



Revista Peruana de Epidemiología
E-ISSN: 1609-7211
revista@rpe.epiredperu.net
Sociedad Peruana de Epidemiología
Perú

Contreras-Pulache, Hans; Mori-Quispe, Elizabeth; Lam-Figueroa, Nelly; Quino-Villanueva, Kathy;
Espinoza-Lecca, Eduardo; Yancachajlla-Apaza, Maribel; Hinostrroza-Camposano, Willy David
Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao
Revista Peruana de Epidemiología, vol. 16, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 01-07
Sociedad Peruana de Epidemiología
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203124341005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao

Happiness in puerperal women. A multicenter study in Lima Metropolitana and Callao

Hans Contreras-Pulache^A, Elizabeth Mori-Quispe^A, Nelly Lam-Figueroa^B, Kathy Quino-Villanueva^A, Eduardo Espinoza-Lecca^C, Maribel Yancachajlla-Apaza^A, Willy David Hinostroza-Camposano^A

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la felicidad y los factores asociados en mujeres puérperas de Lima Metropolitana y Callao, Perú. **Métodos:** Estudio multicéntrico, analítico, y de corte transversal realizado en los cinco hospitales más representativos de atención pública del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana y Callao: Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional 2 de Mayo y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La información fue obtenida mediante revisión de historias clínicas, cuestionarios de auto reporte y entrevista personal. La investigación fue aprobada por los Comités de Investigación y Ética de los hospitales en cuestión. **Resultados:** Se tomó una muestra total de 772 puérperas. La edad promedio fue de 26.7±5.9 años, 63.2% era conviviente, 79.8% estaba desempleada, 64.4% contaba con estudios secundarios completos y 62.6% refirió embarazos no planificados. La media de felicidad registrada entre las puérperas fue 31.7±5.5 puntos (rango: 11 a 40). El alfa de Cronbach fue de 0.86. En el análisis de regresión múltiple, las siguientes variables permanecieron significativas e independientemente asociadas con la felicidad: edad, estado laboral, tipo de parto, planificación del embarazo, apoyo de la pareja y amigos. **Conclusiones:** La felicidad es un fenómeno multifactorial. Los índices de felicidad encontrados fueron altos. El periodo postparto podría ser una buena oportunidad para explorar los sentimientos de la madre y poder implementar políticas de ayuda que puedan optimizar la salud maternoinfantil.

PALABRAS CLAVE: Felicidad, Periodo de postparto, Puerperio, Estudio Multicéntrico.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un nuevo ser debería representar un evento de celebración tanto para la madre, el esposo, los hijos previos, la familia en general y la sociedad finalmente. El tiempo posterior al parto suele ser un tiempo de contradicciones: por un lado la intensa alegría de ver al nuevo ser (y todo lo que significa el asentamiento de la maternidad) y por otro lado la intranquilidad propia de esa nueva realidad que obliga a asumir un nuevo rol o nuevos roles (y más si consideramos que en nuestro sistema de salud nadie se encarga de formar ni física ni “mentalmente” a la mujer para ser madre, al hombre para ser padre y a los hijos previos para ser hermanos). Así entonces, los días posteriores al parto son generalmente considerados como periodos de intensa celebración y al mismo tiempo periodos de adaptación continua, y por lo tanto de vulnerabilidad latente.

Habría aquí también que mencionar que en un tiempo como el actual, donde el dinero es la base organizativa de la sociedad, el nacimiento de un nuevo ser trae consigo una serie de responsabilidades económicas para las que muchas familias no están preparadas, pudiendo traer como consecuencia insatisfacción, malestar, preocupación y desesperanza (lamentablemente estos aspectos han sido pocamente abordados por la investigación científica contemporánea más centrada en evaluar los determinantes individuales de la salud en el proceso obstétrico que los determinantes sociales en dicho contexto).

Por otro lado, y muy al margen de la situación que vive la familia en torno al recién nacido, el personal sanitario ha elaborado sus propias estructuras de pensamiento, sus propias representaciones en torno al

proceso obstétrico: el embarazo, el parto y el puerperio han sido enfocados por la medicina actual como fenómenos potencialmente de riesgo. En otras palabras, se ha “patologizado” un periodo que es por demás una etapa normal de la vida, no solo de la mujer sino de la familia. Reflejo de esta visión, es que se ha llevado a considerar que cada vez que se habla del estado mental de las gestantes, se piense en los “problemas mentales”: depresión, ansiedad, psicosis, suicidio, etcétera; mas no en los aspectos “sanos” de toda gestante. Es en este contexto es que decidimos plantear nuestro estudio, para evaluar qué tan felices se encuentran las mujeres luego de dar a luz y conocer la dinámica de las variables asociadas.

La felicidad es un concepto multidimensional y antiguo que puede ser considerado el objetivo fundamental en la vida de toda persona.¹⁻⁴ El número de investigaciones en el campo de la felicidad ha aumentado en los últimos años,^{4,5} aun cuando son muy pocas las que se han desarrollado en torno al proceso perinatal.⁶⁻⁸ A saber, en nuestro país, este campo no ha sido investigado previamente. A pesar de ello, la evidencia ha sugerido que la “infelicidad” es un gran

(A) Centro de Investigación ANASTOMOSIS, Lima-Perú. (B) Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. (C) Sociedad Estudiantil para el Fomento de la Investigación y las Neurociencias, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima-Perú.
Correspondencia a Hans Contreras-Pulache: c.i.anastomosis@gmail.com
Recibido el 15 de enero de 2012 y aprobado el 21 de marzo de 2012.
Cita sugerida: Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Quino-Villanueva K, Espinoza-Lecca E, Yancachajlla-Apaza M, Hinostroza-Camposano W. Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao. *Rev peru epidemiol* 2012; 1 (1) [7 pp.]

predictor de riesgo perinatal.⁸ Por ejemplo, Sable y Wilkinson (2000) mostraron que un embarazo que no es feliz tiene relación con un bajo peso al nacer.⁹ De manera similar, Rahman y col. (2007) demostraron que la depresión durante el tercer trimestre del embarazo está asociado con un bajo peso al nacer en un país de bajos recursos económicos,¹⁰ y puede también influir en el comportamiento del infante.¹¹ Otros investigadores también han sugerido que los sentimientos de tristeza de una madre durante el proceso obstétrico podrían afectar el desarrollo del infante.^{8,12}

Un estudio realizado en Tailandia, donde se contó con la participación de 438 mujeres gestantes, encontró que más de la mitad de la población de estudio (57.3%) era feliz (en relación a un 42.7% que era infeliz en tanto no obtuvieron un puntaje específico en una escala); y que esta felicidad se asociaba de modo significativo con una edad materna ubicada entre los 31 y 35 años, un elevado nivel educativo materno, altos ingresos económicos, posición segura, ausencia de antecedentes de uso de drogas, adecuado soporte de pareja y de familia y rasgos de la personalidad estables o extrovertidos.⁷

Lamentablemente, todas estas investigaciones previas han pasado por alto un problema importante: no han definido en qué consiste la felicidad. Simplemente han asumido que una mujer feliz es aquella que no está deprimida y una mujer infeliz es aquella que refiere estar triste o con sintomatología de depresión leve (entendiendo que la muy infeliz es aquella con problemas de depresión severa). El mayor problema que surge es la visión del pensamiento binario que conlleva a pensar que una mujer, o una persona en general, o es feliz o es infeliz. Esta confusión metodológica no ha permitido avanzar en este campo de investigación y lo peor, no ha permitido traducir en políticas lo que a vivas luces es una realidad de salud pública: la necesidad de que toda mujer viva plenamente su maternidad, y con ella toda la familia: el hombre su paternidad y los hijos previos su hermandad. Ciertamente, este es un campo todavía muy deficiente no solo en nuestro sistema de salud sino a nivel de todos los sistemas de salud del mundo y tiene que ver, en parte, con la forma cómo se encara el proceso obstétrico (el embarazo, el parto y el puerperio) por el personal sanitario y por el nulo rol que juega el Estado en estos temas para asegurar el cumplimiento de los derechos fundamentales de la familia y del ser en formación.

En este sentido, el presente estudio considera que la felicidad es la suprema vivencia de bienestar espiritual, es decir, orgánico y por tanto mental, y viceversa. Esta vivencia de bienestar es, como se puede entender, una realidad temporal (un estado de vida) que abarca toda la historia de la persona. En el caso concreto de una mujer que acaba de dar a luz, la felicidad será evaluada como un estado hacia el pasado (visión retrospectiva de la vida) y un estado hacia el futuro (visión prospectiva de la vida). La visión retrospectiva de la vida hace referencia al grado de satisfacción que experimenta una persona en relación a su historia personal pasada. La visión prospectiva de la vida hace referencia al grado en que la persona experimenta la vida como una experiencia agradable, el mundo como un lugar en el que se engranan expectativas y logros. Esta definición operacional de la felicidad es una síntesis de los diversos modos previos en los que se ha intentado definir la felicidad operacionalmente a fin de realizar un estudio científico.¹³⁻¹⁷

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio de corte transversal fue realizado entre el 1 mayo y el 30 de junio del 2009 en los cinco hospitales más representativos de atención pública del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana y Callao: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI),

Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Hospital Nacional 2 de Mayo (HN2M) y Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC).

De una población total de 3700 mujeres que dan a luz en las instalaciones de los hospitales mencionados (estimado a partir de los registros del año 2008 para los meses de mayo y junio), se calculó un tamaño de muestra para un diseño probabilístico estratificado con afijación de Neyman, con un nivel de confianza del 95%. La muestra resultante fue de 772 puérperas. La selección de cada puérpera fue sistemática, proporcional al volumen de atenciones realizadas en cada centro hospitalario, con un arranque 2 para cada sede. HONADOMANI, 272 (35.2%); INMP, 199 (25.8%), HNAL, 65 (8.4%); HNDM, 80 (10.4 %); HNDAC, 156 (20.2%). La información fue recogida durante el periodo de reposo postparto antes de ser dada de alta (aproximadamente dos días). La información recogida se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas, el llenado de cuestionarios de auto reporte y finalmente una entrevista personal que duró aproximadamente diez minutos. La privacidad y confidencialidad han sido respetadas en todo momento. Toda puérpera que presentara trastorno psiquiátrico, que haya sido hospitalizada en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y/o en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) y aquellas iletradas, fueron excluidas.

La felicidad, como se ha descrito líneas arriba, se definió operacionalmente como una dualidad: una dimensión entendida como un estado hacia el pasado y una dimensión entendida como un estado hacia el futuro. Para evaluar estas dos dimensiones se tomó en consideración los aportes de R. Alarcón quien ha desarrollado en nuestro país la Escala de la Felicidad de Lima (Alarcón, 2006). Esta escala cuenta en total con 27 ítems, diseñados para población juvenil, universitaria, y que abarcan un total de cuatro dimensiones de la felicidad. En el contexto de una población de estudio diferente (en nuestro caso: obstétrica, específicamente: puérperas), y no habiéndose realizado estudios previos en este campo que validen un instrumento, y en lugar de traducir una escala ya existente, como la “Escala de la Felicidad de Oxford”, utilizada con mujeres embarazadas,⁷ nos propusimos aprovechar los aportes del autor antes mencionado, adaptándolo a nuestra definición de la felicidad y adecuando el instrumento resultante a nuestra población de estudio. Así, nuestra dimensión “visión retrospectiva de la vida”, se condice con lo que Alarcón llama: Satisfacción con la vida (y que evalúa con seis ítems), mientras que nuestra dimensión “visión prospectiva de la vida”, se condice con lo que Alarcón llama: Alegría de vivir (y que evalúa con cuatro ítems).

Nuestro instrumento resultante: Escala de la Felicidad Materna de Lima (EFML) pasó previamente por una evaluación de expertos (lamentablemente nuestros intentos por entrar en contacto con R. Alarcón no tuvieron un final exitoso) que incluyeron tres especialistas (un psicólogo, un psiquiatra y una ginecobstetra) y luego por una prueba piloto donde se procedió a adaptar los ítems en sus dominios de gramática, comprensión, formas de calificación y tiempo. Este último aspecto de tiempo nos resultó muy importante de tomar en consideración pues las madres puérperas mientras responden la EFML no pueden “librarse” de su roles de madre (es decir no tienen la tranquilidad de un joven universitario en un salón de clases y que puede responder sin problemas 27 preguntas) y muchas veces deben llenar el cuestionario mientras mecen al recién nacido o lo alimentan de pecho, al tiempo que está recostadas junto a su bebé. Como resultado de esta evaluación se adecuaron los ítems y se cambió la forma de calificación propuesta inicialmente (y que era tomada del original planteado por R. Alarcón: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) por una forma de calificación visual que mostrara dos extremos: “Totalmente en desacuerdo” y “Totalmente

Contreras-Pulache H, et al. Felicidad en mujeres púerperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao

de acuerdo”. La EFML en su versión final se muestra en el cuadro 1.

El antecedente de violencia durante el embarazo se evaluó adaptando las preguntas del Cuestionario de la Medida del Abuso Doméstico¹⁸ que evalúa la violencia en cuatro niveles: verbal (insultos, gritos, ridiculización), físico (jalones del brazo, de los cabellos, empujones), agresión directa (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras) y relación sexual no consentida. El soporte social de amigos y familia y la relación de pareja se evaluó mediante una adaptación del Cuestionario de Soporte Social.¹⁹ El instrumento para evaluar violencia y soporte social han sido validados y probado su confiabilidad en otros estudios previos.²⁰⁻²⁴

Se consideraron las siguientes características sociodemográficas y clínicas de las participantes: edad de la madre, estado civil, grado de instrucción, estado laboral, hábitos nocivos (alcohol y tabaco), planificación del embarazo, antecedentes médicos previos al embarazo, primigestación, antecedente de aborto, primiparidad, controles prenatales, tipo de parto, complicaciones asociadas e información sobre la experiencia del embarazo y el parto. Además, se evaluaron características neonatales: sexo, edad gestacional, peso, puntaje Apgar al minuto 1 y 5, contacto inmediato y alojamiento conjunto después del parto.

Para efecto de descripción se utilizaron estadísticos univariados de tendencia central y dispersión (media, mediana, desviación estándar, rango). Para evaluar la validez del cuestionario de la felicidad, se calculó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y luego se procedió a realizar un análisis dimensional. Para efecto de un análisis bivariado, se utilizaron la prueba t de student y ANOVA. Finalmente se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con los factores asociados identificados en el análisis bivariado. Se consideró como significativo todo valor $p < 0.05$.

Todas las participantes firmaron un consentimiento informado donde se detallaban los alcances de la investigación. El presente

estudio fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética de cada centro hospitalario en cuestión.

RESULTADOS

La edad promedio de las participantes fue 26.7±5.9 años (rango: 20 a 53). El 19.7% era casada, conviviente el 63.2% y soltera el 17.1%. El 79.8% refirió una situación de desempleo. 64.4% de todas las madres contaban con estudios secundarios completos, el 16.7% con secundaria incompleta y el 18.9% con estudios superiores (completos o incompletos). La mayoría de púerperas (76.9%) no refirió consumir alcohol o tabaco.

Respecto a los antecedentes obstétricos, el 35.8% fue primigesta y el 59.1% primípara; el 25.4% presentó antecedente de aborto. En el 62.6% de casos el embarazo fue no planificado. El 89.9% tuvo más de cuatro controles prenatales, el 8.7% tuvo solo entre uno y cuatro controles, mientras que el 2.5% no tuvo ningún control. Sobre las características del parto y el recién nacido se obtuvo que en el 65.8% de los casos el parto fue por vía vaginal y en el 34.2% se practicó una cesárea. El 71.2% refirió haber pasado por la experiencia del contacto piel a piel inmediato al parto, el 90.3% de las madres se encontraba en alojamiento conjunto. El peso promedio de los recién nacidos fue 3358.9±491 gramos (rango: 1020 a 4845), siendo el 94.7% catalogado como a término, el 3.9% pre-término y el 1.4% post-término. El 52.5% de los recién nacidos fueron de sexo masculino. Al primer minuto, el puntaje Apgar fue adecuado en el 96.1%, el 2.3% presentó depresión moderada y el 1.6% depresión severa. Al minuto 5, el puntaje Apgar fue adecuado en el 98.7% y el 1.3% presentó depresión moderada. Además de esto, el 85.6% de las madres refirió al embarazo como una experiencia agradable, mientras que el 67.6% mencionó que el dar a luz no fue una buena experiencia.

CUADRO 1. Escala de la Felicidad Materna de Lima (EFML).

Sabemos que usted acaba de tener un bebé. Por ello nos gustaría saber su opinión sobre diez expresiones relacionadas con su vida en general. Esto no es un examen, por favor, responda con sinceridad:

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
Estoy satisfecha con todo lo que he hecho en mi vida					
Las condiciones actuales en que vivo son excelentes					
La vida ha sido buena conmigo					
En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal					
Me siento satisfecha conmigo misma					
Me siento satisfecha con todos mis logros					
Es maravilloso vivir					
Soy optimista con lo que venga en el futuro					
Actualmente experimento la "alegría de vivir"					
Por lo general me siento tranquila y bien conmigo misma					

La tabla 1 muestra los resultados en torno al soporte social y la relación de pareja; el 73.4% de las puérperas tuvo siempre o casi siempre apoyo de su familia y el 41.2% tuvo apoyo de sus amigos. Además, el 70.7% de ellas refirió que sus parejas les ayudaron bastante y un 74.1% se sintieron amadas por sus parejas. Respecto a la violencia doméstica, el 43.7% refirió algún tipo de violencia verbal (insultos, gritos, ridiculización), el 11% violencia física (jalones del brazo, de los cabellos, empujones), el 4% agresión directa (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras) y el 3.1% violencia sexual (relaciones sexuales sin consentimiento).

TABLA 1. Caracterización del soporte social y relación de pareja. Puérperas de cinco hospitales nacionales de Lima Metropolitana y Callao, mayo-junio de 2009.

Situación	Nunca o raramente	A veces	Siempre o casi siempre
Tengo buenos amigos que me brindan su apoyo	19.6%	39.2%	41.2%
Puedo contar con la ayuda de mi familia	6.6%	19.9%	73.4%
Mi pareja me ayuda bastante	12.4%	16.8%	70.7%
Me siento amada por mi pareja	14.4%	11.5%	74.1%

El análisis dimensional de la EFML se muestra en la tabla 2. El alfa de Cronbach fue de 0.86 con un rango de interrelación ítem-total de 0.53 a 0.76 ($p < 0.001$). La escala tuvo dos dimensiones que explicaron el 55.5% de la varianza. Las dimensiones respetaron la definición teórica del constructo: visión retrospectiva de la vida (satisfacción con la vida) y visión prospectiva de la vida (alegría de vivir). La media para la EFML fue de 31.7 ± 5.5 (rango: 11 a 40). Adicionalmente, se consideraron como puntos de corte para baja, moderada y alta felicidad la distribución de los puntajes por quintiles. Se obtuvo un 15% en el grupo de alta felicidad (puntaje mayor a 37), 64.8% en el grupo de moderada felicidad (puntaje entre 27 y 37) y 20.2% en el grupo de baja felicidad (puntaje menor a 27).

TABLA 2. Análisis dimensional de la Escala de la Felicidad Materna de Lima (EFML).

Ítem	Satisfacción con la vida	Alegría de vivir
▪ Estoy satisfecha con todo lo que he hecho en mi vida	0.51	0.43
▪ Las condiciones actuales en que vivo son excelentes	0.73	0.13
▪ La vida ha sido buena conmigo	0.67	0.25
▪ En la mayoría de las cosas mi vida está cerca de mi ideal	0.77	0.23
▪ Me siento satisfecha conmigo misma	0.69	0.34
▪ Me siento satisfecha con todos mis logros	0.73	0.12
▪ Es maravilloso vivir	0.08	0.79
▪ Soy optimista con lo que venga en el futuro	0.31	0.58
▪ Actualmente experimento la "alegría de vivir"	0.16	0.81
▪ Por lo general me siento tranquila y bien conmigo misma	0.38	0.63

El análisis de comparación de las medias del puntaje de la EFML según diversas características de las participantes se muestra en la tabla 3. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en las medias de los puntajes entre las categorías de las variables: estado laboral, paridad, planificación del embarazo, tipo de parto, apoyo de los amigos, apoyo de la familia, violencia doméstica, ayuda de la pareja y amor de la pareja. Las primíparas y quienes planificaron su embarazo obtuvieron un puntaje promedio mayor en la EFML. Las

TABLA 3. Comparación de las medias del puntaje de la Escala de la Felicidad Materna de Lima (EFML) según diversas características. Puérperas de cinco hospitales nacionales de Lima Metropolitana y Callao, mayo-junio de 2009.

Característica	Promedio EFML	Valor p
Estado laboral de la madre		
▪ Empleada	30.7	<0.05
▪ Desempleada	31.9	
Paridad		
▪ Primípara	32.3	<0.01
▪ No primípara	31.2	
Planificación del embarazo		
▪ Sí	32.8	<0.01
▪ No	31.0	
Tipo de parto		
▪ Vaginal	31.3	<0.01
▪ Cesárea	32.4	
Tengo buenos amigos que me brindan su apoyo		
▪ Nunca o raramente	30.7	<0.001
▪ A veces	30.7	
▪ Siempre o casi siempre	33.0	
Siempre puedo contar con la ayuda de mi familia		
▪ Nunca o raramente	30.2	<0.001
▪ A veces	30.4	
▪ Siempre o casi siempre	32.2	
Violencia verbal: insultos, gritos, ridiculización		
▪ Sí	30.8	<0.001
▪ No	32.3	
Violencia física: jalones del brazo, de los cabellos, empujones		
▪ Sí	30.0	<0.001
▪ No	31.9	
Agresión directa: puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras		
▪ Sí	29.2	<0.001
▪ No	31.8	
Mi pareja me ayuda bastante		
▪ Nunca o raramente	29.9	<0.001
▪ A veces	30.1	
▪ Siempre o casi siempre	32.3	
Me siento amada por mi pareja		
▪ Nunca o raramente	30.1	<0.001
▪ A veces	28.9	
▪ Siempre o casi siempre	32.4	

Contreras-Pulache H, et al. Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao

participantes que refirieron tener siempre o casi siempre el apoyo de su familia y amigos, así como buenas relaciones con sus parejas, presentaron un promedio mayor del puntaje de la EFML. Así mismo, quienes no presentaron antecedentes de violencia doméstica también presentaron un promedio mayor.

El análisis final de regresión múltiple lineal se muestra en la tabla 4. Las siguientes variables permanecieron estadísticamente significativas: edad, estado laboral, tipo de parto, planificación del embarazo, apoyo de los amigos y amor de la pareja. La edad se correlaciona positivamente con la felicidad, es decir, que a mayor edad mayor el puntaje de la EFML. De la misma manera, a mayor apoyo de los amigos, mayor el puntaje de la EFML; y mientras más amada se sienta por su pareja, la participante obtuvo un mayor puntaje en la EFML, independientemente de las otras características incluidas en el modelo de regresión. La planificación del embarazo también se encontró significativamente asociada de forma directa a la felicidad. El coeficiente de determinación estimado indica que el 10.8% de la variabilidad de la felicidad se explica según las variables incluidas en el modelo.

TABLA 4. Análisis de regresión lineal múltiple sobre el puntaje de la Escala de la Felicidad Materna de Lima (EFML). Puérperas de cinco hospitales nacionales de Lima Metropolitana y Callao, mayo-junio de 2009.

Variables incluidas en el modelo	Coefficiente beta	valor p
Edad	0.092	0.018
Estado laboral [Empleada (0), Desempleada (1)]	0.100	0.004
Tipo de parto [Normal (0), Cesárea (1)]	0.103	0.007
Planificación del embarazo [No (0), Sí (1)]	0.110	0.002
Apoyo social		
• Amigos que brindan apoyo [Nunca o raramente (0), A veces (1), Siempre o casi siempre (2)]	0.164	<0.01
• Ayuda de mi familia [Nunca o raramente (0), A veces (1), Siempre o casi siempre (2)]	0.037	0.321
Violencia doméstica		
• Violencia verbal [No (0), Sí (1)]	-0.046	0.216
• Violencia física [No (0), Sí (1)]	-0.029	0.466
• Agresión directa [No (0), Sí (1)]	-0.036	0.348
Relación de pareja		
• Mi pareja me ayuda bastante [Nunca o raramente (0), A veces (1), Siempre o casi siempre (2)]	0.046	0.345
• Me siento amada por mi pareja [Nunca o raramente (0), A veces (1), Siempre o casi siempre (2)]	0.114	0.021
Interacción madre-niño		
• Contacto inmediato [No (0), Sí (1)]	0.035	0.371
• Alojamiento conjunto después del parto [No (0), Sí (1)]	0.024	0.508

DISCUSIÓN

A nuestro saber, el presente estudio es el primero en enfocarse en la felicidad en puérperas realizado en el Perú. Existen, por lo demás, muy pocos que se han cuestionado por la felicidad materna durante el proceso obstétrico.⁶⁻⁸ Con respecto al presente estudio, la mayoría de las participantes fueron adultas jóvenes, desempleadas y convivientes. Aunque la mayor parte de ellas tiene secundaria completa, se encontró un alta prevalencia de embarazo no planificado (62.6%), resultado similar (65.3%) al encontrado por Cripe y col. (2008) en una muestra de 2167 mujeres embarazadas en el Perú.²⁵ Se ha dicho también que el embarazo no planificado puede explicar la demora en tener algún control prenatal.²⁶⁻²⁸

El instrumento diseñado, Escala de la Felicidad Materna de Lima (EFML), mostró una consistencia interna que prueba su validez y confiabilidad (alfa de Cronbach 0.86). El 55.5% de la varianza encontrada está explicada por las dos dimensiones de la felicidad: visión retrospectiva de la vida (satisfacción con la vida) y visión prospectiva de la vida (alegría de vivir). La EFML permite obtener puntajes totales que van de cero (ausencia de la felicidad) a 40 (presencia extrema de la felicidad). Una de las características de nuestra evaluación es que no dicotomizamos el concepto (feliz o infeliz) sino que consideramos a la variable en su calidad de variable continua. En este sentido, una mujer puede estar más feliz que otra pero no existe una mujer que esté feliz y otra que no lo esté. Esta forma evaluativa nos parece más acorde para el tratamiento de la variable que aquella que en base a un punto de corte establece una dicotomía que es más un artificio estadístico (necesario para análisis bivariados o ciertos modelos de regresión) que un reflejo técnico de lo que sucede en la vida real y concreta. Al mismo tiempo, como dijimos antes: los puntajes probables que se pueden obtener en la EFML son de 0 hasta 40; en nuestro estudio hemos encontrado una media para la EFML de 31.7±5.5 (con un rango que osciló entre 11 y 40). Un estudio previo encontró que el 57.3% de una muestra de 438 gestantes se encontraba por encima del punto de corte para considerar a las mujeres como "felices".⁷ Aun cuando no coincidimos con esta última apreciación, creemos que lo revelado en dicho estudio tiene un trasfondo que se condice con lo que hemos encontrado en nuestra población. Los altos niveles de felicidad durante el puerperio pueden ser interpretados como una adaptación positiva al proceso perinatal así como al proceso de la maternidad. Esto implicaría el hecho de alcanzar la autorrealización como mujer y como madre. Ciertamente, la felicidad puede ser un reflejo del bienestar de la madre, del feto y del recién nacido.^{10,29-34} Esto se condice también, con el hecho de que nueve de cada diez puérperas se encontraban en alojamiento conjunto.

Por otro lado, Sable and Wilkinson (2000) mostraron que un embarazo desdichado, consistente en percibir estrés durante éste periodo, está aparentemente asociado con el bajo peso al nacer.⁹ También, Smith y col. (2006) mostraron en mujeres holandesas expuestas a situaciones estresantes a través de los medios de comunicación, neonatos con menor peso al nacer.³² De manera similar, Rahman y col. (2007) demostraron que el trastorno depresivo materno durante el tercer trimestre del embarazo está asociado con un creciente riesgo de bajo peso al nacer en países subdesarrollados,¹⁰ y que incluso podría influir en el neurodesarrollo del niño.^{8,11}

Aspectos diversos pueden influir en la felicidad de las mujeres puérperas. Por ejemplo, se ha descrito que el contacto piel a piel después del parto y el contacto temprano con el infante durante la primera hora después del parto ejercen efectos de protección para ambos, madre e hijo,³⁵ y en el presente trabajo 71.2% de las puérperas refirieron haber tenido contacto piel a piel después del parto. Además de esto, estudios previos muestran que el apoyo de los amigos y la

familia está asociado a bajos niveles de ansiedad, un entorno más placentero para el recién nacido y una mejor recuperación del parto.²⁴ En este estudio la mayor parte de las puérperas tuvieron apoyo de familia y amigos. Es bien sabido que las embarazadas y puérperas prefieren el contacto con sus padres, especialmente con sus madres. Estas actitudes son consistentes con lo encontrado por Jayasvasti & Kanchanatawan (2005).⁷ Adicionalmente, Hanley (2007) mostró que el apoyo de la propia familia, amigos e incluso de sus líderes religiosos eran los primeros contactos que tenía una madre cuando experimentaba una emoción después del parto.³⁶

Otro aspecto descrito en el presente trabajo es el de la relación de pareja, ya que, como se sabe, esta relación afecta profundamente la felicidad de la mujer y la vida de la familia, y en esta investigación la mayor parte de las participantes mencionó que sus parejas les ayudaron bastante y que se sintieron amadas por ellos. A pesar de esto, reportaron abuso doméstico (verbal, físico, agresión directa, agresión sexual) durante el embarazo; consecuentemente, es probable que éstas mujeres consideren el abuso doméstico como parte normal de la vida diaria. En un estudio sobre violencia doméstica realizado en varios países y llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de violencia física o sexual durante la vida de las participantes, variaba entre 15% y 71%.³⁷ De manera global, una de cada tres mujeres sufrirá algún tipo de violencia durante su vida, y la prevalencia de violencia durante el embarazo varió entre 0.9% y 29%.^{38,39} En Perú, Gúezmes y col. (2002),⁴⁰ encontraron que el 14.8% de las mujeres experimentó violencia durante el embarazo en Lima, y un 27.6% en Cusco; Creep y col. (2008)²⁵ reportaron un 40% de violencia física o sexual durante el embarazo.²⁵

El modelo final obtenido en esta investigación podría explicar el 10.8% de la felicidad de las participantes al incluir edad de la madre, estado laboral, planificación del embarazo, tipo de parto, apoyo social de amigos y amor de pareja. Creemos que los resultados se deben a la naturaleza del fenómeno bajo estudio. Por consiguiente, el diseño cuantitativo de investigación puede ser limitante para el presente trabajo ya que la felicidad, en su tan compleja y subjetiva definición, puede ser difícil de medir. No obstante, nuestro instrumento (EFML) utilizado para medirla mostró una alta consistencia interna.

De acuerdo con lo revelado en la presente investigación, la mayor parte de las mujeres revelan altos índices de felicidad en el periodo post parto, aunque algunas hayan referido violencia doméstica. En consecuencia, el periodo post parto debería ser considerado ya no solo una etapa de riesgos potenciales (hemorragias, infecciones, etcétera) sino como un periodo de apertura por parte de la madre para con cualquier intervención sanitaria o educativa. El presente estudio nos revela entonces un espacio para “empezar” a implementar una nueva forma de atención médica: que deje el mecanicismo del enfoque biomédico para pasar a la integralidad de una medicina social. Para ello, es imperativo replantear los esquemas actuales de representación del proceso obstétrico en el personal sanitario tanto como realizar acciones de promoción de una perspectiva humanística del proceso perinatal que integre no solo a la madre y al nuevo ser sino que también involucre a todos los miembros de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FREY BS, STUTZER A. WHAT CAN ECONOMISTS LEARN FROM HAPPINESS RESEARCH? *J ECON LIT*. 2002;40(2):402-35.
2. ALESINA A, DI TELLA R, MACCULLOCH R. INEQUALITY AND HAPPINESS: ARE EUROPEANS AND AMERICANS DIFFERENT? *J PUBLIC ECON*. 2004;88(9):2009-42.
3. PEIRO A. HAPPINESS, SATISFACTION AND SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS: SOME INTERNATIONAL EVIDENCE. *J SOCIO ECON*. 2006;35(2):348-65.
4. VEENHOVEN R. WORLD DATABASE OF HAPPINESS, QUALITY OF LIFE ERASMUS UNIVERSITY ROTTERDAM. 2010 [03 JUNIO 2010]; AVAILABLE FROM: [HTTP://WORLDDATABASEOFHAPPINESS.EUR.NL](http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl)
5. FITZPATRICK JJ. LIFE COACHES AND THE WORLD DATABASE ON HAPPINESS RESEARCH. *ARCH PSYCHIATR NURS*. 2008;22(4):177.
6. NICOLSON P. LOSS, HAPPINESS AND POSTPARTUM DEPRESSION: THE ULTIMATE PARADOX. *CAN PSYCHOL*. 1999;48(2):162.
7. JAYASVASTI K, KANCHANATAWAN B. HAPPINESS AND RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN. *J MED ASSOC THAI*. 2005;88(4):S220-5.
8. BLAKE SM, KIELY M, GARD CC, EL-MOHANDES AAE, EL-KHORAZATY MN. PREGNANCY INTENTIONS AND HAPPINESS AMONG PREGNANT BLACK WOMEN AT HIGH RISK FOR ADVERSE INFANT HEALTH OUTCOMES. *PERSPECT SEX REPROD HEALTH*. 2007;39(4):194-205.
9. SABLE MR, WILKINSON DS. IMPACT OF PERCEIVED STRESS, MAJOR LIFE EVENTS AND PREGNANCY ATTITUDES ON LOW BIRTH WEIGHT. *FAM PLANN PERSPECT*. 2000;32(6):288-94.
10. RAHMAN A, BUNN J, LOVEL H, CREED F. ASSOCIATION BETWEEN ANTENATAL DEPRESSION AND LOW BIRTHWEIGHT IN A DEVELOPING COUNTRY. *ACTA PSYCHIATR SCAND*. 2007;115(6):481-6.
11. MOSES-KOLKO EL, ROTH EK. ANTEPARTUM AND POSTPARTUM DEPRESSION: HEALTHY MOM, HEALTHY BABY. *J AM MED WOMENS ASSOC*. 2004;59(3):181.
12. DALGAS-PELISH PL. THE IMPACT OF THE FIRST CHILD ON MARITAL HAPPINESS. *J ADV NURS*. 1993;18(3):437-41.
13. ALARCÓN R. DESARROLLO DE UNA ESCALA FACTORIAL PARA MEDIR LA FELICIDAD. *REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGÍA*. 2006;40(1):99-106.
14. ANGUAS PLATA AM. IDENTIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DEL SIGNIFICADO DEL BIENESTAR SUBJETIVO EN MÉXICO: FUNDAMENTOS PARA EL DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN. *REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGÍA*. 2001;35(1):163-83.
15. DE NEVE KM, COOPER H. THE HAPPY PERSONALITY: A META-ANALYSIS OF 137 PERSONALITY TRAITS AND SUBJECTIVE WELL-BEING. *PSYCHOL BULL*. 1998;124(2):197.
16. DIENER E, OISHI S, LUCAS RE. PERSONALITY, CULTURE, AND SUBJECTIVE WELL-BEING: EMOTIONAL AND COGNITIVE EVALUATIONS OF LIFE. *ANNU REV PSYCHOL*. 2003;54(1):403-25.
17. SCHIMMACK U, RADHAKRISHNAN P, OISHI S, DZOKOTO V, AHADI S. CULTURE, PERSONALITY, AND SUBJECTIVE WELL-BEING: INTEGRATING PROCESS MODELS OF LIFE SATISFACTION. *J PERS SOC PSYCHOL*. 2002;82(4):582.
18. CANTERINO JC, VANHORN L, HARRIGAN J, ANANTH C, VINTZILEOS A. DOMESTIC ABUSE IN PREGNANCY: A COMPARISON OF A SELF-COMPLETED DOMESTIC ABUSE QUESTIONNAIRE WITH A DIRECTED INTERVIEW. *AM J OBSTET GYNECOL*. 1999;181(5):1049-51.
19. WEBSTER J, LINNANE JWJ, DIBLEY LM, HINSON JK, STARRENBURG SE, ROBERTS JA. MEASURING SOCIAL SUPPORT IN PREGNANCY: CAN IT BE SIMPLE AND MEANINGFUL? *BIRTH*. 2000;27(2):97-101.
20. CONTRERAS-PULACHE H, MORI-QUISPE J, LAM FIGUEROA N, LUNA-PRAETORIUS M. EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE MADRES PUÉRPERAS CON RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACER. *REV PERU EPIDEMIOL*. 2011;15(1):[7 pp.].
21. LAM-FIGUEROA N. ESTUDIO DEL SENTIMIENTO DE ESTIGMATIZACIÓN EN MADRES ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA. LIMA: ANASTOMOSIS; 2009.
22. MORI E. FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN PUÉRPERAS DE LIMA METROPOLITANA. ANASTOMOSIS CUADERNO DE INVESTIGACIÓN. 2009;2:52.
23. LAM N, CONTRERAS H, MORI E, ESPINOZA E. FACTORES PSICOSOCIALES Y DEPRESIÓN ANTENATAL EN MUJERES GESTANTES DE LIMA METROPOLITANA. ANASTOMOSIS CUADERNO DE INVESTIGACIÓN. 2008;4:18.
24. LAM N, CONTRERAS H, CUESTA F, MORI E, CORDORI J, CARRILLO N. RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL FRENTE A TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GESTANTES SOMETIDAS A VIOLENCIA DE GÉNERO. *REV PERU EPIDEMIOL*. 2008(3):[8 pp.].
25. CRIFE SM, SANCHEZ SE, PERALES MT, LAM N, GARCIA P, WILLIAMS MA. ASSOCIATION OF INTIMATE PARTNER PHYSICAL AND SEXUAL VIOLENCE WITH UNINTENDED PREGNANCY AMONG PREGNANT WOMEN IN PERU. *BJOG*. 2008;100(2):104-8.
26. CHENG D, SCHWARZ EB, DOUGLAS E, HORON I. UNINTENDED PREGNANCY AND ASSOCIATED MATERNAL PRECONCEPTION, PRENATAL AND POSTPARTUM BEHAVIORS. *CONTRACEPTION*. 2009;79(3):194-8.
27. MOHLLAJEE AP, CURTIS KM, MORROW B, MARCHBANKS PA. PREGNANCY INTENTION AND ITS RELATIONSHIP TO BIRTH AND MATERNAL OUTCOMES.

Contreras-Pulache H, et al. Felicidad en mujeres púerperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao

- OBSTET GYNECOL. 2007;109(3):678.
28. KOST K, LANDRY DJ, DARROCH JE. PREDICTING MATERNAL BEHAVIORS DURING PREGNANCY: DOES INTENTION STATUS MATTER? FAM PLANN PERSPECT. 1998;30(2):79-88.
29. MULDER E, ROBLES DE MEDINA P, HUIZINK A, VAN DEN BERGH B, BUITELAAR J, VISSER G. PRENATAL MATERNAL STRESS: EFFECTS ON PREGNANCY AND THE (UNBORN) CHILD. EARLY HUM DEV. 2002;70(1):3-14.
30. DIPIETRO JA, COSTIGAN KA, GUREWITSCH ED. FETAL RESPONSE TO INDUCED MATERNAL STRESS. EARLY HUM DEV. 2003;74(2):125-38.
31. BALE TL. IS MOM TOO SENSITIVE? IMPACT OF MATERNAL STRESS DURING GESTATION. FRONT NEUROENDOCRINOL. 2005;26(1):41-9.
32. SMITS L, KRABBENDAM L, DE BIE R, ESSED G, VAN OS J. LOWER BIRTH WEIGHT OF DUTCH NEONATES WHO WERE IN UTERO AT THE TIME OF THE 9/11 ATTACKS. J PSYCHOSOM RES. 2006;61(5):715-7.
33. SUZUKI K, MINAI J, YAMAGATA Z. MATERNAL NEGATIVE ATTITUDES TOWARDS PREGNANCY AS AN INDEPENDENT RISK FACTOR FOR LOW BIRTHWEIGHT. J OBSTET GYNAECOL RES. 2007;33(4):438-44.
34. MERLOT E, COURET D, OTTEN W. PRENATAL STRESS, FETAL IMPRINTING AND IMMUNITY. BRAIN BEHAV IMMUN. 2008;22(1):42-51.
35. RIVARA DAVILA G, RIVARA DÁVILA P, CABREJOS K. CONTACTO PIEL A PIEL INMEDIATO: EFECTO SOBRE EL ESTADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MATERNA POSPARTO Y SOBRE LA ADAPTABILIDAD NEONATAL HACIA LA LACTANCIA MATERNA PRECOZ. REV PERU PEDIATR. 2007;60(3):140-9.
36. HANLEY J. THE EMOTIONAL WELLBEING OF BANGLADESHI MOTHERS DURING THE POSTNATAL PERIOD. COMMUNITY PRACT. 2007;80(5):34-7.
37. GARCIA-MORENO C, JANSSEN HAFM, ELLSBERG M, HEISE L, WATTS CH. PREVALENCE OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE: FINDINGS FROM THE WHO MULTI-COUNTRY STUDY ON WOMEN'S HEALTH AND DOMESTIC VIOLENCE. THE LANCET. 2006;368(9543):1260-9.
38. NASIR K, HYDER AA. VIOLENCE AGAINST PREGNANT WOMEN IN DEVELOPING COUNTRIES. EUR J PUBLIC HEALTH. 2003;13(2):105-7.
39. JASINSKI JL. PREGNANCY AND DOMESTIC VIOLENCE. TRAUMA VIOLENCE ABUSE. 2004;5(1):47-64.
40. GÚEZMES A, PALOMINO N, RAMOS M. VIOLENCIA SEXUAL Y FÍSICA CONTRA LAS MUJERES EN EL PERÚ. LIMA: CENTRO DE LA MUJER. PERUANA FLORA TRISTÁN-UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; 2002.

ABSTRACT

HAPPINESS IN PUERPERAL WOMEN. A MULTICENTER STUDY IN LIMA METROPOLITANA AND CALLAO

Objective: To assess the happiness and the associated factors in postpartum women of Lima Metropolitana and Callao, Peru.

Methods: Multicenter, analytical, and cross sectional study carried on in five hospitals of the Ministry of Health which are the most representative of public attention in Lima Metropolitana and Callao: Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional 2 de Mayo and Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Information was obtained by review of medical records, self-report questionnaires and personal interview. The research was approved by the Methodology and Ethic Committee from the mentioned hospitals. **Results:** We took a total sample of 772 postpartum women. The average age was 26.7±5.9 years, 63.2% were cohabiting, 79.8% were unemployed, 64.4% had completed high school education and 62.6% reported unplanned pregnancies. The average happiness recorded among postpartum women was 31.7±5.5 (range: 11 to 40). Cronbach's alpha was 0.86. In the multiple regression analysis, the following variables remained significant and independently associated with happiness: age, employment status, type of delivery, pregnancy planning and support from partner and friends. **Conclusions:** Happiness is a multifactorial phenomenon. The happiness indices founded were high. The postpartum period may be a good opportunity to explore the feelings of the mother and to implement aid policies that optimize maternal and child health.

KEY WORDS: Happiness, Postpartum period, Puerperium, Multicenter Study.

