



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**El alcance del Apoyo Social previo al parto:  
Su efecto en la Salud y Calidad de Vida postparto**

**COLOMBA ISIDORA PRADO MACCHIAVELLO**

Profesor Guía: Patricio Cumsille Eltit, PhD

Lydia Gómez Pérez, PhD

Marcela Aracena Álvarez

Angie Vergara Rivera

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

**Enero, 2018  
Santiago, Chile**





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**El alcance del Apoyo Social previo al parto:  
Su efecto en la Salud y Calidad de Vida postparto**

**COLOMBA ISIDORA PRADO MACCHIAVELLO**

Profesor Guía: Patricio Cumsille Eltit, PhD

Lydia Gómez Pérez, PhD

Marcela Aracena Álvarez

Angie Vergara Rivera

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de la Salud

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a mis padres por darme la oportunidad de continuar con mis estudios y lograr ser un Psicóloga de la Salud.

Quiero agradecer con mención especial a Daniella Gallardo, compañera y amiga que trabajó de cerca junto a mí, estando presente en los altos y bajos.

Agradezco también a Lydia Gómez por darme la bienvenida en su proyecto FONDECYT, a Patricio Cumsille por su gran apoyo durante todo el proceso y a Camila Román por su enorme disposición a ayudar cuando lo necesité.

Finalmente agradezco a todo el equipo del proyecto: Laura Rodríguez, Milagros Bussio, Marcela Cortéz y Catalina Esparza por todo su trabajo y esfuerzo realizado en la elaboración de este mismo.

## Índice

Resumen.....	1
Introducción a la Tesis.....	2
Resumen.....	5
Introducción.....	6
Metodología.....	12
Diseño.....	12
Participantes.....	12
Procedimiento.....	15
Variables e Instrumentos.....	17
Análisis Estadístico.....	20
Resultados.....	21
Análisis Descriptivo.....	21
Hipótesis de Mediación.....	24
Hipótesis de Moderación.....	32
Discusión.....	34
Referencias.....	44
Anexos.....	52

## Índice de Tablas

Tabla 1 Características Sociodemográficas.....	13
Tabla 2 Características Médicas y Psicológicas.....	15
Tabla 3 Variables utilizadas en el modelo de mediación y moderación.....	21
Tabla 4 Correlación Bivariada entre las variables de estudio.....	23
Tabla 5 Coeficientes no estandarizados ( $\beta$ ) de la relación entre el Apoyo Social y la Sintomatología Depresiva y Física.....	25
Tabla 6 Relación entre Síntomas depresivos y Síntomas Físicos en la CVRS, controlando por Apoyo Social.....	26
Tabla 7 Efecto Directo entre el Apoyo Social y la CVRS controlado por los Síntomas Depresivos.....	27
Tabla 8 Efecto Directo entre el Apoyo Social y la CVRS controlado por los Síntomas Físicos.....	27
Tabla 9 Relación entre Apoyo Social y CVRS mediado por Síntomas Depresivos y Síntomas Físicos.....	29
Tabla 10 Análisis de la relación entre Apoyo Social y CVRS mediante los Síntomas Depresivos sin la inclusión de covariables.....	31
Tabla 11 Resultados de la relación entre Estrés y CVRS moderado por el Apoyo Social.....	33

## Índice de Figuras

Figura 1 Ilustración de la hipótesis de mediación.....	24
Figura 2 Efecto indirecto del apoyo social prenatal en la calidad de vida postparto a través de su efecto en la sintomatología depresiva.....	31
Figura 3 Efecto indirecto del apoyo social prenatal en la calidad de vida a los tres meses postparto a través de su efecto en la sintomatología física.....	32

## Resumen

**Introducción:** La mujer durante el embarazo y postparto atraviesa por cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden llegar a impactar negativamente su calidad de vida, incluso más del periodo normal. En este contexto, el apoyo social surge como un recurso beneficioso dado a su impacto en la salud y calidad de vida. Sin embargo, el mecanismo por el cual el apoyo social ejerce su efecto, no parece estar claro. **Objetivo:** Evaluar el mecanismo por el cual el apoyo social percibido en las últimas semanas previo al parto, podría relacionarse con una mejor calidad de vida postparto. **Diseño:** Estudio longitudinal con tres momentos de medición: entre las 32 y 36 semanas de embarazo, primer mes postparto y tercer mes postparto. **Participantes:** N=177 mujeres embarazadas mayores de 18 años que se atendían en cuatro centros seleccionados de la Red UC CHRISTUS. **Instrumentos:** Escala de apoyo social percibido (MOS-SSS), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), Cuestionario de Salud PHQ-15, Cuestionario de Calidad de Vida SF-12. **Análisis:** Análisis de mediación y moderación utilizando el programa IBM SPSS versión 25 y el macro PROCESS. **Resultados:** Las mujeres presentaron una menor calidad de vida previo al parto en comparación con el posparto y los síntomas físicos y depresivos se relacionaron significativamente con la calidad de vida postparto. El apoyo informativo se relacionó con los síntomas depresivos al primer y al tercer mes postparto. El apoyo instrumental se relacionó de forma indirecta con la calidad de vida del primer mes postparto, mediante su efecto en los síntomas depresivos. Los resultados no apoyan la hipótesis de moderación del apoyo social. **Conclusión:** Los resultados apoyan una hipótesis de mediación de los síntomas depresivos en la relación entre el apoyo social y la calidad de vida del postparto inicial. El apoyo instrumental destaca como recurso que se pueden potenciar para prevenir el riesgo de síntomas depresivos significativos en el postparto y para fortalecer la calidad de vida de las madres.

**Palabras claves:** Apoyo Social, calidad de vida, síntomas depresivos, síntomas físicos, embarazo, postparto

## **Introducción a la Tesis**

Durante el embarazo y postparto, el estado fisiológico y psicológico de la mujer cambia con frecuencia logrando modificar su calidad de vida en varias ocasiones (Morin et al., 2017; Shishehgar et al., 2013). Sin embargo, a pesar de que es posible encontrar cada vez más literatura sobre la fisiología del embarazo y la salud del neonato; menos se sabe sobre cómo estos cambios afectan la experiencia y la funcionalidad de la mujer (Haas et al., 2004; Machiyama et al., 2017). En este contexto, las mediciones de calidad de vida han presentado un aumento significativo a lo largo de los años con el fin de capturar el contexto personal y social de la persona, además de garantizar que los planes de tratamiento y las evaluaciones se centren en el individuo y sus necesidades o preferencias; y no sólo en su condición de salud (Higginson, 2001; Morin et al., 2017; Symon, MacKay, & Ruta, 2003).

El embarazo, aun cuando no constituye una condición patológica, implica un cambio importante en el estado de salud de la mujer que modifica su calidad de vida (Morin et al., 2017). Por ejemplo, dependiendo de cada etapa de este periodo, la mujer puede experimentar síntomas físicos como pérdida de la autonomía física en el tercer trimestre, así como fatiga (Cooklin, Amir, Jarman, Cullinane, & Donath, 2015; Gondim Pereira Calou et al., 2006) e incontinencia urinaria (Triviño-Juárez et al., 2017) y/o alteraciones emocionales que, a pesar de que pueden ser vistos como síntomas esperables, pueden contribuir a una carga importante de malestar incluso después de seis meses de ocurrido el parto (Ansara, Cohen, Gallop, Kung, & Schei, 2005; Machiyama et al., 2017; Mortazavi, Seyed, Mousavi, Chaman, & Khosravi, 2014; Symon et al., 2003).

Por otra parte, la percepción del estado de salud y calidad de vida que tiene una mujer de sí misma, puede influir en su conducta de cuidado hacia su bebé y familia, en consecuencia, impactando no sólo su propio bienestar, sino también el de su bebé y familia (Coyle, 2009). Por lo tanto, resulta importante ahondar en el efecto de la sintomatología tanto física como mental en la vida diaria de la mujer, así como en su bienestar general, para así poder prevenir y mejorar la salud de estas mismas y su familia en el embarazo y postparto.



El apoyo social ha sido descrito como un predictor consistente e importante para la salud y calidad de vida de la mujer (Basharpour, Heidarirad, Soleimani, & Behroz, 2017; Elizabeth Emmanuel, Winsome, & Sun, 2012). Por ejemplo, se ha relacionado con la salud mental de las madres al predecir la probabilidad de desarrollar depresión postparto (Schwab-Reese, Schafer, & Ashida, 2017; Webster, Nicholas, Velacott, Cridland, & Fawcett, 2011; Wei et al., 2018; Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009). De la misma manera, se ha establecido una relación entre el apoyo social y la salud física, al verse relacionado con conductas y hábitos de salud (Ahn & Youngblut, 2007; Basharpour, Heidarirad, Soleimani, & Behroz, 2017), así como con cambios en los sistemas inmune, cardiovascular y endocrino (Bäckström et al., 2017; Reblin & Uchino, 2009), que puede repercutir en la evolución del parto y la recuperación postparto. Sin embargo, aún sigue existiendo incertidumbre sobre el mecanismo por el cual el apoyo social ejerce su efecto en la salud y calidad de vida de la madre (Reid & Taylor, 2015). En este sentido, diferentes autores han propuesto diversas hipótesis, tales como la clásica *Buffering Hypothesis* de Cohen y Wills, así como otras de actuación directa o de mediación.

En el presente estudio, se propone que el efecto y el mecanismo por el cual el apoyo social ejerce su impacto dependerá de ciertos factores adicionales, tales como el momento en que se recibe el apoyo (timing) (Helgeson, 2003) y, el tipo de apoyo recibido (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993), ya que influyen en la forma en que el apoyo social se relaciona con la salud y calidad de vida. Por lo tanto, dada la naturaleza cambiante de la transición a la maternidad, se procedió a escoger un periodo en particular para poder analizarlo en mayor profundidad. Puesto que la calidad de vida en el tercer trimestre del embarazo ha mostrado ser más baja y, el apoyo social en este periodo mostró ser un predictor significativo de calidad de vida durante los primeros 3 meses postparto (Emmanuel et al., 2012), el estudio tuvo como objetivo principal evaluar el mecanismo por el cual el apoyo social, en las últimas semanas previo al parto, podría relacionarse con una mejor calidad de vida postparto.

Los resultados del estudio contribuyen a una mayor comprensión del complejo efecto del apoyo social en la salud y calidad de vida de las madres, al poner a prueba la teoría en un contexto en particular. Además, el estudio responde a la necesidad de ahondar en los factores que influyen en la calidad de vida postparto, logrando identificar aquellos que puedan modificarse a tiempo e intervenir para prevenir mayores complicaciones tanto en las madres, como en el cuidado de su bebé y familia.

Se realizó un estudio longitudinal inserto dentro del proyecto FONDECYT: *Prediciendo el dolor perinatal, los síntomas físicos y los síntomas depresivos en mujeres chilenas*. Luego de recolectar una muestra total de N = 177 mujeres embarazadas, mayores de 18 años que se atendían en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de cuatro centros pertenecientes a la Red UC CHRISTUS de Santiago de Chile, se procedió a realizar la evaluación de las variables: Apoyo Social, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Síntomas Depresivos y Síntomas físicos. La primera entrevista fue realizada a las mujeres entre sus 32 – 36 de gestación, luego se realizó un seguimiento en el primer mes postparto y finalmente a los tres meses postparto. El análisis de los datos se realizó mediante el programa IBM SPSS versión 25, utilizando específicamente el macro PROCESS para las hipótesis de mediación y moderación detalladas posteriormente.

A continuación, se encuentra el informe del presente estudio en donde se describen en mayor detalle la metodología, resultados y conclusiones principales en un formato correspondiente a un artículo de investigación siguiendo las normas del *Publication Manual of the American Psychological Association, 6ª edición (2010)*, así como la inclusión de anexos correspondiente a los instrumentos utilizados para la medición de las variables de estudio.

## Resumen

**Introducción:** La mujer durante el embarazo y el período postparto atraviesa por cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden llegar a impactar negativamente su calidad de vida, incluso más del periodo normal. En este contexto, el apoyo social surge como un recurso beneficioso dado a su impacto en la salud y calidad de vida. Sin embargo, el mecanismo por el cual el apoyo social ejerce su efecto, no parece estar claro. **Objetivo:** Evaluar el mecanismo por el cual el apoyo social percibido durante las semanas previas al parto, podría relacionarse con una mejor calidad de vida postparto. **Diseño:** Estudio longitudinal con tres momentos de medición: entre las 32 y 36 semanas de embarazo, primer y tercer mes postparto. **Participantes:** N=177 Mujeres embarazadas mayores de 18 años que se atendían en cuatro centros seleccionados de la Red UC CHRISTUS. **Instrumentos:** Escala de apoyo social percibido (MOS-SSS), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), Cuestionario de Salud PHQ-15, Cuestionario de Calidad de Vida SF-12. **Análisis:** Análisis de mediación y moderación utilizando el programa IBM SPSS versión 25 y el macro PROCESS. **Resultados:** Las mujeres presentaron una menor calidad de vida durante las 32 – 36 semanas de embarazo en comparación con el posparto y los síntomas físicos y depresivos se relacionaron significativamente con la calidad de vida del primer mes postparto. El apoyo informativo se relacionó de forma indirecta con la calidad de vida del primer mes postparto, mediante su efecto en los síntomas depresivos. Los resultados no apoyan la hipótesis de moderación del apoyo social. **Conclusión:** Los resultados apoyan una hipótesis de mediación de los síntomas depresivos en la relación entre el apoyo social y la calidad de vida del postparto inicial. El apoyo instrumental destaca como recurso que se pueden potenciar para prevenir el riesgo de síntomas depresivos significativos en el postparto y para fortalecer la calidad de vida de las madres.

**Palabras claves:** Apoyo Social, calidad de vida, síntomas depresivos, síntomas físicos, embarazo, postparto

## **Introducción**

Luego de décadas de avances científicos y tecnológicos, el concepto tradicional de salud ha sido reemplazado por un concepto de salud más amplio, holístico y positivo, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948, p.1). Así, la mortalidad ha dejado de ser una preocupación principal y ha dado paso al surgimiento del interés por otras áreas, tales como la búsqueda de un mejor funcionamiento y calidad de vida de los individuos (Machiyama et al., 2017; Mortazavi et al., 2014). Lo anterior ha logrado que los parámetros de calidad de vida se vuelvan una evaluación aceptada en varias áreas de la salud (Symon et al., 2003); siendo el campo de la obstetricia una de ellas (Morin et al., 2017).

El proceso por el cual atraviesa una mujer durante el embarazo y postparto se inserta en un importante contexto de transición vital caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales propios de este periodo (Emmanuel, Creedy, St John, Gamble, & Brown, 2008; Jansen et al., 2007; Schytt, Lindmark, & Waldenstro, 2005; Van Der Woude, Pijnenborg, & De Vries, 2015). Con el fin de lograr una adaptación gradual al rol de madre, la mujer enfrenta alteraciones a su salud que pueden llegar a convertirse en una fuente importante de estrés (Shishehgar et al., 2013; Zimmermann-Tansella, Bertagni, Siani, & Micciolo, 1994), dado que el efecto de estos cambios relacionados con el embarazo y parto puede persistir incluso más de las seis semanas de recuperación que se estiman normalmente (Machiyama et al., 2017; Mortazavi et al., 2014; Schytt & Hildingsson, 2011). Estudios incluso reportan que un 90% de las mujeres refieren tener alguna sintomatología y el 70% refirió tener más de dos síntomas a las ocho semanas postparto (Cooklin et al., 2015). La persistencia de estos cambios pueden lograr interferir en la capacidad de la mujer para adaptarse al rol materno, en las funciones familiares, en las actividades cotidianas (Chien, Tai, Hwang, & Huang, 2009; Van Der Woude et al., 2015; Webb et al., 2008) y, por tanto impactando de forma negativa la calidad de vida tanto de la mujer, como de su bebé y familia (Bäckström et al., 2017; Coyle, 2009; Shishehgar et al., 2013).

Una importante cantidad de literatura respalda la idea de que el apoyo social ejerce un impacto positivo en la salud mental y física de los individuos, facilita el proceso de adaptación y sirve como amortiguador de los efectos negativos en la salud provocados por periodos de estrés (Cohen & Wills, 1985; Reid & Taylor, 2015; Taylor, 2011; Thoits, 2011b; Uchino, 2006, 2009). Lo anterior parece repetirse también durante el embarazo, logrando además convertirse en un predictor significativo y consistente de calidad de vida en las madres (Emmanuel, Winsome, & Sun, 2012), volviéndose un factor necesario para su salud y bienestar (Shishehgar et al., 2013). En este sentido, la literatura sostiene que la percepción de apoyo social impacta la salud mental de la madre durante el embarazo al predecir la probabilidad de desarrollar depresión postparto (Schwab-Reese, Schafer, & Ashida, 2017; Webster, Nicholas, Velacott, Cridland, & Fawcett, 2011; Wei et al., 2018; Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009). De la misma manera, se ha establecido una relación entre el apoyo social y la salud física, al verse relacionado con conductas y hábitos de salud (Ahn & Youngblut, 2007; Basharpour et al., 2017), así como con cambios en los sistemas inmune, cardiovascular y endocrino (Bäckström et al., 2017; Reblin & Uchino, 2009), que puede repercutir en el progreso del parto y recuperación postparto. Sin embargo, aún sigue existiendo incertidumbre sobre el o los mecanismos por el cual el apoyo social ejerce su efecto sobre la salud y la calidad de vida de la madre (Reid & Taylor, 2015).

Dado a lo anterior, surge la necesidad de realizar estudios que identifiquen cuáles son los factores potencialmente modificables que pueden ayudar a comprender en mayor profundidad el vínculo entre el apoyo social, la salud y la calidad de vida de las mujeres durante la transición a la maternidad. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el mecanismo por el cual el apoyo social percibido en las semanas previas al parto, podría relacionarse con una mejor calidad de vida postparto. Lo anterior se llevó a cabo mediante el análisis de la relación entre el apoyo social y la calidad de vida postparto a través de la sintomatología depresiva y física. Además, dado que la literatura sostiene una importante relación entre las variables de estudio y el estrés, se utilizó como variable

control la exposición a estresores, al igual que el nivel de calidad de vida del periodo anterior.

### **Calidad de vida**

En el presente estudio se adoptó el concepto de calidad de vida definido por la OMS como “la percepción que tiene un individuo de su lugar en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes” (World Health Organization, 1997, p1). Específicamente, se consideró el subconcepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), el cual hace hincapié en la satisfacción o bienestar individual en las diferentes áreas de la vida, en la medida que ellas afectan o son afectadas por la salud (Mogos, August, Salinas-Miranda, Sultan, & Salihu, 2013; Olivares, 2006). De acuerdo a esta definición, las mediciones de calidad de vida proveen una visión subjetiva del bienestar, es decir, centrada en la persona y en el nivel de importancia que ejercen las alteraciones y complicaciones de salud en esta misma. Lo anterior vuelve la medición de CVRS una herramienta de estudio muy valiosa al extender la comprensión sobre la salud y bienestar más allá de las condiciones físicas objetivas (Haas et al., 2004; Higginson, 2001; Triviño-Juárez et al., 2017), aunque su medición y aplicación sigue siendo escasa (Morin et al., 2017).

### **Apoyo Social**

El apoyo social es un concepto amplio que abarca una variedad de características del mundo social de un individuo, por lo que ha sido descrito como un “meta-constructo” (Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007; Schwab-Reese et al., 2017). Existen dos concepciones generales de apoyo social: apoyo recibido y apoyo percibido. En comparación con las mediciones de apoyo social recibido, el efecto del apoyo social percibido parece relacionarse de forma fuerte y consistente con la salud (Reid & Taylor, 2015), por lo que se considerará esta última en el presente estudio. El apoyo social percibido se define como la creencia en que los miembros de la red social propia

proveerán apoyo emocional, informacional y/o instrumental cuando sea necesario (Gottlieb & Bergen, 2010).

La literatura describe algunas hipótesis que intentan explicar cómo el apoyo social influye en la salud y calidad de vida. Una de ellas es la reconocida hipótesis de Cohen y Wills (1985), los cuales proponen que el apoyo social contribuye directamente al bienestar al fomentar un afecto positivo, una mayor sensación de tranquilidad y autoeficacia que puede promover conductas saludables (Reid & Taylor, 2015) independiente del nivel de estrés de la persona (Helgeson, 2003). Esta hipótesis ha sido respaldada por algunos autores al reportar una asociación directa entre el apoyo social y la salud mental de las madres (Schwab-Reese et al., 2017), así como entre el apoyo social y la calidad de vida en población general (Emmanuel et al., 2012) y en una muestra de mujeres gestantes (Basharpoor et al., 2017).

La segunda hipótesis de Cohen y Wills (1985) es la reconocida *Buffering Hypothesis*, la cual propone un efecto moderador del apoyo social en la relación entre el potencial efecto adverso de las situaciones estresantes y la salud o calidad de vida del individuo (Thoits, 2011). Sin embargo, también es posible encontrar en la literatura estudios que contrastan hipótesis de mediación entre el apoyo social y la salud postparto, reportando la posibilidad de que el apoyo social forme parte de un modelo causal complejo donde se encuentren tanto efectos indirectos, como directos (Reid & Taylor, 2015; Schwab-Reese et al., 2017).

Más allá de las hipótesis planteadas, otros autores destacan que las relaciones sociales son multifacéticas, por lo tanto, existen diversas maneras por las cuales estas pueden impactar el bienestar (Thoits, 2011). En consecuencia, se propone la existencia de factores específicos que influyen y podrían determinar la relación entre el apoyo social, la salud y la calidad de vida y cuyo estudio ha sido descuidados en gran medida en la literatura (Reid & Taylor, 2015). En primer lugar, un ejemplo de estos factores a considerar, es el momento (timing) del estresor. Aquí, el apoyo que se necesita dependería del momento y las características, naturaleza y severidad del estresor (Helgeson, 2003). En este sentido, debido a la naturaleza cambiante de la transición a la

maternidad, al analizar el efecto del apoyo social en este contexto, es necesario elegir y enfocarse en un momento particular. Por lo tanto, en el presente estudio se eligió evaluar el apoyo social en el tercer trimestre del embarazo, dado que es una de las etapas que se asocia con mayor estrés asociado a las preocupaciones relacionadas con el parto, problemas para dormir y otros síntomas físicos, presencia de sentimientos de dependencia, vulnerabilidad al rechazo, preocupaciones sobre la autoimagen, entre otros (Zimmermann-Tansella et al., 1994). Esta decisión se basa en que algunos autores reportan que la CVRS durante este periodo ha mostrado ser más baja tanto en el dominio físico como mental y el apoyo social en este periodo mostró ser un predictor significativo de CVRS durante los primeros 3 meses postparto (Emmanuel et al., 2012), volviéndose un factor necesario para salud y calidad de vida de las madres (Shishehgar et al., 2013).

Otro factor importante a ser considerado en el análisis del efecto del apoyo social, es el tipo de apoyo percibido (emocional, informativo o instrumental), dado que ciertos resultados de salud físicos y mentales pueden relacionarse significativamente con ciertos tipos de apoyo social (Collins et al., 1993). Por ejemplo, algunos autores señalan que el apoyo instrumental se asocia con una buena salud mental y funcionamiento físico de la madre (Ahn & Youngblut, 2007; Collins et al., 1993; Gebuza, Kaźmierczak, Mieczkowska, Gierszewska, & Banaszkiwicz, 2016), siendo adecuado a las 36-38 semanas de embarazo (Bäckström et al., 2017), pero, autores como Collins (1993) señalan que, a veces, el apoyo instrumental en el periodo perinatal, al reducir el nivel de actividad de la mujer; puede ser perjudicial para la salud física de la madre. Asimismo, el apoyo emocional, especialmente aquél entregado por la pareja, parece contribuir a una mejor salud mental al disminuir la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos, sin embargo, a veces este se asocia con mayores puntajes de depresión (Gebuza et al., 2016) y síntomas somáticos (Zimmermann-Tansella et al., 1994).

En consecuencia, para poder contribuir a la comprensión de la compleja relación entre el apoyo social, la salud y la calidad de vida, es necesario considerar un conjunto de factores. El timing escogido podría ser beneficioso dado que después del parto



disminuye el contacto de las madres con profesionales de la salud, por lo que la evaluación del efecto del apoyo social previo al parto podría convertirse en una instancia estratégica para comprender en mayor profundidad a la mujer chilena en transición y el impacto de estos cambios en su calidad de vida postparto, que parece aún estar poco estudiado (Emmanuel et al., 2012). Asimismo, podría contribuir a la realización de intervenciones adecuadas y ajustadas a las necesidades particulares de las madres en este periodo al prevenir que la sintomatología física y depresiva postparto influya significativamente en el bienestar de la mujer postparto. Tal como es señalado por Shaw, Levitt, Wong, y Kaczorowski (2006) en su revisión sistemática sobre la efectividad de programas de apoyo para mejorar la calidad de vida y salud física; cuando el apoyo se basó en una evaluación detallada de las necesidades, identificando efectivamente a un grupo de mujeres de mayor riesgo, se observaron mejoras significativas en la salud mental y calidad de vida postparto.

Por lo tanto, dada la relación entre el apoyo social, la salud y la calidad de vida, junto con la necesidad de explorar los mecanismos por el cual el apoyo social ejerce su efecto; el presente estudio propone que el apoyo social durante el embarazo, funcionará como un predictor de calidad de vida y esta relación será mediada por la salud física y mental de la madre. Más aún, se espera que los diferentes tipos de apoyo social ejerzan un efecto directo distinto en la salud, por lo tanto, impactando de forma distinta la calidad de vida. Se hipotetizó que el apoyo emocional ejercería un mayor efecto en el nivel de sintomatología depresiva de las mujeres, provocando un cambio significativo en la calidad de vida, en comparación con los otros tipos de apoyo. Por otro lado, se hipotetizó que durante las 32-36 semanas de embarazo, se cumpla la hipótesis de amortiguación propuesta en la literatura, donde el apoyo social funcionará como un moderador en la relación entre el nivel de exposición a estresores y la calidad de vida en este periodo. En consecuencia, se esperaba que en presencia de altos niveles de apoyo social, el impacto del estrés sobre la calidad de vida sería menor en comparación con una baja percepción de apoyo social.

## **Metodología**

### **Diseño**

La presente investigación se inserta dentro de un estudio longitudinal que forma parte del Proyecto FONDECYT: *Prediciendo el dolor perinatal, los síntomas físicos y los síntomas depresivos en mujeres chilenas*. Las participantes fueron evaluados en 3 puntos de medición: antes del parto (32-36 semanas de gestación) (T1), un mes después del parto (T2) y tres meses después del parto (T3).

### **Participantes**

El estudio contó con una muestra total de  $N=177$  madres, las cuales incluyeron tanto a aquellos casos donde se obtuvo la información completa de los tres puntos de medición ( $n = 119$ ), como aquellos casos donde se obtuvo la primera entrevista y al menos un seguimiento, dada la pérdida de datos producto de errores de medición o digitación, o la deserción de las participantes. El total de mujeres que, además de la primera entrevista, completó el primer seguimiento fue de  $n = 149$  y el segundo seguimiento  $n = 147$ .

Se reclutaron mujeres que se atendían en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de cuatro centros pertenecientes a la Red UC CHRISTUS de Santiago de Chile. Estos son: el Centro Médico Lira, Centro Médico San Joaquín, el Centro ÁNCORA de Salud Familiar Juan Pablo II y el Centro ÁNCORA de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta. Los criterios de inclusión fueron ser mujer mayor de 18 años y tener entre 32 y 36 semanas de gestación, excluyendo a aquellas mujeres que presentaron problemas para comprender el lenguaje español o presentaban algún dolor crónico anterior al embarazo.

### **Muestra**

Las características sociodemográficas de la muestra se encuentran resumidas en la Tabla 1. Al momento de ingresar al estudio, el rango de edad de las participantes fue entre 21 y 42 años de edad. La moda fue de 34 años, representando el 9,9% ( $n = 17$ ) del total, sin embargo, la mayor cantidad de participantes se encuentra entre los 27 y 32 años

(41,3%). Además, considerando tanto a las mujeres que convivían (36%) o estaban casadas (36%), significa que un 72% tenía una pareja.

Tabla 1

*Características Sociodemográficas de la muestra*

Variables	Frecuencia (%)	<i>n</i>
Edad		172
21 - 26	32 (18,6)	
27 - 32	71 (41,3)	
33 - 38	50 (29,1)	
39 - 42	19 (11,0)	
Pareja		177
Con pareja	167 (94,4)	
Estado Civil		177
Soltera	49 (27,7)	
Convive con pareja	63 (35,6)	
Casada	64 (36,2)	
Viuda	1 (0,6)	
Hijos		177
Primípara	93 (52,5)	
Multípara	84 (47,5)	
Ingreso		175
\$200.000 - 500.000	18 (10,3)	
\$500.001 - 800.000	25 (14,1)	
\$800.001 - 1.200.000	34 (19,4)	
\$1.200.001 - 1.700.000	44 (25,1)	
\$1.700.001 - 3.000.000	43 (24,6)	
>\$3.000.001	11 (6,3)	
Nivel Educativo		177
Enseñanza básica	2 (1,1)	
Enseñanza media	15 (8,5)	
Estudios técnicos	40 (22,7)	
Estudios universitarios	92 (52,3)	
Postgrados	27 (15,3)	

En cuanto al número de hijos, 52,5% ( $n = 93$ ) eran primíparas y un 47,5% ( $n = 84$ ) multíparas. La gran mayoría de las participantes tenían un ingreso entre los \$1.200.001 y \$3.000.000 y tenían estudios universitarios (52,3%,  $n = 92$ ).

Las características médicas y psicológicas de la muestra se encuentran resumidas en la Tabla 2. El tipo de parto de las participantes se distribuyó equitativamente con un 50,3% ( $n = 75$ ) con parto vaginal y un 49,7% ( $n = 74$ ) con cesárea. Al preguntar sobre el embarazo, el 90,4% ( $n = 144$ ) respondió que no preferiría no estar embarazada, lo que

concuerta con la respuesta ante la pregunta, “¿cómo de feliz se sintió con la noticia?”, donde en un rango de 0 a 10, la moda fue de 10, a pesar de que un alto porcentaje (46%,  $n = 80$ ) refirió que su embarazo no fue planeado.

Un alto porcentaje de la muestra refirió nunca haber sido diagnosticada con depresión (76,7%,  $n = 135$ ), ni con otro cuadro psicológico (74,6%,  $n = 132$ ). No obstante, un 47,7% ( $n = 84$ ) refirió haber recibido psicoterapia antes de estar embarazada y sólo un 6,2% ( $n = 11$ ) refirió estar teniendo una psicoterapia al momento de la entrevista. Por otro lado, al preguntar sobre el nivel de exposición a estresores en una escala Likert de 0 a 3, donde 0 = ninguno y 3 = muchísimos, la moda fue de 1 = pocos, con una desviación estándar de 0,8 consistente en los tres puntos de medición. En cuanto al consumo de sustancias, sólo un bajo porcentaje consumía algún tipo de sustancia (cigarrillos: 2,3%, alcohol: 9%, droga 0,6%) respectivamente. Por otra parte, un 59,6% ( $n = 62$ ) no realizaba ejercicios antes de estar embarazada. Entre la semana 32 y 36 de embarazo, la mayoría de las mujeres refirió no realizar ejercicios (57,6%,  $n = 102$ ).

En cuanto a los bebés, el 34% y el 31,3% nació entre las semanas 38 y 39 de embarazo respectivamente; 5,6% ( $n = 10$ ) nació prematuro. El peso promedio fue de 3,3 kg ( $DE = 0,5$ ), 18,6% ( $n = 33$ ) nació con un problema de salud y un 12,4% ( $n = 22$ ) estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 2

*Características Médicas y Psicológicas de la muestra*

Variables	Frecuencia (%)	Media $\pm$ DE	n
Tipo de Parto			149
Vaginal	75 (50,3)		
Cesárea	74 (49,7)		
Preferiría no estar embarazada			159
No	144 (90,4)		
Embarazo no planificado	80 (46,0)		174
Felicidad con embarazo (0-10)		7,4 (3,1)	176
Sin diagnóstico de depresión	135 (76,7)		177
Sin diagnóstico de otra enfermedad psicológica	132 (74,6)		177
Psicoterapia previo al embarazo	84 (47,7)		177
Psicoterapia al momento de la entrevista	11 (6,2)		177
Exposición a estresores			176
Ninguno	15 (8,5)		
Pocos	92 (52,3)		
Bastantes	49 (27,8)		
Muchísimos	20 (11,4)		
Consumo de cigarrillos	4 (2,3)		177
Consumo de alcohol	16 (9,0)		177
Consumo de Drogas	1 (0,6)		177
Ejercicio previo al embarazo			104
No	62 (59,6)		
Ejercicio al momento de la entrevista			159
No	102, (57,6)		
Bebé prematuro	10 (5,6)		146
Peso bebé (kg)		3,3 (0,5)	146
Problema de salud al nacer	33 (18,6)		146
Estancia en Unidad de Cuidados Intensivos	22 (12,4)		146

**Procedimiento**

En primer lugar, se solicitaron los permisos necesarios en los centros de salud mencionados para poder realizar la investigación. Una vez aprobados, se pusieron afiches y folletos en las salas de espera. Luego, los asistentes de investigación (psicólogas entrenadas) se acercaron directamente a las participantes mientras esperaban

a ser atendidas por sus médicos para invitarlas a participar. También, se solicitó ayuda a enfermeras y doctores en la entrega de información a potenciales participantes, detallando la forma en que esto debe ser comunicado para evitar la posibilidad de que se sientan presionadas. Por lo tanto, los prestadores de salud sólo manifestaron lo siguiente: “se está llevando a cabo un estudio sobre recuperación en el embarazo. Si lo desea la puedo poner en contacto con los investigadores para que le cuenten de qué se trata ahora mismo o la próxima semana cuando venga al próximo control. Puede dejar su nombre de pila y su teléfono anotado en esta hoja y los investigadores se pondrán en contacto con usted y le explicarán en qué consiste el estudio”.

Al aceptar la invitación, las participantes tuvieron una reunión de aproximadamente 40 a 60 minutos con una asistente de investigación. En ella, se prosiguió a explicar detalladamente la investigación, se firmó un consentimiento informado y se recabaron de forma oral la información sociodemográfica, médica y psicológica. Luego, se completaron las siguientes escalas, descritas en profundidad más adelante: *Escala de Apoyo Social Percibido* (MOS) (Poblete et al., 2015), *Escala de Depresión Postparto de Edimburgo* (EPDS) (Alvarado et al., 2012), *Cuestionario de Salud PHQ-15* (Ros Montalbán, Comas Vives, & Garcia-Garcia, 2010) y el *Cuestionario de Calidad de Vida SF-12* (Vera-Villaruel, Silva, Celis-Atenas, & Pavez, 2014). Al finalizar esta reunión, se le pidió a la participante que notifique a través de un mensaje de texto cuando nazca su bebé. Luego, cada seguimiento fue realizado por las asistentes de investigación a través de llamadas telefónicas, en donde se volvieron a aplicar las escalas: EPDS, PHQ-15 y SF-12. Las participantes recibieron una tarjeta de regalo válida por 10.000 CLP luego de la primera evaluación y, una tarjeta de regalo válida por 5.000 CLP luego de cada seguimiento telefónico, recibiendo en total una compensación de 30.000 CLP por su participación en el estudio.

La participación fue completamente voluntaria y el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

## **Variables e Instrumentos**

Se recolectaron tanto variables sociodemográficas, como médicas y psicológicas. Las variables demográficas fueron: edad, presencia de pareja, estado civil, número de hijos, nacionalidad, sistema de salud previsional, ingreso, nivel de estudios y estado laboral al momento de la primera entrevista. Las variables médicas y psicológicas recolectadas fueron: tipo de parto (vaginal o cesárea), número de cesáreas previas, nivel de estrés percibido en el parto, diagnóstico previo de depresión, diagnóstico de otra enfermedad psicológica, asistencia a psicoterapia previo al embarazo y/o al momento de la primera entrevista, nivel de exposición a estresores, consumo de sustancias (cigarrillo, alcohol, drogas y tranquilizantes), práctica de ejercicios previo al embarazo y/o al momento de la entrevista, información sobre bebé (problemas al nacer, peso, estancia en Unidad de Cuidados Intensivos). También, se indagó si el embarazo fue planeado y el nivel de felicidad con el embarazo en una escala del 0 al 10.

### **Escala de apoyo social percibido (MOS):**

La escala de apoyo social percibido (MOS) fue desarrollada a partir del estudio Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS) (Poblete et al., 2015) y ha sido utilizado con éxito en variadas poblaciones de estudio, incluyendo las mujeres postparto (Schwab-Reese et al., 2017). El instrumento consta de 20 preguntas, donde se comienza por medir el tamaño de la red social, mediante la frase: “Escriba el nº de amigos y familiares” y luego, las siguientes 19 preguntas miden las 4 dimensiones del apoyo social percibido: interacción social positiva (por ejemplo: “Tiene a alguien con quien contar cuando necesita hablar”), apoyo afectivo (“Hay alguna persona que le muestre amor y afecto”), instrumental (“Cuando usted tiene que estar en cama hay alguien que lo(a) puede ayudar”) e informativo (“Si usted lo necesita hay alguna persona que pueda explicarle o hacerle entender algo (por ejemplo una indicación médica, una dirección)”) (Poblete et al., 2015). Los participantes evalúan la percepción que tienen sobre el apoyo disponible para ellas en una escala Likert de 1 (“nunca”) a 5 (“siempre”).

El MOSS es un instrumento que ha sido utilizado en Chile, presentando una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach para la totalidad de la escala de 0,89 (Poblete et al., 2015). Sin embargo, en el presente estudio se utilizarán tres de las cuatro dimensiones, correspondientes a los tres tipos de apoyo social: apoyo emocional, informativo e instrumental, los cuales mostraron una consistencia interna similar, con un alfa de Cronbach de .82, .88 y .83 respectivamente.

### **Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS):**

En el presente estudio, los síntomas depresivos se evaluaron con la EPDS. Esta escala ha sido ampliamente reconocida (Mori, Iwata, Sakajo, Maehara, & Tamakoshi, 2017) y es recomendada por el Ministerio de Salud de Chile para la detección de depresión en el periodo gestacional (MINSAL, 2014). En una muestra de mujeres gestantes chilenas, el instrumento mostró una consistencia interna con un alfa de Cronbach estimado en .91 (Alvarado et al., 2012; Jadresic, Araya, & Jara, 1995). En la muestra actual se obtuvo un alfa de Cronbach entre .79 y .83 en los tres puntos de medición.

La EPDS es una encuesta de auto reporte que contiene 10 ítems que evalúa cómo se ha sentido la persona en los últimos 7 días en una escala de 0 (“tanto como siempre”) al 3 (“no, nada”). El instrumento tiene un puntaje máximo de 30 puntos, donde aquellas mujeres que obtienen un puntaje de 10 o más puntos, es probable que estén en mayor riesgo de depresión (MINSAL, 2014). Ejemplos de los ítems del instrumento son: “He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas”, “He disfrutado mirar hacia el futuro”, “No he podido enfrentar bien los problemas y estos me están sobrepasando”, “Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño”.

### **Cuestionario de Salud PHQ-15:**

El cuestionario de salud PHQ-15 fue utilizado para evaluar los síntomas físicos de las madres dado que se utiliza frecuentemente para evaluar y monitorear la carga de síntomas tanto en investigación como en la práctica clínica (Joustra, Janssens, Schenk, &



Rosmalen, 2018), mostrando una adecuada confiabilidad estimada con alfa de Cronbach de .78 (Ros Montalbán et al., 2010). En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de .71 en T1 y T2 y, un alfa de .77 en T3.

El instrumento consta de 15 ítems que hacen referencia a 15 posibles problemas físicos que pueden haber generado molestia a la participante durante las últimas 4 semanas (por ejemplo: dolores de estómago, de espalda, en el pecho, etc). Mediante la pregunta “¿Cuánto le han molestado cada uno de los siguientes problemas?”, la participante evalúa cada ítem en una escala de tipo Likert de 1 (“nada”) a 3 (“mucho”). Para este estudio, se agregaron 5 síntomas adicionales que, según la literatura, son síntomas experimentados comúnmente por la población maternal, estos son: incontinencia urinaria, incontinencia fecal, hemorroides, resfriados y problemas o dolor en los pechos.

#### **Cuestionario de Calidad de Vida SF-12:**

El Cuestionario de Salud SF-12 es la versión breve del cuestionario de salud SF-36, el cual es uno de los instrumentos de medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados en la literatura (Machiyama et al., 2017; Mogos et al., 2013; Morin et al., 2017). En el presente estudio mostró una consistencia interna aceptable con un alfa de Cronbach estimado entre .73 y .77 para la totalidad de la escala en los tres puntos de medición.

El SF-12 se compone de 12 ítems que miden el grado de bienestar y la capacidad funcional del participante a través de ocho dimensiones de salud: la función física (grado en que la salud limita las actividades físicas), la función social (grado en que la salud física y emocional afecta la vida social habitual), rol físico (grado en que la salud física interfiere con el trabajo y actividades diarias), rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias), salud mental, vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad), dolor corporal (intensidad del dolor) y salud general (valoración personal de la salud) (Vera-Villarroel et al., 2014). Las preguntas evalúan el estado físico y mental en las últimas 4 semanas a través de

escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia (entre 3 y 6 opciones) o escalas dicotómicas dependiendo del ítem. Cada ítem recibe un valor que posteriormente es transformado en una escala de 0 a 100, donde un mayor puntaje indica una mejor CVRS. Para la interpretación de los puntajes, estos se estandarizan con los valores de las normas poblacionales, por lo tanto, 50 sería la media con una  $DE = 10$ .

Algunos ítems del instrumento son: “En general, usted diría que su salud es:”, “Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?”, “Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?”, “¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?”.

### **Análisis Estadístico**

Para el análisis de la base de datos se utilizó el programa IBM SPSS versión 25. En primer lugar, se comenzó por realizar un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, médicas y psicológicas de la muestra. Luego, para analizar el grado en que el apoyo social afecta la salud mental y física como parte de una relación causal entre apoyo social y CVRS, se utilizó el macro PROCESS versión 3.2 elaborado por Andrew F. Hayes. Específicamente, el análisis se realizó utilizando el método Bootstrap con 10000 muestras, considerando un 95% de intervalo de confianza (Hayes, 2013).

En primer lugar, se realizó un análisis de mediación utilizando la variable correspondiente a la sintomatología depresiva como mediador entre el apoyo social y la calidad de vida en T2 y T3. Luego este proceso se ejecutó cambiando el predictor apoyo social por apoyo emocional, después apoyo instrumental y finalmente con apoyo informativo. Lo anterior se realizó de la misma manera utilizando como mediador la variable correspondiente a la sintomatología física. Para evaluar la hipótesis de moderación del estudio, se continuó por realizar el análisis a través del macro mencionado anteriormente, introduciendo el nivel de exposición a estresores como predictor, el apoyo social como primer moderador y la calidad de vida como variable dependiente. Luego se continuó por evaluar cada tipo de apoyo como moderador entre el nivel de estresores y la calidad de vida.

## Resultados

### Análisis Descriptivo

Las variables principales del estudio se encuentran reportadas en la Tabla 3. En ella es posible observar que los puntajes de apoyo social se concentran en los valores superiores de la escala, indicando altos niveles de apoyo social tanto general, como en sus tres tipos. La CVRS mostró desde un inicio una media sobre la mitad del puntaje, la cual, al realizar una prueba *t* de muestras relacionadas, se observó que la CVRS fue mejorando significativamente con el tiempo, entre T1 y T2 ( $t(4,8)$ ,  $gl=114$ ,  $p<.001$ ), así como entre T2 y T3 ( $t(4,8)$ ,  $gl=114$ ,  $p<.001$ ).

Tabla 3

*Variables utilizadas en el modelo de mediación y moderación*

	Rango	T1		T2		T3	
		Media±DE	<i>n</i>	Media±DE	<i>n</i>	Media±DE	<i>n</i>
Apoyo Social	44 - 90	82±9	174	-	-	-	-
Apoyo Emocional	10-15	14±1	175	-	-	-	-
Apoyo Instrumental	7 - 20	17±3	177	-	-	-	-
Apoyo Informativo	7 - 20	18±3	177	-	-	-	-
CVRS	14 - 100	59 ±17	177	68 ±19	145	76 ±17	147
Síntomas depresivos	0 - 20	6 ±4	173	6 ±4	144	4 ±3	145
Síntomas Físicos	20 - 40	31±5	144	29 ±4	124	28 ±5	140
Exposición a estresores	1 - 3	1 ±0,8	176	1 ±0,8	144	1 ±0,8	147

CVRS = Calidad de vida relacionada con la salud. T1, T2, T3 = tiempos de medición

En general, los promedios de la muestra se mantuvieron en puntajes menores a los 10 puntos en la escala de síntomas depresivos ( $M=6$ ,  $DE=4$ ), lo que indica que un menor porcentaje de las participantes estaban con sintomatología depresiva significativa.

En el periodo postparto, la sintomatología depresiva disminuye significativamente desde el primer mes al tercer mes postparto ( $t(-3,6)$ ,  $gl=111$ ,  $p<.001$ ), lo cual indica una disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal. Por otra parte, la sintomatología física comenzó con una  $M=31$ ,  $DE=5$  y luego mostró una pequeña disminución en el tiempo ( $M=29$ ,  $DE=4$ ,  $M=28$ ,  $DE=5$ ), disminución que es estadísticamente significativa entre T1 y T2 ( $t(-4,8)$ ,  $gl=99$ ,  $p<.001$ ) y, entre T2 y T3 ( $t(-3,1)$ ,  $gl=91$ ,  $p<.002$ ). Finalmente, la exposición a estresores se mantuvo constante, marcando una exposición baja a estresores ( $M=1$ ,  $DE=0,8$ ).

#### *Relación entre las variables de estudio*

En la Tabla 4 se encuentran resumidas las correlaciones bivariadas entre las variables de estudio. En ella es posible observar que el apoyo social total se correlaciona con la calidad de vida en sus tres puntos de medición ( $p<.05$ ). Sin embargo, el apoyo emocional es el único tipo de apoyo que se correlaciona con la calidad de vida, siendo significativa en el primer mes postparto ( $p<.05$ ). Por otro lado, el apoyo social total se correlaciona con el nivel de exposición a estresores en T1 y T2 ( $p<.05$ ), al igual que el apoyo instrumental, con una significancia de  $p<.05$  en T1 y  $p<.01$  en T2. El apoyo emocional y el apoyo informativo, sólo se correlacionaron con el nivel de exposición a estresores del primer mes postparto con una significancia de  $p<.01$  y  $p<.05$  respectivamente.

En cuanto a la relación entre el apoyo social y la salud mental y física, el apoyo social total se correlaciona de forma inversa tanto con los síntomas depresivos, como con los síntomas físicos del primer mes postparto y se mantiene hasta el tercer mes postparto. De esta misma forma, el apoyo instrumental se correlacionó con ambos tipos de salud en T2 y T3. El apoyo emocional, se relacionó con los síntomas depresivos ( $p<.01$ ) y físicos ( $p<.05$ ) sólo en el primer mes postparto. Por último, el apoyo informativo se correlacionó de manera inversa con los síntomas depresivos del primer y tercer mes postparto, sin embargo, sólo se asoció con los síntomas físicos del primer mes postparto ( $p<.05$ ).

Tabla 4

*Correlación Bivariada entre las variables de estudio*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. AS	-												
2. A.Emo	.74	-											
3. A.Instru	.79	.52	-										
4. A.Info	.87	.56	.56	-									
5. CVRS1	.17	* .09	.12	.14	-								
6. CVRS2	.19	.19	.13	.13	.57	-							
7. CVRS3	.17	* .09	.12	.14	** 1.0	.57	-						
8. SD1	-.33	-.22	-.28	-.25	-.49	-.59	-.49	-					
9. SD2	-.29	** -.11	** -.28	* -.19	** -.69	** -.47	** -.69	.57	-				
10. SF1	-.27	-.22	-.18	-.21	-.45	-0,59	-.45	.56	.38	-			
11. SF2	-.18	* -.11	** -.23	-.13	** -.56	** -.37	** -.56	.40	.47	.58	-		
12. Estrés1	-.17	* -.12	* -.16	-.12	** -.24	-.69	** -.24	.19	.28	.17	.28	-	
13. Estrés2	-.26	* -.26	** -.25	* -.18	* -.23	** -.35	* -.23	.43	.27	.45	.29	.43	-

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . AS=Apoyo Social total; AEmo=Apoyo emocional; AInstru=Apoyo instrumental; AInfo=Apoyo informativo. CVRS1=Calidad de vida relacionada con la salud en T1; CVRS2= Calidad de vida relacionada con la salud en T2; CVRS3=Calidad de vida relacionada con la salud en T3. SD1=Síntomas depresivos en T2; SD2=Síntomas depresivos en T3. SF1=Síntomas físicos en T2; SF2=Síntomas físicos en T3. Estrés1= nivel de exposición a estresores en T1; Estrés2=nivel de exposición a estresores en T2.

### Hipótesis de mediación

A continuación, se exponen los resultados de las regresiones múltiples realizadas con el fin de analizar la hipótesis de mediación propuesta en el presente estudio. Usando el esquema presentado en la Figura 1, el apartado contiene el siguiente orden: en primer lugar, se reportó la relación “a”, luego la relación “b”, seguido de la relación “c” y finalmente la relación indirecta del modelo.

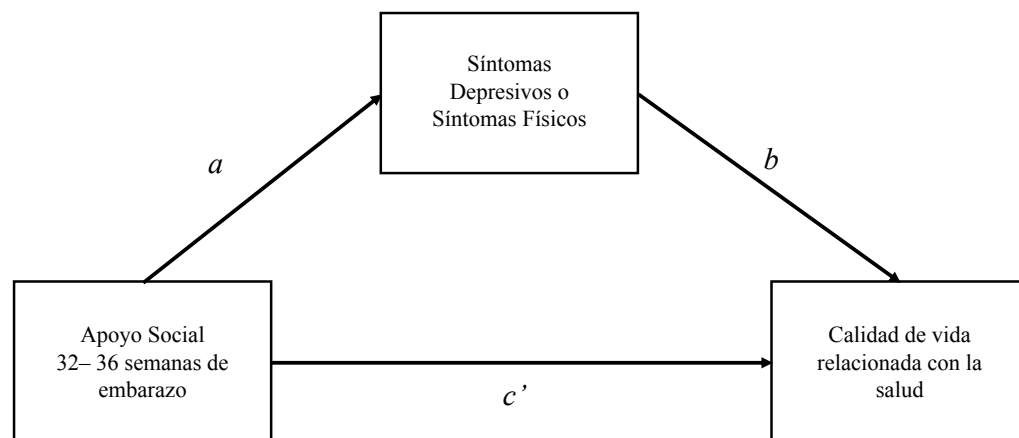


Figura 1. Ilustración de la hipótesis de mediación

#### *Relación entre Apoyo Social y Salud mental y física (a)*

El efecto directo del Apoyo Social en los síntomas depresivos y en los síntomas físicos al considerar las variables control, se encuentran resumidos en la Tabla 5. Es posible observar una relación inversa entre el apoyo social y los síntomas depresivos ( $\beta = -.14, p < .001$ ), que se mantiene hasta el tercer mes postparto ( $\beta = -.07, p < .05$ ). Asimismo, el apoyo informativo se relaciona de forma inversa con los síntomas depresivos tanto del primer mes postparto ( $\beta = -.43, p < .01$ ), como en el tercer mes postparto ( $\beta = -.26, p < .05$ ). Por otra parte, el apoyo emocional y el apoyo instrumental se asocian de forma inversa con los síntomas depresivos sólo del primer mes postparto ( $\beta = -.79, p < .05$  y  $\beta = -.36, p < .01$  respectivamente).

En cuanto a la relación estimada entre el apoyo social y los síntomas físicos postparto, los resultados no apoyan la hipótesis ( $p = .06$ ).

Tabla 5

*Coefficientes no estandarizados ( $\beta$ ) de la relación entre el Apoyo Social y la Sintomatología Depresiva y Física*

Predictores T1	T2		T3	
	Síntomas Depresivos	Síntomas Físicos	Síntomas Depresivos	Síntomas Físicos
Apoyo Social	-0,137***	0,078	-0,072*	-0,009
Apoyo Emocional	-0,795*	-0,643	-0,224	-0,062
Apoyo Instrumental	-0,357**	-0,196	-0,169	0,034
Apoyo Informativo	-0,429**	-0,235	-0,256*	-0,027

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . Análisis realizado considerando el nivel de exposición a estresores y la calidad de vida del periodo anterior como variables control. T1, T2 y T3 corresponden a los tiempos de medición.

*Relación entre Salud Mental y Salud Física en la CVRS (b)*

La relación entre la salud mental y física y la calidad de vida al controlar por el apoyo social, nivel de exposición a estresores y calidad de vida del periodo anterior, se encuentran resumidos en la Tabla 6. En ella es posible observar que tanto los síntomas depresivos como los síntomas físicos se relacionan de forma inversa con la CVRS del primer mes postparto ( $p < .001$ ), explicando sobre el 55% de la varianza. En el tercer mes postparto, la sintomatología depresiva continúa asociándose significativamente con la CVRS de este periodo ( $p < .05$ ) explicando entre un 34% y 35% de la varianza.

Tabla 6

*Relación entre Síntomas depresivos y Síntomas Físicos con la CVRS*

	T2			T2			95% IC	95% IC
	$\beta$	R <sup>2</sup> ajustado	95% IC	$\beta$	R <sup>2</sup> ajustado	95% IC		
<b>Síntomas Depresivos</b>								
Apoyo Social	-2,054***	0,549	-2,704	-1,404	-0,924*	0,347	-1,769	-0,078
A. Emocional	-2,032***	0,551	-2,661	-1,402	-0,891*	0,353	-1,712	-0,07
A. Instrumental	-2,072***	0,546	-2,709	-1,433	-0,909*	0,348	-1,74	-0,078
A. Informativo	-2,105***	0,545	-2,739	-1,471	0,878*	0,345	-1,716	-0,04
<b>Síntomas Físicos</b>								
Apoyo Social	-2,039***	0,591	-2,673	-1,406	-0,501	0,341	-1,432	0,429
A. Emocional	-1,984***	0,586	-2,615	-1,352	-0,439	0,346	-1,346	0,466
A. Instrumental	-1,993***	0,589	-2,611	-1,374	-0,417	0,343	-1,323	0,489
A. Informativo	-2,024***	0,583	-2,646	-1,401	-0,427	0,34	-1,334	0,481

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . Análisis realizado considerando el nivel de exposición a estresores y la calidad de vida del periodo anterior como variables control, no incluidos en la tabla por parsimonia. T2 y T3 corresponden a los tiempos de medición. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. A.Emocional=Apoyo emocional; A.Instrumental=Apoyo instrumental; A.Informativo=Apoyo informativo

*Relación entre Apoyo Social y CVRS (c')*

Los resultados de los efectos directos entre los tres tipos de apoyo social y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se encuentran resumidas en la Tabla 7, controlando por la sintomatología depresiva; y en la Tabla 8, para el análisis considerando la sintomatología física. A partir de estas mismas es posible observar que no existe un efecto directo del apoyo social sobre la CVRS por sobre la sintomatología, el nivel de exposición a estresores y la CVRS de la medición anterior. Dado que el nivel de exposición a estresores tampoco mostró ser un predictor significativo de CVRS, el nivel de calidad de vida de la medición previa es el mejor predictores de la calidad de vida subsecuente.



Tabla 7

*Efecto Directo entre el Apoyo Social y la CVRS controlado por los Síntomas Depresivos*

	T2				T3			
	$\beta$	R <sup>2</sup> ajustado	95% IC		$\beta$	R <sup>2</sup> ajustado	95% IC	
Apoyo Social	0,130	0,548	-0,157	0,417	-0,031	0,589	-0,348	0,287
CVRS	-0,317***		0,153	0,480	0,393***		0,188	0,599
Estrés	-1,496		-4,895	1,902	0,777		-3,065	4,619
A.Emocional	1,467	0,551	-0,835	3,767	-0,965	0,353	-3,555	1,625
CVRS	0,328***		0,165	0,492	0,407***		0,205	0,610
Estrés	-1,783		-5,101	1,536	0,503		-3,344	4,349
A. Instrumental	0,253	0,546	-0,526	1,032	-3,545	0,348	-1,224	0,514
CVRS	0,324***		0,160	0,487	0,411***		0,209	0,613
Estrés	-1,938		-5,257	1,381	0,949		-2,839	4,738
A. Informativo	0,161	0,545	-0,857	1,179	-0,173	0,345	-1,302	0,957
CVRS	0,319***		-0,167	-0,082	0,413***		0,210	0,616
Estrés	-2,036		-1,159	0,823	1,197		-2,548	4,941

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . T2 y T3 corresponden a los tiempos de medición. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. CVRS y Estrés = variables control. CVRS= Calidad de Vida medido en el periodo anterior. Estrés = nivel de exposición a estresores. A.Emocional=Apoyo emocional; A.Instrumental=Apoyo instrumental; A.Informativo=Apoyo informativo

Tabla 8

*Efecto Directo entre el Apoyo Social y la CVRS controlado por los Síntomas Físicos*

	T2				T3			
	$\beta$	R <sup>2</sup> ajustado	95% IC		$\beta$	R <sup>2</sup> ajustado	95% IC	
Apoyo Social	0,203	0,591	-0,075	0,481	0,036	0,341	-0,297	0,369
CVRS	0,338***		0,174	0,502	0,473***		0,236	0,711
Estrés	-1,589		-5,092	1,913	0,934		-3,452	5,319
A. Emocional	1,491	0,586	-0,814	3,796	-0,339	0,346	-3,12	2,443
CVRS	0,358***		0,194	0,522	0,494***		-0,194	-0,108
Estrés	-2,246		-5,682	1,191	0,625		-0,239	1,759
A. Instrumental	0,642	0,589	-0,124	1,408	-0,286	0,343	-1,218	0,647
CVRS	0,360***		0,199	0,522	0,509***		0,279	0,739
Estrés	-2,044		-5,455	1,366	0,971		-3,353	5,295
A. Informativo	0,569	0,583	-0,435	1,573	-0,056	0,34	-1,252	1,139
CVRS	0,352***		0,190	0,515	0,568***		0,382	0,754
Estrés	-2,336		-5,742	1,069	0,938		-3,222	5,098

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . T2 y T3 corresponden a los tiempos de medición. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. CVRS y Estrés = variables control. CVRS= Calidad de Vida medido en el periodo anterior. Estrés = nivel de exposición a estresores. A.Emocional=Apoyo emocional; A.Instrumental=Apoyo instrumental; A.Informativo=Apoyo informativo

### *Relación indirecta entre Apoyo Social y CVRS*

La Tabla 9 reporta los resultados obtenidos en el análisis del modelo de mediación realizado para contrastar las hipótesis del presente estudio. En primer lugar, como es ilustrado en la Figura 2, cuando los síntomas depresivos son considerados como mediador, el apoyo social se relacionó de forma indirecta con la CVRS mediante su efecto en la sintomatología depresiva en el primer mes postparto ( $\beta = 0,281$ , IC = 0,050, 0,521). El apoyo social emocional presentó un efecto total significativo ( $\beta = 3,081$ , IC = 0,452, 5,709), sin embargo, el efecto indirecto no fue significativo ( $\beta = 1,61$ , IC = -0,179, 4,026). A pesar de que el efecto directo reportado anteriormente, no resultó significativo, este resultado implicaría que esta relación sería directa, la cual no es detectable estadísticamente dado al alto valor del error estándar asociado a este mismo ( $EE = 1,16$ ). En cuanto al apoyo social instrumental se observa tanto un efecto indirecto ( $\beta = 0,74$ , IC = 0,192, 1,314), como un efecto total ( $\beta = 0,99$ , IC = 0,121, 1,865) estadísticamente significativo confirmando un efecto mediacional de los síntomas depresivos en la relación entre el apoyo instrumental y la CVRS en el primer mes postparto. Luego, el apoyo social informativo tiene un efecto indirecto estadísticamente significativo ( $\beta = 0,90$ , IC = 0,031, 1,876), no obstante, el efecto total del modelo no es significativo ( $\beta = 1,06$ , IC = -0,089, 2,222). Lo anterior indica que existe un efecto indirecto pero, al ser pequeño, al sumarse con el efecto directo el efecto total no sería significativo. En el tercer mes postparto (T3), no se obtuvo un efecto indirecto estadísticamente significativo para ningún tipo de apoyo social ni tampoco para la medición de apoyo social total.

Tabla 9

*Relación entre Apoyo Social y CVRS mediado por Síntomas Depresivos y Síntomas Físicos*

	T2		T3	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
1 Mediador: SD				
Apoyo Social	(0,094, 0,729) *	(0,050, 0,521)	(-0,281, 0,353)	(-0,018, 0,206)
A. Emocional	(0,452, 5,709)*	(-0,179, 4,026)	(-3,391, 1,861)	(-0,591, 1,002)
A. Instrumental	(0,121, 1,865)***	(0,192, 1,315)	(-1,072, 0,671)	(-0,048, 0,477)
A. Informativo	(-0,089, 2,222)	(0,310, 1,876)	(-1,073, 1,177)	(-0,065, 0,695)
2 Mediador: SF				
Apoyo Social	(0,033, 0,692)*	(-0,052, 0,368)	(-0,293, 0,374)	(-0,048, 0,078)
A. Emocional	(0,062, 5,472)*	(-0,359, 3,451)	(-3,091, 2,469)	(-3,339, 0,664)
A. Instrumental	(0,125, 1,939)*	(-0,156, 0,927)	(-1,232, 0,631)	(-0,177, 0,134)
A. Informativo	(-0,151, 2,239)	(-0,191, 1,247)	(-1,239, 1,149)	(-0,115, 0,247)

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ . Análisis realizado considerando el nivel de exposición a estresores y la calidad de vida del periodo anterior como variables control. T2 y T3 corresponden a los tiempos de medición. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. SD = Síntomas Depresivos; SF = Síntomas Físicos. A.Emocional=Apoyo emocional; A.Instrumental=Apoyo instrumental; A.Informativo=Apoyo informativo

Al introducir los síntomas físicos como mediador en la relación entre el apoyo social y la CVRS postparto, se observa un efecto total significativo para el apoyo social total ( $\beta = 0,36$ , IC = 0,033, 0,692), apoyo emocional ( $\beta = 2,77$ , IC = 0,062, 5,472) y, para el apoyo instrumental ( $\beta = 1,03$ , IC = 0,125, 1,939). No obstante, el efecto indirecto no alcanza a ser estadísticamente significativo. Dado que la CVRS del periodo anterior es el mejor predictor de CVRS, se consideró que podría estar ocultando el efecto indirecto entre el apoyo social y CVRS. Más aún, al realizar el análisis anterior el N total disminuye considerablemente, obteniendo un  $n$  entre 93 y 95, por lo que se decidió realizar el análisis de mediación sin la inclusión de las covariables: nivel de exposición a estresores y calidad de vida del periodo anterior, para poder detectar si existe un efecto indirecto, así como evitar la considerable pérdida de datos.

Los resultados de la estimación de la relación entre el apoyo social y la CVRS mediante su efecto en los síntomas físicos postparto, sin la inclusión de las variables control, se encuentran en la Tabla 10. El análisis realizado con el apoyo social total

mostró un efecto indirecto ( $\beta=0,33$ , IC = 0,101, 0,556) y un efecto total ( $\beta=0,39$ , IC = 0,334, 0,754) estadísticamente significativo. Lo anterior se encuentra ilustrado en la Figura 3, indicando que la mediación de la sintomatología física en la relación entre apoyo social y CVRS del primer mes postparto tiene un efecto indirecto pequeño que, al incluir las variables control, este no es detectable. Lo anterior vuelve a ocurrir al utilizar el apoyo emocional como variable, dado que se observó tanto un efecto indirecto ( $\beta= 2,39$ , IC = 0,449, 5,144), como un efecto total ( $\beta= 4,08$ , IC = 0,807, 7,36) estadísticamente significativos. En cuanto al apoyo instrumental, este no resultó ser significativo al obtener un efecto indirecto de  $\beta= 0,63$ , IC -0,033, 1,272 y un efecto total de  $\beta= 0,75$ , IC = -0,255, 2,429. Finalmente, el apoyo informativo muestra un efecto indirecto significativo ( $\beta= 0,96$ , IC = 0,108, 1,783), no obstante, el efecto total no es significativo ( $\beta= 1,09$ , IC = 0,255, 2,429), por lo que implicaría que el efecto indirecto al sumarse con el efecto directo, el efecto total resulta indetectable. El resultado anterior se repite al realizar el análisis para evaluar la relación entre el apoyo social y la CVRS a los tres meses postparto utilizando el apoyo social total y el apoyo emocional como mediador, dado que se obtiene un efecto indirecto de ( $\beta= 0,19$ , IC = 0,016, 0,405 y  $\beta= 1,48$ , IC = 0,069, 3,771) respectivamente y, un efecto total de ( $\beta= 0,33$ , IC = -0,040, 0,708 y  $\beta= 1,939$ , IC = -1,223, 5,102). Por otra parte, el apoyo instrumental y el apoyo informativo mostraron resultados no significativos para el efecto indirecto, total y directo.

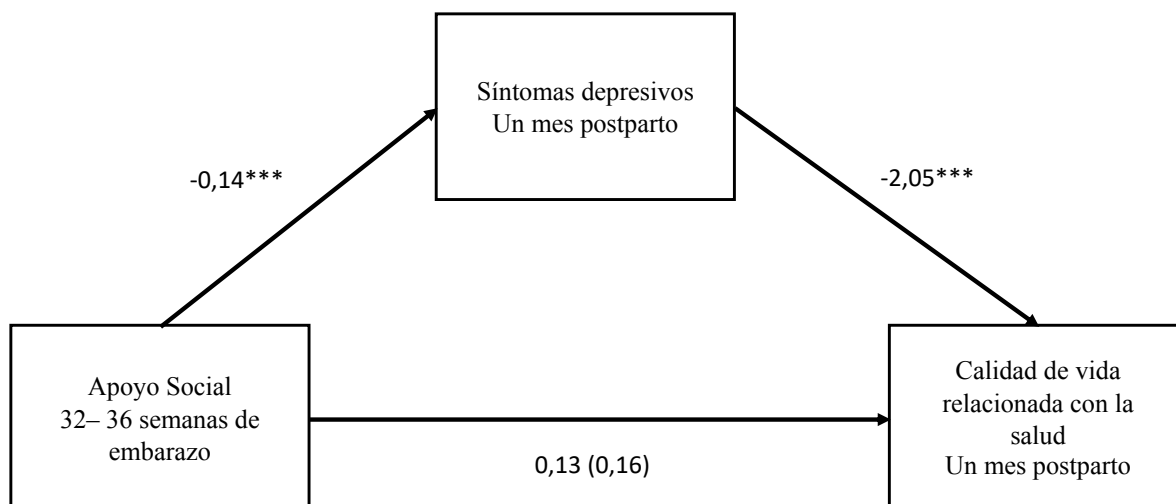


Figura 2. Efecto indirecto del apoyo social prenatal en la calidad de vida postparto a través de su efecto en la sintomatología depresiva

Nota: \* $p > .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p > .001$

Tabla 10

*Análisis de la relación entre Apoyo Social y CVRS mediante los Síntomas Físicos sin la inclusión de covariables*

	T2		T3	
	Efecto Total	Efecto Indirecto	Efecto Total	Efecto Indirecto
Mediador: SF				
Apoyo Social	(0,334, 0,754)	(0,101, 0,556)	(-0,040, 0,708)	(0,016, 0,405)
AS. Emocional	(0,807, 7,360)	(0,449, 5,144)	(-1,223, 5,102)	(0,069, 3,771)
AS. Instrumental	(-0,283, 1,787)	(-0,052, 1,262)	(-0,709, 1,422)	(-0,113, 0,964)
AS. Informativo	(-0,255, 2,429)	(0,106, 1,801)	(-0,645, 2,147)	(-0,151, 1,211)

T2 y T3 Corresponden a los tiempos de medición. SF = Síntomas Físicos. AS = Apoyo Social

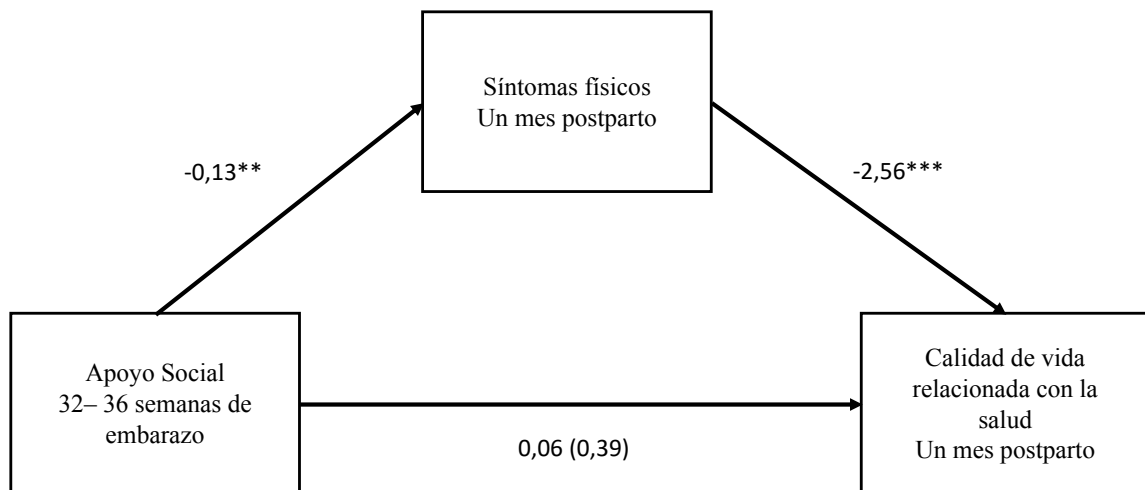


Figura 3. Efecto indirecto del apoyo social prenatal en la calidad de vida a los tres meses postparto a través de su efecto en la sintomatología física

Nota: \* $p > .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p > .001$ .

### Hipótesis de Moderación

Los resultados correspondientes a la hipótesis de moderación se encuentran resumidos en la Tabla 11. El nivel de exposición a estresores se relacionó negativamente con la CVRS prenatal, con un nivel de significancia de  $p < .05$  para el apoyo social total y, de  $p < .01$  para los tres tipos de apoyo. Sin embargo, la interacción entre el nivel de exposición a estrés y el apoyo social no fue significativo ( $p > .05$ ), en consecuencia, se rechaza la hipótesis alternativa propuesta por el presente estudio, es decir, el apoyo social durante las 32 – 36 semanas de embarazo no actúa como amortiguador de los efectos negativos del estrés en la calidad de vida.

Tabla 11

*Resultados de la relación entre Estrés y CVRS moderado por el Apoyo Social*

	$\beta$	ES	R <sup>2</sup> ajustado
1. Estrés → CVRS			
Estrés	-4,97*	1,89	0,09
AS	0,302	0,161	0,09
Estrés*AS	-0,29	0,19	0,09
2. Estrés → CVRS			
Estrés	-5,59**	1,87	0,07
ASemo	1,32	1,37	0,07
Estrés*ASemo	-1,82	1,64	0,07
3. Estrés → CVRS			
Estrés	-5,52**	1,90	0,07
ASinstru	0,45	0,44	0,07
Estrés*ASinstru	-0,73	0,57	0,07
4. Estrés → CVRS			
Estrés	-5,28**	1,89	0,07
ASinfo	0,79	0,59	0,07
Estrés*ASinfo	-0,42	0,72	0,07

Nota: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .005$ . CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud.  
 Estrés=nivel de exposición a estresores. AS= Apoyo social total; ASemo = Apoyo social emocional; ASinstru = Apoyo social instrumental; ASinfo = Apoyo social informativo

## Discusión

Con el fin de contribuir a una mayor comprensión de la relación entre el apoyo social, la salud mental y física y la calidad de vida en el contexto de la transición a la maternidad; se analizó si el apoyo social impacta de forma indirecta la calidad de vida de las mujeres en el periodo postparto a través de su efecto directo en la salud de las madres, prestando especial atención al momento en que se entrega el apoyo y al tipo de apoyo empleado por los familiares y amigos de la mujer. Más aún, se puso a prueba una de las hipótesis más reconocidas en la literatura, la *Buffering Hypothesis*, al evaluar si en el presente contexto el efecto de la exposición a estresores en la calidad de vida prenatal cambia cuando se introduce la variable apoyo social como moderador.

Los resultados del presente estudio son consistentes con la literatura al confirmar que la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres en la transición a la maternidad se encuentra vulnerable (Fahey & Shenassa, 2013), ya que mostró cambiar de forma significativa durante este proceso. Por lo tanto, los resultados sostienen que las mujeres refieren tener una menor calidad de vida en el periodo previo al parto, en comparación con el postparto inicial, en donde aumenta de forma significativa.

La menor calidad de vida de las madres previo al parto podría causarse por lo que Emmanuel et al. (2012) denomina como distrés maternal. Este distrés maternal durante el embarazo se caracteriza por abarcar las preocupaciones y cambios propios de este periodo que pueden en su conjunto influir en la calidad de vida de la madre. Por consiguiente, previo al parto las mujeres podrían referir tener una menor calidad de vida dado a una acumulación de factores, tales como molestias físicas, así como miedos relacionados al parto y la crianza, a pesar de referir tener una baja exposición a estresores. En el presente estudio, se podría diferenciar el distrés maternal del nivel de exposición a estresores, dado que las mujeres tienden a normalizar los cambios, síntomas y molestias del embarazo al considerarlos como *parte del proceso* (Ansara et al., 2005; Machiyama et al., 2017), por tanto, minimizando su percepción de estrés y el efecto de estos mismos en su calidad de vida. Sin embargo, los resultados del presente



estudio confirman que, a pesar de percibir bajos niveles de estrés; el efecto de estos cambios es significativo, por lo que es importante que no sean ignorados o minimizados por profesionales.

El distrés maternal podría continuar hasta el postparto, dado que los resultados reportan una relación significativa entre los síntomas depresivos y los síntomas físicos y la calidad de vida en el primer mes postparto que se mantiene incluso por sobre el efecto de la calidad de vida del periodo anterior y el nivel de exposición a estresores de la madre. Más aún, se observó que el efecto de los síntomas físicos en la calidad de vida del primer mes postparto fue mayor que el efecto de los síntomas depresivos, no obstante, la influencia de este último perduró hasta los tres meses. Por lo tanto, a pesar de que los síntomas depresivos de la muestra se hayan mantenido en puntajes bajos, los resultados confirman que su efecto en la calidad de vida sigue siendo significativo incluso tres meses después del parto, confirmando que los síntomas, a pesar de ser alteraciones comunes del embarazo, se deben seguir teniendo en cuenta en el periodo postparto, incluso después de las primeras 6 a 8 semanas consideradas de adaptación normal (Cheng & Li, 2008; Cooklin et al., 2015).

#### *Apoyo Social y Salud mental y física*

Sobre el efecto del apoyo social en la salud, los datos del presente estudio confirman que el apoyo social ejerce un efecto diferente en la salud mental y en la salud física (Collins et al., 1993). En la relación entre el apoyo social y sus tres tipos con la salud física, a pesar de mostrar estar correlacionadas, su relación no se sostuvo por sobre el nivel de estrés y la calidad de vida del periodo anterior. Sin embargo, esta sí se sostuvo en la relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en el primer mes postparto. Por lo tanto, una mayor percepción tanto del apoyo social total, como de sus tres tipos, se asocian con menores puntajes de síntomas depresivos incluso por sobre el nivel de exposición a estresores y de calidad de vida del periodo anterior, indicando una relación fuerte y consistente con la literatura (Schwab-Reese et al., 2017). Lo anterior

confirma una relación más sólida entre el apoyo social y la salud mental, en comparación con su relación con la salud física.

En cuanto a los tipos de apoyo, se destaca el rol del apoyo informativo en su relación con los síntomas depresivos, ya que resultó ser el tipo de apoyo con un efecto más duradero en la salud mental de la mujer postparto. Durante el proceso de transición a la maternidad, es normal que las mujeres tengan dudas y preguntas sobre el rol de madre, pues en la realidad, a nadie le enseñan a hacer madre (Geissbuehler & Eberhard, 2002; Grimalt O & Heresi M, 2012). Es por esto que las mujeres suelen recurrir a su propia experiencia (Grimalt O & Heresi M, 2012), acercándose a referentes personales en busca de orientación y consejos sobre el rol de madre, como por ejemplo, su propia madre o familiares o amigas que se encuentren o hayan pasado por el mismo proceso (Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013). Por lo tanto, los resultados del presente estudio podrían respaldar la idea de que la percepción de que existen referentes cercanos o personas a quien recurrir para poder obtener información relevante para enfrentar los desafíos del rol de madre, podrían asociarse con una mayor sensación de seguridad por parte de la mujer, de contar con los recursos necesarios para enfrentar el parto y postparto, logrando disminuir los síntomas depresivos del periodo postparto, incluso hasta los tres meses e independiente del nivel de exposición a estrés.

#### *Apoyo Social y CVRS*

El apoyo social total se correlacionó con la calidad de vida postparto tanto en el primer mes, como en el tercer mes postparto. De los componentes específicos del apoyo social, el apoyo emocional fue el único tipo de apoyo que se correlacionó con la calidad de vida en el primer mes postparto, indicando que la percepción de que los familiares y amigos le entregarán amor y cariño a la mujer cuando lo necesite, ejerce un mayor efecto en la calidad de vida en el primer mes postparto, en comparación con la ayuda en tareas o problemas prácticos y la entrega de información. Sin embargo, esta relación no se sostuvo al incluir las variables control, lo cual significa que el apoyo social no funciona como un predictor significativo de la calidad de vida por sobre el nivel de

estrés y el nivel de calidad de vida previo. Lo anterior difiere de los resultados encontrados en Basharpour et al. (2017) y Emmanuel et al. (2012), en donde el apoyo social continuó siendo un predictor de calidad de vida incluso al ingresar otras covariables. Sin embargo, los estudios mencionados no controlaron el efecto del nivel de exposición a estresores o el nivel de calidad de vida anterior en la relación entre apoyo social y calidad de vida, lo cual indica que, en comparación con el nivel de calidad de vida anterior, el apoyo social no logra ser un predictor significativo de calidad de vida en el postparto ya que este mismo resulta ser un predictor bastante fuerte. En consecuencia, el apoyo social, específicamente el apoyo emocional, muestra cierta dependencia con la calidad de vida del primer mes postparto, la cual no fue posible establecer como un predictor consistente.

#### *Relación indirecta entre Apoyo Social y CVRS*

El presente estudio intentó ahondar en la relación entre el apoyo social y la calidad de vida, explicándola a través de un camino indirecto, el cual fue positivo en ciertos casos. Uno de ellos fue la confirmación de la relación causal entre el apoyo social total y los síntomas depresivos en el primer mes postparto, logrando un efecto en la calidad de vida de este mismo. Es decir, una mayor percepción de apoyo social previo al parto, se asocia con menos síntomas depresivos luego del parto y una mejor calidad de vida en el primer mes. Estos resultados son consistentes con la literatura en donde se destaca el efecto beneficioso del apoyo social en la salud mental de las madres (Rojas et al., 2006).

Contrario a la hipótesis planteada en el estudio, el apoyo emocional no logró ser parte del modelo de mediación; no así el apoyo instrumental, el cual resultó ser significativo incluso al mantener constante el nivel de exposición a estresores. Estos resultados indican que, independiente del nivel de estrés de la mujer y el nivel de calidad de vida previo, la percepción de ayuda disponible con tareas o problemas prácticos en el periodo de ajuste y adaptación a las necesidades tanto del bebé como de la madre, podría hacer sentir a esta última con más confianza, con una mayor percepción de autoeficacia,

logrando así sentirse más tranquila y preparada (Fahey & Shenassa, 2013), causando una disminución de la sintomatología depresiva y una mejor calidad de vida. Las mujeres pueden preferir un apoyo instrumental en las primeras semanas del periodo postparto, dada la necesidad de contar con ayuda y asistencia en el cuidado del bebé, el hogar y las demandas de tiempo para otras tareas de autocuidado personal, tales como descansar y comer (Fahey & Shenassa, 2013; Negron et al., 2013). Satisfacer estas necesidades y ayudando a cumplir con la rutina de deberes podría ayudar a normalizar la experiencia de ajuste y ayudando a mantener la identidad propia de la mujer durante un periodo de cambio (Negron et al., 2013). Incluso autores reportan que las mujeres refieren sentir rabia, estrés y ansiedad cuando perciben que su red de apoyo no le está ayudando a satisfacer sus necesidades en este periodo (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011).

La diferencia entre lo planteado por la literatura y los resultados del presente estudio, se podría deber a la falta de estudios que consideran los tipos de apoyo en el análisis y no solo de forma teórica. Es decir, la gran mayoría de las investigaciones suelen describir los tipos de apoyo, centrándose específicamente en el apoyo emocional y el apoyo instrumental (Reid & Taylor, 2015), sin embargo al analizar el apoyo social, lo realizan de forma global o total. Por consiguiente, dado los resultados del presente estudio, potenciar el apoyo instrumental entregado por las personas cercanas de las madres, podría ayudar a que la red de apoyo también participe en la recuperación de la madre al ayudar a prevenir que las alteraciones emocionales, tales como los síntomas depresivos, impacten de forma significativa su calidad de vida en el primer mes postparto. Tal como fue reportado por Bäckström et al. (2017) en su estudio cualitativo sobre la necesidad de las madres en el periodo postparto, no sólo basta con que la red de apoyo esté disponible, sino también que sepa cómo ayudar en el contexto de maternidad.

En cuanto a la hipótesis de mediación utilizando los síntomas físicos como mediador, los resultados indican que, ante la presencia de bajos niveles de estrés, el apoyo social no ejerce un efecto significativo en la salud física y tampoco en la calidad de vida de las madres. Por lo tanto, el efecto del apoyo social en la salud física y calidad

de vida reportado en la literatura, es en este caso un efecto más bien pequeño en el primer mes postparto, dado que sí fue posible encontrar una relación significativa sólo cuando se excluyeron las variables control. En este contexto, contrario a lo encontrado por otros autores (Collins et al., 1993), el apoyo instrumental no se relacionó con la salud física y calidad de vida, siendo el apoyo emocional el único tipo de apoyo que se ajustó significativamente al modelo en el primer seguimiento. Esto implica que el apoyo emocional, al fomentar una percepción de empatía, amor y confianza, así como promover una sensación de bienestar y pertenencia, logra influir parcialmente en la sensación de molestia de los síntomas físicos de este periodo y mejorar la calidad de vida.

La literatura propone dos vías mediante las cuales el apoyo social podría influir en la salud física de las personas en general, la primera de ellas es una vía directa, al afectar los sistemas biológicos del cuerpo, especialmente los procesos inflamatorios; y una vía más indirecta a través de su influencia en las conductas promotoras de la salud (Reblin & Uchino, 2009), la cual ha sido respaldada en una muestra de mujeres gestantes (Basharpoor et al., 2017). Sin embargo, esta relación no parece ser lo suficientemente fuerte frente a la presencia de estrés y considerando la calidad de vida previa en el contexto de embarazo y postparto, donde además existen alteraciones físicas mayores evidentes en comparación con las personas no embarazadas o en un posparto inicial.

Los efectos indirectos significativos mencionados previamente entre el apoyo social y la calidad de vida no se mantuvieron hasta los tres meses postparto, lo cual indica que la influencia del apoyo social en un momento del tiempo no se mantiene por más de un mes después del parto, siendo necesaria la medición repetida de la variable a lo largo del postparto. Ya que el periodo prenatal y postparto inicial corresponden a los momentos con más distrés maternal producidos, no por grandes estresores; sino por los desafíos diarios que debe enfrentar la mujer en el intento de adaptarse al rol de madre y conciliar sus otras responsabilidades (Razurel et al., 2011), la percepción de apoyo, que usualmente es invisible y recíproca entre los individuos y su red de apoyo cercana; se

convierte en un recurso más visible y necesario (Thoits, 2011). Por lo tanto, luego de tres meses del parto, la mujer al reportar tener una mejor calidad de vida, representando una mejor adaptación y recuperación, podría cambiar su percepción de apoyo de sus cercanos en momentos de menor estrés. Estudios previos confirman la fluctuación de la percepción de apoyo en el postparto (Schwab-Reese et al., 2017), reforzando la necesidad de medir el apoyo social en el postparto para poder evaluar su efecto después del primer mes postparto.

#### *Hipótesis de Moderación*

Finalmente, el presente estudio evaluó la reconocida hipótesis de moderación en el contexto de transición a la maternidad, enfocándose principalmente en la diferencia entre los tipos de apoyo. No obstante, los resultados no apoyaron la hipótesis de moderación del apoyo social entre el nivel de exposición a estresores y la calidad de vida preparto. A pesar de que la exposición a estresores se relacionó con la calidad de vida prenatal, el apoyo social no logró moderar el efecto adverso de este mismo. Los resultados son consistentes con estudios previos en donde se ha analizado el efecto moderador del apoyo social en el contexto de transición a la maternidad (Schwab-Reese et al., 2017), en donde tampoco se logró respaldar la hipótesis de moderación. En consecuencia, es posible cuestionar si la hipótesis de moderación, más allá de su sustento teórico y la evidencia que la apoya en otros contextos, realmente ocurre en el contexto de transición a la maternidad o, si es la potencia de las investigaciones aquella que está fallando.

Es importante destacar que la muestra del presente estudio se compuso principalmente de mujeres con una baja exposición a estresores y un nivel socioeconómico medio alto, por lo tanto, la población de mujeres en transición a la maternidad podría mostrar resultados diferentes al incluir casos donde la muestra incluya mujeres con mayores factores de riesgo o estresores, como por ejemplo, mujeres con un nivel socioeconómico bajo, solteras o con una red de apoyo reducida, como fue visto en un meta-análisis (Robertson, Wallington & Stewart, 2004), ya que la literatura sostiene

que si durante el embarazo y postparto se agregan otros estresores, tales como un bajo nivel socioeconómico, con problemas financieros, problemas maritales, consumo de sustancias, entre otros, se pueden intensificar los efectos del estrés en la salud y calidad de vida de las madres, por tanto, el efecto del apoyo social podría cambiar (Shishehgar et al., 2013). Incluso, investigadores sostienen que el tipo, calidad y percepción de apoyo social puede variar dependiendo del nivel socioeconómico, dado que la disponibilidad de apoyo puede ser menor, disminuyendo el acceso a otros recursos de apoyo para el cuidado del bebé (Ahn & Youngblut, 2007), cambiando la relación entre las variables del presente estudio.

En conclusión, el presente estudio contribuyó a una mayor comprensión de la compleja relación entre el apoyo social entregado por familiares y amigos y su impacto en la salud y calidad de vida de las mujeres en el contexto de transición a la maternidad. En primer lugar, es posible concluir que las alteraciones físicas y emocionales propias del embarazo contribuyen a una carga en las madres que influye significativamente en su nivel de calidad de vida postparto, lo cual destaca la importancia de no ignorar sus necesidades en este periodo. Más aún, el presente estudio ayudó a esclarecer las diferencias del efecto del apoyo social en la salud física y mental por separado, observando que en este contexto, el apoyo social ejerce un valioso impacto en la salud mental, por sobre la salud física. Además, se logró comprender el rol de distintos tipos de apoyo social en un contexto particular, en donde se encontraron resultados diferentes para cada uno de ellos. El apoyo informativo, a pesar de ser el tipo de apoyo menos considerado en la literatura, mostró ser relevante en la relación con la sintomatología depresiva, siendo beneficioso incluso hasta los tres meses postparto. Por otro lado, a pesar de que el apoyo social no se relacionó de forma directa con la calidad de vida, como se esperaba; el apoyo emocional mostró ser relevante al mostrar cierta dependencia con la calidad de vida del primer mes postparto. Sin embargo, el hallazgo más importante del presente estudio se centra en el mecanismo mediante el cual el apoyo social se relacionó con la calidad de vida postparto en donde, en línea con los resultados,

no se logró respaldar la hipótesis de moderación propuesta teóricamente. En este sentido, se destaca que el análisis del efecto del apoyo social debe ser realizado cuidadosamente, considerando el contexto en particular donde se está llevando a cabo, así como los factores específicos de este mismo como el timing y el tipo de apoyo, sin la posibilidad de extrapolar los resultados a otros escenarios. En el presente contexto de transición a la maternidad de mujeres chilenas, con un nivel socioeconómico medio alto y una baja exposición a estresores, el apoyo social, especialmente el apoyo instrumental, impactó de manera indirecta la calidad de vida de las mujeres en el primer mes postparto a través de su asociación directa con la salud mental de las madres, apoyando así una hipótesis de mediación entre el apoyo social instrumental y la calidad de vida postparto. Estos resultados pueden ser beneficiosos para el desarrollo de intervenciones realizadas por prestadores de salud para considerar la detección y activación de la participación de la red de apoyo de las madres de forma especializada y lograr así una mejor salud mental y calidad de vida, especialmente en el periodo postparto donde se pierde considerablemente el contacto con las madres. Por ejemplo, una aplicación práctica sería generar una mayor conciencia en los profesionales de la salud que atienden a la madre en el periodo previo al parto, es decir, médicos, enfermeras, matronas, para que así se puedan realizar recomendaciones sencillas tanto a la madre como a su red de apoyo y lograr influir en la sintomatología depresiva y calidad de vida de forma precoz a través de sencillas intervenciones. Más aún, aplicaciones futuras podrían avanzar al desarrollo de una pequeña lista de preguntas para los profesionales de la salud en donde se pueda detectar con facilidad las variables de interés y, en caso de detectar a madres con mayor riesgo (baja percepción de apoyo social, síntomas depresivos importantes), crear un vínculo entre los profesionales del área de la obstetricia y una unidad de psicología con el fin de contar con el apoyo adecuado. Por otro lado, se podrían realizar trípticos de fácil acceso (por ejemplo, ubicados en las salas de espera), con información precisa para la familia y amigos de la futura madre sobre los beneficios del apoyo instrumental en la salud mental de las madres y en la calidad de vida tanto de la madre, como de su bebé y



familia, ya que esta información sería de gran utilidad para el grueso de la población que no necesariamente tenga sintomatología en niveles de alto riesgo.

El presente estudio tiene ciertas limitaciones correspondientes a los datos recaudados y al tipo de análisis realizados. En primer lugar, las participantes generalmente respondieron con un alto nivel de apoyo social, sin embargo, dado a que este instrumento fue respondido verbalmente frente a una psicóloga, esto podría haber contribuido a un sesgo en la respuesta. Además, la muestra del estudio fue más bien homogénea en cuanto al nivel socioeconómico, educación y nivel de apoyo percibido, lo cual limita la generalizabilidad de los resultados. Por lo tanto, futuros estudios podrían incluir a mujeres con un mayor riesgo y exposición a estresores, tales como una mayor proporción de mujeres solteras o sin pareja, menor nivel socioeconómico, entre otros. En cuanto al análisis, existió un número total de participantes diferente en los tiempos de medición y en los análisis, lo cual pudo haber afectado la potencia del modelo para detectar diferencias significativas. También, en el presente estudio se realizaron varios análisis estadísticos diferentes, lo cual permitiría aumentar la probabilidad de encontrar resultados significativos. Finalmente, en relación al análisis principal de mediación entre las variables de estudio, la variable mediadora y la variable dependiente formaron parte del mismo punto de medición (T2), lo cual puede haber limitado los resultados del modelo.

## Referencias

- Ahn, S., & Youngblut, J. M. (2007). Predictors of Women's Postpartum Health Status in the First 3 Months After Childbirth. *Asian Nursing Research*, 1(2), 136–146.  
[https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(08\)60016-X](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(08)60016-X)
- Alvarado, R., Guajardo, V., Rojas, G., Jadresic, E., Jorquera, M. J., & Sandoval, M. (2012). Informe Final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas. Recuperado de <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDSEmbarazadasV2.pdf>
- 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 & Gynecology*, 26(2), 115–125. <https://doi.org/10.1080/01443610400023064>
- Bäckström, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsäter, M., Mårtensson, L. B., & Thorstensson, S. (2017). 'It makes you feel like you are not alone': Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 51–57.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.02.007>
- Basharpoor, S., Heidarirad, H., Soleimani, E., & Behroz, D. (2017). The Role of Health-Promoting Behaviors in Predicting the Quality of Life of Pregnant Women. Original Article *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery J Res Dev Nurs Midwifery*, 3614(11), 36–43. <https://doi.org/10.29252/jgbfnm.14.1.36>
- Cheng, C.-Y., & Li, Q. (2008). Integrative Review of Research on General Health Status and Prevalence of Common Physical Health Conditions of Women After Childbirth. *Women's Health Issues*, 18(4), 267–280. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.02.004>
- Chien, L.-Y., Tai, C.-J., Hwang, F.-M., & Huang, C.-M. (2009). Postpartum physical symptoms and depressive symptomatology at 1 month and 1 year after delivery: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), 1201–1208.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.007>

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243–1258. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1243>
- Cooklin, A. R., Amir, L. H., Jarman, J., Cullinane, M., & Donath, S. M. (2015). Maternal Physical Health Symptoms in the First 8 Weeks Postpartum Among Primiparous Australian Women. *Birth*, 42(3), 254–260. <https://doi.org/10.1111/birt.12168>
- Coyle, S. B. (2009). Health-Related Quality of Life of Mothers: A Review of the Research. *Health Care for Women International*, 30(6), 484–506. <https://doi.org/10.1080/07399330902801260>
- Emmanuel, E., Creedy, D. K., St John, W., Gamble, J., & Brown, C. (2008). Maternal role development following childbirth among Australian women. *Journal of Advanced Nursing*, 64(1), 18–26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04757.x>
- Emmanuel, E., Winsome, S. J., & Sun, J. (2012). Relationship between Social Support and Quality of Life in Childbearing Women during the Perinatal Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), E62–E70. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01400.x>
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(6), 613–621. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>
- Gebuz, G., Kaźmierczak, M., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., & Banaszkiwicz, M. (2016). Adequacy of social support and satisfaction with life during childbirth. *Polish Annals of Medicine*, 23(2), 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2016.01.004>
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229–235. <https://doi.org/10.3109/01674820209074677>

- Gondim Pereira Calou, C., Karina Bezerra Pinheiro, A., Christina Moura Barbosa Castro, R., Fontenele de Oliveira, M., de Souza Aquino, P., Janco Antezana, F., & P Calou, C. G. (2006). Health Related Quality of Life of Pregnant Women and Associated Factors: An Integrative Review. *HealthJ. Health*, 6(6), 2375–2387.  
<https://doi.org/10.4236/health.2014.618273>
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511–520.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001>
- Grimalt O, L., & Heresi M, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239–246. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>
- Haas, J. S., Jackson, R. A., Fuentes-Afflick, E., Stewart, A. L., Dean, M. L., Brawarsky, P., & Escobar, G. J. (2004). Changes in the Health Status of Women During and After Pregnancy. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 45–51.  
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40097.x>
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1–2), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach. *Journal of Educational Measurement (The Guilfo*, Vol. 51). New York. <https://doi.org/10.1111/jedem.12050>
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. Recuperado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1023509117524.pdf>
- Higginson, I. J. (2001). Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322(7297), 1297–1300. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7297.1297>
- Jadresic, E., Araya, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16(4), 187–191. <https://doi.org/10.3109/01674829509024468>

- Jansen, A. J. ., Duvekot, J. J., Hop, W. C. J., Essink-Bot, M.-L., Beckers, E. A. M., Karsdorp, V. H. M., ... Van Rhenen, D. J. (2007). New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(5), 579–584. <https://doi.org/10.1080/00016340701275424>
- Joustra, M. L., Janssens, K. A. M., Schenk, H. M., & Rosmalen, J. G. M. (2018). The four week time frame for somatic symptom questionnaires reflects subjective symptom burden best. *Journal of Psychosomatic Research*, 104, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.11.006>
- Machiyama, K., Hirose, A., Cresswell, J. A., Barreix, M., Chou, D., Kostanjsek, N., ... Filippi, V. (2017). Consequences of maternal morbidity on health-related functioning: a systematic scoping review. *BMJ Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013903>
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2014). Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Postparto, y Apoyo al Tratamiento. Santiago. Recuperado de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofina112032014.pdf>
- Mogos, M. F., August, E. M., Salinas-Miranda, A. A., Sultan, D. H., & Salihu, H. M. (2013). A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Applied Research in Quality of Life*, 8(2), 219–250. <https://doi.org/10.1007/s11482-012-9188-4>
- Mori, E., Iwata, H., Sakajo, A., Maehara, K., & Tamakoshi, K. (2017). Association between physical and depressive symptoms during the first 6 months postpartum. *International Journal of Nursing Practice*, 23, e12545. <https://doi.org/10.1111/ijn.12545>
- Morin, M., Vayssiere, C., Claris, O., Irague, F., Mallah, S., Molinier, L., & Matillon, Y. (2017). Evaluation of the quality of life of pregnant women from 2005 to 2015. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 214, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.045>
- Mortazavi, F., Seyed, ;, Mousavi, A., Chaman, R., & Khosravi, A. (2014). Maternal Quality of Life During the Transition to Motherhood. *Iran Red Crescent Med J*. 2014, 16(5). <https://doi.org/10.5812/ircmj.8443>

- 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>
- Olivares, T. (2006). Calidad de Vida Relacionada con la Salud (HR-QoL) en Población General. Chile 2005. Santiago. Recuperado de [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3818\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-3818_recurso_1.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Recuperado de [http://www.who.org/gb/gb/PDF/bd46\\_p2.pdf](http://www.who.org/gb/gb/PDF/bd46_p2.pdf)
- Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A., & Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atención Primaria*, 47(8), 523–531. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237–242. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2009). Social and Emotional Support and its Implication for Health. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Reid, K. M., & Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research*, 54, 246–262. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.009>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289–295.
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González A, M., Guajardo, V., 3a, T., & Araya B, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto Quality of life of women

- depressed in the post-partum period. *Rev Méd Chile*, 134, 713–720. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v134n6/art06.pdf>
- Ros Montalbán, S., Comas Vives, A., & Garcia-Garcia, M. (2010). Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 345–57. Recuperado de <https://actapsiquiatria.es/repositorio/11/68/ESP/11-68-ESP-345-357-775023.pdf>
- Schwab-Reese, L. M., Schafer, E. J., & Ashida, S. (2017). Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. *Women & Health*, 57(6), 723–740. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1181140>
- 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 & Reproductive Healthcare*, 2, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.12.003>
- Schytt, E., Lindmark, G., & Waldenstro, U. (2005). Physical symptoms after childbirth : prevalence and associations with self-rated health, 112(February), 210–217.
- 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>
- Shisheghar, S., Mahmoodi, A., Dolatian, M., Mahmoodi, Z., Bakhtiary, M., & Majd, H. A. (2013). The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(7), 560–565. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12174>
- Symon, A., MacKay, A., & Ruta, D. (2003). Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 21–29. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02575.x>
- Taylor, S. E. (2011). Social Support: A review. In F. Howard S (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 189–196). New York: Oxford University Press, Inc. Recuperado

de

[https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=apBoAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA189&dq=%22social+support%22+review+taylor&ots=74AbvyH0tP&sig=OPnSj2ph\\_27QeS3M8M1\\_88ly2ik&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=true](https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=apBoAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA189&dq=%22social+support%22+review+taylor&ots=74AbvyH0tP&sig=OPnSj2ph_27QeS3M8M1_88ly2ik&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true)

- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.  
<https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Triviño-Juárez, J., Romero-Ayuso, D., Nieto-Pereda, B., Forjaz, D. I., Criado- Ivarez, J.-J., Arruti-Sevilla, B., ... Plá -Mestre, R. (2017). Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth. *Women and Birth*, 30, 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.005>
- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236–255.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- 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*, 185, 45–52.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.041>
- Vera-Villarroel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1275–1283. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>
- 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>



- Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*, 27(5), 745–749. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.014>
- Wei, D.-M., Au Yeung, S. L., He, J.-R., Xiao, W.-Q., Lu, J.-H., Tu, S., ... Qiu, X. (2018). The role of social support in family socio-economic disparities in depressive symptoms during early pregnancy: Evidence from a Chinese birth cohort. *Journal of Affective Disorders*, 238, 418–423. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.014>
- World Health Organization. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Reuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Xie, R.-H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637–643. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>
- Zimmermann-Tansella, C., Bertagni, P., Siani, R., & Micciolo, R. (1994). Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Social Science & Medicine*, 38(4), 559–564. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90252-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90252-6)

## ANEXOS

### Apoyo social MOS (versión chilena Poblete et al., 2015)

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

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

**Escriba el n° de amigos y familiares**

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

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. X	1	2	3	4	5
2. Cuando usted tiene que estar en cama (por enfermedad) hay alguien que lo(a) puede ayudar					
3. Tiene alguien con quien contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas (como resolverlos)	1	2	3	4	5
5. Cuando tiene que ir al médico y necesita que lo (a) acompañen hay alguien que lo pueda hacer	1	2	3	4	5
6. Hay alguna persona que le muestra amor y afecto (esposa, hijos, amigos, etc)	1	2	3	4	5
7. Hay alguna persona con la que usted pueda pasar un buen rato ( salir a pasear, comer, ver televisión, conversar, etc)	1	2	3	4	5

8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
9. Alguien que lo (a) abrace	1	2	3	4	5
10. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
12. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
13. Tiene alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
14. Cuando está enfermo(a) alguien le ayuda en sus actividades diarias (aseo del hogar, compañero de trabajo hace algo que le correspondía a ud)	1	2	3	4	5
15. Puede compartir sus temores y problemas personales con alguien	1	2	3	4	5
16. Alguien con quién divertirse ( hacer cosas entretenidas o distraerse)	1	2	3	4	5
17. Hay una persona que comprenda sus problemas (que entienda lo que le pasa).	1	2	3	4	5
18. Tiene alguien a quien amar y hacerle sentir querido (esposa, hijos, hermanos, amigos)	1	2	3	4	5

**Escala de Edimburgo** (Alvarado, Guajardo, Rojas, y Jadresic, 2012).

Por favor, indíqueme la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	0. Tanto como siempre
	1. No tanto ahora
	2. Mucho menos ahora
	3. No, nada
2. He disfrutado mirar hacia el futuro	0. Tanto como siempre.
	1. Menos que antes
	2. Mucho menos que antes
	3. Casi nada
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente	3. Sí, la mayor parte del tiempo
	2. Sí, a veces
	1. No con mucha frecuencia
	0. No, nunca
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener un motivo importante	0. No, nunca
	1. Casi nunca
	2. Sí, a veces
	3. Sí, con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	3. Sí, bastante
	2. Sí, a veces
	1. No, no mucho
	0. No, nunca
6. No he podido enfrentar bien los problemas y estos me están sobrepasando.	3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
	2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
	1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
	0. No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	3. Sí, la mayor parte del tiempo
	2. Sí, a veces
	1. No con mucha frecuencia
	0. No, nunca

8. Me he sentido triste o infeliz	3. Sí, la mayor parte del tiempo
	2. Sí, bastante a menudo
	1. No con mucha frecuencia
	0. No, nunca
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	3. Sí, la mayor parte del tiempo
	2. Sí, bastante a menudo
	1. Sólo ocasionalmente
	0. No, nunca
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	3. Sí, bastante a menudo
	2. A veces
	1. Casi nunca
	0. No nunca

**PHQ-15.**

Por favor, indique la opción más acertada en su caso. **Durante las últimas 4 semanas**, ¿Cuánto le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Much o</b>
1. Dolores de estómago.....	1	2	3
2. Dolores de espalda.....	1	2	3
3. Dolores de brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc).....	1	2	3
4. En el caso de ser mujer, dolores o problemas menstruales.....	1	2	3
5. Dolores o problemas durante las relaciones sexuales.....	1	2	3
6. Dolores de cabeza.....	1	2	3
7. Dolores en el pecho.....	1	2	3
8. Mareos.....	1	2	3
9. Desmayos o lipotimias.....	1	2	3
10. Taquicardias (corazón o pulso acelerado) o palpitaciones.....	1	2	3
11. Dificultades para respirar.....	1	2	3
12. Estreñimiento, retortijones o diarrea.....	1	2	3
13. Náuseas, gases o indigestión.....	1	2	3
14. Sentirse cansado o con poca energía.....	1	2	3
15. tener problemas para dormir (coger el sueño o mantenerlo), o tener más sueño de la cuenta.....	1	2	3
16. Incontinencia urinaria.....	1	2	3
17. Incontinencia fecal.....	1	2	3
18. Hemorriodes (Almorranas).....	1	2	3
19. Resfriados, o tos.....	1	2	3
20. Problemas o dolor en los pechos.....	1	2	3

**SF-12v2 Health Survey.**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted, y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

**Excelente**     **Muy Buena**     **Buena**     **Regular**     **Mala**

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

	<b>Sí, me limita mucho</b>	<b>Sí, me limita un poco</b>	<b>No, no me limita mucho</b>
1. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	<b>Si</b>	<b>No</b>
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <b>cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿Hasta qué punto <u>el dolor</u> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?		

**Nada**       **Un poco**       **Regular**       **Bastante**       **Mucho**

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido, y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responde lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo...

		<b>Siempre</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo alguna vez</b>	<b>Nunca</b>
10. se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

**Siempre**       **Casi siempre**       **Algunas veces**       **Sólo alguna vez**       **Nunca**