabla 24. *Porcentaje de Atención Médica Recibida en el Postparto*

Cuidados médicos	Madres	Percepción	
		V	F
Control médico físico durante la cuarentena	250	64%	
Control médico emocional durante la cuarentena	251		84%
Control médico social durante la cuarentena	250		88%
Control médico físico a los 9 meses del parto	235		66%

⁶⁴ A partir de toda la información hasta aquí obtenida, a modo de herramienta y resumen en el anexo U se muestra la “foto” de la situación y de la percepción para los grupos de padecimientos probables, comunes y graves.

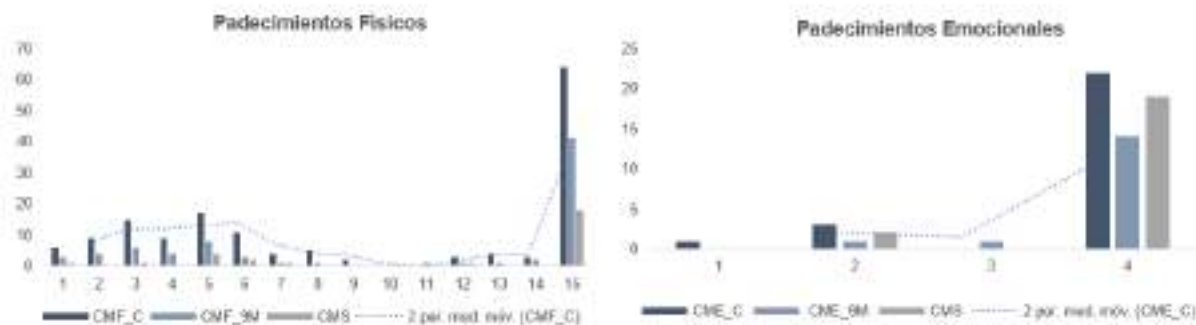
Para entender el impacto de la atención médica en el postparto, la figura 13 muestra el nivel de atención físico, emocional y social de las madres en el puerperio y 9 meses después del parto según la cantidad de padecimientos. Aunque en esta investigación no se tratan padecimientos sociales en específico, se quiso validar el nivel de atención que las madres recibieron en este ámbito como medio de soporte a los padecimientos físicos y emocionales.

Tal como sugiere la literatura académica, el nivel de atención médico en el postparto para los padecimientos físicos y emocionales fue mayor en el puerperio que 9 meses después del parto, especialmente para las que presentaron 3, 6 y 15 padecimientos físicos y 4 emocionales. Del total de madres que reportaron haber recibido atención médica física y emocional durante el puerperio, el 63% y el 68% respectivamente no la recibieron 9 meses después.

De las madres que indicaron haber tenido padecimientos físicos, del 61% que fueron atendidas en el puerperio, 32% fueron atendidas 9 meses después del parto. Respecto a los padecimientos emocionales, del 10% de las madres que recibieron atención médica en el puerperio, el 6% recibió atención 9 meses después del parto.

La atención social vinculada a los padecimientos físicos fue del 11% y del 1% para los emocionales. Relacionaron la atención social con los grupos de apoyo a los que tuvieron acceso, como de ayuda a la lactancia o los espacios de encuentro con otras madres y/o padres, como los espacios familiares de crianza.

Figura 13. Nivel de Atención Médico en el Postparto



Fuente: elaboración propia

Un dato relevante extraído de las entrevistas respecto a la atención social fue que, aunque a veces existen programas y grupos de soporte, no son difundidos por las instituciones médicas (o que los dirigen) y cuando existen no hacen diagnósticos, ni controles, ni seguimientos de las situaciones de las madres.

Así y volviendo al punto de la necesidad de estudiar los protocolos de intervención postparto, es necesario hacerlo vinculando las características de cada etapa en el contexto del cuidado interseccional e interdisciplinar de corto, mediano y largo plazo, físico, emocional y social con énfasis en el *bienestar* y *no sólo en la salud*, entendiendo que el postparto termina cuando la madre ha superado la tipología de padecimientos y/o problemas que no le permiten desarrollar libremente su maternidad.

En síntesis, para referirnos al diagnóstico de la percepción de las madres cuando aparecen padecimientos o postergan tratamientos podemos indicar que se basa en 2 niveles de percepción para el escenario de la *aparición* y 3 niveles para el escenario de *postergación*, donde la injerencia de las instituciones médicas para ambos casos en el corto y mediano plazo tiende a ser insuficiente, como vemos en la figura 14.

Figura 14. Percepciones Significativas por Escenario



Fuente: elaboración propia

Estos resultados muestran la necesidad de ahondar en el estudio de estas percepciones para potenciar su manejo en programas de bienestar postparto. También analizar por qué cuando se utiliza un instrumento online los resultados sobre las percepciones de autocuidado cambian en contraste con lo encontrado en el análisis cualitativo a través de las entrevistas, donde la gestión de las madres fue *el elemento clave más importante*.

Por otro lado, otro punto relevante a estudiar sería por qué la percepción sobre la *normalización* hecha por las instituciones médicas varía dependiendo del escenario en que se cuestione a las madres y por qué no se correlaciona con la evaluación del bienestar, ya que el hecho de que conciben la responsabilidad de las instituciones médicas como menos influyente,

necesaria, importante, podría generar que se atiendan menos y más tarde y por tanto que el bienestar postparto se minimice.

4.4. Factores que Inciden en el Bienestar Físico y/o Emocional Postparto

Después de haber hecho el diagnóstico de la tipología de padecimientos y analizado la percepción de las madres en la aparición de padecimientos físicos y emocionales y la postergación de sus tratamientos, interesó evaluar factores que incidían en el bienestar postparto. Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio tanto para el bienestar físico como emocional.

Desde este enfoque se quisieron analizar todos los parámetros hasta aquí estudiados, esto fue, la definición de factores a partir de variables sociodemográficas, tipología y características de padecimientos, percepciones vinculadas a la evaluación del bienestar, efectos de normalización y características médicas de atención recibida en el corto y mediano plazo.

Así, las variables sociodemográficas testeadas fueron: el lugar del postparto (LP), la nacionalidad (N), la Edad, el nivel educativo (NE), el ingreso familiar mensual (IFM), la situación de trabajo después del parto (SL_pP), el número de hijos (NH), los años entre el último parto y la edad “actual” (EvUP), años entre partos (VePs), tipo de parto (TP) y tipo de institución médica de atención de partos (TIM).

La tipología de padecimientos según fueran probables, comunes y/o graves, las tasas de información, tratamiento y recuperación asociadas a los padecimientos, los tres escenarios de percepciones evaluados, el efecto de normalización y las características temporales de control médico. Los resultados se muestran a continuación.

4.4.1. Factores que Incide en el Bienestar Físico Postparto

La hipótesis nula de que las variables no estuvieron correlacionadas fue rechazada, aceptándose la alternativa ($p = 0.000$)⁶⁵. Los resultados del test KMO sugirieron que el análisis factorial fue aceptable ($KMO = 0.667$) y que el modelo explicó el 69.76% de la variabilidad de las variables. El análisis arrojó los siguientes 10 factores que implicaron las siguientes condiciones:

Factor 1: La cantidad y tipología de padecimientos afecta el bienestar físico postparto de las madres (a menor cantidad de padecimientos mayor bienestar).

PFG (0.9282), PFP (0.9171), PFC (0.9045)⁶⁶

Factor 2: El lugar postparto, la edad y la edad respecto al último parto y la cultura influyen el bienestar físico postparto de las madres.

LP (0.8061), EvUp (0.8598), Edad (0.7565), N (0.7434).

Factor 3: El tiempo transcurrido entre partos y el número de hijos que se hayan tenido afecta el bienestar físico postparto de las madres.

VePs (0.8450), NH (0.8427)

Factor 4: *Sobre percepciones*

- La percepción sobre que las consecuencias del parto repercuten en la aparición de padecimientos afecta el bienestar físico postparto de las madres = APF_P (0.7232).
- La percepción sobre que el efecto de la maternidad incide en la aparición de padecimientos afecta el bienestar físico postparto de las madres = APF_EM (0.6343).

⁶⁵ En el anexo Y se presentan todas las pruebas realizadas.

⁶⁶ PFG: padecimientos graves, PFP: padecimientos probables, PFC: padecimientos comunes.

- La percepción sobre que el efecto de la maternidad incide en la postergación del tratamiento de padecimientos afecta el bienestar físico postparto de las madres = PPF_EM (0.6197).

Factor 5: Un menor efecto de normalización y recibir atención médica en el puerperio afectan el bienestar físico postparto de las madres.

CMF_C (0.7591), INF (0.6353)

Factor 6: El tipo de institución médica de atención del parto, los controles médicos de mediano plazo recibidos y el nivel de información disponible repercuten en el bienestar físico postparto de las madres.

TIM (0.6497), CMF_9M (0.5639), PF_TI (-0.6345)

Factor 7: *Sobre percepciones*

- La percepción sobre la corresponsabilidad de la pareja en la postergación del tratamiento de padecimientos físicos está correlacionada con el bienestar físico postparto de las madres = PPF_CP (0.7654)
- La situación de pareja en el postparto incide en el bienestar físico postparto de las madres = SS (0.6673)

Factor 8: Los niveles de tratamiento y recuperación de los padecimientos físicos están asociados con el bienestar físico postparto de las madres.

PF_TR (0.8010), PF_TT (0.6703)

Factor 9: El ingreso mensual familiar afecta el bienestar físico postparto de las madres.

IFM (0.8554)

Factor 10: Las condiciones de la situación laboral postparto a las que se enfrentan las madres afectan su bienestar físico.

SL_aP (0.8436)

4.4.2. Factores que Inciden en el Bienestar Emocional Postparto

Para el caso de los padecimientos emocionales, de igual manera se aceptó la hipótesis alternativa de correlación de variables ($\rho = 0.000$)⁶⁷. Los resultados del test KMO sugirieron que el análisis factorial fue aceptable (KMO = 0.658). El modelo explicó el 71.91% de la variabilidad de las variables. El análisis también arrojó 10 factores con las siguientes condiciones:

Factor 1: *Sobre percepciones*

- La percepción sobre que la gestión que hacen las instituciones médicas en el tratamiento de los padecimientos asociada con que los atienden con protocolos ineficientes⁶⁸ incide en el bienestar emocional postparto de las madres = TPE_PI (-0.6852).
- La atención médica emocional – social recibida en corto – mediano plazo afecta el bienestar emocional postparto de las madres = CME_9M (0.8277), CMS (0.7661), CME_C (0.6415).

Factor 2: La edad y la edad respecto al último parto, el lugar del postparto y la cultura influyen el bienestar emocional postparto de las madres.

Edad (0.8578), EvUp (0.8737), LP (0.6743), N (0.6110)

⁶⁷ En el anexo Z se presentan las pruebas realizadas.

⁶⁸ La premisa era: los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto.

Factor 3: La cantidad y tipología de padecimientos en contraste con los tratamientos recibidos afectan el bienestar emocional postparto de las madres.

PEG (0.9150), PEC (0.9060), PEP (0.6441), PE_TT (-0.5311)

Factor 4: El número de hijos, el tiempo transcurrido entre partos, el tipo de parto que hayan tenido y la información disponible afectan el bienestar físico postparto de las madres.

NH (0.7762), VePs (0.7191), TP (0.5437), PE_TI (0.5647)

Factor 5: *Sobre percepciones*

- La percepción sobre la corresponsabilidad de la pareja en la postergación de tratamientos de padecimientos emocionales está correlacionada con el bienestar emocional postparto de las madres = PPE_CP (0.7860).
- La percepción sobre que el efecto de la maternidad incide en la postergación del tratamiento de padecimientos afecta el bienestar emocional postparto de las madres = PPE_EM (0.5546).
- La percepción sobre que la presión social incide en la postergación del tratamiento de padecimientos afecta el bienestar emocional postparto de las madres = PPE_PS (0.5011).
- La situación de pareja en el postparto incide en el bienestar emocional postparto de las madres = SS (0.5512).

Factor 6: El ingreso mensual familiar afecta el bienestar emocional postparto de las madres.

IFM (-0.8566)

Factor 7: El nivel educativo de las madres afecta su bienestar emocional postparto.

NE (0.8102)

Factor 8: Las condiciones de la situación laboral a las que se enfrentan las madres en el postparto afectan su bienestar emocional.

SL_aP (0.8436)

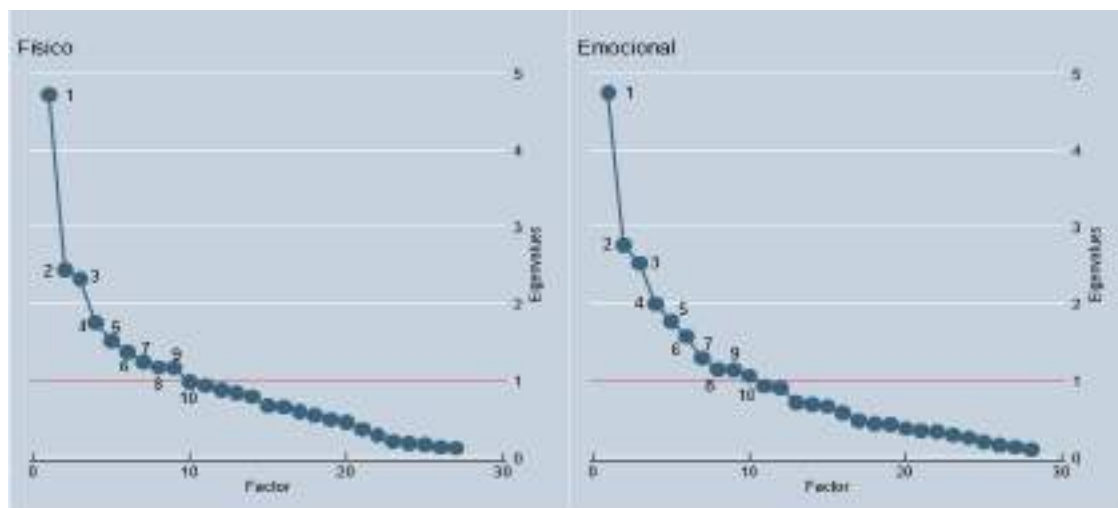
Factor 9: El tipo de institución de atención del parto repercute en el bienestar emocional postparto de las madres.

TIM (0.8629)

Factor 10: La tasa de recuperación de padecimientos afecta del bienestar emocional postparto de las madres.

PE_TR (0.8685)

Figura 15. Determinación de Factores (vía screeplot) para modelos Físico y Emocional



Fuente: elaboración propia a través de Stata 17

En la figura 15 podemos observar la influencia de los factores para ambos modelos. Vemos que los factores afectaron considerablemente a las variables, ya que todas las influencias tuvieron valores cercanos a -1 o 1 y que estructuralmente fueron muy parecidos.

Para el caso del físico la comunalidad de los 10 factores explicó el 69.19% mientras que, para el emocional, el 71.41%. En ninguno de los dos se encontraron variables con influencias en múltiples factores. Para detallar las condiciones de los modelos, comparativamente tenemos las siguientes condiciones:

Tabla 25. Comparación de Factores Físicos y Emocionales para Modelos de Bienestar

Factor	Físicos	Emocionales
1	Cantidad y tipología de padecimientos	Atención médica de mediano y corto plazo y <u>percepción sobre gestión médica de los tratamientos</u>
2	Años desde último parto, lugar postparto, edad, cultura	
3	Años entre partos y número de hijos	Cantidad y tipología de padecimientos y <u>tratamiento recibido</u>
4	Percepción de consecuencias del parto y del efecto de la maternidad (en aparición y postergación)	Número de hijos, años entre partos, tipo de parto, información disponible
5	Normalización y atención médica en puerperio	Percepción sobre corresponsabilidad de la pareja, efecto de la maternidad (<i>postergación</i>) y presión social. Situación de pareja
6	Tipo de institución médica de atención al parto, atención médica de mediano plazo e <u>información disponible</u>	Ingreso mensual familiar
7	Percepción sobre corresponsabilidad de la pareja y situación de pareja	<i>Nivel educativo</i>
8	Tratamiento y recuperación	Situación laboral

9	Ingreso mensual familiar	Tipo de institución médica de atención al parto
10	Situación laboral	Recuperación

Fuente: elaboración propia

En primera instancia podemos ver que, al referirnos al bienestar físico y emocional postparto, *la percepción de las madres importó*. Para el caso del modelo físico integró los factores 4 y 7 y del emocional, los 1 y 5. Por supuesto tales posiciones son dicentes y determinantes al interpretar los resultados, es decir, podemos afirmar que la percepción tuvo un mayor impacto sobre el bienestar emocional.

El factor 1 para el modelo emocional mostró la influencia de la atención médica emocional y social en el puerperio y en el mediano plazo y la percepción sobre la eficiencia de los protocolos de la gestión médica (alineados a la realidad postparto). Sin embargo, la carga relativa de la percepción presentó un valor negativo, es decir, el modelo sugiere que incidió de manera inversa en el bienestar emocional.

Este efecto puede justificarse en dos fundamentos evidenciados en las entrevistas, las madres que recibieron atención no tenían parámetros para evaluar su calidad, por lo tanto, lo importante era recibir “alguna”, y, por otro lado, desconocían lo que significaba que los protocolos médicos postparto fueran *eficientes*, por lo que, la percepción estuvo acotada a la gestión de los tratamientos y no a la de los padecimientos.

Sin embargo, fue significativo analizar las influencias de las variables porque reflejaron la magnitud que las madres dieron a la atención médica, así, en primera instancia se posicionó la atención médica emocional 9 meses después del parto, después, la atención médica social y por último⁶⁹ la atención médica emocional en el puerperio. Esto reflejó la preferencia de las madres por tener planes de control y seguimiento emocional de mediano plazo.

⁶⁹ Con una diferencia en influencias significativa respecto a la primera (alrededor del 22%).

Para el modelo de bienestar físico el factor 1 estuvo integrado por la tipología de padecimientos, mediado por la atención que se da en primera instancia a los graves, después a los probables y por último a los comunes. Mostraron las influencias con valores mayores, es decir, para este modelo, no tener padecimientos (o resolverlos cuánto antes) fue determinante para asegurar una mayor calidad de vida en el postparto.

Por su parte la tipología de padecimientos también integró el modelo de bienestar emocional en el factor 3, mostrando 2 diferencias, primero, que priorizaron los comunes antes que los probables y por ello, el orden fue, graves, comunes y probables⁷⁰, y segundo, la diferencia de la influencia (coeficiente) para ese cambio fue significativa respecto a la del modelo físico, es decir pareciera que subvaloran el probable (la depresión).

Por otro lado, en este mismo factor apareció la tasa de tratamiento con valor negativo. Este resultado podría interpretarse bajo dos enfoques, primero, que el tratamiento no fue un determinante del bienestar emocional o que la clase de tratamiento que se hizo según tipo de padecimiento no generó bienestar. Valdría la pena hacer análisis longitudinales posteriores para evaluar estas dos premisas dentro de un marco económico de salud y bienestar.

Para ambos modelos se esperaba que las influencias tuvieran signos negativos, ya que se asumía que a mayor cantidad de padecimientos menor bienestar, sin embargo, pareciera que para las madres la cantidad se marginaliza si los padecimientos se curan, esto podría justificarse por el efecto de normalización y por las grandes influencias de las variables de recuperación en ambos modelos, de manera que se prioriza la tipología antes que la cantidad.

El factor 2 para ambos modelos estuvo integrado por variables sociodemográficas. En los dos, la más representativa fue el tiempo transcurrido desde el último parto, lo que es

⁷⁰ El cambio de orden de los padecimientos es interesante porque para el caso del modelo físico indica principalmente los temas relacionados con la alimentación de los bebés mientras que, para el emocional, el estrés de la vida diaria de las madres.

relevante porque sugiere cierto énfasis en la experiencia de las madres. Después para el modelo físico, el lugar del postparto tuvo la mayor influencia y para el modelo emocional, la edad.

En ambos modelos la variable nacionalidad integró el factor 2, mostrando una influencia mayor en el modelo físico. Esta variable se considera importante porque está asociada con las condiciones culturales de las madres que tienden a incidir en la construcción de su percepción y por tanto en su proceso de toma de decisiones para enfrentar sus padecimientos. Sería interesante evaluar por qué incide menos en el bienestar emocional.

El factor 3 del modelo físico integró dos variables, la diferencia de años entre partos y el número de hijos, ambas con influencias grandes y positivas, sugiriendo que a mayor distancia entre partos mayor nivel de bienestar. Respecto al número de hijos, dado que la media para las madres que presentaron padecimientos físicos fue de 1,36, con una distribución de 71% para 1 hijo y de 25% para 2, pudo validarse la relación entre las variables temporal y cuantitativa.

Este factor se enfocó en el *efecto de la maternidad*, indicando que puede existir mayor bienestar cuando las madres tienen más tiempo y disponibilidad. Parece lógico, pero sería interesante validar en estudios posteriores cómo es el bienestar de las madres que deciden tener hijos subsecuentemente o que esperan varios años para hacerlo, determinar en el sentido de la maternidad qué es lo mejor para las mujeres y de qué depende.

Las variables números de hijos y diferencia de años entre partos también integraron con influencias grandes, el factor 4 del modelo emocional junto a tipo de parto e información disponible. Pareciera un bloque asociado al parto y su impacto, considerando también las premisas citadas en el párrafo anterior para las variables que comparten. La asociación de la información con el parto fue significativa ya que confirma la necesidad de informar al respecto.

El factor 4 del modelo físico mostró la incidencia de la percepción sobre la aparición de padecimientos y postergación de tratamientos asociados a las consecuencias del parto y al efecto de la maternidad (agotamiento, cansancio, energía). Fue interesante ver que de las 3 percepciones que integraron el factor, la relativa al parto tuvo una influencia mayor, mientras que, en contraste, la variable *tipo de parto* no integró ningún factor.

El factor 5 integró el *efecto de normalización*. Este no era un resultado esperado, ya que como vimos en el testeo de la hipótesis 1, a nivel de testeo unidireccional el análisis entre el bienestar y la variable no fue significativo, sin embargo, dada la importancia del efecto de normalización en el análisis cualitativo y el marco teórico, se decidió incluir en el modelo global para corroborar su incidencia.

Que apareciera junto a la atención recibida en el puerperio reveló en cierta instancia el origen del *efecto de normalización*. Podríamos decir que a partir de la atención médica que las madres reciben en el puerperio construyen gran parte de ese efecto de normalización. Sin embargo, dada la premisa de bienestar de estas 2 variables⁷¹, el signo debió ser negativo, así que este resultado puede deberse al efecto dicotómico presentado en la tabla 19.

El factor 5 para el modelo emocional estuvo compuesto por 3 variables de percepción y una sociodemográfica. La percepción con mayor influencia fue la asociada a la corresponsabilidad, seguida del efecto de la maternidad y la presión social. La diferencia entre las influencias de la primera y las otras dos fue significativa, mostrando la relevancia que dan las madres a la corresponsabilidad, aunado a la variable tener pareja en el postparto.

Este factor, visible para el escenario de postergación de tratamientos de padecimientos emocionales nos muestra la asociación de bienestar con la percepción *sopORTE social* vinculada a *expectativas* sobre corresponsabilidad y maternidad idealizada, por ello, el rol de la pareja y

⁷¹ La condición inversamente proporcional.

su influencia, y el manejo de la presión social juegan un papel fundamental, directo e indirecto en el bienestar postparto de corto, mediano y largo plazo.

Por su parte, para el modelo de bienestar físico el factor 7 también estuvo integrado por la percepción sobre corresponsabilidad en el escenario de postergación de tratamientos y por la situación de pareja. Esta combinación resulta muy interesante porque revela la influencia del (la) principal agente corresponsal de la madre a la hora de enfrentar padecimientos físicos y asumir su rol maternal.

En este sentido, reafirmando lo citado antes, un estudio sobre el bienestar de las parejas (no sólo a nivel heterosexual) sería interesante para validar diferencias de la construcción social del rol respecto al género y la identidad. También identificar las condiciones a las que se enfrentan las parejas en el postparto para poder alinear las expectativas de las familias, sin excluir a las familias monoparentales⁷².

Por otro lado, otro análisis interesante sería identificar cuáles son aquellas condiciones que generan mayor presión social en las madres y en sus parejas, por qué, cómo se pueden controlar y/o mitigar, de qué dependen, sí cambian o no con el número de hijos, etc. Identificar la fuente primaria de la presión en diferentes etapas del postparto sería recomendable para generar actuaciones educativas que visibilicen los cambios a emprender.

Para el modelo de bienestar físico el factor 6 se refirió a la disponibilidad de atención médica, es decir, al tipo de institución médica de atención al parto, la atención de mediano plazo (9 meses después del parto) y a la tasa de información que tuvieron las madres sobre sus padecimientos. Esta última variable tuvo signo negativo, sugiriendo que a mayor bienestar menor información.

⁷² Aunque no haya una pareja, hay agentes corresponsales.

Esta premisa podría sustentarse en las dos variables que la acompañan. Pareciera que, el efecto de no disponer de información se tiende a compensar con la disponibilidad de las instituciones médicas y de la atención de mediano plazo. Sin embargo, también podría entenderse en el caso contrario, que, a menor información, mayor bienestar, en el sentido en que se desconoce lo que pasa.

Respecto a la variable tipo de institución médica de atención al parto, también integró el factor 9 del modelo de bienestar emocional con una influencia alta. Este resultado es importante porque indica el papel vital que juegan las instituciones de atención al parto en el bienestar emocional ya que son éstas (en su mayoría) las que pueden desarrollar programas de seguimiento y control.

El factor 6 para el modelo de bienestar emocional lo integró únicamente el ingreso mensual familiar, mostrando una influencia alta pero negativa. Esto en ningún caso sugiere que a menor ingreso familiar mayor bienestar sobre todo porque los padecimientos emocionales son mayoritariamente invisibilizados por los sistemas de salud, por lo que cuando se tratan tienen que ser incluidos en el presupuesto de las madres o de las familias.

La justificación que podemos hacer para este resultado a partir (sobre todo) del análisis cualitativo, es que, dado que los padecimientos emocionales tienden a no tratarse, la variable ingreso se relegó⁷³. Así, sería interesante analizar con grupos sociodemográficos controlados el impacto real de esta variable, de manera que se pueda alertar a los sistemas de salud sobre los derechos que se están negando a las madres.

En caso contrario y como era de esperarse, para el modelo de bienestar físico y con influencia alta y signo positivo, el ingreso familiar mensual integró el factor 9, sugiriendo la

⁷³ Para el caso del modelo de bienestar emocional pareciera que el tipo de conducta con que las madres tratan sus padecimientos está relacionado a la carencia o falta de disponibilidad de los ingresos, no con la severidad de sus padecimientos.

importancia de disponer de recursos financieros para atender los padecimientos físicos que pueden condicionar la calidad de vida de las madres en el corto, mediano y largo plazo, especialmente por la falta de oferta de las instituciones médicas.

Únicamente en el modelo de bienestar emocional, la variable nivel educativo con una influencia alta, integró el factor 7. Fue relevante que no apareciera para el modelo físico y sí para el emocional, ya que podría indicar que tener un nivel educativo mayor puede incidir en la importancia que dan las madres a tener un mayor bienestar postparto integral.

El factor 8 para el modelo de bienestar físico estuvo integrado por las variables tasas de recuperación y tratamiento. Como era de esperarse, la primera mostró una influencia significativamente mayor, aunque la de tratamiento no fue baja, lo que sugiere que las madres sintieron bienestar por el hecho de estarse tratando independientemente de no haberse curado, esto es importante porque indica el efecto que marca la *atención* en la percepción de bienestar.

La tasa de recuperación también integró (únicamente) con una influencia alta (mayor que en el físico) el factor 10 del modelo emocional. En contraste con lo mencionado antes, pareció no existir ese efecto *placebo* del tratamiento presente en el modelo físico⁷⁴. Dado que la variable *tratamiento* apareció junto a los padecimientos con signo negativo (factor 3), se asume que las madres no los tuvieron o que los percibieron ineficientes y por eso no los valoraron.

La situación laboral postparto integró el factor 8 en el modelo de bienestar emocional y el factor 10 en el de bienestar físico. Ambas variables tuvieron influencias grandes y positivas, esto es, que influyeron significativamente en el bienestar en una relación directamente proporcional, es decir, indicó que cuando la situación laboral postparto tendió a beneficiar la situación materna, el bienestar tendió a ser mayor y viceversa.

⁷⁴ Lo que importó fue la recuperación.

Resumiendo, podemos argumentar que al hablar de factores que pueden incidir en el bienestar físico y emocional en el postparto, identificamos variables sociodemográficas y contextuales que describen el tipo de vida y recursos que tienen y de que disponen a nivel familiar, social y estatal las madres y validamos que la percepción juega un papel notorio, pues afecta sus procesos de elección en pro del bienestar en el postparto.

A través de este análisis factorial se identificaron diferencias entre los modelos de bienestar físico y emocional en las que se puede ahondar para diseñar acciones educativas, políticas públicas, herramientas, que ayuden a las madres y a la sociedad a entender y empatizar con el bienestar en el postparto. La definición de los factores para cada modelo podría interpretarse de la siguiente manera:

Tabla 26. Factores Físicos y Emocionales

	Físicos	Emocionales
1	Tipología de padecimientos	Atención médica de corto y mediano plazo
2	Cuerpo, entorno y cultura	
3	Experiencia	Tipología de padecimientos
4	Efecto de maternidad	Consecuencias del parto y experiencia
5	Atención de corto plazo	Soporte social ⁷⁵
6	Atención médica de mediano plazo	Nivel educativo
7	Corresponsabilidad y pareja	Situación laboral
8	Tratamiento y recuperación	Tipo de institución de atención médica
9	Ingreso familiar mensual	Recuperación
10	Situación laboral	

Fuente: elaboración propia

Basándonos en los modelos analizados pudimos observar que el bienestar postparto estuvo sujeto a condiciones de la salud física y emocional y del contexto de las madres. Vimos

⁷⁵ Corresponsabilidad, efecto de maternidad, presión social y pareja.

la relevancia de la corresponsabilidad y de la atención médica de mediano plazo. También que la situación laboral tuvo un peso significativo en el sentido de la conciliación y como medio para disponer de recursos para tratar padecimientos.

Las estructuras de los factores, aunque son similares nos indican los parámetros a analizar para diseñar y construir de manera diferenciada planes de acción en pro del bienestar en el postparto y nos permiten fijar la atención en las necesidades de las madres, de manera que se pueda continuar investigando un tema tan fundamental en el marco de los derechos de las mujeres como es el bienestar en el postparto.

Capítulo 5. Hacia el Bienestar Postparto

Los resultados de esta investigación mostraron la necesidad de desarrollar un enfoque educativo de la realidad postparto que orientara a las madres y las integrara con su entorno corresponsal (parejas, familias), instituciones médicas y sociedad en general, para que juntas pudieran dimensionarla, entenderla y actuar en pro del bienestar postparto de las madres. A continuación, se expone una propuesta, basada en tres líneas de acción.

5.1. Aprendizaje Dialógico

El aprendizaje dialógico emplea la educación como medio de transformación social (Duque et al., 2009), requiere del involucramiento de diversas unidades de interacción que permitan dimensionar la realidad social, enfocar estrategias para el aprendizaje (Aubert A., Flecha A., García C., Flecha R., 2008) y desarrollar mecanismos para transformar a los agentes sociales creando a su vez liderazgos dialógicos (Redondo-sama et al., 2020).

Gracias a su capacidad democratizadora, el método dialógico permite a los colectivos⁷⁶ desarrollar normas consensuadas para prevenir y/o controlar conflictos (Duque & Teixido, 2016), por ello, la preferencia dialógica se ha diversificado (está presente en casi cualquier espacio de convivencia) mostrando que las personas tienden a confiar más en el diálogo y que cuando éste se rechaza, la violencia se evidencia (A Aubert et al., 2009).

La violencia, fue una de las características referidas por las madres en el análisis cualitativo cuando expresaban el trato físico y comunicacional recibido en el postparto sobre todo por instituciones médicas públicas al ser madres primerizas (y/o migrantes – refugiadas), de nivel educativo y/o clase baja, pero también por familiares y personas cercanas que les sugerían llevar la maternidad de una manera diferente a ellas.

⁷⁶ De estos colectivos se deriva la creación de las comisiones mixtas.

Por ello abordar *el problema del bienestar físico y/o emocional postparto de las madres* a través de **un enfoque educativo** que reduzca y acote el efecto violento es prioritario. Para hacerlo, nos planteamos desarrollar el proceso del aprendizaje dialógico a través de cada uno de sus siete principios con miras a generar *una potencial estrategia transformadora*, usando la ***participación educativa de la comunidad*** como sistema integrador.

La participación educativa de la comunidad es *una actuación educativa de éxito* a través de la cual un colectivo se congrega (familias y miembros de la comunidad) y participa democráticamente en procesos de decisión asociados a la impartición de programas educativos⁷⁷, que puede desarrollarse mediante lecturas dialógicas, extensiones de tiempos de aprendizaje (Adriana Aubert et al., 2014) y/o comisiones mixtas⁷⁸ (Duque & Teixido, 2016).

La evidencia científica ha demostrado que este tipo de actuaciones pueden afectar positivamente a los directamente implicados, entre otras cosas porque la interacción de múltiples agentes permite que se derrumben estereotipos culturales y elitistas relacionados con la forma de operar de los sistemas educativos que los cobijan y se fomenten condiciones de igualdad y equidad social (Gatt et al., 2011).

Así, esta actuación educativa de éxito puede fungir como sistema integrador en el ámbito transformador del problema educativo de la falta del bienestar postparto porque principalmente nos permite definir la *comunidad a intervenir*, que estaría compuesta por las madres (mayoritariamente en etapa postparto pero también embarazadas), sus parejas, sus familias, las y los operadores de la salud que las atienden y las y los “expertos”.

Una vez definida la comunidad (las y los agentes), se precisan los potenciales lugares fijos de reunión, los alternos según objetos de estudio, la frecuencia, la duración de las

⁷⁷ La actuación educativa está diseñada para acompañar el proceso educativo de hijas e hijos dentro y fuera de las instituciones educativas.

⁷⁸ Puntos que se complementarían y ampliarían con el desarrollo del modelo de aprendizaje dialógico.

sesiones de trabajo, material de trabajo, objetivos de cada sesión alineados al bienestar postparto y las características del moderador(a). Para completar el programa transformador educativo se procede a desarrollar los siete principios del aprendizaje dialógico.

5.1.1. Diálogo igualitario

El diálogo igualitario se plantea como la vía a través de la cual se pueden establecer relaciones democráticas, libres de jerarquías, donde son los argumentos los protagonistas y no las relaciones de poder del colectivo. Así, en primera instancia en el proceso de abordar nuestro problema, usaremos el diálogo igualitario para clarificarle a nuestra comunidad cómo pueden comunicarse.

Las y los agentes tendrán la oportunidad de indicar los principales padecimientos y variables (problemas cotidianos) que asocian con el bienestar físico, emocional y/o social postparto, su temporalidad (o condiciones) y cómo se deberían abordar desde su visión y/o experiencia. El moderador(a) grabará las sesiones y tomará nota. En conjunto se decidirá si se tratan todos los temas expuestos o los que se consideren más prioritarios.

Sin embargo, dada la naturaleza del problema, aunque el enfoque de diálogo sea igualitario, se buscará que el consenso responda a satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales presentes en el postparto (en diferentes tiempos) que afecten en mayor medida a las madres. Es vital que el enfoque esté totalmente alineado a buscar brindar una mejor calidad de vida de las madres independientemente del momento postparto que sea.

Así, tendremos el planteamiento de padecimientos y problemáticas relacionadas con el bienestar físico, emocional y social postparto para un periodo no menor a un año de cada uno de las y los integrantes de la comunidad que de manera respetuosa y democrática ha

comentado su punto de vista, pero donde por las condiciones del impacto en la calidad de vida de las madres se ha valorado “más” su exposición de los hechos.

5.1.2. Inteligencia Cultural

La inteligencia cultural está compuesta por tres tipos de inteligencia, la académica, la práctica y la comunicativa, siendo esta última vital. Como especie necesitamos y tendemos a resolver nuestros problemas a través de nuestras habilidades comunicativas (A Aubert et al., 2009) que dependen del contexto socio cultural en el que se desarrollen (Gatt et al., 2011) y de las percepciones que las habiliten (Realpe, 2007).

De acuerdo con este enfoque y dado que en esta investigación se realizó análisis de las *percepciones de las madres* para indagar sobre cómo elementos socio culturales incidían en su bienestar físico y emocional en el postparto, con la comunidad podría ampliarse tal estudio para entender el problema a una escala mayor, de manera que el análisis colectivo permitiera identificar conductas sociales a modificar.

Así, el análisis de percepciones por agente respondería a las mismas variables (aunque los temas no les afecten directamente) de tal modo que, al momento de debatir, puedan llegar a un consenso sobre el significado e impacto de las variables sobre sí mismos y su entorno, vinculadas al bienestar físico, emocional y social postparto, principalmente de las madres, pero también sobre ellos mismos, para definir los padecimientos y/o problemas que les afectan.

Esta actividad brindaría a la comunidad la posibilidad de explorar su capacidad para desde su unicidad dimensionar las problemáticas relacionadas con el bienestar físico, emocional y/o social postparto de corto, mediano y largo plazo, y por lo tanto se esperaría que lograra generar un nivel de empatía que ayudara a crear un nivel de bienestar agregado de convivencia cultural no sólo sobre postparto sino también sobre roles de crianza y cuidados.

5.1.3. Transformación

Desde el aprendizaje dialógico *transformar* implica afectar el contexto socio cultural y por tanto los niveles de aprendizaje de la comunidad. Significa definir mecanismos, vías, canales para reformar diversa e interactivamente mediante el aprendizaje a cada una(o) de las y los integrantes del colectivo intervenido de tal forma que se logre promover la igualdad y la solidaridad (A Aubert et al., 2009).

En este sentido y en el ámbito de nuestra problemática se plantea como medio de transformación principal el **entendimiento** de los principales padecimientos y problemas que afectan el bienestar físico, emocional y/o social de las madres **desde un ámbito científico**, por ello, en esta fase, se estima recomendable involucrar a expertos que asesoren y capaciten al grupo en la práctica de participación educativa de la comunidad.

Por ejemplo, los resultados de esta investigación mostraron que la *percepción sobre corresponsabilidad* incidía significativamente en postergar el tratamiento de padecimientos (y, por tanto, en el bienestar). Al respecto algunos estudios muestran que el problema de la corresponsabilidad es sobre todo uno cultural donde la mujer sigue asumiendo un sistema de cargas desigual que sin embargo los hombres identifican como igualitario (Álvarez, 2016).

En la misma línea y no menos importante está la información científica que los expertos podrían brindar relacionada con las características de los padecimientos físicos y emocionales que la mayoría de las madres desconocen y sobre la que no pueden actuar, oportuna también para las mujeres que no se encuentran en la etapa postparto (las embarazadas) de manera que pudieran conocerla, prepararse y anticiparse a sus causas y efectos.

Esto es, brindarle información a las madres para que puedan preocuparse por la presencia de padecimientos físicos y/o emocionales y también para que sepan cómo manejar variables que pueden condicionar su calidad de vida, mostrándoles científicamente por ejemplo

cuáles expectativas se están resolviendo a nivel de corresponsabilidad, presión social y efecto de la maternidad, para ayudarles a lidiar con los conflictos desligados de ellas.

5.1.4. Dimensión Instrumental

Desde el marco del aprendizaje dialógico la *dimensión instrumental* se refiere a la obtención de herramientas fundamentales para acceder al resto de conocimientos y tener una formación de calidad igualitaria (A Aubert et al., 2009). Si nos referimos a tales herramientas con el objeto de transformar el problema educativo del bienestar postparto tendríamos que empezar por anotar que en su mayoría son inexistentes para cada nivel de la comunidad.

En esa línea se tendría que construir (como mínimo y, para empezar) un programa con cinco fases de estudio: 1) temporalidad del postparto, 2) bienestar postparto 3) tipología de padecimientos físicos, emocionales y sociales de corto, mediano y largo plazo, 4) tratamientos potenciales a padecimientos físicos, emocionales y sociales y 5) variables socio culturales que inciden en el bienestar posparto de corto, mediano y largo plazo.

Educar sobre la temporalidad del postparto es fundamental como dimensión instrumental. Con toda la evidencia científica al respecto, no podemos seguir entendiéndolo de 40 días, 3, 6 meses. Es esencial que empecemos a hablar del postparto como un periodo que abarca al menos *1 año y hasta 3 años*, estos últimos especialmente para mujeres que tienen más de un hijo o para aquellas que presentan padecimientos graves en el parto y/o postparto.

Este cambio de mentalidad es importante porque principalmente permitirá sobre todo a las madres, pero también a sus parejas, familias, contexto y operadores de salud, es decir a la comunidad, empezar a entender que las madres “también” importan (no sólo los bebés) y a iniciar el camino de *no normalizar* padecimientos físicos y/o emocionales terminado el puerperio o los tiempos de baja materna (que a veces son tan sólo 3 meses o menos).

Ese *efecto de no normalización* es extremadamente importante porque está directamente correlacionado con el **entendimiento del bienestar postparto**, otra dimensión instrumental central. Que la comunidad y la sociedad transformen su mentalidad, logrando entender que la mayoría de las cosas que les desfavorecen, pero asumen como normales en la maternidad, no lo son.

Entenderlo, aplicarlo y divulgarlo es prioritario no sólo a nivel de justicia de género sino de impacto social porque como vimos en el marco teórico todas las transformaciones que se hagan en pro del bienestar pre – post parto inciden en el contexto familiar, laboral, económico y político de la sociedad.

Teniendo esto construido y validando que la comunidad cuenta con esta formación y que la entiende, esta etapa del proceso de aprendizaje dialógico es *fundamental* para asegurar el éxito de la participación educativa de la comunidad que hasta ahora se había reunido para exponer su percepción sobre la problemática, escuchado a expertes, debatido, acordado, etc., y ahora, homologa su nivel de conocimientos, es decir, se educa.

5.1.5. Creación de Sentido

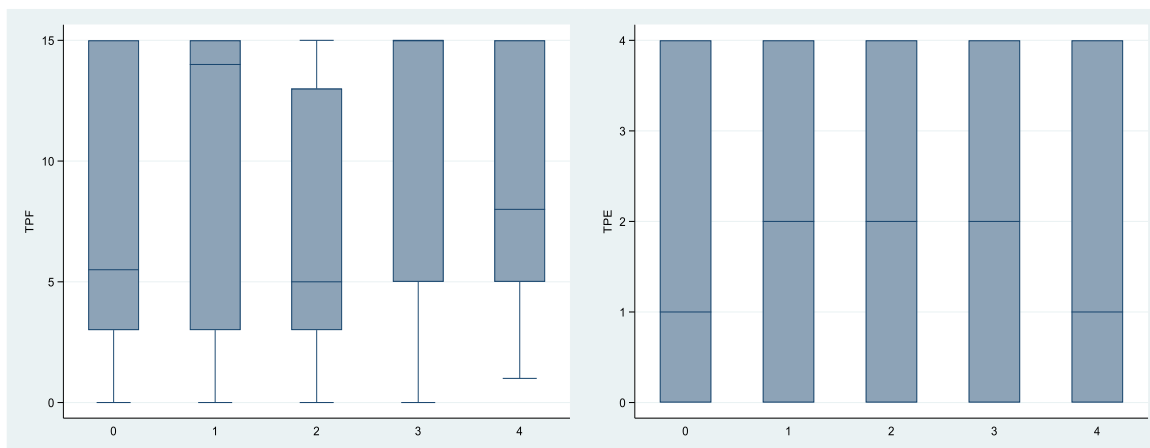
He aquí la parte primordial de esta investigación, de este problema. A lo largo de la historia, generalmente las mujeres nos hemos enfrentado a la maternidad (y por tanto al periodo postparto), asustadas, limitadas, no preparadas; acotadas por la clase, recursos, cultura y contexto de que dependemos y nos contiene y mimetizadas por un rol de madres que se enfoca a atender casi exclusivamente las necesidades de los infantes (Barclay et al., 1997).

Esta investigación nos mostró que no es que a las madres no les importe su salud física y/o emocional o que no quieran solucionar los problemas que les hacen postergar el tratamiento de sus padecimientos, o que no deseen tener un mayor bienestar (una mejor

calidad de vida), sino que en la mayoría de los casos el *sentido de la maternidad* que viven no les permite gestionar de otra manera, ni crear un *sentido de bienestar asociado diferente*.

En el apartado 4.2.3 analizamos el efecto de normalización identificando cinco tipos de conductas asumidas por las madres cuando aparecían padecimientos físicos y/o emocionales: no normalizadora (0), normalizadora (1), dicotómica (2), predominantemente normalizadora (3) y predominantemente no normalizadora (4). Al relacionar tal efecto con la cantidad de padecimientos podemos de alguna manera dimensionar “ese” sin *sentido del bienestar*.

Figura 16. Cantidad de Padecimientos Físicos y Emocionales según Efecto de Normalización Físico y Emocional



Fuente: elaboración propia a través de Stata 17

Recordemos que analizamos 15 padecimientos físicos y 4 emocionales. Pudimos observar que el 75% de las madres que presentaron las conductas 0, 1, 3 y 4, tuvieron el total de padecimientos físicos y emocionales en los tres años examinados. Para el caso de los físicos las conductas 0 y 4, tuvieron un valor medio de 7 padecimientos y las conductas 1 y 3, 14. Para los emocionales, 1 para 0 y 4, y 2 para 1, 2 y 3.

El caso de la conducta dicotómica (2) para los padecimientos físicos mostró una tendencia diversa porque fue la única que denotó un grupo poblacional donde el 75% de los

casos no tuvo todos los padecimientos y presentó la presencia más baja de los mismos. Estos datos sustentan nuestra premisa anterior, por ejemplo, fijémonos en las conductas no normalizadoras.

Una conducta no normalizadora supone que las madres toman acciones para atender sus padecimientos físicos y/o emocionales, sin embargo, más del 50% de las encuestadas tuvieron en promedio 5 padecimientos, es decir (si) normalizaron esta cifra, de hecho, las tasas de recuperación para padecimientos físicos y emocionales promedio fueron apenas de 49% y 46% respectivamente. Una representación de *la falta de sentido del bienestar postparto*.

Lo que esta investigación mostró es que “actuar” ante un padecimiento físico y/o emocional dependerá del tipo de padecimiento que sea. Pareciera que existe una escala que se ha construido familiar, social y/o culturalmente para otorgarle importancia a los tratamientos. Así, aparte de la gravedad de éste (que impida su postergación), la atención de los padecimientos dependerá del *sentido* que las madres les otorguen.

Esto es, por ejemplo, una madre puede convivir con *incontinencia urinaria* por más de un año, sabiendo que no es algo que esté bien, sintiéndose mal física y emocionalmente, pero posponiendo su atención porque no logra conciliar el tiempo que demandan las citas semanales que implican el tratamiento de mediano plazo con la o el fisioterapeuta⁷⁹ porque **siente** que es algo con lo que “puede vivir”.

En la *dimensión instrumental* indicamos la imperante necesidad de educar sobre el significado del bienestar postparto. Una primera parte fundamental en la creación de sentido es precisamente la divulgación de información al respecto donde cada uno de las y los agentes de la comunidad entiendan el papel que desempeñan. El objetivo de la *creación de sentido* es que las madres empiecen a hablar de postparto físico, emocional y social.

⁷⁹ Para el caso de que el tratamiento esté cubierto por su entidad de salud o pueda costearlo.

Esto último pareciera algo ambiguo, pero no lo es. Si empezamos a hablar de un tema, entre mujeres, como comunidad, generamos propiedad, identidad, compromiso, lo reconocemos. – *Porque educar no es suficiente* –. Lo que vimos en esta investigación fue que había madres que conocían cómo tratar sus problemas, pero la situación cultural, social, contextual les hacía minimizarlos y postergar sus tratamientos.

También vimos que, en el marco de la maternidad, las mujeres tendemos a buscar más ayuda de nuestras pares, incluso siendo desconocidas (en redes sociales, blogs, etc.), por lo que creemos que la *creación de sentido del bienestar postparto* debe desarrollarse a partir de dos formas: 1) del proceso de participación educativa de la comunidad hasta ahora propuesto y 2) un canal en redes enfocado a madres.

En la comunidad el trabajo de divulgación podría desarrollarse a través del trabajo testimonial. Sería muy importante que las y los agentes participaran activamente para dimensionar lo que les significa el bienestar postparto. Queda claro que por el lado de los padecimientos sólo las madres y las instituciones de salud estarían afectadas, pero en el caso de las variables que inciden el bienestar estaría implicada toda la comunidad.

El objetivo de este trabajo testimonial sería crear un sentido comunitario a partir del cual se pudiera empezar a entender que el bienestar postparto tiene varias dimensiones y necesita ser empático con varias realidades, principalmente la de las madres, pero no exclusivamente. A partir de este ejercicio también se pueden empezar a registrar las notas de trabajo más relevantes con ánimo de construir una bitácora de bienestar comunitario que pueda difundirse.

Por su parte, el espacio de divulgación (que también fungirá como espacio educativo) permitirá que generemos presión social para acabar con estigmas sobre lo que *no es normal* en términos del cuidado a la calidad de vida física, emocional y social postparto. Poder ser un

corresponsal masivo de un mensaje científico, claro y conciso a madres que no disponen de tiempo ni condiciones para saber sobre qué indagar es *generar sentido al bienestar postparto*.

Empiezan a haber algunos esfuerzos por hablar de la relevancia del postparto, pero nos hace falta **crear sentido** sobre dos cosas básicas mínimas: la temporalidad del postparto, para que las madres puedan dimensionar cuándo un padecimiento puede ser producto del parto o de los efectos de la maternidad y 2) del bienestar postparto y de las variables que inciden, la corresponsabilidad, la presión social, etc.

Crear sentido sobre el bienestar postparto es darles a las mujeres herramientas para enfrentar la maternidad de corto, mediano y largo plazo y los cambios a nivel personal, familiar, laboral, social, etc., de una manera informada – crítica, tratando de eliminar los tabúes, estigmas, es decir, con miras a reducir los actuales niveles de desigualdad producto del sistema patriarcal, dándoles la oportunidad de tener un nivel de calidad de vida mayor.

5.1.6. Solidaridad

Una parte de la encuesta para el análisis cuantitativo de esta investigación se hizo a través de divulgación física en 19 espacios en los 10 distritos de Barcelona, allí pudimos dimensionar divergencias por supuesto económicas y socio culturales, pero sobre todo de exposición a información sobre cuidados postparto. Independientemente de la participación educativa de la comunidad esta es una realidad que no podemos perder de vista.

Así, con todo el trabajo avanzado desde la comunidad proponemos desarrollar una guía impresa y virtual donde se especifiquen asuntos claves: temporalidad postparto, principales padecimientos físicos, emocionales y/o sociales postparto y sus potenciales tratamientos, ¿qué es el bienestar postparto? y variables contextuales que lo afectan, e invitación a participar en canal en redes.

Una vez esta guía esté validada por la comunidad (incluidos asesores), se propone compartirla con instituciones médicas (públicas y privadas) para que sirvan como canal de divulgación central masivo durante los controles del embarazo, los cursos de preparación al parto, los primeros 40 días después del parto y los controles pediátricos que se gesten durante el primer año de las y los infantes.

Entre más temprano llegue la información a las madres más pronto podrán ir procesando lo que significa el postparto y por tanto la manera como “quisieran” vivirlo. Las expectativas son importantes porque en función a ellas se van desarrollando las percepciones, construyendo las realidades y con ello la dimensión del bienestar. En este escenario, la solidaridad implica esforzarnos porque información con validez científica llegue a más madres.

5.1.7. Igualdad de diferencias

Este último punto es coyuntural en el tratamiento de la problemática que nos aqueja. Hemos hablado de la relevancia de entender el bienestar postparto principalmente como un estado donde las madres tienen una buena calidad de vida después del parto que no normaliza padecimientos físicos, emocionales, ni sociales.

Es fundamental recordar, como se planteó en los capítulos tres y cuatro, que el bienestar se sustenta en las diferencias, por ello, por un lado, es vital que las madres entiendan su bienestar como único, no comparable con el de otras madres y busquen optimizarlo y, por otro lado, que es necesario construir políticas de salud pública basadas en protocolos medibles y controlables que permitan validar el bienestar postparto en el corto y mediano plazo.

No comparable con el de otras madres significa que no asuman que sus padecimientos responderán de igual forma que el de sus iguales y no se traten, o se automediquen, o dejen de buscar atención física y/o emocional y por tanto su bienestar desmejore. Pareciera un detalle

insignificante, pero a través del análisis cualitativo se evidenció que las mujeres confían en demasía en que lo que le sirve a una le servirá a la otra y eso es necesario cambiarlo.

Por otro lado, es importante construir protocolos de medición del bienestar postparto que presenten indicadores que reflejen la situación de las madres desde diversos frentes para poder dimensionar de manera transversal y/o longitudinal cómo han ido evolucionando y dónde es necesario brindar mayor soporte, que ellas conozcan y entiendan. Para este caso como excepción, en el grupo de participación educativa se evaluaría únicamente a las madres.

Así, en el apartado 5.2., se presenta una propuesta de marco de medición de bienestar basado en **siete perspectivas**. La premisa central de este marco es que debe actualizarse a partir de evidencia científica y empírica de manera que pueda llegar a crearse un indicador máster del bienestar de las madres y del nivel de atención que brindan las instituciones de salud.

También que pueda mejorarse significativamente para que empiece a usarse como protocolo de medición de bienestar postparto físico, emocional, social. Para que dejen de utilizarse herramientas que, aunque están ligadas a la salud no están asociadas con las necesidades de las madres ni condiciones del postparto. Esto por supuesto requiere un trabajo de un grupo interdisciplinar.

5.2. Evaluación del Bienestar

Las estrategias que se desarrollen a través del proceso de aprendizaje dialógico deben estar soportadas en un marco de medición de las variables físicas, emocionales y sociales que inciden en el bienestar. Esto debería hacerse principalmente desde los canales de atención médicos (Coveney, 2010) pero también es necesario concebirlo desde entidades menos centralizadas a las que las madres puedan acceder.

Dado que no existe un marco de evaluación del bienestar postparto y que los indicadores con los que se evalúa actualmente son muy generalizados, es necesario empezar a construir unos que se vayan robusteciendo y amplificando según las necesidades de bienestar a evaluar en el postparto a 1 año (*al menos*) y a 3 años (o al tiempo necesario).

Así, a partir de los resultados de las fases cualitativa y cuantitativa donde se presentaron los factores más relevantes a considerar en la evaluación del bienestar postparto, una propuesta metodológica inicial sería enfocarse en las siguientes 7 perspectivas de acción.

Tabla 27. *Propuesta de Perspectivas de Medición del Bienestar Postparto*

Perspectiva	Objetivo de medición
Parto	<ul style="list-style-type: none"> ○ Detallar las características del parto (verificando que conste en historiales médicos) ○ Correlacionar los efectos de las características con padecimientos físicos, emocionales y/o sociales sufridos durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años
Padecimientos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar la tipología de padecimientos físicos, emocionales y/o sociales ○ Medir el nivel de información y atención brindados y los niveles de recuperación durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Determinar las posibles causas de la presencia de los padecimientos en los diferentes tiempos recomendados ○ Determinar el impacto de la presencia de padecimientos en la relación con el hijo o hija, con la pareja y el círculo social primario durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Determinar el impacto de la presencia de padecimientos en la situación laboral durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Determinar el costo de los servicios médicos seleccionados para atender padecimientos físicos, emocionales y/o

	<p>sociales durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años</p>
Efecto de la maternidad	<ul style="list-style-type: none"> ○ Definir las variables más relacionadas con el agotamiento y evaluar sus cambios durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Evaluar el impacto de la presión social (aislando las variables) en los niveles de agotamiento ○ Definir las políticas de conciliación de que disponen y evaluar su impacto durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años
Corresponsabilidad de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> ○ Definir expectativas de las madres y de sus parejas y evaluar la medida en que se cumplen ○ Evaluar la estabilidad emocional de la pareja durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Definir las fuentes de ingreso y el aporte que brindan al tratamiento de padecimientos físicos, emocionales y/o sociales de las madres y de sus parejas durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años
Soporte social	<ul style="list-style-type: none"> ○ Definir las principales fuentes de soporte social y su aporte en tiempo por jornada durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Evaluar la importancia de las redes sociales en cada fase, durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Evaluar la importancia de los grupos de apoyo (de las instituciones médicas y de la sociedad en general, públicos y/o privados) en cada fase, durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años
Acceso a atención en instituciones médicas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluar la calidad de la atención recibida en el embarazo, parto y postparto (para los primeros 3 años) con relación a la atención y tratamientos recibidos vs su recuperación ○ Evaluar los protocolos de control y seguimiento de padecimientos, enfocándose en la efectividad

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar el costo de las acciones médicas para atender padecimientos físicos, emocionales y/o sociales durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años
<p>Bienestar del o la infante</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación de expectativas cumplidas en términos de alimentación, sueño, crecimiento y desarrollo durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Evaluación de la relación madre – hija /hijo durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años ○ Evaluación del nivel de satisfacción en el rol de madre durante el puerperio, 3, 6, 9 y 12 meses, 1.5, 2, y 3 años

Fuente: elaboración propia

El desarrollo de un marco de evaluación del bienestar postparto integral permitirá dimensionar la situación real, de manera que se vayan incluyendo o eliminando indicadores que permitan tomar acciones orientadas a la maximización del bienestar de las madres y su entorno en el postparto. Empezar a analizar el bienestar de las madres multidimensional y longitudinalmente es vital para incidir en el cambio de políticas públicas.

5.3. Empatía Científica

Dar a conocer la situación real del postparto a las madres, sociedad e instituciones médicas es fundamental para empezar a cambiar las estructuras que normalizan desmejoras de bienestar en el postparto de las madres y de sus familias, sin embargo, a nivel político estos procesos llevan tiempo y necesitan soportarse en presupuestos que canalicen las necesidades a atender en el mediano – largo plazo.

Por esta razón es vital que desde el campo científico se siga investigando, desarrollando proyectos, que, aunque no sea de manera global, vayan modificando las condiciones con las que se dimensiona el bienestar, que a través de la divulgación científica y

el mantenimiento de la apertura para trabajar por los derechos de las madres (un gran porcentaje de mujeres son madres) se entienda al bienestar en el postparto como un hito a incluir en las políticas de bienestar social (Guyon, 2012).

Comprender que el bienestar en el postparto representa un tema de bienestar social de género que afecta la dinámica económica, familiar, laboral y de salud pública, y que, por ello, necesitamos definir una ruta de investigación interdisciplinar clara para los próximos años donde podamos brindar a las mujeres medios para establecer y afianzar sus derechos en diversos frentes y a la sociedad vías para entenderlos.

Capítulo 6. Discusión Final

La investigación llevada a cabo en madres con periodos postparto de hasta 3 años (aunque hubo casos de madres de hasta 12 años) nos mostró la situación física y emocional de su bienestar postparto, identificando esencialmente desinformación, altas tasas de padecimientos tanto físicas como emocionales y la relevancia de la percepción y de variables sociodemográficas. A continuación, el detalle de los hallazgos centrales.

6.1. Conclusiones

Observamos un desconocimiento significativo por parte de las madres, padres y de la sociedad en general de la temporalidad del periodo postparto que condiciona la conducta con la que entienden y enfrentan los padecimientos físicos y/o emocionales (y sociales) que sufren las madres. Vimos que esa conducta suele estar vinculada a un efecto de normalización, es decir, a suponer que lo que pasa después del puerperio suele ser “normal”.

Analizamos la relevancia del rol de las instituciones médicas en el bienestar postparto sustentado en la prevención de muertes maternas y de padecimientos físicos y/o emocionales después del parto, identificando a las condiciones del parto como potenciales detonantes en la aparición de una diversa tipología de padecimientos que pueden comprometer la calidad de vida de las madres en el mediano – largo plazo y que actualmente siguen sin ser suficientemente tratados ni estudiados.

Vimos que en general si el (o los) padecimiento(s) que se presentan después del puerperio necesitan asistencia médica o se tienen que financiar, se tiende a esperar a que pasen mientras alternamente se pide consejo a las mujeres más cercanas en el medio físico y/o virtual. Aunque presenciemos una mayor distribución de conducta normalizadora para los padecimientos emocionales que para los físicos, no fue significativa ni influenciadora en ninguno de los modelos finales de bienestar propuestos.

Por tanto, como a nivel estadístico los análisis fueron diferenciadores, pero no significativos sería interesante validar los parámetros en diversas muestras y/o el cambio de parámetros. Por el análisis cualitativo sabemos que el efecto de normalización existe e influye en la percepción y en la toma de decisiones de las madres al enfrentar sus padecimientos y el entendimiento de su calidad de vida en el corto – mediano – largo plazo, por lo que se recomienda no desestimar el estudio de esta variable.

Tanto en el análisis cualitativo como cuantitativo observamos una tasa alta de incidencia de padecimientos físicos y emocionales con bajas tasas de tratamiento y recuperación para análisis hasta 3 años. A partir de la tipificación elaborada, notamos una invisibilización de los padecimientos comunes, lo que se manifiesta como un problema a discutir y tratar ya que estos padecimientos deterioran la calidad de vida diaria de las madres.

Encontramos también un efecto de no tratamiento, es decir padecimientos que se curaron sin incurrir en ningún tipo de atención. Este hallazgo resulta muy interesante a analizar a fondo y a detalle de manera longitudinal con el fin de identificar si existe un patrón por padecimiento o es un efecto casual. De existir un patrón, identificarlo minimizaría los costos de tratamientos y permitiría orientar a las madres sobre cómo actuar al respecto.

Vimos también que el bienestar postparto no está únicamente supeditado a la cantidad y/o tipo de padecimientos físicos y/o emocionales que sufren las madres, sino que también se relaciona con la percepción sobre las consecuencias del parto, la corresponsabilidad, el efecto de la maternidad, la presión social y la gestión médica, y que adicionalmente juegan un papel importante variables relacionadas con el cuerpo, el contexto, la cultura, la situación financiera y laboral de las madres.

En el ámbito de la percepción sobre la gestión de los tratamientos médicos y de la eficacia de la gestión médica vimos que las madres infieren que los protocolos con que se

regula la salud física y emocional no están alineados a la realidad postparto y que las instituciones médicas tienden a minimizar el efecto de sus padecimientos, sin evidenciar alguna distinción significativa entre el sector de salud público o privado.

Tal como lo sugirió el marco teórico, la percepción sobre las consecuencias del parto estuvo más asociada con los padecimientos físicos, es decir, fue menos probable que las madres que tuvieron padecimientos emocionales asociaran sus padecimientos a las características del parto, - sí a los físicos -, esto es importante, porque nos plantea la necesidad de seguir investigando sobre la salud emocional antes y después del parto para poder concluir al respecto.

Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación fue sobre la corresponsabilidad. Esta percepción significativa para ambos modelos de bienestar nos mostró el impacto que tiene el (la) agente de soporte social para la madre tanto en la aparición de padecimientos como en la postergación de tratamientos. Analizar el efecto del (la) corresponsal de manera longitudinal sería muy valioso para darle valor agregado a este estudio.

Por otro lado, pero en el mismo sentido está el efecto de la pareja. En ambos modelos tener pareja fue relevante. Esto parece lógico dado el impacto de la corresponsabilidad, pero sería interesante evaluar qué características de la pareja son las que generan bienestar, cuándo, por qué y cuáles restan bienestar, lograr construir un marco que de alguna manera oriente la dinámica que, como pareja en la maternidad permite funcionar mejor.

Aunado a estas percepciones, encontramos la del efecto de maternidad, la referida al nivel de cansancio, fatiga, estrés, etc., con que vive día a día la madre, presente y significativa en ambos modelos. Este tema permitiría hacer otra investigación, poder desglosar variables que integran ese efecto, categorizarlas, enfocarlas, dimensionarlas y testearlas para brindar información a las madres sobre cómo ejercer control.

Por último y no menos importante en el ámbito del análisis de las percepciones encontramos la presión social, significativa para el modelo de bienestar emocional. Este hallazgo es relevante pero ambiguo, a partir de aquí sería interesante empezar a validar la naturaleza ontológica de la presión social para discernirla, determinar sus fuentes y el carácter opresor que genera en las madres.

El bienestar postparto entendido como modelo integral de factores de vida también incluyó variables como la experiencia de las madres, su cultura, su nivel educativo, su situación laboral y financiera (respecto a la familia), su cuerpo. Queda claro que es impensable construir un sistema de medición de bienestar postparto sin considerar estas variables y sus cambios temporales.

Como tampoco pueden omitirse las variables asociadas a los cuidados brindados por las instituciones médicas en el corto – mediano plazo para cubrir tasas de información, tratamiento y recuperación relativas a padecimientos probables, comunes y/o graves que permitan calcular tasas de bienestar reales en tiempo y forma. Que las madres puedan dimensionar el estado de su bienestar es un derecho a alcanzar.

Así, pensando en un futuro cercano donde educar sobre el bienestar postparto empiece a ser un derecho y una necesidad, a partir de los hallazgos obtenidos en los análisis cualitativo y cuantitativo se detalló una propuesta basada en dos fundamentos estratégicos, 1) un proceso de aprendizaje dialógico y 2) un marco de evaluación del desempeño del bienestar físico, emocional y social.

En el modelo de aprendizaje dialógico se desarrollaron cada uno de sus principios indicando según la evidencia teórica y empírica un proceso que puede ayudar a las madres y a la sociedad a incrementar los niveles de bienestar en el postparto, para ello se utilizó como

sistema integrador la actuación de éxito participación educativa de la comunidad y cada uno de los principios fue en sí mismo actividades a emprender por grupos de agentes definidos.

Por su parte el marco de medición del desempeño estuvo basado en siete perspectivas, 1) el parto, 2) los padecimientos físicos, emocionales y sociales, 3) el efecto de la maternidad, 4) la corresponsabilidad de la pareja, 5) el soporte social, 6) el acceso a la atención médica (pública o privada) y 7) el bienestar del o la infante; todas diseñadas con objetivos medibles en el corto, mediano y largo plazo.

Aunque las dos partes de la propuesta pueden desarrollarse y operar de manera independiente, la idea es que lo hagan conjuntamente, que los resultados de cada una sirvan para mejorar la otra, que se enriquezcan mutuamente. Se espera que el proceso de mejora del modelo integrador que nos lleve hacia el bienestar postparto sea dinámico, científicamente idóneo y sobre todo legitimador de los derechos de las madres en el postparto.

Que podamos hacer un llamado que sea escuchado para que las políticas de salud pública se ajusten en torno a la revisión y rediseño de protocolos de calidad de vida física, emocional y social postparto y que podamos seguir trabajando en la creación de acciones educativas que ayuden a informar, crear empatía, generar participación y a desarrollar **sentido sobre el bienestar en el postparto** en las madres y en la comunidad.

6.2. Limitaciones y Recomendaciones

La principal limitación de esta investigación fue el potencial sesgo. Dada las características de la divulgación del instrumento *online*, no tenemos certeza de que el instrumento no se haya difundido *más* por grupos de madres *con* padecimientos. Con financiamiento para investigar sería interesante poder controlar esta variable y comparar los datos.

La segunda limitación fue la transversalidad de la muestra. No poder tener una visión longitudinal sólo nos permite mostrar un momento específico de la situación de bienestar de las madres, pero no la condición de los cambios de ésta. De igual forma, sería interesante contar con presupuesto para realizar una investigación longitudinal para por lo menos 3 años en los que se puedan validar todos los factores analizados en este estudio transversal.

La tercera limitación fue la diversidad de la muestra. En principio se quería hacer un estudio para toda España, pero, aunque se intentó, no fue posible⁸⁰. Este tipo de investigaciones, sin un titular ni presupuesto para llegar personalmente a comunicar, son inaccesibles, sin embargo, como el lugar del postparto y la cultura fueron variables significativas para los modelos, valdría la pena analizarlas de nuevo en el estudio longitudinal.

La cuarta limitación fue no poder desarrollar el análisis de percepción con instituciones médicas. Hubiera sido interesante poder tener una visión amplificada de lo que se hizo en el análisis cualitativo con los agentes del sector sanitario para contrastar con la percepción de las madres. Esta limitación también es una recomendación, hacer un estudio complementario para evaluar la sinergia del bienestar en el postparto.

Dado que no se encontró una herramienta para evaluar el bienestar físico y emocional en el postparto en el ámbito de la percepción, en esta investigación se diseñó un instrumento con el que se hizo la captación de datos. Creemos que ese instrumento (cuestionario) puede potenciarse interdisciplinariamente para que se convierta en un referente de la evaluación del bienestar postparto.

A partir de los hallazgos encontrados en esta investigación surgen varias recomendaciones sobre trabajos subsiguientes, varias indicadas a lo largo del desarrollo de los

⁸⁰ En Barcelona que se pudo hacer un trabajo personalizado se centralizaron los datos.

capítulos tres y cuatro, sin embargo, nos enfocaremos en dos que son complementarias en el sentido de aportar mayor bienestar a las madres en el mediano – largo plazo.

En primer caso recomendamos hacer un estudio riguroso sobre la corresponsabilidad (cualquiera que sea la orientación sexual de la familia), identificando lo que cada agente reclama como corresponsabilidad para obtener bienestar familiar. En principio es importante enfocarse en el rol del (o la) cuidadora (or) primaria (o) pero sin descartar el entendimiento de bienestar del corresponsal de manera que la función de valor que alcanzan los dos, sea útil.

Por otro lado, se recomienda determinar el efecto de la maternidad y cómo afecta la vida propia, con el infante, conyugal, laboral, social. Cuando las madres se refieren a éste indican que están cansadas, agotadas, etc., pero es necesario establecer la fuente primaria que lo provoca, si es la corresponsabilidad ineficaz, las políticas de conciliación, las expectativas, los propios padecimientos, la situación financiera, etc.

Por último, se desea que esta investigación genere el interés de ahondar en el estudio del bienestar postparto no sólo desde el ámbito de la salud física y emocional sino también desde un enfoque conductual para poder entender y soportar mejor las necesidades de las madres y a través de divulgación científica ayudarles a entender que ser madre y tener bienestar de largo plazo no es una relación inversa.

Bibliografía

- Almalik, M. M. A. (2017). Understanding maternal postpartum needs: A descriptive survey of current maternal health services. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4654–4663. <https://doi.org/10.1111/jocn.13812>
- Álvarez, B. (2016). Padres, hijos y casa. *Afin*, 84, 1–14.
- Ansara, D., Cohen, M. M., Gallop, R., Kung, R., & Schei, B. (2005). Predictors of women's physical health problems after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(2), 115–125. <https://doi.org/10.1080/01443610400023064>
- Armenta-Paulino, N., Castelló, A., Sandín Vázquez, M., & Bolúmar, F. (2020). How the choice of ethnic indicator influences ethnicity-based inequities in maternal health care in four Latin American countries: Who is indigenous? *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1136-6>
- Aubert A., Flecha A., García C., Flecha R., R. S. (2008). *Aprendizaje dialógico en la sociedad de la información* (Hipatia (ed.)).
- Aubert, A., Garcia, C., & Racionero, S. (2009). Dialogic learning | El aprendizaje dialógico. *Cultura y Educacion*, 21(2), 129–139. <https://doi.org/10.1174/113564009788345826>
- Aubert, Adriana, Bizkarra, M., & Calvo, J. (2014). Actuaciones educativas de éxito desde la educación física. *Retos. Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, nº 25(ISSN: Edición impresa: 1579-1726. Edición Web: 1988-2041 (www.retos.org).), 144–148. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94266732&lang=es&site=ehost-live%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2257381.pdf>
- Ayers, S., Crawley, R., Webb, R., Button, S., Thornton, A., Smith, H., Bradley, R., Lee, S., Moore, D., Field, A., Eagle, A., & Gyte, G. (2019). What are women stressed about after birth? *Birth*, 46(4), 678–685. <https://doi.org/10.1111/birt.12455>
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 17(September 2017), 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother - An analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 719–728. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x>
- Baud, D., Sichitiu, J., Lombardi, V., De Rham, M., Meyer, S., Vial, Y., & Achtari, C. (2020). Comparison of pelvic floor dysfunction 6 years after uncomplicated vaginal versus elective cesarean deliveries: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78625-3>
- Beake, S., Rose, V., Bick, D., Weavers, A., & Wray, J. (2010). A qualitative study of the experiences and expectations of women receiving in-patient postnatal care in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-70>
- Bhawan, V., Jeet, S., & Marg, S. (2018). International Journal of Information Management Incorporating polarity of relationships in ISM and TISM for theory building in information and organization management. *International Journal of Information Management*, 43(May),

38–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2018.06.003>

- Bick, D. E., Rose, V., Weavers, A., Wray, J., & Beake, S. (2011). Improving inpatient postnatal services: Midwives views and perspectives of engagement in a quality improvement initiative. *BMC Health Services Research*, *11*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-293>
- Bijl, R. C., Freeman, L. M., Weijenborg, P. T. M., Middeldorp, J. M., Dahan, A., & van Dorp, E. L. A. (2016). A retrospective study on persistent pain after childbirth in the Netherlands. *Journal of Pain Research*, *9*. <https://doi.org/10.2147/JPR.S96850>
- Budds, K. (2021). Validating social support and prioritizing maternal wellbeing: Beyond intensive mothering and maternal responsibility. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *376*(1827). <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0029>
- Buurman, M. B. R., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *27*(2), 406–413. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x>
- Carlander, A. K. K., Andolf, E., Edman, G., & Wiklund, I. (2015). Health-related quality of life five years after birth of the first child. *Sexual and Reproductive Healthcare*, *6*(2), 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.01.005>
- Chang, S. R., Chen, K. H., Ho, H. N., Lai, Y. H., Lin, M. I., Lee, C. N., & Lin, W. A. (2014). Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(9), 1433–1444. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.019>
- Chen, Y. Y., Canetto, S. S., Chien-Chang Wu, K., & Chen, Y. L. (2022). Women's Suicide in the First-Year Postpartum: A Population-based Study. *Social Science and Medicine*, *292*(September 2021), 114594. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114594>
- Chin, K., Wendt, A., Bennett, I. M., & Bhat, A. (2022). Suicide and Maternal Mortality. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 24, Issue 4). Springer US. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3>
- Chinweuba, A. U., Okoronkwo, I. L., Anarado, A. N., Agbapuonwu, N. E., Ogbonnaya, N. P., & Ihudiebube-Splendor, C. N. (2018). Differentials in health-related quality of life of employed and unemployed women with normal vaginal delivery. *BMC Women's Health*, *18*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0481-0>
- Chivers, M. L., Pittini, R., Grigoriadis, S., Villegas, L., & Ross, L. E. (2011). The Relationship between Sexual Functioning and Depressive Symptomatology in Postpartum Women: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(3), 792–799. <https://doi.org/10.1111/J.1743-6109.2010.02154.X>
- Cooklin, A. R., Amir, L. H., Nguyen, C. D., Buck, M. L., Cullinane, M., Fisher, J. R. W., & Donath, S. M. (2018). Physical health, breastfeeding problems and maternal mood in the early postpartum : a prospective cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, *21*(3), 365–374. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0805-y>
- Coveney, J. (2010). Analyzing Public Health Policy: Three Approaches. *Health Promotion Practice*, *11*(4), 515–521. <https://doi.org/10.1177/1524839908318831>
- Coyle, K., Hauck, Y., Percival, P., & Kristjanson, L. (2001). Normality and collaboration: Mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery*, *17*(3), 182–193.

<https://doi.org/10.1054/midw.2001.0256>

- Cristina, A., Sim-sim, M., Almeida, V. S., & Ot, M. (2022). Analysis of the Concept of Obstetric Violence : Scoping Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7), 2–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
- De Sousa Machado, T., Chur-Hansen, A., & Due, C. (2020). First-time mothers' perceptions of social support: Recommendations for best practice. *Health Psychology Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1177/2055102919898611>
- Declercq, E., Belanoff, C., & Iverson, R. (2020). Maternal perceptions of the experience of attempted labor induction and medically elective inductions : analysis of survey results from listening to mothers in California. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03137-x>
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588–599. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x>
- Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., & Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: Effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, 15(2), 139–143. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0264-4>
- Duque & Teixido. (2016). Bullying y Género. Prevención desde la Organización Escolar. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 6(2), 176. <https://doi.org/10.17583/remie.2016.2108>
- Duque, E., De Mello, R. R., & Gabassa, V. (2009). Aprendizaje dialógico. Base teórica de las comunidades de aprendizaje. *Aula de Innovación Educativa*, 187, 37–41.
- Ebru Uludağ & Sibel Öztürk. (2020). The Effect of Partner Support on Self-Efficiency in Breastfeeding in the Early Postpartum Period. *The American Journal of Family Therapy*, 28(2), 211–219. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1697973>
- Eriksson, E. M., Eliasson, K., Hellström, A., Määttä, S., & Vaughn, L. (2016). When they talk about motherhood : a qualitative study of three groups ' perceptions in a Swedish child health service context. *International Journal for Equity in Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0387-8>
- Fikadu, K., Meskel, F. G., Getahun, F., Chufamo, N., & Misiker, D. (2020). Family history of chronic illness, preterm gestational age and smoking exposure before pregnancy increases the probability of preeclampsia in Omo district in southern Ethiopia : a case-control study. *Clinical Hypertension*, 26(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s40885-020-00149-9>
- Gadassi, R., Jutta, P., Meital, J., Wendy, O., & Eli, K. S. (2021). Maternal Depression and Mother - Child Oxytocin Synchrony in Youth with Anxiety Disorders. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 2, 381–392. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00744-2>
- Ganle, K. K., Parker, M., Fitzpatrick, R., & Otupiri, E. (2014). A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0425-8>
- Gatt, S., Ojala, M., & Soler, M. (2011). Promoting social inclusion counting with everyone:

- Learning communities and INCLUD-ED. *International Studies in Sociology of Education*, 21(1), 33–47. <https://doi.org/10.1080/09620214.2011.543851>
- Gazeley, U., Reniers, G., Eilerts-Spinelli, H., Prieto, J. R., Jasseh, M., Khagayi, S., & Filippi, V. (2022). Women's risk of death beyond 42 days post partum: a pooled analysis of longitudinal Health and Demographic Surveillance System data in sub-Saharan Africa. *The Lancet Global Health*, 10(11), e1582–e1589. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00339-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00339-4)
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Mieczkowska, E., & Gierszewska, M. (2018). Social support as a determinant of life satisfaction in pregnant women and women after surgical delivery. *Psychiatria Polska*, 52(3), 585–598. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/64194>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Graham, W. J., & Campbell, O. M. R. (1992). Maternal health and the measurement trap. *Social Science and Medicine*, 35(8), 967–977. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90236-J](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90236-J)
- Grice, M. M., Feda, D., McGovern, P., Alexander, B. H., McCaffrey, D., & Ukestad, L. (2007). Giving Birth and Returning to Work: The Impact of Work-Family Conflict on Women's Health After Childbirth. *Annals of Epidemiology*, 17(10), 791–798. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.05.002>
- Grylka-Baesclin, S., Meyer, T., Lengler, L., van Teijlingen, E., Pehlke-Milde, J., & Gross, M. M. (2019). Postnatal quality of life — A content analysis of qualitative results to the Mother-Generated Index. *Women and Birth*, 32(2), e229–e237. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.003>
- Guittier, M. J., Bonnet, J., Jarabo, G., Boulvain, M., Irion, O., & Hudelson, P. (2011). Breech presentation and choice of mode of childbirth: A qualitative study of women's experiences. *Midwifery*, 27(6), e208–e213. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.008>
- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*, 8(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>
- Guyon, A. (2012). Intensify the development of public policy favorable to health: strategic approach for public health authorities. *Canadian Journal of Public Health*, 103(6), 459–461. <https://doi.org/10.1007/bf03405638>
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B.J., Anderson, R. E. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th Editio). Prentice Hall.
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expectations*, 25(6), 2971–2981. <https://doi.org/10.1111/hex.13605>
- Heaman, M. (2008). Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 33(5), 326. <https://doi.org/10.1097/01.NMC.0000334908.93506.cf>

- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Who Is Well After Childbirth? Factors Related to Positive Outcome. *Birth*, 40(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/birt.12022>
- Hildingsson, I., & Thomas, J. E. (2007). Women's Perspectives on Maternity Services in Sweden: Processes, Problems, and Solutions. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(2), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.10.023>
- Hildingsson, I., Tingvall, M., & Rubertsson, C. (2008). Partner support in the childbearing period- A follow up study. *Women and Birth*, 21(4), 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.07.003>
- Jelovsek, J. E., Chagin, K., Gyhagen, M., Hagen, S., Wilson, D., Kattan, M. W., Elders, A., Barber, M. D., Areskoug, B., MacArthur, C., & Milsom, I. (2018). Predicting risk of pelvic floor disorders 12 and 20 years after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(2), 222.e1-222.e19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.014>
- Kainz, G., Eliasson, M., & von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: A hermeneutic study. *Health Care for Women International*, 31(7), 621–635. <https://doi.org/10.1080/07399331003725499>
- Kaphle, S., Vaughan, G., & Subedi, M. (2022). Respectful Maternity Care in South Asia: What Does the Evidence Say? Experiences of Care and Neglect, Associated Vulnerabilities and Social Complexities. *International Journal of Women's Health*, 14(July), 847–879. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S341907>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kassebaum, N. J., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Dandona, L., Gething, P. W., Hay, S. I., & Ding, E. L. (2016). Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 | Elsevier Enhanced Reader. *The Lancet.*, 388(10053), 1775–1812. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2)
- Keesara, S. R., Juma, P. A., & Harper, C. C. (2015). Why do women choose private over public facilities for family planning services? A qualitative study of post-partum women in an informal urban settlement in Kenya. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0997-7>
- Kirova, K., & Snell, T. (2019). Women ' s experiences of positive postnatal partner support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 206–218. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1542120>
- Klein, M. C., Gauthier, R. J., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S. H., Franco, E. D., Johnson, B., Waghorn, K., Gelfand, M. M., Guralnick, M. S., Luskey, G. W., & Joshi, A. K. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171(3), 591–598. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(94\)90070-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(94)90070-1)
- Lacey, H. P., Fagerlin, A., Loewenstein, G., Smith, D. M., Riis, J., & Ubel, P. A. (2008). Are They Really That Happy? Exploring Scale Recalibration in Estimates of Well-Being. *Health Psychology*, 27(6), 669–675. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.6.669>
- Lagaert, L., Weyers, S., Van Kerrebroeck, H., & Elaut, E. (2017). Postpartum dyspareunia and

- sexual functioning: a prospective cohort study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 22(3), 200–206.
<https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1315938>
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625–629.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.029>
- Liamputtong, P. (2005). Birth and social class: Northern Thai women's lived experiences of caesarean and vaginal birth. *Sociology of Health and Illness*, 27(2), 243–270.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00441.x>
- Lindberg, I., Persson, M., Nilsson, M., Uustal, E., & Lindqvist, M. (2020). "Taken by surprise" - Women's experiences of the first eight weeks after a second degree perineal tear at childbirth. *Midwifery*, 87, 102748. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102748>
- Maimburg, R. D., Væth, M., & Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial." *Women and Birth*, 29(5), 450–454. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.003>
- Mannion, C. A., Vinturache, A. E., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2015). The influence of back pain and urinary incontinence on daily tasks of mothers at 12 months postpartum. *PLoS ONE*, 10(6), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129615>
- Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., & Delgado-Rodríguez, M. (2019). Quality of life of women after giving birth: Associated factors related with the birth process. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3).
<https://doi.org/10.3390/jcm8030324>
- Martínez Galiano, J. M., Hernández Martínez, A., Rodríguez Almagro, J., Delgado Rodríguez, M., Rubio Alvarez, A., & Gómez Salgado, J. (2019). Women's quality of life at 6 weeks postpartum: Influence of the discomfort present in the puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2), 1–9.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>
- Matvienko-Sikar, K., Murphy, G., & Murphy, M. (2018). The role of prenatal, obstetric, and postpartum factors in the parenting stress of mothers and fathers of 9-month old infants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 39(1), 47–55.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1286641>
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–18. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Mena-tudela, D., Iglesias-cas, S., & Gonz, M. (2021). *Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals , Times , and Areas. Part III.*
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073359>
- Misri, S., & Swift, E. (2015). Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder in Pregnant and Postpartum Women: Maternal Quality of Life and Treatment Outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(9), 798–803.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30150-X](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30150-X)
- Muuri, A. (2010). The impact of the use of the social welfare services or social security benefits on attitudes to social welfare policies. *International Journal of Social Welfare*, 19(2), 182–

193. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2009.00641.x>

- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal, 17*(4), 616–623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>
- Niino, Y. (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *BioScience Trends, 5*(4), 139–150. <https://doi.org/10.5582/bst.2011.v5.4.139>
- Onat, G., & Karakoç, H. (2021). Three spirals : Breastfeeding problems , growth spurts , and postpartum depression. *Perspectives In Psychiatric Care, 57*(2), 770–776. <https://doi.org/10.1111/ppc.12612>
- Ozdemir, M. E., Cilingir, I. U., Ilhan, G., Yildiz, E., & Ohanoglu, K. (2018). The effect of the systematic birth preparation program on fear of vaginal delivery and quality of life. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 298*(3), 561–565. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4835-0>
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry, 159*(1), 43–47. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.43>
- Ponti, L., Ghinassi, S., & Tani, F. (2022). Spontaneous and induced labor: association with maternal well-being three months after childbirth. *Psychology, Health and Medicine, 27*(4), 896–901. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1956554>
- Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2019). Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly, 43*(1), 105–117. <https://doi.org/10.1177/0361684318779537>
- Prick, B. W., Bijlenga, D., Jansen, A. J. G., Boers, K. E., Scherjon, S. A., Koopmans, C. M., Van Pampus, M. G., Essink-Bot, M. L., Van Rhenen, D. J., Mol, B. W., & Duvekot, J. J. (2015). Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 185*, 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.038>
- Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry, 57*(July), 216–221. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>
- Realpe, S. (2007). *Evolución conceptual de los paradigmas de las decisiones individuales* [Universidad Industrial de Santander]. <https://www.monografias.com/trabajos-pdf4/evolucion-conceptual-paradigmas-decisiones-individuales/evolucion-conceptual-paradigmas-decisiones-individuales.pdf>
- Redondo-sama, G., Díez-palomar, J., Campdepadrós, R., Morlà-folch, T., Todd, L., & Redondo-sama, G. (2020). Communicative Methodology : Contributions to Social Impact Assessment in Psychological Research. *Frontiers in Psychology, 11*, 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00286>
- Rezaei, N., Azadi, A., Zargousi, R., Sadoughi, Z., Tavalaei, Z., & Rezayati, M. (2016). Maternal Health-Related Quality of Life and Its Predicting Factors in the Postpartum Period in Iran. *Scientifica, 2016*. <https://doi.org/10.1155/2016/8542147>
- Robinson, J. N., Norwitz, E. R., Cohen, A. P., McElrath, T. F., & Lieberman, E. S. (1999).

- Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(5 I), 1180–1184. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70104-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70104-3)
- Rouhi, M., Stirling, C., Ayton, J., & Crisp, E. P. (2019). Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review☆. *Midwifery*, 72, 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.005>
- Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>
- Salahuddin, M., Matthews, K. J., Elerian, N., Ramsey, P. S., Lakey, D. L., & Patel, D. A. (2022). Health Burden and Service Utilization in Texas Medicaid Deliveries from the Prenatal Period to 1 Year Postpartum. *Maternal and Child Health Journal*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03428-z>
- Schytt, E., & Hildingsson, I. (2011). Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2(2), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.12.003>
- Schytt, E., Waldenström, U., & Olsson, P. (2009). Self-rated health - What does it capture at 1 year after childbirth? Investigation of a survey question employing thinkaloud interviews. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 711–720. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00669.x>
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2006). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210–220. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00106.x>
- Shu, C., Han, S., Li, L., Xu, P., & Bai, Y. (2021). The Clinical Application and Prospect of Smart Prenatal Care and Postpartum Recovery. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/3279714>
- Simkin, P. (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth - A prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(10), 1154–1163. [https://doi.org/10.1016/S1470-0328\(02\)00968-0](https://doi.org/10.1016/S1470-0328(02)00968-0)
- Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 23(1), 31–39. <https://doi.org/10.3109/01674820209093413>
- Stevens, N. R., Adams, N., Wallston, K. A., & Hamilton, N. A. (2019). Factors associated with women's desire for control of healthcare during childbirth: Psychometric analysis and construct validation. *Research in Nursing and Health*, 42(4), 273–283. <https://doi.org/10.1002/nur.21948>
- Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011).

- Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: A prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(8), 966–977. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x>
- Tan, M. L., Foong, S. C., Ho, J. J., Foong, W. C., Mohd, R., & Harun, Z. (2020). Postpartum women's perception of antenatal breastfeeding education: a descriptive survey. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00328-2>
- Triviño-Juárez, J. M., Nieto-Pereda, B., Romero-Ayuso, D., Arruti-Sevilla, B., Avilés-Gámez, B., Forjaz, M. J., Oliver-Barrecheguren, C., Mellizo-Díaz, S., Soto-Lucía, C., & Plá-Mestre, R. (2016). Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month post partum and type of infant feeding. *Midwifery*, 34, 230–238. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.003>
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., & Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(4), 282–287. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00592.x>
- Tucker, J. N., Grzywacz, J. G., Leng, I., Clinch, C. R., & Arcury, T. A. (2010). Return to work, economic hardship, and women's postpartum health. *Women and Health*, 50(7), 618–638. <https://doi.org/10.1080/03630242.2010.522468>
- Tully, K. P., Stuebe, A. M., & Verbiest, S. B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.032>
- Van Der Woude, D. A. A., Pijnenborg, J. M. A., & De Vries, J. (2015). Health status and quality of life in postpartum women: A systematic review of associated factors. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 185, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.041>
- Webb, D. A., Bloch, J. R., Coyne, J. C., Chung, E. K., Bennett, I. M., & Culhane, J. F. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: Their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth*, 35(3), 179–187. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00238.x>
- Whitley, R. (2009). Mastery of mothering skills and satisfaction with associated health services: An ethnocultural comparison. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33(3), 343–365. <https://doi.org/10.1007/s11013-009-9140-8>
- Wiklund, I., Edman, G., Larsson, C., & Andolf, E. (2009). First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1636–1644. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05018.x>
- Wilkie, S., Crawley, R., Button, S., Thornton, A., & Ayers, S. (2018). Assessing physical symptoms during the postpartum period: reliability and validity of the primary health questionnaire somatic symptom subscale (PHQ-15). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 39(1), 56–63. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289167>
- Wray, J. (2006). Seeking to explore what matters to women about postnatal care. *British Journal of Midwifery*, 14(5). <https://doi.org/10.12968/bjom.2006.14.5.21041>
- Wray, J. (2011). Feeling cooped up after childbirth – the need to go out and about. *The Practising Midwife*, 14(2), 22–23. <http://www.practisingmidwife.co.uk/page.php?id=1>
- Wray, J. (2012). Impact of place upon celebration of birth — experiences of new mothers on a

postnatal ward. *MIDIRS Midwifery Digest*, 22(3), 243–247.
<https://usir.salford.ac.uk/id/eprint/23148/>

Yamashita, T., Suplido, S. A., Ladines-Llave, C., Tanaka, Y., Senba, N., & Matsuo, H. (2014). A cross-sectional analytic study of postpartum health care service utilization in the Philippines. *PLoS ONE*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085627>

Anexos

Anexo A. Dispersión y Características de Artículos Científicos

	Journal	Aprendizaje Dialógico	Bienestar	Padecimientos Emocionales	Padecimientos Físicos	Parto	Percepciones	Servicios Médicos	Técnico	Total
Libro	Hipatia	1								1
Total Libro		1								1
Q1	American Journal of Obstetrics and Gynecology		1		3					4
	American Journal of Psychiatry			1						1
	Annals of Epidemiology		1							1
	BioScience Trends					1				1
	Birth		2	1	1	1	1			6
	BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology			1		1				2
	BMC Pregnancy and Childbirth					3		2		5
	Frontiers in Psychology	1								1
	Health Psychology						1			1
	International Breastfeeding Journal						1			1
	International Journal for Equity in Health						1	1		2
	International Journal of Information Management								1	1
	International Journal of Nursing Studies					1				1
	International Journal of Social Welfare							1		1
	Journal of Advanced Nursing					1	3			4

	Journal of Clinical Medicine		1						1	
	Journal of Clinical Nursing						1		1	
	Journal of Midwifery and Women's Health					1			1	
	Journal of Personalized Medicine				1				1	
	Midwifery		2		1	2			5	
	Nature Reviews Disease Primers			1					1	
	PharmacoEconomics		1						1	
	Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences					1			1	
	PLoS ONE				1		1		2	
	Preventive Medicine					1			1	
	Psychology of Women Quarterly					1			1	
	Research in Nursing and Health					1			1	
	Scientific Reports				1				1	
	Sexual Medicine				1				1	
	Social Science and Medicine			1			1		2	
	The Journal of Sexual Medicine			1					1	
	The Lancet						1		1	
	The Lancet Global Health						1		1	
	Women and Birth		1			2			3	
	Total Q1	1	9	6	7	10	16	9	1	59
Q2	Archives of Gynecology and Obstetrics						1		1	
	Archives of Women's Mental Health				1	1			2	
	Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology						1		1	

	BMC Health Services Research							2		2
	BMC Women's Health					1				1
	Culture, Medicine and Psychiatry					1				1
	Current Psychiatry Reports			1						1
	European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology		1			1				2
	Health Expectations		1							1
	Healthcare Professionals					1				1
	International Journal of Environmental Research and Public Health		1							1
	International Journal of Women's Health		1							1
	Journal of Healthcare Engineering							1		1
	Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology		1	1	2					4
	Journal of Reproductive and Infant Psychology							1		1
	Perspectives In Psychiatric Care			1						1
	Psychology, Health and Medicine					1				1
	Research on Child and Adolescent Psychopathology			1						1
	Scandinavian Journal of Caring Sciences							2		2
	Scientifica		1							1
	Sexual Medicine		1							1
	Sociology of Health and Illness						1			1
	Total Q2		7	4	3	5	6	4		99

Q3	Clinical Hypertension		1						1
	European Journal of Contraception and Reproductive Health Care				1				1
	Health Care for Women International		1						1
	Health Psychology Open						1		1
	Indian Journal of Psychiatry			1					1
	Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada			1					1
	Journal of Pain Research				1				1
	Maternal and Child Health Journal						1	1	2
	Prentice Hall							1	1
	Psychiatria Polska		1						1
	Scandinavian Journal of Caring Sciences				1				1
	Sexual and Reproductive Healthcare		2						2
	The American Journal of Family Therapy		1						1
	Women and Health		1						1
Total Q3			7	2	3		2	1	16
Q4	Cultura y Educación	1							1
Total Q4		1							1
Tesis	UIS							1	1
Total Tesis								1	1
Sin Q	Afin		1						1
	Aula de Innovación Educativa	1							1
	British Journal of Midwifery		1						1
	Health Promotion Practice						1		1

	International Studies in Sociology of Education	1								1
	MIDIRS Midwifery Diges					1				1
	Multidisciplinary Journal of Educational Research	1								1
	Retos	1								1
	The Practising Midwife		1							1
Total SQ		4	3			1		1		9
Total		7	26	12	13	16	24	15	3	116

Fuente: Elaboración propia

Anexo B. Infografía – Folleto de Divulgación de Proyecto de Investigación Lys



¿Qué es el bienestar en el postparto?

Cuando la calidad de vida física y emocional de las mujeres es al menos tan buena como la anterior al parto.



¿Qué es necesario investigar?

- 1) El conocimiento que tienen las madres sobre la salud postparto y sus cuidados.
- 2) El control y seguimiento que hacen las instituciones médicas a los padecimientos que se presentan en el postparto.

¿Qué se espera Saber?



Los padecimientos físicos y emocionales que se presentan en el postparto.



El grado de normalización que dan las madres a desmejoras en su calidad de vida postparto.



El nivel y la calidad del sistema de atención médica a la salud postparto.

¿Qué se espera Crear?

Diagnóstico de los problemas y % de mujeres que los sufren.

Acciones educativas para divulgar y orientar sobre el problema según el grado de normalización.

Marco de medición de desempeño de la atención médica postparto.



¿Cómo se logrará?

1. Investigación Cualitativa

- Entrevistas a madres, ginecólogos, matronas, fisioterapeutas y psicólogos para conocer el entendimiento global de la salud postparto.
- Grupos de trabajo con especialistas para definir las clases de padecimientos y sus tratamientos en tiempos y acciones.

2. Investigación Cuantitativa

Diseño y aplicación de encuestas a madres con periodos postparto hasta 3 o más años.

3. Análisis - Resultados

- Diagnóstico de la percepción materna del bienestar postparto.
- Explicación de la probabilidad y las variables que afectan la percepción del bienestar materno (modelización).
- Diagnóstico de la gestión médica a la atención de los tratamientos físicos y emocionales en el postparto.

!!!Y como producto de Impacto Social!!!



- 1) Un sitio web para dar a conocer los resultados de la investigación.
- 2) Una guía pública que informe cómo, cuándo y dónde tratar cada tipo de padecimiento en acciones y tiempos.
- 3) Divulgación a través de redes sociales, sistemas de salud e instituciones de equidad de género y cooperación social.



Percepción del Bienestar y Diagnóstico del Estado de la Atención a la Salud Postparto
Investigación Doctoral – Escuela de Sociología



Bienestar en el Postparto

Una investigación para crear acciones educativas y políticas de salud pública



Consentimiento informado:

Mi nombre es Sonia Realpe, soy estudiante del doctorado en Sociología de la Universidad de Barcelona y realizo una investigación para entender la situación del bienestar postparto. Este proyecto de investigación llamado **Lys**, nace a raíz de mi experiencia, en la que encuentro necesario comprender a qué y cómo nos enfrentamos las madres en esta fase, de manera que se puedan crear acciones educativas y políticas de salud pública para soportarla.

Como el objetivo de esta encuesta es conocer el escenario global del bienestar postparto, en ningún caso las respuestas estarán acompañadas de ningún dato identificativo. La encuesta consta de 20 preguntas que se responden entre 10 y 15 minutos. Para responderla, por favor confirme que es mayor de edad y que participa voluntariamente. De antemano, gracias por ayudar a visibilizar la realidad de la salud física y emocional de las madres en el postparto.

**Disponible hasta abril 30 / 2022.*

Acepto participar en la investigación del Proyecto Lys sobre bienestar postparto:

Si

No

1. Datos Socio demográficos

1.1 Ciudad del postparto

1.2 Nacionalidad

1.3 Edad

1.4 Nivel educativo

- ESO
- Licenciado
- Doctorado
- Bachillerato
- Grado
- Técnico
- Máster

1.5 Ingreso familiar (en euros)

- Hasta 999
- de 3.000 a 4.999
- de 1.000 a 1.999
- 5.000 o más
- de 2.000 a 2.999

1.6 Situación laboral

- **Variable**
- **Antes del parto**
- **Después del parto**
- Jornada completa
- Jornada reducida
- Sin trabajo
- Estudiante

1.7 Situación sentimental

- Con pareja
- Sin pareja

1.8 Número de hijas / hijos

1.9 Edad de los partos

- Primero
- Último

1.10 Tipo de partos (seleccione todos los posibles)

- Vaginal
- Vaginal con episiotomía (corte en el perineo)
- Vaginal instrumentado (uso de forcéps, espátulas o ventosas)
- Vaginal con presión abdominal (maniobras Kristeller, Hamilton, mariposa)
- Cesárea
- Cesárea planificada

1.11 Institución médica de atención a partos

- Pública
- Privada
- Ambas

2. Contexto y Experiencia

2.1 Según su **opinión y/o experiencia** indique la **influencia que tuvo (o tiene)** cada una de las siguientes variables en la aparición de padecimientos físicos y/o emocionales postparto, según considere que ha sido ALTA, MEDIA, BAJA, NINGUNA⁸¹:

Condición – Variable	Físicos	Emocionales
▪ Consecuencia de problemas del parto		
▪ Consecuencia de la gestión de las madres en la cuarentena		
▪ Consecuencia de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena		
▪ Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto)		
▪ Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto)		
▪ Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender		
▪ Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios		

⁸¹ Se seleccionaba una de las cuatro opciones tanto para padecimientos físicos como emocionales.

2.2 En el postparto ante un **padecimiento físico** (seleccione todas las posibles opciones):

- Ha supuesto que es común del postparto
- Ha buscado ser atendida en su seguro médico
- Ha buscado atención, aunque haya implicado financiarla por su cuenta
- Ha buscado atención cuando se ha vuelto grave
- Ha esperado a que mejore solo
- Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres
- Ha pedido consejo y/o ayuda a grupos postparto en redes (el parto es nuestro, malas madres, etc.)
- Otros, especifique

2.3 En el postparto ante un **padecimiento emocional** (seleccione todas las posibles opciones):

- Ha supuesto que es común del postparto
- Ha buscado ser atendida en su seguro médico
- Ha buscado atención, aunque haya implicado financiarla por su cuenta
- Ha buscado atención cuando se ha vuelto grave
- Ha esperado a que mejore solo
- Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres
- Ha pedido consejo y/o ayuda a grupos postparto en redes (el parto es nuestro, malas madres, etc.)
- Otros, especifique

2.4 Indique la **influencia** que **tuvo (o ha tenido)** cada una de las siguientes variables en la **postergación del tratamiento** de sus **padecimientos físicos y/o emocionales**, según considere que ha sido ALTA, MEDIA, BAJA, NINGUNA:

Condición – Variable**Físicos****Emocionales**

- Energía, cansancio, tiempo
- Recursos económicos
- Desinformación
- Presión social (vinculada al rol de “super mamá)
- Corresponsabilidad de la pareja
- Dificultad para conciliar (familia y trabajo)
- Disponibilidad de instituciones de salud públicas

2.5 Si durante el postparto tuvo (o tiene) alguno(s) de los siguientes padecimientos,

indique sí lo conocía y las características del tratamiento y el resultado:

	Conocimiento 82	Tratamiento	Resultado
	Lo conocía	- Tratado durante 1 año o menos	Curado
	No lo conocía	- Tratado al menos 2 años	Sin cura
		- Tratado por 3 o más años	
		- Sin tratamiento	
Problemas asociados a la lactancia			
Mastitis			
Incontinencia urinaria			
Incontinencia fecal			
Dolor episiotomía			
Dolor suelo pélvico - perineal (leve o crónico)			
Dolor constante de espalda			
Dolor constante de cabeza			
Dolor en manos y/o articulaciones			
Dolor coital			
Fatiga			
Obstrucción y/o daños en nervios y músculos pélvicos (pudendo, cluneal, sacros)			
Prolapso de órganos			
Problemas para dormir			
Diástasis abdominal			
Depresión			
Ansiedad			
Psicosis			
Estrés			
Otros			

⁸² Cada variable con una opción a elegir.

2.6 En general la **evaluación** que hace de su **bienestar postparto** es:

Físico

Emocional



3. Oferta Sanitaria

3.1 Según su **experiencia**, la realidad de los **cuidados médicos** que se reciben en el postparto es:

Variable	Verdadero	Falso
▪ Control médico físico durante la cuarentena		
▪ Control médico emocional durante la cuarentena		
▪ Control médico social durante la cuarentena		
▪ Control médico físico a los 9 meses del parto		
▪ Control médico emocional a los 9 meses del parto		

3.2 Según su **opinión**, las **instituciones médicas** en el **tratamiento los padecimientos físicos y emocionales**:

Variable	Físicos		Emocionales	
	Verdadero	Falso	Verdadero	Falso
▪ Los controlan y dan tratamiento de manera temprana				
▪ Los atienden de manera tardía				
▪ Los postergan lo máximo posible				
▪ Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento				
▪ Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto				

3.3 Según su **opinión**, la **atención médica** en el postparto podría no ser **eficaz** porque:

Variable	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo
▪ Infiere que las madres se quejan más de la cuenta			
▪ Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes			
▪ Carece de recursos			
▪ Su sistema de información no revela las necesidades reales de las madres			
▪ Carece de interés o le es indiferente			


Agradecimiento

Gracias por tomarse el tiempo de responder esta encuesta y de esta manera contribuir a visibilizar la realidad del bienestar físico y emocional en el postparto. Gracias a su ayuda se identificarán variables que lo explican y características del comportamiento de las madres frente a los padecimientos que sufren. Ambos resultados permitirán crear acciones educativas y políticas de salud pública para orientar a las mujeres y a la sociedad sobre una idea de bienestar consciente.

Si tiene alguna duda y/o comentario sobre la investigación puede escribirme a srealpdu7@alumnes.ub.edu, o si quiere que le comparta los resultados por favor indíqueme su correo electrónico.

Anexo D. Folleto de Divulgación de Proyecto de Investigación Lys

¿Hablamos de Bienestar en el Postparto?



¡Hola! Soy Sonia Realpe y como estudiante del doctorado en sociología de la Universidad de Barcelona investigo sobre la situación del bienestar físico y emocional en el postparto, desarrollo el **proyecto Lys**.

La investigación se enfoca (principalmente) en analizar tres aspectos:

- Presencia y condiciones de los padecimientos físicos y emocionales.
- Comportamiento de las madres frente a ellos vs factores que lo determinan.
- Características de la oferta sanitaria para tratarlos.

La investigación busca crear acciones educativas y políticas de salud pública que orienten a las mujeres y a la sociedad en general sobre una idea de **bienestar postparto consciente**.

¿Me ayudas a conocer la situación del bienestar en el postparto?



Escanea el código QR para contestar una encuesta que requiere de 10 a 15 minutos de concentración.

La encuesta está dirigida a **las madres**, sin restricción de tiempo postparto: sea igual si han pasado 1 día o 10 años después del parto.

Disponible hasta el 30 de abril 2022

¡Gracias por ayudar a visibilizar la situación del bienestar postparto!

Anexo E. Análisis Cualitativo – Entrevistas: Permanencia de Padecimientos Físicos y Emocionales

Madre	Edad	Edad de parto	Número de hijos	Padecimientos Físicos			Padecimientos Emocionales		
				Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3
1	53	41	1	1	1	1	1	1	0
2	36	32	1	1	1	0	1	1	0
3	38	35	1	1	0	0	1	1	0
4	38	37	1	1	0	0	1	0	0
5	33	30	1	1	0	0	1	1	0
6	45	41	1	1	1	0	1	0	0
7	37	34	1	1	1	1	1	1	1
8	33	31	1	1	0	1	1	0	1
9	37	35	1	1	0	0	1	1	0
10	42	40	1	0	0	0	1	0	0
11	38	36	2	0	0	0	1	1	0
12	35	29	2	1	1	1	1	1	1
13	33	32	1	1	1	0	0	0	0
14	36	32	1	1	0	0	1	1	0
15	40	37	1	0	0	0	0	0	0
16	41	40	1	1	1	0	1	1	0
17	37	34	1	1	0	0	1	0	0
18	39	38	1	1	1	1	1	1	0
19	45	39	1	0	1	0	1	1	0
20	33	29	1	0	0	0	1	0	0
21	40	35	1	0	1	0	1	1	0
22	48	39	1	0	0	0	0	1	0
23	33	28	1	1	1	0	1	1	0
24	35	30	2	0	0	0	1	0	0
25	37	35	1	1	1	1	1	1	1
	38,5	34,5		68%	48%	24%	88%	64%	16%

Fuente: elaboración propia

Nota. Distribuciones para valor 1

Anexo F. Matriz de Correlación para Tipología de partos y Padecimientos Físicos y Emocionales

		. pcorr PF Parto		. pcorr PE Parto	
		PF Parto	1.0000	PE Parto	1.0000
PF Parto		1.0000		0.7844	
PE Parto				1.0000	
PE Parto				0.4693	

Anexo G. Análisis Cualitativo – Correlación Tipo de Parto y Existencia de Padecimientos Físicos

. oneway PF Parto, bonferroni tabulate

Parto	Summary of PF			Freq.
	Mean	Std. dev.		
1	.25	.5		4
2	.4	.54772256		5
3	1.3333333	.57735027		3
4	2.0909091	.83120941		11
5	2.5	.70710678		2
Total	1.4	1.0801234		25

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	17.9742424	4	4.49356061	8.96	0.0003
Within groups	10.0257576	20	.501287879		
Total		28	24	1.16666667	

Bartlett's equal-variances test: $\chi^2(4) = 1.4868$ Prob> $\chi^2 = 0.829$

Comparison of PF by Parto
(Bonferroni)

Row Mean- Col Mean	1	2	3	4
2	.15 1.000			
3	1.08333 0.589	.933333 0.861		
4	1.84091 0.002	1.69091 0.003	.757576 1.000	
5	2.25 0.015	2.1 0.020	1.16667 0.861	.409091 1.000

. pwmean PF, over (Parto) mcompare(tukey) effects

Pairwise comparisons of means with equal variances

Over: Parto

	Number of comparisons
Parto	10

PF	Contrast	Std. err.	Tukey		Tukey	
			t	P> t	[95% conf. interval]	
Parto						
2 vs 1	.15	.4749522	0.32	0.998	-1.271235	1.571235
3 vs 1	1.083333	.5407568	2.00	0.300	-.5348136	2.70148
4 vs 1	1.840909	.4133928	4.45	0.002	.603883	3.077935
5 vs 1	2.25	.6131606	3.67	0.012	.4151938	4.084806
3 vs 2	.9333333	.5170624	1.81	0.398	-.6139111	2.480578
4 vs 2	1.690909	.3818759	4.43	0.002	.5481934	2.833625
5 vs 2	2.1	.5923694	3.55	0.015	.3274088	3.872591
4 vs 3	.7575758	.461159	1.64	0.489	-.6223846	2.137536
5 vs 3	1.166667	.646328	1.81	0.398	-.7673889	3.100722
5 vs 4	.4090909	.5442569	0.75	0.941	-1.21953	2.037711

Anexo H. Análisis Cualitativo – Correlación Tipo de Parto y Existencia de Padecimientos Emocionales

. oneway PE Parto, bonferroni tabulate

Parto	Summary of PE		Freq.
	Mean	Std. dev.	
1	1	.81649658	4
2	1.2	.4472136	5
3	2	0	3
4	2.0909091	.53935989	11
5	1.5	2.1213203	2
Total	1.68	.80208063	25

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	5.23090909	4	1.30772727	2.56	0.0701
Within groups	10.2090909	20	.510454545		
Total	15.44	24	.643333333		

Bartlett's equal-variances test: chi2(3) = 7.0201 Prob>chi2 = 0.071

note: Bartlett's test performed on cells with positive variance:
1 multiple-observation cells not used

Row Mean- Col Mean	Comparison of PE by Parto (Bonferroni)			
	1	2	3	4
2	.2 1.000			
3	1 0.818	.8 1.000		
4	1.09091 0.166	.890909 0.316	.090909 1.000	
5	.5 1.000	.3 1.000	-.5 1.000	-.590909 1.000

Anexo I. Análisis Cualitativo – Entrevistas: Conocimiento y Normalización de Padecimientos

Madre	Conocimiento		Normalización Padecimientos Físicos			Normalización Padecimientos Emocionales		
	Físicos	Emocionales	Año 1	Año 2	Año 3	Año 1	Año 2	Año 3
1	0	0	0	0	1	0	0	0
2	0	0	1	1	1	0	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	1	1	0	0	0
6	0	1	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	1	1	1	1	0	0	0
11	1	1	1	1	1	0	0	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	1	0	0	1	1	1	1
14	0	0	0	0	1	0	0	0
15	1	1	1	1	1	0	0	1
16	0	0	0	0	1	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	1	0	0	0
19	0	0	0	0	1	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	1	1	0	0	1
22	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	1	0	0	1	0	0	0
24	0	0	0	1	1	0	1	1
25	0	0	0	0	1	0	0	0
	88%	76%	84%	72%	40%	96%	92%	76%

Fuente: elaboración propia

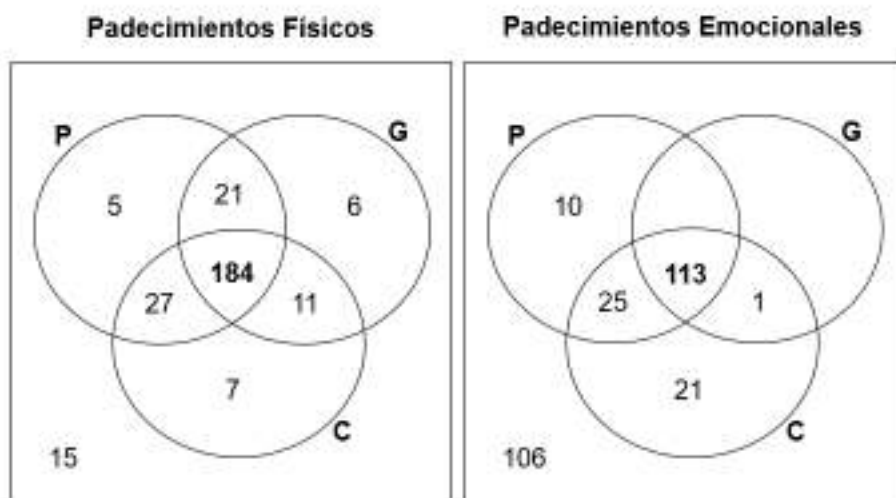
Nota. Distribuciones para valor 0

Anexo J. Diagrama de Relaciones - Percepciones

	Percepción sobre	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P00	Fuerza Causa	Causa	Efecto	Total	Tipo
P01	Consecuencias del parto	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	7	7	9	16	Elemento clave
P02	Gestión de corto y mediano plazo de las madres	1	0	1	1		1	1	0	1	1	1	1	9	9	10	19	
P03	Gestión de corto y mediano plazo de las instituciones médicas	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	9	9	4	13	
P04	Disponibilidad de instituciones médicas públicas	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	6	6	2	8	Causa principal
P05	Recursos económicos	1	1	0	0	0	0	1		1		1	1	6	6	6	12	Elemento clave
P06	Información	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	8	8	7	15	
P07	Corresponsabilidad de la pareja	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	9	9	9	18	
P08	Presión social	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	6	6	3	9	Causa principal
P09	Conciliación	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	7	7	9	16	Elemento clave
P10	Cansancio, agotamiento, estrés	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	6	6	8	14	
P11	Padecimientos físicos y/o emocionales	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	8	8	10	18	
	Fuerza Efecto	9	10	4	2	6	7	9	3	9	8	10	4					

Fuente: elaboración propia

Anexo K. Conjunto de Relaciones por Padecimientos Tipo



Fuente: elaboración propia

Anexo L. Padecimientos Físicos: Tasa de Bienestar vs Efecto Normalizador

. oneway TBF INF, bonferroni tabulate

INF	Summary of TBF		Freq.
	Mean	Std. dev.	
0	.54027505	.25779299	94
1	.44305849	.23649947	43
2	.47395317	.23632494	34
3	.43660945	.24294245	43
4	.48246185	.20850562	57
Total	.48791996	.2415375	271

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	.465738485	4	.116434621	2.03	0.0911
Within groups	15.2861595	266	.057466765		
Total	15.751898	270	.058340363		

Bartlett's equal-variances test: $\chi^2(4) = 3.0401$ Prob> $\chi^2 = 0.551$

		Comparison of TBF by INF (Bonferroni)			
Row Mean- Col Mean	0	1	2	3	
1	-.097217 0.285				
2	-.066322 1.000	.030895 1.000			
3	-.103666 0.196	-.006449 1.000	-.037344 1.000		
4	-.057813 1.000	.039403 1.000	.008509 1.000	.045852 1.000	

Anexo M. Padecimientos Emocionales: Tasa de Bienestar vs Efecto Normalizador

. oneway TBE INE, bonferroni tabulate

INE	Summary of TBE		Freq.
	Mean	Std. dev.	
0	.68333333	.32503802	60
1	.56074074	.35268801	75
2	.61582809	.37568139	53
3	.60612536	.3662961	39
4	.66216216	.34187321	37
Total	.62058081	.35240354	264

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	.578155247	4	.144538812	1.17	0.3259
Within groups	32.0833557	259	.12387396		
Total	32.6615109	263	.124188255		

Bartlett's equal-variances test: $\chi^2(4) = 1.3450$ Prob> $\chi^2 = 0.854$

		Comparison of TBE by INE (Bonferroni)			
Row Mean- Col Mean	0	1	2	3	
1	-.122593 0.454				
2	-.067505 1.000	.055087 1.000			
3	-.077208 1.000	.045385 1.000	-.009703 1.000		
4	-.021171 1.000	.101421 1.000	.046334 1.000	.056037 1.000	

Anexo N. Tasa de Bienestar vs Evaluación de Padecimientos Físicos

. oneway TBF EBF, bonferroni tabulate

EBF	Summary of TBF		
	Mean	Std. dev.	Freq.
1	.3999921	.31900969	22
2	.44740927	.24713763	47
3	.48797126	.21939774	77
4	.49178027	.21733994	85
5	.61376679	.25308284	38
Total	.49266286	.24270677	269

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	.844259069	4	.211064767	3.73	0.0057
Within groups	14.942704	264	.056601151		
Total	15.7869631	268	.058906579		

Bartlett's equal-variances test: $\chi^2(4) = 7.0403$ Prob> $\chi^2 = 0.134$

Comparison of TBF by EBF
(Bonferroni)

Row Mean- Col Mean	1	2	3	4
2	.047417 1.000			
3	.087979 1.000	.040562 1.000		
4	.091788 1.000	.044371 1.000	.003809 1.000	
5	.213775 0.009	.166358 0.015	.125796 0.081	.121987 0.091

. pwmean TBF, over(EBF) mcompare(tukey) effects

Pairwise comparisons of means with equal variances

Over: EBF

	Number of comparisons
EBF	10

TBF	Contrast	Std. err.	Tukey		Tukey	
			t	P> t	[95% conf. interval]	
EBF						
2 vs 1	.0474172	.0614578	0.77	0.939	-.1213904	.2162248
3 vs 1	.0879792	.057514	1.53	0.544	-.0699959	.2459543
4 vs 1	.0917882	.0569094	1.61	0.490	-.0645262	.2481025
5 vs 1	.2137747	.063736	3.35	0.008	.0387093	.3888401
3 vs 2	.040562	.0440382	0.92	0.889	-.0803987	.1615227
4 vs 2	.044371	.0432455	1.03	0.843	-.0744126	.1631545
5 vs 2	.1663575	.0519017	3.21	0.013	.0237979	.3089171
4 vs 3	.003809	.0374296	0.10	1.000	-.0989998	.1066178
5 vs 3	.1257955	.0471655	2.67	0.062	-.0037551	.2553461
5 vs 4	.1219865	.0464263	2.63	0.068	-.0055337	.2495067

Anexo O. Tasa de Bienestar vs Evaluación de Padecimientos Emocionales

. oneway TBE EBE, bonferroni tabulate

EBE	Summary of TBE		Freq.
	Mean	Std. dev.	
1	.48148148	.32247682	45
2	.53741497	.33422676	49
3	.61279461	.37318344	66
4	.72222222	.34363588	78
5	.81388889	.28924142	30
Total	.63132255	.35483891	268

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	3.10953399	4	.777383498	6.70	0.0000
Within groups	30.5086108	263	.116002322		
Total	33.6181448	267	.125910655		

Bartlett's equal-variances test: chi2(4) = 2.8235 Prob>chi2 = 0.588

Row Mean- Col Mean	Comparison of TBE by EBE (Bonferroni)			
	1	2	3	4
2	.055933 1.000			
3	.131313 0.472	.07538 1.000		
4	.240741 0.002	.184807 0.032	.109428 0.558	
5	.332407 0.000	.276474 0.005	.201094 0.078	.091667 1.000

. pwmean TBE, over(EBE) mcompare(tukey) effects

Pairwise comparisons of means with equal variances

Over: EBE

	Number of comparisons
EBE	10

TBE	Contrast	Std. err.	Tukey		Tukey	
			t	P> t	[95% conf. interval]	
EBE						
2 vs 1	.0559335	.0703223	0.80	0.932	-.1372275	.2490945
3 vs 1	.1313131	.0658441	1.99	0.272	-.0495471	.3121734
4 vs 1	.2407407	.0637577	3.78	0.002	.0656114	.4158701
5 vs 1	.3324074	.0802781	4.14	0.000	.1118998	.552915
3 vs 2	.0753796	.0642262	1.17	0.766	-.1010367	.251796
4 vs 2	.1848073	.0620855	2.98	0.026	.0142711	.3553434
5 vs 2	.2764739	.0789566	3.50	0.005	.0595963	.4933516
4 vs 3	.1094276	.0569633	1.92	0.309	-.0470391	.2658943
5 vs 3	.2010943	.0749957	2.68	0.059	-.0049037	.4070922
5 vs 4	.0916667	.0731707	1.25	0.720	-.1093184	.2926518

Anexo P. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Aparición de Padecimientos Físicos

. anova EBF APF_P APF_C_GM APF_C_GIM APF_CS_1_M APF_CS_1_IM APF_D APF_EM

Number of obs = 251 R-squared = 0.1952
 Root MSE = 1.06059 Adj R-squared = 0.1214

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	62.464562	21	2.9745029	2.64	0.0002
APF_P	20.969403	3	6.989801	6.21	0.0004
APF_C_GM	1.9215086	3	.64050286	0.57	0.6357
APF_C_GIM	.16441985	3	.05480662	0.05	0.9857
APF_CS_1_M	3.9883617	3	1.3294539	1.18	0.3174
APF_CS_1_IM	5.3000674	3	1.7666891	1.57	0.1973
APF_D	2.3096434	3	.76988112	0.68	0.5624
APF_EM	10.09004	3	3.3633468	2.99	0.0318
Residual	257.59122	229	1.1248525		
Total	320.05578	250	1.2802231		

Anexo Q. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Aparición Padecimientos Emocionales

. anova EBE APE_P APE_C_GM APE_C_GIM APE_CS_1_M APE_CS_1_IM APE_D APE_EM

Number of obs = 240 R-squared = 0.2721
 Root MSE = 1.09928 Adj R-squared = 0.2020

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	98.499768	21	4.6904651	3.88	0.0000
APE_P	1.8739619	3	.62465398	0.52	0.6711
APE_C_GM	4.597132	3	1.5323773	1.27	0.2862
APE_C_GIM	5.5376915	3	1.8458972	1.53	0.2083
APE_CS_1_M	1.6732056	3	.55773519	0.46	0.7094
APE_CS_1_IM	2.204373	3	.73479099	0.61	0.6104
APE_D	1.2421132	3	.41403773	0.34	0.7945
APE_EM	19.339517	3	6.4465055	5.33	0.0014
Residual	263.43357	218	1.2084109		
Total	361.93333	239	1.5143654		

Anexo R. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Postergación de Padecimientos Físicos

. anova EBF PPF_EM PPF_RE PPF_D PPF_PS PPF_CP PPF_C PPF_DIM

Number of obs = 251 R-squared = 0.1935
 Root MSE = 1.05681 Adj R-squared = 0.1195

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	61.355889	21	2.921709	2.62	0.0002
PPF_EM	15.685827	3	5.228609	4.68	0.0034
PPF_RE	4.7971629	3	1.5990543	1.43	0.2343
PPF_D	5.3497044	3	1.7832348	1.60	0.1910
PPF_PS	.78052571	3	.26017524	0.23	0.8734
PPF_CP	11.393029	3	3.7976762	3.40	0.0185
PPF_C	1.9480831	3	.64936102	0.58	0.6278
PPF_DIM	1.6697669	3	.55658896	0.50	0.6838
Residual	255.75965	229	1.1168544		
Total	317.11554	250	1.2684622		

Anexo S. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas a la Postergación de Padecimientos Emocionales

. anova EBE PPE_EM PPE_RE PPE_D PPE_PS PPE_CP PPE_C PPE_DIM

Number of obs = 249 R-squared = 0.3529
 Root MSE = 1.0598 Adj R-squared = 0.2930

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	139.02286	21	6.6201362	5.89	0.0000
PPE_EM	32.402856	3	10.800952	9.62	0.0000
PPE_RE	6.5914054	3	2.1971351	1.96	0.1214
PPE_D	8.2939507	3	2.7646502	2.46	0.0634
PPE_PS	10.511693	3	3.5038975	3.12	0.0269
PPE_CP	21.378941	3	7.1263135	6.34	0.0004
PPE_C	3.367945	3	1.1226483	1.00	0.3939
PPE_DIM	1.8170255	3	.60567516	0.54	0.6559
Residual	254.96108	227	1.1231765		
Total	393.98394	248	1.5886449		

Anexo T. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas con la Evaluación de la Gestión de Tratamientos Médicos de Padecimientos Físicos

. anova EBF TPF_CE TPF_CI TPF_P TPF_N TPF_PI

Number of obs = 201 R-squared = 0.0687
 Root MSE = 1.09692 Adj R-squared = 0.0449

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	17.32115	5	3.4642299	2.88	0.0156
TPF_CE	.03788747	1	.03788747	0.03	0.8593
TPF_CI	.57336011	1	.57336011	0.48	0.4908
TPF_P	.22955708	1	.22955708	0.19	0.6627
TPF_N	.32073733	1	.32073733	0.27	0.6062
TPF_PI	5.7780375	1	5.7780375	4.80	0.0296
Residual	234.6291	195	1.2032261		
Total	251.95025	200	1.2597512		

Anexo U. Modelo para Análisis de Percepciones Asociadas con la Evaluación de la Gestión de Tratamientos Médicos de Padecimientos Emocionales

. anova EBE TPE_CE TPE_CI TPE_P TPE_N TPE_PI

Number of obs = 202 R-squared = 0.0865
 Root MSE = 1.22065 Adj R-squared = 0.0632

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob>F
Model	27.645899	5	5.5291799	3.71	0.0031
TPE_CE	.38520226	1	.38520226	0.26	0.6117
TPE_CI	.00182939	1	.00182939	0.00	0.9721
TPE_P	1.1538996	1	1.1538996	0.77	0.3799
TPE_N	.42550345	1	.42550345	0.29	0.5937
TPE_PI	8.3311675	1	8.3311675	5.59	0.0190
Residual	292.03727	196	1.4899861		
Total	319.68317	201	1.5904635		

Anexo V. ANOVA: Evaluación del Bienestar Emocional vs Indiferencia Médica

. oneway EBE EAM_I, bonferroni tabulate

EAM_I	Summary of EBE		Freq.
	Mean	Std. dev.	
0	3	1.2909944	55
1	3.2747253	1.1359375	91
2	2.712766	1.3490127	94
Total	2.9916667	1.2773917	240

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	14.6067844	2	7.30339218	4.61	0.0108
Within groups	375.376549	237	1.5838673		
Total	389.983333	239	1.63172943		

Bartlett's equal-variances test: $\chi^2(2) = 2.7620$ Prob> $\chi^2 = 0.251$

Comparison of EBE by EAM_I
(Bonferroni)

Row Mean- Col Mean	0	1
1	.274725 0.607	
2	-.287234 0.540	-.561959 0.008

. pwmean EBE, over(EAM_I) mcompare(tukey) effects

Pairwise comparisons of means with equal variances

Over: EAM_I

	Number of comparisons
EAM_I	3

EBE	Contrast	Std. err.	Tukey		Tukey	
			t	P> t	[95% conf. interval]	
EAM_I						
1 vs 0	.2747253	.2149482	1.28	0.409	-.2322373	.7816879
2 vs 0	-.287234	.2136521	-1.34	0.372	-.7911399	.2166718
2 vs 1	-.5619593	.1850805	-3.04	0.007	-.998478	-.1254407

Anexo W. ANOVA: Evaluación del Bienestar Físico vs Indiferencia Médica

. oneway EBF EAM_I, bonferroni tabulate

EAM_I	Summary of EBF		Freq.
	Mean	Std. dev.	
0	3.2	1.207998	55
1	3.4395604	1.0771237	91
2	3.1276596	1.1934773	94
Total	3.2625	1.1579496	240

Source	Analysis of variance			F	Prob > F
	SS	df	MS		
Between groups	4.77683248	2	2.38841624	1.79	0.1687
Within groups	315.685668	237	1.33200704		
Total	320.4625	239	1.34084728		

Bartlett's equal-variances test: $\chi^2(2) = 1.2581$ Prob> $\chi^2 = 0.533$

Comparison of EBF by EAM_I
(Bonferroni)

Row Mean- Col Mean	0	1
1	.23956 0.676	
2	-.07234 1.000	-.311901 0.202

Anexo X. Fichas Resumen

Padecimientos Físicos Probables



Padecimientos físicos y características

<input type="radio"/> Desconocido	<input type="radio"/> Conocido	<input type="radio"/> Desconocido
<input type="radio"/> Tratado ≤ 1 año	<input type="radio"/> Tratado ≤ 1 año	<input type="radio"/> Sin tratamiento
<input type="radio"/> Curado	<input type="radio"/> Curado	<input type="radio"/> Sin cura
+ Lactancia	+ Mastitis	+ Incontinencia urinaria

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto
 - Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena
 - Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena
 - Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto)
 - Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto)
 - Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender
 - Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios
- Alto
 Medio
 Bajo
 Ninguna

Influencia sobre postergación

- Energía, cansancio, tiempo
- Recursos económicos
- Desinformación
- Presión social (vinculada al rol de la "super mamá")
- Corresponsabilidad de la pareja
- Dificultad para conciliar (familiar y trabajo)
- Disponibilidad de las instituciones de salud públicas

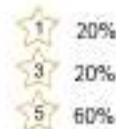
Oferta Sanitaria

- Situación**
- Control médico físico durante la cuarentena
 - Control médico físico post cuarentena hasta 9 meses después del parto
- Tratamientos**
- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
 - Los atienden de manera tardía
 - Los postergan lo máximo posible
 - Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
 - Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto
- Gestión**
- Infieren que las madres se quejan más de la cuenta
 - Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
 - Carece de recursos
 - Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
 - Carece de interés o le es indiferente
- De acuerdo
 Desacuerdo
 Neutral

Conducta: Normalizadora

1. Ha supuesto que es común del postparto
2. Ha esperado a que mejore solo
3. Ha buscado atención cuando se ha vuelto grave

Evaluación del Bienestar



Padecimientos Físicos Comunes

Madres: 7
 Hijos: 1,6
 Edad: 39
 SSP: Con pareja
 N. Educativo: Máster
 IFM: 3.000 a 4.999
 SLP: Jornada completa



Padecimientos físicos y características

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Desconocido | <input type="radio"/> Conocido | <input type="radio"/> Desconocido |
| <input type="radio"/> Tratado < 1 año | <input type="radio"/> Sin tratamiento | <input type="radio"/> Sin tratamiento |
| <input type="radio"/> Curado | <input type="radio"/> Sin cura | <input type="radio"/> Sin cura |
-
- Dolor episiotomía
 - Dolor constante de espalda
 - Dolor constante de cabeza
 - Dolor manos y articulaciones
 - Fatiga

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto
- Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena
- Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena
- Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto)
- Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto)
- Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender
- Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios

Alto
 Medio
 Bajo
 Ninguno

Influencia sobre postergación

- Energía, cansancio, tiempo
- Recursos económicos
- Desinformación
- Presión social (vinculada al rol de la "super mamá")
- Corresponsabilidad de la pareja
- Dificultad para conciliar (familiar y trabajo)
- Disponibilidad de las instituciones de salud públicas

Oferta Sanitaria

Situación

- Control médico físico durante la cuarentena
- Control médico físico post cuarentena hasta 9 meses después del parto

Tratamientos

- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
- Los atienden de manera tardía
- Los postergan lo máximo posible
- Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
- Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto

Gestión

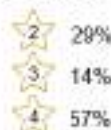
- Infiere que las madres se quejan más de la cuenta
- Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
- Carece de recursos
- Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
- Carece de interés o le es indiferente

De acuerdo
 Desacuerdo
 Neutral

Conducta: No Normalizadora

1. Ha buscado ser atendida en su seguro médico
2. Ha buscado atención aunque hay implicado financieramente por su cuenta
3. Ha pedido consejo y/o ayuda a grupos o en redes (el parto es nuestro, malas madres, etc.)

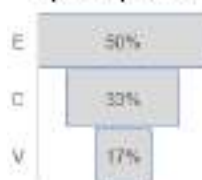
Evaluación del Bienestar



Padecimientos Físicos Graves



Tipo de partos



Padecimientos físicos y características

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Tratado ≤ 1 año <input type="radio"/> Curado | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Tratado ≤ 1 año <input type="radio"/> Sin cura |
|--|--|
-
- Dolor coital
 - Dolor pélvico – perineal
 - Diástasis
 - Prolapso de órganos
 - Daño en nervios y/o músculos pélvicos

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto
- Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena
- Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena
- Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto)
- Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto)
- Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender
- Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios

Alto
 Medio
 Bajo
 Ninguna

Influencia sobre postergación

- Energía, cansancio, tiempo
- Recursos económicos
- Desinformación
- Presión social (vinculada al rol de la "super mamá")
- Corresponsabilidad de la pareja
- Dificultad para conciliar (familiar y trabajo)
- Disponibilidad de las instituciones de salud públicas

Oferta Sanitaria

Situación

- Control médico físico durante la cuarentena
- Control médico físico post cuarentena hasta 9 meses después del parto

Tratamientos

- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
- Los atienden de manera tardía
- Los postergan lo máximo posible
- Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
- Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto

Gestión

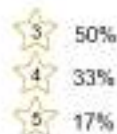
- Infero que las madres se quejan más de la cuenta
- Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
- Carece de recursos
- Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
- Carece de interés o le es indiferente

De acuerdo
 Desacuerdo
 Neutral

Conducta: Normalizadora

1. Ha supuesto que es común del postparto
2. Ha esperado a que mejore solo
3. Ha buscado atención cuando se ha vuelto grave

Evaluación del Bienestar



Padecimientos Físicos Probables y Graves

Madres: 21
 Hijos: 1,4
 Edad: 35
 SSP: Con pareja
 N. Educativo: Máster
 IFM: 3.000 a 4.999
 SLP: Jornada completa



Padecimientos físicos y características

Conocido	Desconocido	Desconocido	Desconocido
<input type="radio"/> ≤ 1 año	<input type="radio"/> ≤ 1 año	<input type="radio"/> ≤ 1 año	<input type="radio"/> Sin tratamiento
<input type="radio"/> Curado	<input type="radio"/> Sin cura	<input type="radio"/> Curado	<input type="radio"/> Sin cura
<ul style="list-style-type: none"> Lactancia Mastitis Incontinencia urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> Incontinencia Fecal Daños en nervios y músculos pélvicos 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor coxal Prolapso de órganos 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor suelo pélvico Diástasis
● Probables ● Comunes ● Graves			

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto □
- Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena □
- Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena □
- Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto) □
- Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto) □
- Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender ◆
- Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios ▲

▲ Alta □ Media ◆ Baja ○ Ninguna

Influencia sobre postergación

- Energía, cansancio, tiempo ▲
- Recursos económicos ●
- Desinformación ●
- Presión social (vinculada al rol de la "super mamá") □
- Corresponsabilidad de la pareja ◆
- Dificultad para conciliar (familiar y trabajo) ◆
- Disponibilidad de las instituciones de salud públicas ▲

Oferta Sanitaria

Situación	
<input type="radio"/>	Control médico físico durante la cuarentena
<input type="radio"/>	Control médico físico post cuarentena hasta 9 meses después del parto
Tratamientos	
<input type="radio"/>	Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
<input type="radio"/>	Los atienden de manera tardía
<input type="radio"/>	Los postergan lo máximo posible
<input type="radio"/>	Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
<input type="radio"/>	Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto
Gestión	
<input type="radio"/>	Infieren que las madres se quejan más de la cuenta
<input type="radio"/>	Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
<input type="radio"/>	Carece de recursos
<input type="radio"/>	Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
<input type="radio"/>	Carece de interés o le es indiferente
<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo <input type="radio"/> Neutral	

Conducta: Mixta

- Ha supuesto que es común del postparto
- Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres
- Ha buscado atención aunque hay implicado financiarla por su cuenta

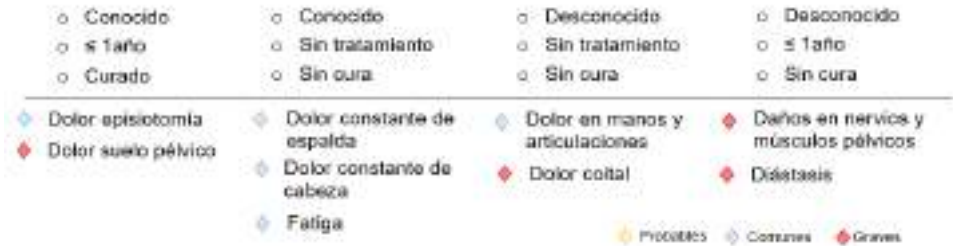
Evaluación del Bienestar



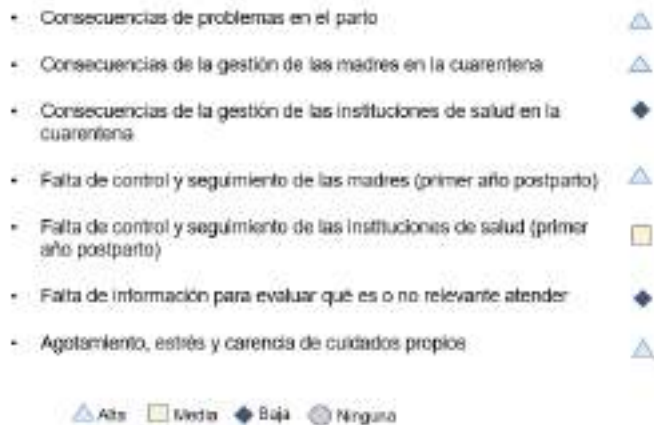
Padecimientos Físicos Comunes y Graves



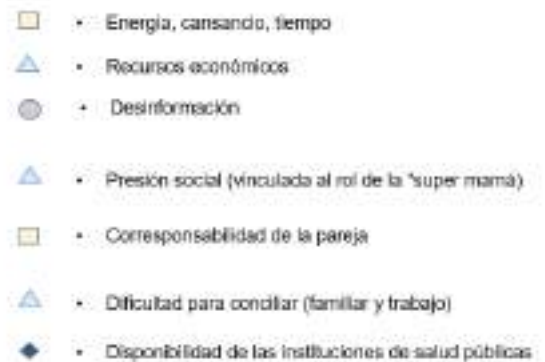
Padecimientos físicos y características



Influencia sobre existencia



Influencia sobre postergación



Oferta Sanitaria

Situación

- Control médico físico durante la cuarentena
- Control médico físico post cuarentena hasta 9 meses después del parto

Tratamientos

- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
- Los atienden de manera tardía
- Los postergan lo máximo posible
- Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
- Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto

Gestión

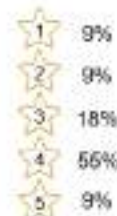
- Infiere que las madres se quejan más de la cuenta
- Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
- Carece de recursos
- Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
- Carece de interés o le es indiferente

● De acuerdo
 ● Desacuerdo
 ● Neutral

Conducta: Mixta

1. Ha supuesto que es común del postparto
2. Ha buscado atención aunque haya implicado financiera por su cuenta
3. Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres

Evaluación del Bienestar



Padecimientos Emocionales Probables

Madres: 10
 Hijos: 1,4
 Edad: 38
 SSP: Con pareja
 N. Educativo: Máster
 IFM: 3.000 a 4.999
 SLP: Jornada completa



Padecimientos emocionales y características

- Conocido
 - ≤ 1 año
 - Curado
-
- ◆ Depresión
 ◆ Probables
 ◆ Comunes
 ◆ Graves

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto ▲
 - Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena ▲
 - Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena ▲
 - Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto) ▲
 - Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto) ▲
 - Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender ▲
 - Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios ▲
- ▲ Alta
 ■ Media
 ◆ Bajo
 ● Ninguna

Influencia sobre postergación

- ▲ Energía, cansancio, tiempo
- ◆ Recursos económicos
- ◆ Desinformación
- ▲ Presión social (vinculada al rol de la "super mamá")
- ▲ Corresponsabilidad de la pareja
- ▲ Dificultad para conciliar (familiar y trabajo)
- ▲ Disponibilidad de las instituciones de salud públicas

Oferta Sanitaria

Situación

- Control médico emocional durante la cuarentena
- Control médico emocional post cuarentena hasta 9 meses después del parto

Tratamientos

- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
- Los atienden de manera tardía
- Los postergan lo máximo posible
- Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
- Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto

Gestión

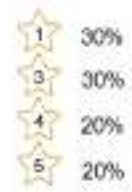
- Infere que las madres se quejan más de la cuenta
- Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
- Carece de recursos
- Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
- Carece de interés o le es indiferente

De acuerdo
 Desacuerdo
 Neutral

Conducta: Mixta

1. Ha supuesto que es común del postparto
2. Ha esperado a que mejore solo
3. Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres

Evaluación del Bienestar



Padecimientos Emocionales Comunes

Madres: 21
 Hijos: 1,2
 Edad: 36
 SSP: Con pareja
 N. Educativo: Máster
 IFM: 3.000 a 4.999
 SLP: Jornada reducida



Padecimientos emocionales y características

- Conocido
- Sin tratamiento
- Sin cura
- Desconocido
- Sin tratamiento
- Sin cura

- Ansiedad
- Estrés crónico
- Prohibido
- Comunes
- Graves

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto ▲
- Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena ▲
- Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena ▲
- Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto) ▲
- Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto) ▲
- Falta de información para evaluar que es o no relevante atender ▲
- Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios ▲

▲ Alta ■ Media ◆ Baja ○ Ninguna

Influencia sobre postergación

- ▲ • Energía, cansancio, tiempo
- ◆ • Recursos económicos
- ▲ • Desinformación
- ▲ • Presión social (vinculada al rol de la "super mamá")
- ▲ • Corresponsabilidad de la pareja
- ▲ • Dificultad para conciliar (familiar y trabajo)
- ▲ • Disponibilidad de las instituciones de salud públicas

Oferta Sanitaria

Situación

- Control médico emocional durante la cuarentena
- Control médico emocional post cuarentena hasta 9 meses después del parto

Tratamientos

- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
- Los atienden de manera tardía
- Los postergan lo máximo posible
- Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
- Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto

Gestión

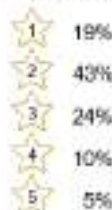
- Infiere que las madres se quejan más de la cuenta
- Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
- Carece de recursos
- Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
- Carece de interés o le es indiferente

De acuerdo De acuerdo Neutral

Conducta: Mixta

1. Ha supuesto que es común del postparto
2. Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres
3. Ha pedido consejo y/o ayuda a grupos postparto o en redes (el parto es nuestro, malas madres, etc.)

Evaluación del Bienestar



Padecimientos Emocionales Probables y Comunes

Madres: 25
 Hijos: 1,6
 Edad: 37
 SSP: Con pareja
 N. Educativo: Licenciada
 IFM: 2.000 a 2.999
 SLP: Jornada reducida



Padecimientos emocionales y características

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conocido | <input type="checkbox"/> Conocido | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Sin tratamiento | <input type="checkbox"/> Sin tratamiento | <input type="checkbox"/> Sin tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Sin cura | <input type="checkbox"/> Sin cura |

- ◆ Depresión
 ◆ Ansiedad
 ◆ Estrés crónico
◆ Probables
 ◆ Comunes
 ◆ Graves

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto ▲
- Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena ▲
- Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena ▲
- Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto) ▲
- Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto) ▲
- Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender ▲
- Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios ▲

▲ Alta □ Meda ◆ Baja ● Ninguna

Influencia sobre postergación

- ▲ Energía, cansancio, tiempo
- Recursos económicos
- ▲ Desinformación
- ▲ Presión social (vinculada al rol de la 'super mamá')
- Corresponsabilidad de la pareja
- ▲ Dificultad para conciliar (familiar y trabajo)
- ▲ Disponibilidad de las instituciones de salud públicas

Oferta Sanitaria

Situación

- Control médico emocional durante la cuarentena
- Control médico emocional post cuarentena hasta 9 meses después del parto

Tratamientos

- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
- Los atienden de manera tardía
- Los postergan lo máximo posible
- Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
- Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto

Gestión

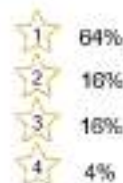
- Infiere que las madres se quejan más de la cuenta
- Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
- Carece de recursos
- Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
- Carece de interés o le es indiferente

De acuerdo Desacuerdo Neutral

Conducta: Mixta

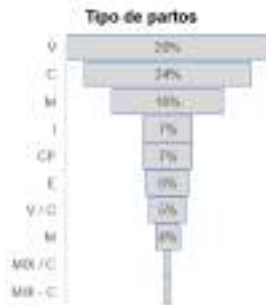
1. Ha esperado a que mejore solo
2. Ha supuesto que es común del postparto
3. Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres

Evaluación del Bienestar



Intersección

Madres: 113
 Hijos: 1,4
 Edad: 39
 SSP: Con pareja
 N. Educativo: Máster
 IFM: 3.000 a 4.999
 SLP: Jornada completa



Padecimientos emocionales y características

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Conocido | <input type="radio"/> Conocido | <input type="radio"/> Desconocido | <input type="radio"/> Desconocido |
| <input type="radio"/> Sin tratamiento | <input type="radio"/> Sin tratamiento | <input type="radio"/> Sin tratamiento | <input type="radio"/> Sin tratamiento |
| <input type="radio"/> Curado | <input type="radio"/> Sin cura | <input type="radio"/> Curado | <input type="radio"/> Sin cura |
-
- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Psicosis | <input type="checkbox"/> Estrés crónico |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
- ◆ Probables
 ◆ Comunes
 ◆ Graves

Influencia sobre existencia

- Consecuencias de problemas en el parto □
- Consecuencias de la gestión de las madres en la cuarentena □
- Consecuencias de la gestión de las instituciones de salud en la cuarentena □
- Falta de control y seguimiento de las madres (primer año postparto) ▲
- Falta de control y seguimiento de las instituciones de salud (primer año postparto) ▲
- Falta de información para evaluar qué es o no relevante atender ▲
- Agotamiento, estrés y carencia de cuidados propios ▲

▲ Alta □ Media ◆ Baja ○ Ninguna

Influencia sobre postergación

- ▲ Energía, cansancio, tiempo
- Recursos económicos
- ▲ Desinformación
- ▲ Presión social (vinculada al rol de la "super mamá")
- ▲ Corresponsabilidad de la pareja
- ▲ Dificultad para conciliar (familiar y trabajo)
- Disponibilidad de las instituciones de salud públicas

Oferta Sanitaria

Situación

- Control médico emocional durante la cuarentena
- Control médico emocional post cuarentena hasta 9 meses después del parto

Tratamientos

- Los controlan y dan tratamiento de manera temprana
- Los atienden de manera tardía
- Los postergan lo máximo posible
- Indican que algunos padecimientos son naturales y no merecen seguimiento
- Los atienden con protocolos no alineados a la realidad postparto

Gestión

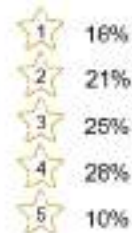
- Infiere que las madres se quejan más de la cuenta
- Se soporta en protocolos pobres y/o ineficientes
- Carece de recursos
- Su sistema de información no revela las necesidades de las madres
- Carece de interés o le es indiferente

● De acuerdo ● Desacuerdo ● Neutral

Conducta: Mixta

1. Ha supuesto que es común del postparto
2. Ha pedido consejo y/o ayuda a otras mujeres
3. Ha buscado atención aunque haya implicado financiarla por su cuenta

Evaluación del Bienestar



Anexo Y. Modelo Factorial para Análisis de Bienestar de Padecimientos Físicos

```
. factorstest LP N Edad NE IFM SL_pP SS NH EvUp VePs TP TIM APF_P APF_EM PPF_EM PPF_CP TPF_PI PFP PFC PF
> G PF_TI PF_TT PF_TR INF CMF_C CMS CMF_9M
```

```
Determinant of the correlation matrix
Det = 0.000
```

Bartlett test of sphericity

```
Chi-square = 1800.429
Degrees of freedom = 351
p-value = 0.000
H0: variables are not intercorrelated
```

```
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
KMO = 0.667
```

```
. factor LP N Edad NE IFM SL_pP SS NH EvUp VePs TP TIM APF_P APF_EM PPF_EM PPF_CP TPF_PI PFP PFC PFG PF
> _TI PF_TT PF_TR INF CMF_C CMS CMF_9M, pcF
(obs=180)
```

```
Factor analysis/correlation          Number of obs = 180
Method: principal-component factors  Retained factors = 10
Rotation: (unrotated)                Number of params = 225
```

Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
Factor1	4.70196	2.26583	0.1741	0.1741
Factor2	2.43613	0.07311	0.0902	0.2644
Factor3	2.36301	0.60684	0.0875	0.3519
Factor4	1.75618	0.24071	0.0650	0.4169
Factor5	1.51546	0.13347	0.0561	0.4731
Factor6	1.38200	0.11041	0.0512	0.5242
Factor7	1.27158	0.09249	0.0471	0.5713
Factor8	1.17909	0.01512	0.0437	0.6150
Factor9	1.16397	0.09729	0.0431	0.6581
Factor10	1.06669	0.13969	0.0395	0.6976
Factor11	0.92700	0.07550	0.0343	0.7320
Factor12	0.85150	0.02759	0.0315	0.7635
Factor13	0.82390	0.07444	0.0305	0.7940
Factor14	0.74947	0.07358	0.0278	0.8218
Factor15	0.67589	0.01977	0.0250	0.8468
Factor16	0.65612	0.06876	0.0243	0.8711
Factor17	0.58735	0.03785	0.0218	0.8929
Factor18	0.54951	0.05461	0.0204	0.9132
Factor19	0.49489	0.07904	0.0183	0.9315
Factor20	0.41585	0.05062	0.0154	0.9469
Factor21	0.36523	0.08000	0.0135	0.9605
Factor22	0.28523	0.09504	0.0106	0.9710
Factor23	0.19019	0.01225	0.0070	0.9781
Factor24	0.17794	0.01164	0.0066	0.9847
Factor25	0.16630	0.03799	0.0062	0.9908
Factor26	0.12831	0.00905	0.0048	0.9956
Factor27	0.11925	.	0.0044	1.0000

LR test: independent vs. saturated: $\chi^2(351) = 1811.07$ Prob> $\chi^2 = 0.0000$

Factor loadings (pattern matrix) and unique variances

Variable	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8
LP	0.7453	-0.2847	0.0148	0.2320	-0.0385	0.2266	0.0652	0.2017
N	0.6919	-0.2354	-0.0400	0.2616	0.0564	0.2749	-0.0097	0.2643
Edad	0.6423	-0.2376	0.3277	0.1014	-0.1835	-0.1702	0.0088	0.2626
NE	-0.4303	0.0946	-0.1221	0.2062	-0.1785	0.0087	0.3479	0.5180
IFM	-0.3316	0.0423	0.0813	0.0532	0.2456	-0.4600	0.1914	0.3432
SL_pP	-0.1835	0.1580	0.3009	-0.1041	-0.0366	-0.2272	0.5573	0.1230
SS	-0.2521	0.1422	-0.2015	0.1939	0.5563	0.3284	-0.1040	0.0098
NH	0.4374	-0.2042	0.5956	-0.2063	0.0803	-0.0389	0.2142	-0.1987
EvUp	0.6924	-0.3550	0.0791	0.1774	-0.1733	-0.0077	-0.1220	0.2302
VePs	0.5028	-0.2904	0.4878	-0.2340	0.1546	0.0628	0.2082	-0.3011
TP	0.2540	0.1364	0.4675	0.1219	0.0042	-0.2261	-0.0114	-0.1819
TIM	0.1018	0.0586	0.0506	0.4103	0.4819	-0.2497	0.0073	-0.2058
APF_P	-0.0856	0.3580	0.4225	0.3258	-0.1429	0.1014	-0.0592	0.2163
APF_EM	-0.0556	0.5121	0.4018	0.2379	-0.0103	0.1623	0.2287	-0.0465
PPF_EM	-0.0205	0.4695	0.2034	0.4189	-0.1739	0.1694	-0.0369	-0.2238
PPF_CP	0.2129	0.2796	0.1642	0.0568	0.5153	0.3326	0.1025	0.1092
TPF_PI	-0.1917	0.1556	0.4016	-0.0505	-0.0839	0.3266	-0.3835	0.0742
PFP	0.6530	0.4538	-0.2711	-0.1885	0.1427	-0.1386	0.0126	0.1001
PFC	0.6707	0.5465	-0.2179	-0.1797	0.0608	-0.0794	-0.0089	0.0842
PFG	0.6510	0.5123	-0.2342	-0.2232	0.0906	-0.1098	-0.0793	0.1454
PF_TI	-0.1685	-0.1844	-0.0257	-0.4454	0.2302	0.3684	0.4087	0.0956
PF_TT	-0.4456	-0.4255	0.1689	0.3126	0.1281	0.0278	-0.0725	0.1413
PF_TR	-0.0002	-0.3793	-0.0649	0.1068	0.5257	-0.0971	-0.0508	0.1004
INF	0.0890	0.1225	-0.1917	0.3520	-0.1451	0.2951	0.4264	-0.1668
CMF_C	0.0487	-0.1060	-0.5044	0.2849	-0.1480	-0.1228	0.2661	-0.2714
CMS	0.3216	-0.2000	-0.4102	-0.0388	-0.1642	0.3041	0.1801	-0.1203
CMF_9M	0.3616	-0.0879	-0.2070	0.4921	0.1011	-0.2744	0.0511	-0.1728

Variable	Factor9	Factor10	Uniqueness
LP	0.0744	-0.2058	0.1638
N	0.1333	-0.0118	0.2292
Edad	-0.2680	0.0941	0.2009
NE	0.1637	0.0655	0.2961
IFM	-0.3606	0.3105	0.2260
SL_pP	0.1336	-0.4538	0.2375
SS	-0.2928	0.2518	0.2607
NH	-0.0309	0.2496	0.2131
EvUp	-0.3228	0.0047	0.1546
VePs	0.0911	0.1046	0.1890
TP	0.1709	0.2733	0.4952
TIM	0.0163	-0.2767	0.4015
APF_P	0.1679	0.1791	0.4386
APF_EM	-0.0050	-0.0097	0.4356
PPF_EM	0.0807	-0.0190	0.4450
PPF_CP	-0.2965	-0.2407	0.3018
TPF_PI	0.0152	0.1098	0.4966
PFP	0.2009	0.1910	0.1320
PFC	0.1229	0.0653	0.1351
PFG	0.1856	0.1024	0.1165
PF_TI	-0.0221	0.1919	0.3363
PF_TT	0.4130	0.2161	0.2345
PF_TR	0.5001	0.0215	0.2915
INF	-0.0436	0.1811	0.4640
CMF_C	-0.0591	0.3739	0.3261
CMS	0.1296	-0.0487	0.5013
CMF_9M	-0.0969	-0.0898	0.4411

. rotate, blank(.5)

```

Factor analysis/correlation          Number of obs   =      180
Method: principal-component factors  Retained factors =      10
Rotation: orthogonal varimax (Kaiser off) Number of params =     225
  
```

Factor	Variance	Difference	Proportion	Cumulative
Factor1	3.01911	0.04417	0.1118	0.1118
Factor2	2.97494	0.79834	0.1102	0.2220
Factor3	2.17660	0.16685	0.0806	0.3026
Factor4	2.00975	0.43717	0.0744	0.3771
Factor5	1.57258	0.08416	0.0582	0.4353
Factor6	1.48842	0.03010	0.0551	0.4904
Factor7	1.45832	0.00761	0.0540	0.5444
Factor8	1.45072	0.03871	0.0537	0.5982
Factor9	1.41200	0.13838	0.0523	0.6505
Factor10	1.27362	.	0.0472	0.6976

LR test: independent vs. saturated: chi2(351) = 1811.07 Prob>chi2 = 0.0000

Rotated factor loadings (pattern matrix) and unique variances

Variable	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8
LP		0.8061						
N		0.7434						
Edad		0.7565						
NE								
IFM								
SL_pP								
SS							0.6673	
NH			0.8427					
EvUp		0.8598						
VePs			0.8450					
TP								
TIM						0.6497		
APF_P				0.7232				
APF_EM				0.6197				
PPF_EM				0.6343				
PPF_CP							0.7654	
TPF_PI								
PFP	0.9171							
PFC	0.9045							
PFG	0.9282							
PF_TI						-0.6345		
PF_TT								0.6703
PF_TR								0.8010
INF					0.6353			
CMF_C					0.7591			
CMS								
CMF_9M						0.5639		

Variable	Factor9	Factor10	Uniqueness
LP			0.1638
N			0.2292
Edad			0.2009
NE			0.2961
IFM	0.8554		0.2260
SL_pP		0.8436	0.2375
SS			0.2607
NH			0.2131
EvUp			0.1546
VePs			0.1890
TP			0.4952
TIM			0.4015
APF_P			0.4386
APF_EM			0.4356
PPF_EM			0.4450
PPF_CP			0.3018
TPF_PI			0.4966
PFP			0.1320
PFC			0.1351
PFG			0.1165
PF_TI			0.3363
PF_TT			0.2345
PF_TR			0.2915
INF			0.4640
CMF_C			0.3261
CMS			0.5013
CMF_9M			0.4411

(blanks represent abs(loading)<.5)

Factor rotation matrix

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	Factor9
Factor1	0.5973	0.6557	0.3578	-0.0720	0.0743	0.1537	0.0108	-0.0833	-0.2029
Factor2	0.5869	-0.3973	-0.2099	0.5161	-0.0663	0.0885	0.2010	-0.3426	0.0536
Factor3	-0.2913	0.0973	0.6066	0.5114	-0.4647	0.0070	0.0004	-0.0297	0.1406
Factor4	-0.2661	0.3224	-0.2860	0.5012	0.3945	0.5177	0.1251	0.2174	0.0457
Factor5	0.1410	-0.1784	0.1852	-0.2357	-0.1298	0.2093	0.7135	0.4922	0.2092
Factor6	-0.1646	0.1150	-0.0555	0.2345	0.0452	-0.5242	0.4982	-0.0424	-0.5761
Factor7	-0.0205	-0.0137	0.2132	-0.0300	0.5938	-0.2635	0.1489	-0.0249	0.1357
Factor8	0.1345	0.4524	-0.4722	0.0776	-0.3276	-0.4148	0.0335	0.2238	0.4211
Factor9	0.2383	-0.1997	0.0164	0.2055	-0.0323	-0.0673	-0.3749	0.7113	-0.4135
Factor10	0.1444	-0.0953	0.2685	0.2368	0.3725	-0.3686	-0.1506	0.1634	0.4379

	Fact~10
Factor1	-0.0529
Factor2	0.1197
Factor3	0.1990
Factor4	-0.0604
Factor5	-0.0518
Factor6	-0.2071
Factor7	0.6999
Factor8	0.2009
Factor9	0.1942
Factor10	-0.5711

Anexo Z. Modelo Factorial para Análisis de Bienestar de Padecimientos Emocionales

```
. factorstest LP N Edad NE IFM SL_pP SS NH EvUp VePs TP TIM APE_EM PPE_EM PPE_CP PPE_PS TPE_PI PEP PEC P
> EG PE_TI PE_TT PE_TR INE CME_C CMS CME_9M
```

Determinant of the correlation matrix
Det = 0.000

Bartlett test of sphericity

Chi-square = 1271.984
Degrees of freedom = 351
p-value = 0.000
H0: variables are not intercorrelated

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
KMO = 0.658

```
. factor LP N Edad NE IFM SL_pP SS NH EvUp VePs TP TIM APE_EM PPE_EM PPE_CP PPE_PS TPE_PI PEP PEC PEG P
> E_TI PE_TT PE_TR INE CME_C CMS CME_9M, pcf
(obs=124)
```

Factor analysis/correlation
Method: principal-component factors
Rotation: (unrotated)

Number of obs = 124
Retained factors = 10
Number of params = 225

Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
Factor1	4.72889	1.99797	0.1751	0.1751
Factor2	2.73092	0.22570	0.1011	0.2763
Factor3	2.50522	0.58774	0.0928	0.3691
Factor4	1.91748	0.31353	0.0710	0.4401
Factor5	1.60395	0.20712	0.0594	0.4995
Factor6	1.39683	0.12338	0.0517	0.5512
Factor7	1.27345	0.13594	0.0472	0.5984
Factor8	1.13751	0.04939	0.0421	0.6405
Factor9	1.08811	0.05502	0.0403	0.6808
Factor10	1.03310	0.10676	0.0383	0.7191
Factor11	0.92633	0.02708	0.0343	0.7534
Factor12	0.89925	0.19134	0.0333	0.7867
Factor13	0.70791	0.04215	0.0262	0.8129
Factor14	0.66576	0.03527	0.0247	0.8376
Factor15	0.63049	0.08884	0.0234	0.8609
Factor16	0.54165	0.07246	0.0201	0.8810
Factor17	0.46919	0.03611	0.0174	0.8984
Factor18	0.43307	0.01560	0.0160	0.9144
Factor19	0.41748	0.06459	0.0155	0.9299
Factor20	0.35289	0.00898	0.0131	0.9429
Factor21	0.34391	0.04610	0.0127	0.9557
Factor22	0.29781	0.03932	0.0110	0.9667
Factor23	0.25849	0.02375	0.0096	0.9763
Factor24	0.23474	0.07059	0.0087	0.9850
Factor25	0.16415	0.02362	0.0061	0.9911
Factor26	0.14053	0.03963	0.0052	0.9963
Factor27	0.10090	.	0.0037	1.0000

LR test: independent vs. saturated: $\chi^2(351) = 1283.22$ Prob> $\chi^2 = 0.0000$

Factor loadings (pattern matrix) and unique variances

Variable	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8
LP	0.6782	0.2677	-0.0632	0.4001	-0.1431	0.1166	0.1496	-0.1181
N	0.6400	0.2128	0.0358	0.4129	-0.1280	0.0256	0.1845	0.0017
Edad	0.5878	0.3829	0.0817	-0.0482	-0.4615	0.0731	0.0592	0.2500
NE	-0.3730	-0.2269	-0.1190	0.2900	-0.0987	0.4035	0.1942	0.4393
IFM	-0.3629	-0.0674	0.1573	-0.1602	-0.1608	-0.1555	0.4939	0.5056
SL_pP	-0.1900	0.1390	0.1204	-0.2409	0.2273	0.5379	0.3186	0.0807
SS	-0.3366	-0.0881	0.0447	0.3925	0.1886	-0.6164	-0.0000	0.1101
NH	0.3868	0.6253	-0.0543	-0.3693	0.0769	-0.1311	-0.0168	0.1346
EvUp	0.6602	0.2496	0.0277	0.1261	-0.4933	-0.0089	-0.0025	0.0373
VePs	0.5143	0.5449	-0.0714	-0.2870	0.1893	-0.1112	0.0139	-0.0349
TP	0.1009	0.3954	0.3029	-0.4194	-0.0452	0.0050	-0.1472	0.0945
TIM	-0.0312	0.2256	0.0720	0.1210	0.2282	-0.1901	0.6717	-0.3053
APE_EM	-0.4694	0.4544	0.0970	0.3052	0.0627	0.1755	0.0232	0.0955
PPE_EM	-0.3543	0.3133	0.1493	0.5029	-0.0481	0.1124	-0.1836	0.2247
PPE_CP	0.0132	0.3336	0.3857	0.4221	0.1658	-0.3158	0.0571	0.1553
PPE_PS	-0.2883	0.4086	0.3840	0.2444	0.1359	0.1261	-0.2852	-0.1265
TPE_PI	-0.5536	0.2981	0.0903	-0.0294	-0.2908	-0.0120	0.1607	-0.2572
PEP	0.3181	0.0233	0.5678	0.1095	0.2881	0.0220	-0.2301	0.0733
PEC	0.2810	-0.3225	0.7611	-0.0610	0.0566	0.0760	0.0194	-0.0549
PEG	0.3548	-0.3548	0.7373	-0.1008	-0.0183	0.0895	0.1528	-0.0765
PE_TI	0.0949	0.3017	-0.0034	-0.1333	0.6603	0.1436	-0.0448	0.2994
PE_TT	-0.0434	0.3039	-0.6067	0.1574	0.1151	0.0935	-0.1055	-0.0426
PE_TR	0.1815	0.1266	-0.2256	0.0159	0.3300	0.1581	0.2883	-0.2075
INE	0.0157	-0.0155	0.1391	0.3368	0.0507	0.3329	0.0286	-0.3264
CME_C	0.6042	-0.3145	-0.2234	0.1743	0.1189	0.2714	-0.0693	0.1520
CMS	0.6017	-0.3884	-0.1619	0.1508	0.1808	-0.0363	-0.0908	0.0692
CME_9M	0.6477	-0.2741	-0.1904	0.1323	0.2473	-0.2039	0.1597	0.1479

Variable	Factor9	Factor10	Uniqueness
LP	0.1361	-0.0533	0.2125
N	0.2594	0.0520	0.2523
Edad	-0.2499	0.0285	0.1512
NE	0.3299	0.0909	0.1908
IFM	-0.1318	0.2326	0.1922
SL_pP	-0.2848	-0.3692	0.2057
SS	-0.1192	0.1305	0.2640
NH	0.0742	0.1226	0.2580
EvUp	-0.2618	0.0316	0.1709
VePs	0.1156	0.0372	0.2867
TP	0.2289	-0.1962	0.4424
TIM	0.2069	-0.1829	0.2195
APE_EM	0.2276	0.0501	0.3719
PPE_EM	-0.0204	-0.0707	0.3965
PPE_CP	-0.2453	-0.2364	0.2910
PPE_PS	-0.0709	-0.0330	0.4049
TPE_PI	0.2088	-0.0001	0.3754
PEP	0.0624	0.3521	0.2941
PEC	0.2050	0.1034	0.1689
PEG	0.1558	0.1162	0.1191
PE_TI	-0.0417	-0.0432	0.3303
PE_TT	0.2698	0.1775	0.3737
PE_TR	-0.2978	0.5845	0.2095
INE	-0.3592	-0.0319	0.5159
CME_C	0.0022	0.0635	0.3360
CMS	0.1096	-0.2526	0.3153
CME_9M	0.0170	-0.2555	0.2359

. rotate, blank(.5)

Factor analysis/correlation Number of obs = 124
 Method: principal-component factors Retained factors = 10
 Rotation: orthogonal varimax (Kaiser off) Number of params = 225

Factor	Variance	Difference	Proportion	Cumulative
Factor1	3.00990	0.13677	0.1115	0.1115
Factor2	2.87313	0.31826	0.1064	0.2179
Factor3	2.55487	0.31595	0.0946	0.3125
Factor4	2.23892	0.34096	0.0829	0.3954
Factor5	1.89796	0.41924	0.0703	0.4657
Factor6	1.47872	0.04391	0.0548	0.5205
Factor7	1.43481	0.07662	0.0531	0.5736
Factor8	1.35819	0.06466	0.0503	0.6239
Factor9	1.29354	0.01812	0.0479	0.6719
Factor10	1.27542	.	0.0472	0.7191

LR test: independent vs. saturated: chi2(351) = 1283.22 Prob>chi2 = 0.0000

Rotated factor loadings (pattern matrix) and unique variances

Variable	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8
LP		0.6743						
N		0.6110						
Edad		0.8578						
NE							0.8102	
IFM						-0.8566		
SL_pP								0.8720
SS					0.5512			
NH				0.7762				
EvUp		0.8737						
VePs				0.7191				
TP				0.5437				
TIM								
APE_EM								
PPE_EM					0.5546			
PPE_CP					0.7860			
PPE_PS					0.5011			
TPE_PI	-0.6852							
PEP			0.6441					
PEC			0.9060					
PEG			0.9150					
PE_TI				0.5647				
PE_TT			-0.5311					
PE_TR								
INE								
CME_C	0.6415							
CMS	0.7661							
CME_9M	0.8277							

Variable	Factor9	Factor10	Uniqueness
LP			0.2125
N			0.2523
Edad			0.1512
NE			0.1908
IFM			0.1922
SL_pP			0.2057
SS			0.2640
NH			0.2580
EvUp			0.1709
VePs			0.2867
TP			0.4424
TIM	0.8629		0.2195
APE_EM			0.3719
PPE_EM			0.3965
PPE_CP			0.2910
PPE_PS			0.4049
TPE_PI			0.3754
PEP			0.2941
PEC			0.1689
PEG			0.1191
PE_TI			0.3303
PE_TT			0.3737
PE_TR		0.8685	0.2095
INE			0.5159
CME_C			0.3360
CMS			0.3153
CME_9M			0.2359

(blanks represent $\text{abs}(\text{loading}) < .5$)

Factor rotation matrix

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	Factor9
Factor1	0.6072	0.6028	0.2738	0.2765	-0.1378	0.2191	-0.1726	-0.0760	0.0168
Factor2	-0.4757	0.3649	-0.3096	0.6086	0.3258	0.1427	0.0140	0.1135	0.1766
Factor3	-0.2885	0.0348	0.8508	0.0045	0.3608	-0.0762	-0.0946	0.1284	0.0077
Factor4	0.1331	0.2137	-0.0819	-0.4732	0.5983	0.2718	0.4091	-0.2504	0.1642
Factor5	0.3688	-0.6160	0.0732	0.3657	0.3244	0.1786	-0.0011	0.2072	0.1260
Factor6	-0.1127	0.1206	0.1097	-0.1133	-0.2884	0.3266	0.4926	0.6491	-0.2280
Factor7	0.0516	0.1332	0.0409	-0.1147	-0.1378	-0.5098	0.1112	0.2548	0.7435
Factor8	0.2908	0.0859	-0.0642	0.2612	0.2425	-0.5980	0.4660	0.0802	-0.3843
Factor9	-0.0238	-0.1921	0.1935	0.3038	-0.3111	0.2318	0.5427	-0.3841	0.3371
Factor10	-0.2599	0.0251	0.1948	0.0948	-0.1544	-0.2054	0.1643	-0.4679	-0.2440

	Fact~10
Factor1	0.1169
Factor2	0.0605
Factor3	-0.1737
Factor4	0.1310
Factor5	0.3867
Factor6	0.2048
Factor7	0.2363
Factor8	-0.2192
Factor9	-0.3558
Factor10	0.7165