

ARTÍCULO ORIGINAL

APOYO SOCIAL ENTRE MUJERES PUÉRPERAS DE ALTO RIESGO: ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

HIGHLIGHTS

1. Las características sociodemográficas y clínicas influyen en el apoyo social percibido.
2. Las mujeres en postparto en uniones estables presentaban promedios de apoyo más altos.
3. El embarazo planificado se asoció a un mayor apoyo material.

Fernanda Fernandes de Carvalho¹ 
Ane Gabriele Poli Petersen² 
Caroline Sissy Tronco³ 
Denise Casagrande² 
Francini de Oliveira Rodrigues² 
Rosane Harter Griep⁴ 
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz² 

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre el apoyo social percibido y las características sociodemográficas y clínicas. **Método:** Estudio transversal, realizado en una maternidad del noroeste del estado de Rio Grande do Sul/Brasil, de noviembre de 2021 a abril de 2022. Se utilizaron un cuestionario sociodemográfico de caracterización clínica y una escala de apoyo social. Análisis descriptivo e inferencial. **Resultado:** Las mujeres postparto con estudios superiores obtuvieron puntuaciones medias más altas en apoyo emocional ($p=0,015$); las mujeres blancas obtuvieron puntuaciones medias más altas en apoyo material ($p=0,009$); y las que vivían en uniones estables obtuvieron puntuaciones medias más altas en apoyo emocional ($p=0,0016$), apoyo afectivo ($p=0,035$), información ($p=0,019$) e interacción positiva ($p=0,032$). Hubo diferencias significativas para las variables de que el embarazo fuera planificado, en las que las puérperas recibieron más apoyo material ($p=0,015$), y las que padecían hipertensión arterial sistémica, que recibieron más apoyo e interacción positiva ($p=0,014$). **Conclusiones:** Las mujeres puérperas tenían puntuaciones de apoyo social elevadas. Sin embargo, se observaron puntuaciones más altas entre las de niveles socioeconómicos más altos, en unión, que habían planificado sus embarazos y con hipertensión en el embarazo.

DESCRIPTORES: Apoyo social; Salud de la mujer; Periodo posparto; Complicaciones del embarazo; Atención sanitaria integral.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Carvalho FF de, Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Rodrigues F de O, Griep RH, et al. Social support among puerperal at risk: association with sociodemographic and clinical characteristics. Cogitare Enferm. [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v29i0.95053>.

¹Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Curso de Enfermagem, Ijuí, RS, Brasil.

²Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde, Ijuí, RS, Brasil.

³Instituto Federal Farroupilha, Campus Panambi, Panambi, RS, Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El puerperio de riesgo se define como las complicaciones en el estado de salud de las púerperas debido a enfermedades preexistentes o a interurrencias generadas por factores tanto orgánicos como socioeconómicos desfavorables¹. Estas complicaciones pueden estar marcadas por muchas preguntas e incertidumbres para las mujeres. En este sentido, debe proporcionarse información durante el alta hospitalaria para que las mujeres comprendan que el nacimiento de un recién nacido no debe considerarse el final de los cuidados maternos, que deben ser eficaces y continuos para satisfacer las necesidades y demandas maternas, que pueden o no estar asociadas al recién nacido².

Al tratarse de un periodo que requiere atención, es importante contar con una red social en la que la familia, los amigos y el padre del bebé estén presentes y actúen de forma protectora, proporcionando apoyo social (AS) para el mejor desarrollo de los vínculos, favoreciendo la disponibilidad afectiva de la madre para atender las demandas del bebé³.

El AS se considera una fuente de recursos que la red social pone a disposición en situaciones de necesidad, y se mide por la percepción que tiene el individuo del grado en que las relaciones interpersonales corresponden a determinadas funciones⁴⁻⁵. Se trata de un apoyo práctico proporcionado por familiares, parejas y amigos, que puede ser emocional, material, afectivo o incluso informativo, y que hace que la persona se sienta valorada y segura⁴.

Las mujeres, especialmente las madres, son un grupo vulnerable porque, además de formar parte de un sector de la población que sufre la desigualdad de género y la desigualdad social, cargan con el peso y el estigma de ejercer la maternidad y los derechos reproductivos, siendo estos últimos el centro de muchas disputas en los ámbitos político, religioso y económico⁶. Frente a esto, se necesita un AS eficaz, porque con tantos cambios, nuevas rutinas, cuidados posparto y recién nacidos, las mujeres pueden necesitar a veces ayuda para organizar sus propios cuidados. Los efectos del embarazo, el parto y el puerperio pueden persistir hasta un año después del parto, o indefinidamente, dependiendo de las medidas que se tomen para satisfacer esta necesidad².

A partir de este problema, surgió la siguiente pregunta: ¿Se asocian las características sociodemográficas y clínicas con la percepción del AS en las púerperas de riesgo? El objetivo de este artículo es, por tanto, evaluar la asociación entre el apoyo social percibido y las características sociodemográficas y clínicas.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal realizado en una maternidad de un hospital del sur de Brasil con mujeres púerperas de alto riesgo. El hospital es filantrópico y atiende a 120 municipios, que suman una población estimada de 1.282.927 personas, y desde 2014 presta atención a mujeres embarazadas de alto riesgo, lo que constituye una referencia en la región sanitaria.

Criterios de inclusión: tener un diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo, haber sido púerpera durante al menos 12 horas. Se excluyeron las mujeres púerperas que presentaban déficits lingüísticos y/o cognitivos que les impedían responder o leer las preguntas.

La muestra se calculó asumiendo un nivel de significación del 5%, una potencia del 90% y, por tanto, un tamaño mínimo de muestra de 310 púerperas de riesgo. Se invitó a las púerperas a participar en el estudio durante su estancia en el hospital. Inicialmente se explicaron los objetivos del estudio y se invitó a participar en la investigación. Tras aceptarlo,

todas las participantes firmaron el formulario de consentimiento libre e informado en dos ejemplares antes de comenzar la entrevista.

Los datos fueron recogidos mediante entrevistas personales entre noviembre de 2021 y abril de 2022 por dos enfermeras, un becario de iniciación científica y dos estudiantes voluntarias. Para evitar el sesgo de observación, los entrevistadores participaron en un curso de formación para normalizar la forma de realizar las entrevistas y de aplicar los cuestionarios, antes de la recogida de datos. Durante la formación, también se enseñó a los entrevistadores a aplicar los instrumentos y a respetar los aspectos éticos durante todo el proceso de recogida de datos.

El cuestionario incluía características sociodemográficas (edad, escolarización, color autodeclarado, estado civil) y clínicas (embarazo planeado, enfermedad previa, uso de medicación continua). También contenía la Escala de Apoyo Social del *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS)⁵ adaptada al portugués brasileño⁴. La MOS-SSS consta de 19 preguntas y abarca cinco dimensiones: material (4 preguntas - provisión de recursos prácticos y ayuda material); afectiva (3 preguntas - muestras físicas de amor y afecto); emocional (4 preguntas - expresiones de afecto positivo, comprensión y sentimientos de confianza); información (4 preguntas - disponibilidad de personas para asesoramiento u orientación); e interacción social positiva (4 preguntas - disponibilidad de personas para divertirse y relajarse). Como opciones de respuesta, la púerpera seleccionó la frecuencia con la que consideraba disponible cada tipo de apoyo en caso de necesidad: nunca (1), rara vez (2), a veces (3), casi siempre (4) o siempre (5)⁴.

Los datos se procesaron estadísticamente utilizando el paquete *Statistical Package for Social Sciences* versión 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU., 2018). Los resultados se presentaron mediante estadísticas descriptivas, que incluían distribuciones absolutas y relativas (n - %), así como medidas de tendencia central (media y mediana) y variabilidad (desviación estándar y rango intercuartílico). Se utilizaron las pruebas de *Mann-Witney* y *Kruskal-Wallis* para comparar las medias de AS y las variables independientes. Se utilizó la Correlación de Pearson para evaluar las correlaciones entre las variables cuantitativas y el apoyo social. Las asociaciones se consideraron significativas si $p < 0,05$. La coherencia interna se evalúa mediante el Coeficiente Alpha de *Cronbach*.

La investigación cumplió los aspectos éticos de la Resolución 466/2012 y fue aprobada en virtud del Dictamen Consustanciado n° 5.076.515, de fecha 3 de noviembre de 2021.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 316 mujeres púerperas de riesgo. Su edad oscilaba entre los 14 y los 46 años, con una media estimada de 27,9 ($\pm 6,5$) años; en cuanto al color auto declarado, la mayoría dijo ser blanca/amarilla (72,4%). El nivel educativo más frecuente era el de bachillerato completo (42,5%), y el estado civil casada (convivencia/unión estable) se observó en la mayoría de la muestra (89,5%).

En cuanto a las características clínicas, la edad gestacional superior a 37 semanas fue confirmada por el 85,9% de las mujeres investigadas. En el grupo estudiado predominaron más de seis consultas (92,7%), y el 42,7% tenía un embarazo planificado confirmado. Por último, en cuanto a las enfermedades durante el embarazo, las más citadas fueron la Diabetes *Mellitus* (DM) (20,9%), la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) (13%), así como la combinación DM/HAS, observada en el 10,1%.

En las cinco dimensiones de AS, "Siempre" fue la opción con mayor porcentaje de respuestas. Las puntuaciones medias oscilaron entre $90,7 \pm 14,2$ (AS de interacción positiva),

85,9±17,0 (AS de información), 85,9±18,2 (AS emocional), 88,8±15,1 (AS material) y 94,8±11,4 (AS afectivo).

Al evaluar el Alpha de Cronbach global de la escala de AS, éste fue de 0,839, con la menor variación en la dimensión de AS material, de 0,749, y la mayor variación en la dimensión de AS de interacción positiva, de 0,885, resultados que pueden verse en la Tabla 1.

Tabla 1 - Medidas de tendencia central y variabilidad para las dimensiones de la MOS-SSS, mujeres puérperas en un hospital de maternidad. Ijuí, RS, Brasil, 2022.

MOS-SSS	M	DP	Mín	Máx	Perc			αC
					25o.	50° (Mediana)	75°	
AS Material	88,8	15,1	25,0	100,0	81,3	95,0	100,0	0,749
AS afectivo	94,8	11,4	20,0	100,0	93,3	100,0	100,0	0,849
AS emocional	85,9	18,2	15,0	100,0	76,3	95,0	100,0	0,876
AS de información	83,9	17,0	15,0	100,0	75,0	90,0	100,0	0,836
AS Interacción social positiva	90,7	14,2	40,0	100,0	80,0	100,0	100,0	0,885

αC: Alpha de Cronbach

Fuente: Autores (2022).

Al comparar las dimensiones con las características sociodemográficas, se observó una diferencia estadística entre las puérperas con estudios superiores, que obtuvieron las puntuaciones medias más altas en apoyo emocional ($p=0,015$). Las puérperas que declararon ser blancas recibieron significativamente más AS material ($p=0,009$). En cuanto al estado civil, las mujeres casadas/que viven junto/unión estable recibieron, con mayores diferencias estadísticas, AS afectivo ($p=0,0016$), AS emocional ($p=0,035$), AS de información ($p=0,019$) y AS de interacción positiva ($p=0,032$), como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2 - Comparación de las dimensiones del apoyo social según las características sociodemográficas de las puérperas en un hospital de maternidad. Ijuí, RS, Brasil, 2022.

Variable	Dimensiones AS									
	Material		Afectivo		Emocional		Información		Interacción positiva	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Educación										
Educación primaria incompleta	87,9	14,8	92,6	12,7	79,3	22,1	79,5	20,2	87,1	14,5
Educación primaria completa	87,9	15,6	94,2	12,0	85,1	20,4	84,2	84,2	91,0	15,5
Enseñanza media completa	89,5	15,2	95,6	11,1	87,8	14,5	84,8	15,7	91,0	13,5
Enseñanza superior	90,2	12,9	96,7	6,7	91,2	14,7	86,0	17,6	95,2	9,6

Valor p	0,792	0,323	0,015	0,241	0,119					
Color de la piel										
Indígena, marrón y negra	85,0	18,2	94,5	12,9	84,0	18,9	81,8	17,5	90,2	14,0
blanca/amarilla	90,0	13,6	95,0	10,6	86,4	18,1	84,4	16,8	90,8	14,0
Valor p	0,009	0,756	0,311	0,230	0,756					
Estado Civil										
Casada/unión estable	88,8	15,3	95,3	10,3	86,6	17,5	84,3	16,5	91,3	13,5
Soltera/viuda/divorciada	89,3	12,7	90,3	17,8	79,5	22,8	80,3	20,0	85,7	18,4
Valor p	0,849	0,016	0,035	0,019	0,032					

Fuente: Autores (2022).

La Tabla 3 muestra las comparaciones de las puntuaciones medias de AS según las características clínicas. De las variables clínicas, no hubo diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon por número de consultas y edad gestacional, excepto en las variables en las que el embarazo fue planificado, en las que recibieron significativamente más AS material ($p=0,015$); y las puérperas con HAS durante el embarazo recibieron estadísticamente significativamente más AS interacción positiva ($p=0,014$).

Tabla 3 - Comparación de las dimensiones del apoyo social según las características clínicas de las puérperas en un hospital de maternidad. Ijuí, RS, Brasil, 2022.

Variable	Dimensiones del apoyo social									
	Material		Afectivo		Emocional		Información		Interacción positiva	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Embarazo planificado										
Sí	91,1	12,8	95,7	9,7	86,3	19,0	84,2	16,5	91,2	13,5
No	87,0	16,4	94,1	12,6	85,5	17,6	83,5	17,3	90,1	14,7
Valor p	0,015	0,219	0,700	0,734	0,510					
Enfermedades en el embarazo										
Ninguna	90,2	14,4	95,4	10,2	85,4	17,5	84,1	16,2	92,2	12,0
Diabetes Mellitus	89,5	14,9	95,0	12,4	86,7	17,7	82,7	17,8	91,4	13,4
HAS	88,1	15,6	95,4	11,2	88,6	15,7	86,9	15,0	94,3	10,7
Covid	89,2	13,7	95,9	9,3	84,4	21,1	84,1	20,0	87,5	17,8
Otras	85,6	16,5	92,5	12,6	83,8	20,3	83,1	16,4	85,7	17,4
Valor p	0,442	0,561	0,719	0,751	0,014					
Número de consultas										
Menos de 6	91,1	11,4	94,8	10,4	85,4	18,7	82,9	18,5	90,0	13,7
6 o más	88,4	15,5	94,6	11,7	85,5	18,5	83,5	18,1	90,5	14,3
Valor p	0,429	0,944	0,974	0,882	0,857					

Edad gestacional										
Menos de 37 semanas	91,0	15,3	94,6	11,6	89,8	15,1	85,1	14,8	91,9	14,9
37 o más	88,4	15,0	94,8	11,4	85,1	18,6	83,5	17,3	90,5	14,0
Valor p	0,291		0,947		0,111		0,581		0,556	

Fuente: Autores (2022).

DISCUSIÓN

Esta investigación descubrió que las madres en situación de riesgo percibían altos niveles de AS en todas las dimensiones. Sin embargo, las mujeres con un mayor nivel educativo obtuvieron puntuaciones más altas en AS emocional, las mujeres blancas/amarillas en AS material, y las mujeres casadas/con pareja informaron de niveles más altos de AS afectivo, emocional, de información y de interacción positiva. Además, informaron de niveles más altos de AS material las mujeres con un embarazo planificado y de AS interacción positiva las mujeres con una enfermedad previa o un uso continuado de medicación.

Un estudio realizado en una Maternidad-Escuela Assis Chateaubriand, de referencia en la capital y en todo el estado de Ceará, con 120 puérperas con recién nacido prematuro ingresadas en la Unidad de Hospitalización Neonatal, obtuvo resultados similares a los de este estudio en cuanto a la caracterización. Las edades de las madres oscilaban entre los 14 y los 46 años, con una media de 25,7 años. En cuanto a la escolaridad, la mayoría tenía más de nueve años de estudios y, por último, en cuanto al estado civil, el 75% estaba casado. La mayoría de las puérperas recibieron atención prenatal⁷. En nuestro estudio, el nivel educativo más prevalente era el de secundaria completa (42,5%), la mayoría de la muestra estaba casada (89,5%) y la edad oscilaba entre los 14 y los 46 años, con una media de 27,9.

Similar a este estudio, de acuerdo con la edad media de las participantes, otro estudio transversal con enfoque cuantitativo, en un gran hospital terciario situado en el interior del estado de São Paulo, tuvo una muestra formada por 36 madres de niños con necesidad de cuidados continuos y complejos, con una edad media de 32,17 años. Según los resultados, existía una correlación negativa estadísticamente significativa entre la edad materna y las dimensiones de información y apoyo emocional, es decir, las madres más jóvenes percibían que había más personas con las que hablar, desahogarse y en las que confiar (apoyo emocional) y menos personas que les proporcionarían orientación y asesoramiento (apoyo informativo)⁸.

Este resultado corrobora un estudio que aplicó la escala MOS-SSS a 75 madres de niños nacidos prematuramente, que reveló una puntuación global de AS percibido de 79,24 (DP=17,24). Sin embargo, según los investigadores, creen que esta percepción positiva del AS puede deberse a la edad y al estado civil de las madres participantes, la mayoría de las cuales eran jóvenes y tenían pareja. La percepción del apoyo social disminuye con la edad, ya que son frecuentes los cambios y las pérdidas de los componentes de la red y del apoyo social disponible⁹. Este estudio también se basa en esta razón, dado que la edad media de las madres era de 27,9 años.

En un estudio realizado en una maternidad pública del municipio de Cariacica, en el estado de Espírito Santo, se aplicó el instrumento de evaluación de AS en el puerperio a 330 puérperas¹¹ y se obtuvieron resultados diferentes a los de este estudio. En cuanto a la evaluación de la puntuación de la escala MOSS, la encuesta reveló que la muestra tenía un bajo AS material ($p=0,003$), AS afectivo ($p<0,001$), AS emocional ($p<0,001$), AS de información y de interacción social positiva ($p<0,001$)¹⁰.

Las edades de las mujeres oscilaban entre los 14 y los 24 años, características divergentes en la muestra utilizada en esta investigación. En cuanto a las diferencias en los resultados de esta investigación, se observa que las puntuaciones medias en las dimensiones de apoyo son más bajas en estas mujeres puérperas¹⁰ que en la muestra de este estudio. Quizá esta discrepancia pueda explicarse por el hecho de que la muestra tiene una media de edad inferior a la del estudio en cuestión. Posiblemente, estas diferencias signifiquen que las madres jóvenes tengan una menor percepción del AS.

En respuesta a ello y como manifestación de un problema social, el embarazo adolescente se produce a diario y, por lo tanto, debe formar parte del debate y la reflexión permanente de los profesionales de la salud y la asistencia social para que puedan desarrollar respuestas eficaces.

Los resultados de la Tabla 3 muestran que las correlaciones que resultaron estadísticamente significativas fueron la escolarización, la etnia y el estado civil. En cuanto a la **escolaridad**, el estudio también mostró una correlación negativa cuando se relaciona con el AS y, según su discusión, la educación es un componente que influye y ayuda en la gestión eficaz de los problemas, y también destaca que la baja escolaridad interfiere en la capacidad de actuación de la mujer puérpera ante los problemas que impone la maternidad¹⁰. Como resultado, las puérperas con un mayor nivel de escolarización se sienten más seguras y autosuficientes, lo que fomenta una mejor autoestima y una mayor percepción de AS.

El **color de la piel** mostró un resultado significativo cuando se asoció con el apoyo social. La revisión bibliográfica sobre esta asociación es aún incipiente, especialmente en la investigación cuantitativa. A diferencia de las demás variables sociodemográficas utilizadas en esta investigación, muy pocos estudios han analizado la influencia del color en la percepción del AS. Un estudio sobre el perfil epidemiológico de las muertes maternas en el estado de Sergipe entre 1996 y 2020 reveló que la raza predominante era la morena (47,07%). Aunque se comprenda mejor por qué existen estas desigualdades raciales, reconocer las contribuciones históricas y actuales puede inspirar cambios reales en todo el complejo sistema sanitario, dado que la ausencia de una red de apoyo social es un importante factor de riesgo relacionado con la enfermedad y la muerte¹¹.

En respuesta a este reconocimiento, esta investigación demostró que las mujeres puérperas que se describían a sí mismas como indígenas/marrones/negras percibían menos apoyo material. El escenario descrito sugiere invertir en la propuesta de políticas destinadas a reducir las desigualdades sanitarias, con la esperanza de reducir la segregación racial históricamente construida de la población y reducir efectivamente sus efectos sobre la salud, dado que Brasil tiene un intenso mestizaje racial.

La variable del **estado civil** asociada al AS, para las participantes en este estudio, mostró una asociación con las dimensiones afectiva, emocional, de información y de interacción positiva. Un estudio realizado en el Hospital Universitario Ana Bezerra, situado en la ciudad de Santa Cruz, en Rio Grande do Norte, constató que el estado civil estaba asociado a la dimensión material ($p = 0,015$); además, en lo que respecta a los adolescentes, los datos mostraron una asociación entre el estado civil y la dimensión emocional ($p = 0,005$). La investigación indica que estas mujeres disponen de una red de apoyo para los servicios prácticos cotidianos, como personas que les preparen la comida, y que llevarlas al médico proviene de su pareja¹².

Cuando el apoyo paterno es ineficaz o inexistente, la alteración del funcionamiento de la mujer es importante, ya que empieza a dedicarse por completo al cuidado y desarrollo del niño. Sin embargo, cuando el AS se crea junto con otros sujetos de la vida de la mujer puérpera, surgen nuevas estrategias y adaptaciones ante las dificultades creadas por la ausencia de la figura paterna. Esto pone de relieve la importancia del apoyo de otros familiares y amigos/vecinos, que facilitan la movilidad, el autocuidado, las relaciones, las actividades vitales y la participación social, en comparación con los grupos sin apoyo¹³.

Según la muestra, la variable **embarazo planificado** indicaba una menor percepción de apoyo material. En consonancia con otro estudio sobre la planificación del embarazo, el 83% declaró no haberlo planificado y el 17% indicó que había planificado su embarazo. En su análisis, se descubrió que el hecho de que el embarazo fuera planificado o no era independiente de la prevalencia de síntomas psicopatológicos entre las participantes¹⁴.

Por otro lado, otros autores sugieren que la falta de planificación es una de las razones que explican el número de abortos practicados y, en consecuencia, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad vinculadas al aborto. En vista de ello, se considera que la maternidad es una época en la que las mujeres tienen que realizar intensos ajustes en sus vidas y es también el comienzo del proceso de una mujer para hacer frente a su nueva experiencia, la de ser madre. En este sentido, se entiende que las enfermeras, encargadas de realizar las consultas y visitas durante el periodo puerperal, deben asesorar a las mujeres en todas las dimensiones, ayudándolas a cuidar de su hijo y a afrontar las dudas y temores relacionados con esta nueva fase.

En cuanto a la **enfermedad durante el embarazo**, la muestra estudiada se caracterizaba por una baja interacción positiva. A esta relación se asocia la integralidad de los cuidados de enfermería en el embarazo, caracterizándolos como una integración de acciones que incluyen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Diabetes Gestacional e Hipertensión Gestacional) que afectan a mujeres embarazadas con antecedentes familiares y malos hábitos de vida. El estudio también señala que la familia es un importante instrumento de apoyo, tanto en el contexto intrínseco como extrínseco de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, por lo que es importante que los profesionales de enfermería consideren esta red de apoyo como un proceso de atención integral¹⁵.

Por otro lado, el número de **consultas y la edad gestacional** no se correlacionaron con la escala de AS, lo que indica una buena percepción de AS en todas las dimensiones. Esto coincide con otro estudio, que subraya la importancia de que el equipo sanitario ayude a las madres a identificar las redes de apoyo de que disponen, de personas, instituciones o comunidades que puedan ayudarlas a gestionar la situación de estrés. Tener a alguien con quien compartir y hablar de la situación hace que a las madres les resulte más fácil afrontarla. Además, cuando las madres se sienten apoyadas y pertenecen a una red de apoyo, su percepción de apoyo aumenta y se benefician de un mejor control¹⁶.

Entre las aportaciones, podemos decir que investigar el AS en el contexto de la maternidad también contribuye a comprender las tensiones existentes, ya que el AS desempeña un papel entre el entorno social y el personal, especialmente en lo que respecta al apoyo social percibido, puesto que abarca las relaciones colectivas, comunitarias y familiares. Por lo tanto, las dimensiones que componen el apoyo social deberían ser una preocupación para los profesionales de la salud.

A veces es posible identificar que la accesibilidad de las mujeres en su contexto de embarazo y puerperio es vulnerable y está debilitada. Para ello, el apoyo es fundamental, dados los cambios psicológicos, físicos y sociales, y la continuidad asistencial entre los servicios sanitarios es esencial¹⁷, dado que es un periodo en el que hay muchas demandas de cuidados, tanto por parte de la puerpera como del recién nacido, lo que requiere la atención de los profesionales de la red sanitaria¹⁸.

En este sentido, con vistas a mejorar la práctica educativa de la enfermería, ofrecer una escucha que vaya más allá de lo que tradicionalmente se considera clínico, clarificar los cuidados que el servicio presta a la comunidad, especialmente en el ámbito de la salud de la mujer, e incluir las preocupaciones emocionales en la planificación de los cuidados puede contribuir a ampliar el acceso a la atención puerperal y posibilitar enfoques sanitarios desde una perspectiva más holística.

CONCLUSIONES

El AS desde la perspectiva de las puérperas se consideró satisfactorio en todas las dimensiones: apoyo emocional (media=94,8±11,4), interacción social positiva (media=90,7±14,2), apoyo material (media=88,8±15,1), apoyo afectivo (media=85,9±18,2) y apoyo informativo (media=83,9±17,0).

Hubo una diferencia estadística al comparar las características sociodemográficas y clínicas, con puntuaciones de AS más altas entre las puérperas casadas (interacción social, información, emocional y afectiva), de etnia blanca/amarilla (apoyo material) y, por último, las puérperas con estudios superiores completos (apoyo emocional); y al comprobar las dimensiones de apoyo, según las características clínicas, cuando el embarazo es planificado (apoyo material) y cuando no hay enfermedad durante el embarazo (apoyo de interacción social positiva), donde tuvieron puntuaciones más altas.

Limitaciones del estudio: hubo dificultades para encontrar datos que respaldaran las asociaciones con variables sociodemográficas y clínicas y el AS en mujeres puérperas de riesgo.

Implicaciones para la práctica profesional: estos datos pueden ayudar a los profesionales sanitarios a observar las características sociodemográficas y clínicas y a planificar una atención que satisfaga las necesidades humanas básicas de forma integral y continua. Es importante prestar atención a la caracterización sociodemográfica y clínica de las puérperas atendidas en los servicios sanitarios.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Sirio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2022 July 05]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
2. Pinto IR, Martins VE, Oliveira JF, Oliveira KF, Paschoini MC, Ruiz MT. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. Esc Anna Nery [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr. 10];25(2):e20200249. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0249>
3. Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. [Internet]. 2015 [cited 2022 Nov. 05]; 19(2):310-15. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150042>.
4. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cadernos de Saúde Pública. [Internet]. 2005 [cited 2022 Nov. 05]; 21(3):703-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.
5. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med. [Internet] 1991 [cited 2023 Feb. 21]; 32(6):705-14. Available from: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b).
6. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. [Internet]. 2012 [cited 2021 Nov. 04]; 16:107-120. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>
7. Pinheiro SRCS. Autoeficácia e apoio social de mães de recém-nascidos prematuros em unidade de cuidado neonatal. BDENF - Enfermagem / LILACS. [Internet]. 2019 [cited 2022 Sept. 07]. Available from: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B2ZK8K>

8. Baldini PR, Lima BJ, Pina JC, Okido ACC. Mães de crianças que necessitam de cuidados contínuos e complexos: fatores associados ao apoio social. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug. 07]; 25. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0254>.
9. Almeida LIV, Ramos SB, Figueiredo GLA. Apoio e rede social no contexto urbano: Percepções de mães de prematuros/Apoio e rede social no contexto urbano: percepções de mães de crianças prematuros. *Revista Aletheia*. [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov. 06]; 52(1):22-37. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942019000100003&lng=pt.
10. Almeida DS. Apoio social e o bem-estar subjetivo em gestantes adolescentes, adultas jovens e tardias. Tese de doutorado [Internet]. 2020 [cited 2021 July 09]. 114 f Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32214>.
11. Franco AMSL, Rabelo AFA. Perfil epidemiológico dos casos de óbito materno no estado de Sergipe entre 1996 e 2020. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr. 07]; 11(6):e7011628676. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28676>.
12. Almeida MO, Portugal TM, Assis TJCF. Gestantes e COVID-19: isolamento como fator de impacto físico e psíquico. *Rev Bras de Saúd Mater Infan*. [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov. 08]; 20:599-602. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200015>
13. Alves AB, Pereira TRC, Aveiro MC, Cockell FF. Funcionalidade na perspectiva das redes de apoio no puerpério. *Rev Bras de Saúd Mater Infan*. [Internet]. 2022 [2023 Jan 31]; 22:667-673. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030013>.
14. Raffo VTD, Medeiros JM de, Lazzaretti CT, Andrade RP de, Silva D da. Os sintomas psicopatológicos na gestação e no puerpério de alto risco: estudo realizado em uma Maternidade de um Hospital Geral de Curitiba-PR. *Brazilian Journal of Development*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug. 03]; 7(7):75059-71. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-606>.
15. Ferreira BA, Silva E da, Belarmino AC, Franco RGDFM, Sombra ICN, Freitas ASF de. Integralidade do cuidado de enfermagem do pré-natal ao puerpério. *Journal of Health & Biological Sciences*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Sept. 08]; 9(1):1-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v9i1.3995.p1-6.2021>.
16. Vieira CS. Ajustamento familiar ao nascimento prematuro durante a internação na unidade de terapia intensiva neonatal. *LILACS, BDENF - Enfermagem*. [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct. 05]. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32214>.
17. Rodrigues IA, de Freitas ASF, Mororó IS, Ferreira Júnior AR, Moreira DP, Franco RG de FM. Percepções da mulher surda acerca do cuidado no sistema de saúde da gestação ao puerpério. *Rev Contexto & Saúde*, 2022;22(46):e12532
18. Petersen AGP, Casagrande D, Tronco CS, Pluta P, Winter VDB, Carvalho FF, Kolankiewicz ACB. Validação psicométrica da Care Transitions Measure (CTM-15) para uso em puérperas brasileiras. *Text e Contex Enferm*. 2023 [cited. 2023 Dez 13]; 32e20220341. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0341pt>

SOCIAL SUPPORT AMONG PUERPERAL AT RISK: ASSOCIATION WITH SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS

ABSTRACT:

Objective: To assess the association between perceived social support and sociodemographic and clinical characteristics.

Method: A cross-sectional study was conducted in a maternity hospital northwest of Rio Grande do Sul/Brazil from November 2021 to April 2022. A sociodemographic and clinical characterization questionnaire and a social support scale were used. Descriptive and inferential analysis. **Results:** Puerperal women with higher education had higher mean scores for emotional support ($p=0.015$); white women had higher mean scores for material support ($p=0.009$); and those in stable unions had higher mean scores for emotional support ($p=0.0016$), emotional support ($p=0.035$), information ($p=0.019$) and positive interaction ($p=0.032$). There were significant differences between the variables in which the pregnancy was planned, in which puerperal women received more material support ($p=0.015$) and those with systemic arterial hypertension, who received more support and positive interaction ($p=0.014$). **Conclusion:** The puerperal women had high social support scores. However, higher scores were observed among those from higher socioeconomic levels, in union, who had a planned pregnancy and hypertension during pregnancy.

KEYWORDS: Social Support; Women's Health; Postpartum Period; Pregnancy Complications; Integrality in Health.

Recibido en: 22/06/2023

Aprobado en: 18/12/2023

Editor asociado: Dra. Tatiane Trigueiro

Autor correspondiente:

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Rua do Comércio, 3000, Bairro Universitário, CEP 98700000, Ijuí, RS

E-mail: adriane.bernat@unijui.edu.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Carvalho FF de, Kolankiewicz ACB**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Carvalho FF de, Tronco CS, Casagrande D, Rodrigues F de O, Griep RH, Kolankiewicz ACB**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Carvalho FF de, Kolankiewicz ACB**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).