



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Antecedentes de depresión, síntomas de estrés  
post-traumáticos y apoyo social percibido:  
prediciendo depresión postparto**

**MAGDALENA DOMEYKO PRIETO**

Profesor Guía: Marcela Aracena

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

**Junio, 2019  
Santiago, Chile**





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Antecedentes de depresión, síntomas de estrés  
post-traumáticos y apoyo social percibido:  
prediciendo depresión postparto**

**MAGDALENA DOMEYKO PRIETO**

Profesor Guía: Marcela Aracena

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

**Junio, 2019  
Santiago, Chile**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mis padres, por permitirme continuar con mis estudios para lograr obtener un Magíster en Psicología de la Salud.

Quiero agradecer a Colomba Prado, compañera del Magister, quién siempre estuvo disponible cuando la necesité.

Agradezco también a Lydia Gómez por permitirme trabajar en su FONDECYT, a Camila Román y Milagros Bussio por siempre estar disponibles a ayudarme cuando tuve que recurrir a ellas y a todo el equipo del proyecto: Laura Rodríguez, Marcela Cortéz y Catalina Esparza.

Agradezco al comité de mi tesis, Alvaro Vergés y Jorge Carvajal quienes aportaron grandes ideas tanto en la parte metodológica como de contenido. Y a Jorge Flores por apoyarme como asesor metodológico.

Por último quiero agradecer en forma muy especial a mi profesora y guía de tesis: Marcela Aracena, quien me acompañó, guió y apoyó durante todo este proceso.

## Índice

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Resumen.....                         | 1  |
| Introducción a la Tesis.....         | 2  |
| Resumen.....                         | 5  |
| Summary.....                         | 6  |
| Introducción.....                    | 7  |
| Metodología.....                     | 14 |
| Muestra.....                         | 14 |
| Diseño.....                          | 16 |
| Variables e Instrumentos.....        | 17 |
| Procedimiento.....                   | 19 |
| Análisis Estadístico.....            | 20 |
| Resultados.....                      | 22 |
| Análisis Descriptivos.....           | 22 |
| Análisis de Regresión Múltiple ..... | 25 |
| Discusión y conclusión.....          | 33 |
| Referencias.....                     | 43 |
| Anexos.....                          | 47 |

## Índice de Tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra .....   | 15 |
| Tabla 2 Características médicas de la muestra.....  | 16 |
| Tabla 3 Instrumentos para medir las variables .....   | 22 |
| Tabla 4 Variable relacionada a antecedente de depresión .....   | 23 |
| Tabla 5 Porcentaje de participantes con un puntaje igual o mayor a 10 en Escala<br>de Depresión postparto de Edimburgo..... | 23 |
| Tabla 6 Correlación Bivariada de las variables del estudio .....  | 24 |
| Tabla 7 Modelo de Regresión Lineal Múltiple de variables demográficas y<br>médicas, tiempo 1 .....                          | 26 |
| Tabla 8 Modelos de Regresión Lineal Múltiple, tiempo 1 .....  | 27 |
| Tabla 9 Modelo de Regresión Lineal Múltiple de variables demográficas y<br>médicas, tiempo 2 .....                          | 28 |
| Tabla 10 Modelos de Regresión Lineal Múltiple, tiempo 2 .....   | 29 |
| Tabla 11 Modelo de Regresión Lineal Múltiple de variables demográficas y<br>médicas, tiempo 3 .....                         | 31 |
| Tabla 12 Modelos de Regresión Lineal Múltiple, tiempo 3 .....   | 32 |
| Tabla 13 Análisis efectos simples en participantes con antecedente de depresión.....  | 33 |
| Tabla 14 Análisis efectos simples en participantes sin antecedente de depresión.....  | 33 |



## Resumen

**Antecedentes:** La depresión postparto es un estado de ánimo que puede suceder durante el embarazo, dentro de las cuatro semanas posteriores a éste o hasta un año después, la cual ha sido identificada como un problema de salud pública debido a las altas tasas de prevalencia a nivel internacional como nacional. Los mayores predictores para la depresión postparto, descritos en la literatura son: tener antecedentes de depresión previa, haber sufrido eventos traumáticos a lo largo de la vida y contar con un bajo apoyo social percibido. **Objetivos:** Describir y analizar si el apoyo social percibido ejerce un rol moderador frente a la existencia de antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático, en el desarrollo de depresión perinatal. **Diseño:** Diseño longitudinal de 3 tiempos; antes del parto (semana 32 a 36 del embarazo), primer mes después del parto y tercer mes postparto. **Instrumentos:** Escala de Síntomas de Estrés Post-traumáticos (PCL-C), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y Escala de Apoyo Social Percibido (MOS). **Muestra:** La muestra está compuesta por 184 mujeres adultas atendidas en cuatro centros diferentes y seleccionados de la Red de Salud UC CHRISTUS. **Análisis estadístico:** Análisis de ocho modelos jerárquicos de regresión lineal múltiple, por medio del programa IBM SPSS versión 25. **Resultados:** Se encontró una asociación significativa entre síntomas de estrés post-traumático y el puntaje en depresión postparto, principalmente en el tiempo 1. Con respecto a la variable apoyo social percibido, esta fue un factor protector significativo para la depresión perinatal en los tres tiempos medidos. Los resultados no apoyan las hipótesis de interacción, sin embargo, se encuentra que en participantes con antecedente de depresión, el apoyo social no disminuye la depresión posparto. **Conclusión:** El apoyo social destaca dentro de las otras variables, como un factor protector significativo, que puede disminuir los síntomas de depresión postparto. Sin embargo sólo disminuye la depresión postparto, en participantes sin antecedente de depresión. Lo recién mencionado es de suma relevancia para futuras intervenciones en torno al tema.

**Palabras claves:** Depresión postparto o perinatal, antecedente de depresión, síntomas de estrés post-traumático, apoyo social percibido y variable moderadora.

## **Introducción para tesis**

Actualmente la depresión constituye un gran problema de salud pública en el mundo, se estima que alrededor de un 10-25% de las mujeres, van a tener al menos un episodio de depresión a lo largo de su vida (Poyatos-León et al., 2017). Más específicamente la depresión postparto, ha sido identificada también como una problemática en salud pública (Chen, Cai, Zha, & Shen, 2018; Xu, Ding, Ma, Xin, & Zhang, 2017) debido a las altas tasas de prevalencia, clasificándose como el problema de salud mental más común en las mujeres luego del nacimiento de sus bebés (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018; Poyatos-León et al., 2017). Respecto a cifras internacionales, estudios muestran una prevalencia de depresión perinatal entre un 13-19% en Estados Unidos (Chen et al., 2018; O'Hara & McCabe, 2013). En países de Latinoamérica, la depresión postparto es de un 37,2% para Argentina (Mathisen, Glavin, Lien, & Lagerløv, 2013). Jadresic y Araya (1995), muestran en su estudio chileno, realizado a 585 madres de 5 centros distintos en Santiago, incluyendo diferentes estratos socioeconómicos; la prevalencia para la muestra total fue de un 36.7%. Sin embargo estas cifras se elevan cuando se hace alusión a estratos sociales más bajos, llegando hasta a un 43.9% (Jadresic & Araya, 1995). Un estudio más reciente realizado en Chile, para una muestra más pequeña y específica (73 mujeres de Temuco), se encontró una prevalencia de un 50.7% (Poó et al., 2008).

En la literatura se suele definir depresión postparto como un episodio de depresión mayor que ocurre en el periodo del postparto (O'Hara & McCabe, 2013). Según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; versión N° 5) el episodio de estado de ánimo tiene su inicio en el periparto, esto quiere decir, durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posterior al nacimiento del hijo/a (American Psychiatric Publishing, 2013). Por décadas se conoció lo recién mencionado como depresión postparto, sin embargo, la depresión perinatal explica de mejor forma este fenómeno, puesto que reconoce que puede presentarse antes del parto o después de éste. Debido a lo recién expuesto, para efectos de esta investigación se utilizará el término depresión

perinatal y depresión postparto como sinónimos, entendiendo que son la misma enfermedad.

La relevancia de llevar a cabo este estudio en Chile, nace desde la necesidad de aportar respecto de la depresión postparto o perinatal en poblaciones más protegidas y menos vulnerables del país. En cuanto a estudios experimentales realizados en Chile, gran parte de éstos incluyen poblaciones más vulnerables y de un nivel socioeconómico bajo (Bustos & Jiménez, 2013; Quelopana, 2012; Poó et al., 2008). Además el último estudio realizado en Santiago, el cual incluyó participantes de 5 centros distintos de la capital, fue realizado el año 1995 (Jadresic & Araya, 1995). En cuanto a la literatura internacional esta también aborda principalmente poblaciones más vulnerables y de estratos sociales más bajos, con una mayor predisposición a desarrollar depresión postparto (Anderson, Hatch, Comacchio, & Howard, 2017; Karaçam, Çoban, Akbaş, & Karabulut, 2018; Katon, Russo, & Gavin, 2014; Lynch & Prasad, 2014; Räisänen et al., 2013; Sharif, Salleh, Khan, & Ahmad, 2014; Upadhyay et al., 2017). Debido a lo recién mencionado, esta investigación busca dar inicio a una nueva área de investigación, en torno a una población menos estudiada y que representa a una considerable parte de la población chilena. Por lo mismo, abarcar sus necesidades es de suma relevancia para futuras intervenciones e investigaciones.

A partir de todo lo recién explicado, el objetivo principal del presente estudio, fue describir y analizar si el apoyo social percibido ejerce un rol moderador frente a la existencia de antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático, en el puntaje de depresión perinatal, en mujeres adultas que son atendidas en los Servicios de Obstetricia y Ginecología de la Red de Salud UC CHRISTUS en Santiago de Chile; y en el Centro de Salud Familiar Juan Pablo II. Además se propone que el apoyo social percibido se comporte como moderador en los antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático y, por consiguiente, en el desarrollo de depresión postparto. Para esto se espera que tanto la variable antecedente de depresión y síntomas de estrés post-traumático, se relacionen de manera positiva y significativa con el puntaje en depresión postparto. Por el contrario, se espera una asociación negativa y significativa entre el apoyo

social percibido y la depresión postparto. Frente a la presencia de antecedente de depresión o síntomas de estrés post-traumático, que el apoyo social funcione como moderador en el puntaje de depresión postparto. Para evaluar lo dicho anteriormente, se realizó un estudio longitudinal de tres tiempos (semana 32-36 de embarazo, un mes postparto y tres meses luego del nacimiento), inserto en el proyecto FONDECYT: *Prediciendo el dolor perinatal, los síntomas físicos y los síntomas depresivos en mujeres chilenas*, con una muestra total de 184 mujeres embarazadas mayores de 18 años. Se evaluó las variables de antecedente de depresión, apoyo social percibido y síntomas de estrés post-traumático con depresión postparto (instrumentos incluidos en la sección de anexos). El análisis de datos se realizó por medio del programa IBM SPSS versión 25, donde se realizaron diferentes modelos de regresión lineal múltiple, detallados más abajo. A continuación se presenta el informe del estudio realizado, donde se desarrollan en mayor profundidad la metodología, los resultados y discusiones de éste. En formato artículo de investigación, bajo las normas *Publication Manual of the American Psychological Association, 6ª edición (2010)* y, se incluyen los anexos que contemplan los instrumentos utilizados para la medición de las variables.

## Resumen

**Antecedentes:** La depresión postparto es un estado de ánimo que puede suceder durante el embarazo, dentro de las cuatro semanas posteriores a éste o hasta un año después, la cual ha sido identificada como un problema de salud pública debido a las altas tasas de prevalencia a nivel internacional como nacional. Los mayores predictores para la depresión postparto, descritos en la literatura son: tener antecedentes de depresión previa, haber sufrido eventos traumáticos a lo largo de la vida y contar con un bajo apoyo social percibido. **Objetivos:** Describir y analizar si el apoyo social percibido ejerce un rol moderador frente a la existencia de antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático, en el desarrollo de depresión perinatal. **Diseño:** Diseño longitudinal de 3 tiempos; antes del parto (semana 32 a 36 del embarazo), primer mes después del parto y tercer mes postparto. **Instrumentos:** Escala de Síntomas de Estrés Post-traumáticos (PCL-C), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y Escala de Apoyo Social Percibido (MOS). **Muestra:** La muestra está compuesta por 184 mujeres adultas atendidas en cuatro centros diferentes y seleccionados de la Red de Salud UC CHRISTUS. **Análisis estadístico:** Análisis de ocho modelos jerárquicos de regresión lineal múltiple, por medio del programa IBM SPSS versión 25. **Resultados:** Se encontró una asociación significativa entre síntomas de estrés post-traumático y el puntaje en depresión postparto, principalmente en el tiempo 1. Con respecto a la variable apoyo social percibido, esta fue un factor protector significativo para la depresión perinatal en los tres tiempos medidos. Los resultados no apoyan las hipótesis de interacción, sin embargo, se encuentra que en participantes con antecedente de depresión, el apoyo social no disminuye la depresión posparto. **Conclusión:** El apoyo social destaca dentro de las otras variables, como un factor protector significativo, que puede disminuir los síntomas de depresión postparto. Sin embargo sólo disminuye la depresión postparto, en participantes sin antecedente de depresión. Lo recién mencionado es de suma relevancia para futuras intervenciones en torno al tema.

**Palabras claves:** Depresión postparto o perinatal, antecedente de depresión, síntomas de estrés post-traumático, apoyo social percibido y variable moderadora.

## Abstract

**Background:** Postpartum depression is a state of mind that can happen during pregnancy, within four weeks after this or until a year later, which has been identified as a public health problem due to high international and local prevalence rates. The major predictors for postpartum depression described in the literature are: to have a history of previous depression, to have suffered traumatic events over the years and to have a low perceived social support. **Objectives:** To describe and analyze whether perceived social support plays a moderating role in the existence of a history of depression or in symptoms of post-traumatic stress, in the development of perinatal depression. **Design:** Three times longitudinal design; before birth (week 32 to 36 of pregnancy), first month after birth and third month postpartum. **Instruments:** The Chilean version of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C), the Chilean version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Chilean version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS). **Sample:** The sample is composed of 184 adult women served in four different and selected centers of the UC CHRISTUS Health Network. **Statistical analysis:** Analysis of eight hierarchical multiple linear regression models, through the IBM SPSS program version 25. **Results:** A significant association was found between symptoms of post-traumatic stress and the score in postpartum depression scale, mainly in time 1. In respect to the perceived social support variable, it was found to be a protective significant factor for perinatal depression in the three times measured. The results do not support the interaction hypothesis, however, it is found that in participants with a history of depression, social support does not reduce postpartum depression. **Conclusion:** Social support stands out among the other variables, as a significant protective factor, which can reduce the symptoms of postpartum depression. However, only postpartum depression decreases in participants without a history of depression. Just mentioned is of great relevance for future interventions around the subject.

**Key words:** Postpartum or perinatal depression, history of depression, symptoms of posttraumatic stress, perceived social support and moderating variable.

## Introducción

Actualmente la depresión constituye un gran problema de salud pública en el mundo. Se estima que alrededor de un 10-25% de las mujeres van a tener al menos un episodio de depresión a lo largo de su vida (Poyatos-León et al., 2017). Más específicamente la depresión postparto, ha sido identificada también como una problemática en salud pública (Chen et al., 2018; Xu et al., 2017), debido a las altas tasas de prevalencia. Clasificándose como el problema de salud mental más común en las mujeres luego del nacimiento de sus bebés (Hahn-Holbrook et al., 2018; Poyatos-León et al., 2017). Respecto a cifras internacionales, estudios muestran una prevalencia de depresión perinatal entre un 13-19% en Estados Unidos (Chen et al., 2018; O'Hara & McCabe, 2013). En países de Latinoamérica, la depresión postparto es de un 37,2% para Argentina (Mathisen et al., 2013). Jadresic y Araya (1995), muestran en su estudio chileno, realizado a 585 madres de 5 centros distintos en Santiago, incluyendo diferentes estratos socioeconómicos; la prevalencia para la muestra total fue de un 36.7%. Sin embargo, estas cifras se elevan cuando se hace alusión a estratos sociales más bajos, llegando hasta a un 43.9% (Jadresic & Araya, 1995). Un estudio más reciente realizado en Chile, para una muestra más pequeña y específica (73 mujeres de Temuco), se encontró una prevalencia de un 50.7% (Poó et al., 2008).

En la literatura se suele definir depresión postparto como un episodio de depresión mayor que ocurre en el periodo del postparto (O'Hara & McCabe, 2013). Según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; versión N° 5) este episodio tiene su inicio en el periparto, es decir, durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posterior al nacimiento del hijo/a (American Psychiatric Publishing, 2013). Por otra parte, según especialistas en psiquiatría, este cuadro puede aparecer hasta un año después del parto (Jadresic, 2014). Esta alteración emocional se caracteriza por un menor disfrute de las situaciones que antes solía disfrutar, disminución de la energía, alteraciones para dormir, cambios significativos en el peso (aumento o baja) y dificultades para concentrarse (Karaçam et al., 2018; American Psychiatric Publishing, 2013). La mitad de

los episodios de depresión mayor postparto comienzan durante el embarazo y se mantienen posterior a éste (American Psychiatric Publishing, 2013). Debido a lo recién mencionado, resulta de suma importancia evaluar la salud mental de las mujeres previo al nacimiento de sus bebés (Karaçam et al., 2018). Luego de haber tenido un episodio de depresión perinatal, las probabilidades de tener otro en los próximos 5 años se duplica (Poyatos-León et al., 2017). Por décadas se conoció lo recién mencionado como depresión postparto. Sin embargo, la depresión perinatal explica de mejor forma este fenómeno, puesto que reconoce que puede presentarse antes del parto o después de éste. Debido a lo recién expuesto, para efectos de esta investigación se utilizará el término depresión perinatal y depresión postparto como sinónimos, entendiendo que son la misma enfermedad.

El periodo después del nacimiento, es una etapa donde las mujeres deben adaptarse a este nuevo rol de ser madres, además es el tiempo de mayor unión entre ésta y su hijo/a (Karaçam et al., 2018). Es una etapa de cambio tanto en los roles existentes como en las relaciones familiares; se producen muchos cambios en la autopercepción e imagen corporal de la mujer (Andrade & Parada, 2018).

Sucede también que durante el embarazo, el cerebro está expuesto a un aumento de 100 veces en los niveles de estradiol (O'Hara, Wisner, Asher, & Asher, 2014), estrógeno más abundante y de mayor relevancia en las mujeres en etapa fértil (Togno-Peirce & Morales-Montor, 2009), que disminuyen bruscamente en los primeros días después del parto. Los efectos neurobiológicos de este retiro masivo de esteroides, predisponen al desarrollo de la depresión posparto en las mujeres (O'Hara et al., 2014). Estudios más recientes han visto que la desregulación hipotalámica-hipofisaria-suprarrenal, los procesos inflamatorios y las vulnerabilidades genéticas (dentro de éstas últimas se encuentran alteraciones en la función de la serotonina), son fuertes predictores del desarrollo de la depresión postparto en mujeres (Yim, Tanner, Guardino, Hahn-Holbrook, & Dunkel, 2015).

La depresión perinatal tiene como consecuencias resultados negativos tanto en la madre como en el hijo/a (disminuyendo la eficacia en el cuidado de éste), problemas familiares e incluso riesgo suicidio en estas mujeres (American Psychiatric Publishing, 2013; Anderson et al., 2017; Chen et al., 2018; Xu et al., 2017).

La relevancia de llevar a cabo este estudio en Chile, nace desde la necesidad de aportar respecto de la depresión postparto o perinatal en poblaciones más protegidas y menos vulnerables del país. En cuanto a estudios experimentales realizados en Chile, gran parte de éstos incluyen poblaciones más vulnerables y de un nivel socioeconómico bajo (Bustos & Jiménez, 2013; Quelopana, 2012; Poó et al., 2008). El último estudio realizado en Santiago, el cual incluyó participantes de 5 centros distintos de la capital, fue realizado el año 1995 (Jadresic & Araya, 1995). En cuanto a la literatura internacional, también aborda principalmente poblaciones más marginales y de estratos sociales más bajos con una mayor predisposición a desarrollar depresión postparto (Anderson et al., 2017; Karaçam et al., 2018; Katon et al., 2014; Lynch & Prasad, 2014; Räisänen et al., 2013; Sharif et al., 2014; Upadhyay et al., 2017). Debido a lo recién mencionado, este artículo busca dar inicio a una nueva área de investigación, en torno a una población menos estudiada y que representa a una considerable parte de la población chilena. Por lo mismo, abarcar sus necesidades es de suma relevancia para futuras intervenciones e investigaciones.

Existen varios modelos teóricos que hacen referencia a la depresión, sin embargo, para este estudio se hará alusión al modelo interpersonal de la depresión de James Coyne (1976). Este postula que la depresión es la respuesta frente a las rupturas de las relaciones interpersonales, de las cuales los sujetos solían obtener apoyo social. Coyne habla de que los individuos deprimidos, se sienten cada vez menos aceptados y para mantener esa seguridad cada vez más incierta e inestable, deciden mostrar más síntomas y transmitir más angustia. Lo recién mencionado conlleva, según el autor, a una estimulación del proceso social depresivo (Coyne, 1976a).

Los modelos para medir los factores de riesgo de la depresión postparto, tienden a ser lineales, esto quiere decir, que existe una o más variables independientes que están

asociadas directamente con la variable dependiente (American Psychiatric Publishing, 2013; Chen et al., 2018; Farr, Dietz, O'Hara, Burley, & Ko, 2014; Hahn-Holbrook et al., 2018; E. Jadresic, 2014; Pilkington, Milne, Cairns, Lewis, & Whelan, 2015; Poyatos-León et al., 2017; Silverman et al., 2017; Togno-Peirce & Morales-Montor, 2009; Upadhyay et al., 2017; Yim et al., 2015). No obstante, al analizar la literatura en mayor profundidad (ampliando la búsqueda a depresión mayor), es posible observar que esta relación no siempre es así (Dávila, Ruiz, Moncada, & Gallardo, 2011). Existen modelos con variables moderadoras (cambia la relación entre 2 variables, según aumenta o disminuye el valor de la variable moderadora). Tal es el caso del meta-análisis realizado por Fasihi, Mohammad y Dehghan (2017), donde el modelo contaba con variables moderadoras (género, población objetivo, salud general y apoyo social) e independiente (apoyo social) (Fasihi, Mohammad, & Dehghan, 2017). En una revisión sistemática realizada el 2011, donde se buscaba identificar las características que tienden a aumentar el riesgo de depresión mayor, se utilizaron como variables moderadoras el género, experiencias estresantes previas y el apoyo social (Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel, & Galea, 2011). Martínez, García y Maya (2001), en un estudio realizado a personas inmigrantes, también utilizan el apoyo social como amortiguador de los síntomas depresivos frente a un acontecimiento vital adverso (Martínez, García, & Maya, 2001).

La relevancia del apoyo social recae en, que ante circunstancias percibidas como amenazas, un buen apoyo social amortigua la aparición de síntomas depresivos (Dávila et al., 2011). Según un estudio realizado el año 2014, niveles altos en apoyo social suelen amortiguar los efectos de la vulnerabilidad psiquiátrica y el estrés en la vida (O'Hara et al., 2014). Por último según Coyne, las relaciones estables y con un buen apoyo social, pueden funcionar como un amortiguador contra la depresión (Coyne, 1976b).

El presente estudio parte del supuesto que, si funciona el apoyo social como variable moderadora en depresión mayor, también funcionará para depresión postparto.

Haciendo alusión a lo encontrado en la literatura, se ha visto que los mayores predictores para desarrollar depresión postparto son: antecedentes de depresión, experiencia de eventos estresantes y bajos niveles en apoyo social percibido, por lo que el modelo para el presente estudio se basó en estos tres predictores.

### *Antecedente de Depresión*

El antecedente de depresión se entenderá como aquella persona que en el pasado (previo al embarazo) haya sufrido al menos uno de los siguientes síntomas en un periodo mínimo de dos semanas: estado de ánimo deprimido gran parte del día y/o casi todos los días o pérdida de interés en situaciones que solía disfrutar (American Psychiatric Publishing, 2013). También pueden estar presente los siguientes síntomas: pérdida o aumento significativo de peso, alteraciones en el sueño, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de facultades cognitivas y pensamientos de muerte o daño (American Psychiatric Publishing, 2013).

En la literatura se ha visto que cuando se habla de factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto, son muchos los autores que se refieren al antecedente de depresión, como un factor relevante que favorece el desarrollo de la depresión perinatal. Por ejemplo, Karaçam, Çoban, Akbaş y Karabulu en su meta-análisis (2018), lo sitúan como el factor de riesgo más común (Karaçam et al., 2018). Existen además varios meta-análisis y revisiones sistemáticas, que indican que haber sufrido depresión a lo largo de la vida (previa al embarazo), está asociado fuertemente como un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto (Anderson et al., 2017; Mendoza & Saldivia, 2015; Özcan, Boyacıoğlu, & Dinç, 2017; Upadhyay et al., 2017; Vliegen, Casalin, & Luyten, 2014). Hay otros estudios que también indican que el antecedente de depresión es un gran predictor de la depresión perinatal (Farr et al., 2014; Kim, Connolly, & Tamim, 2014; Räisänen et al., 2013; Sharif et al., 2014; Silverman et al., 2017). Para complementar lo expuesto recientemente, hay dos estudios nacionales que indican esta asociación significativa (Bustos & Jiménez, 2013; Poó et al., 2008).

### *Eventos estresantes*

Para efectos de este estudio se tomarán los síntomas de estrés post-traumáticos como una de las variables, asumiendo que si éstos están presentes, es porque hubo un evento estresante previo. Lo anterior se justifica pues las secuelas que dejan los eventos estresantes, son los síntomas de estrés post traumático (TEPT) (American Psychiatric Publishing, 2013). Cuando se hace referencia a estos síntomas estamos hablando de recuerdos y sueños angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, reacciones disociativas (sentir como si la situación estuviera ocurriendo de nuevo), malestar psicológico al exponerse a situaciones que se parecen al suceso, reacciones fisiológicas intensas frente a situaciones que recuerden el hecho, evitación de estímulos asociados al suceso traumático, incapacidad o problemas para recordar partes importantes de éste, creencias negativas sobre uno mismo o el mundo, estado emocional negativo, disminución de las cosas que solía disfrutar, sentimiento de desapego o entumecimiento emocional, comportamientos irritables o de furia, problemas para concentrarse, sentirse sobresaltado o en hipervigilancia con facilidad y alteraciones en el ciclo del sueño (American Psychiatric Publishing, 2013; Vera-Villaruel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Zych, & Buela-Casal, 2011).

Son muchas las investigaciones que asocian de manera significativa la experiencia de eventos traumáticos con el desarrollo de la depresión postparto, es decir, que frente a la existencia de éstos, la probabilidad de desarrollar depresión perinatal aumenta. Vliegen, Casalin y Luyten (2014), en su revisión sistemática, lo relacionan como el mayor predictor de la depresión postparto (Vliegen et al., 2014). Otros meta-análisis y revisiones sistemáticas también señalan estos eventos como fuertes factores de riesgo (Anderson et al., 2017; Özcan et al., 2017; Upadhyay et al., 2017). Diversos estudios posicionan los eventos estresantes como un factor de riesgo muy común para la depresión perinatal (Farr et al., 2014; Lynch & Prasad, 2014; O'Hara et al., 2014; Reid & Taylor, 2015). Se encontró también un estudio chileno que arrojó que la violencia familiar, como evento estresante, está asociada con el desarrollo de la depresión postparto (Poó et al., 2008).

### *Apoyo social percibido*

Para el presente trabajo se entenderá apoyo social como una función propia de las relaciones entre personas, donde se hace referencia a la ayuda o intercambio de asistencia, por medio de las relaciones interpersonales según la necesidad de cada individuo. Influyendo en gran medida en los procesos de salud-enfermedad de los sujetos (Poblete et al., 2015). Y por percibido se comprenderá, como la evaluación subjetiva de la persona, respecto del apoyo proporcionado por la red social (Barra, 2004).

En la literatura se suele encontrar que el apoyo social se relaciona significativamente con el desarrollo de depresión posparto. Sin embargo, a diferencia del antecedente de depresión y la presencia de eventos traumáticos, la relación del apoyo social es negativa. Esto quiere decir que la existencia de un alto apoyo social percibido, funciona como factor protector frente a la depresión perinatal. Son varios los meta-análisis y revisiones sistemáticas que concluyen que un buen (alto puntaje) apoyo social disminuye significativamente los niveles de depresión posterior al nacimiento del hijo/a (Anderson et al., 2017; Pilkington et al., 2015; Poyatos-León et al., 2017). Se encontró en diferentes estudios la misma asociación frente a un alto nivel de apoyo social (Daley et al., 2015; O'Hara et al., 2014; Reid & Taylor, 2015; Sharif et al., 2014). Un meta-análisis y una revisión sistemática encontraron resultados significativos para la relación contraria, un bajo apoyo social percibido se asocia de manera significativa con el futuro desarrollo de la depresión postparto (Özcan et al., 2017; Vliegen et al., 2014). Específicamente un estudio realizado en Canadá, arrojó en sus resultados, que contar con un bajo apoyo posterior al parto, aumenta en 5 veces el riesgo de desarrollar depresión perinatal (Kim et al., 2014). Por último se revisaron dos estudios chilenos (Poó et al., 2008; Quelopana & Champion, 2010), que arrojan en sus resultados una relación significativa y negativa entre el apoyo social percibido y el desarrollo de depresión postparto.

A partir de todo lo recién explicado, el objetivo principal del presente estudio, fue describir y analizar si el apoyo social percibido ejerce un rol moderador frente a la existencia de antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático, en el puntaje

de depresión perinatal, en mujeres adultas que son atendidas en los Servicios de Obstetricia y Ginecología de la Red de Salud UC CHRISTUS en Santiago de Chile; y en el Centro de Salud Familiar Juan Pablo II. Además se propone que el apoyo social percibido se comporte como moderador en los antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático y, por consiguiente, en el desarrollo de depresión postparto. Para esto se espera que tanto la variable antecedente de depresión y síntomas de estrés post-traumático, se relacionen de manera positiva y significativa con el puntaje en depresión postparto. Por el contrario, se espera una asociación negativa y significativa entre el apoyo social percibido y la depresión postparto.

## **Metodología**

### **Muestra**

La muestra total para el presente estudio es de 184 participantes. Ésta estuvo compuesta por aquellas que tenían la primera entrevista (T1) y al menos uno de los dos seguimientos (T2 y T3). La primera entrevista contiene 184 participantes, el primer seguimiento (T2) lo respondieron 141 mujeres y el segundo seguimiento (T3) 160. Además 117 participantes respondieron las tres entrevistas (T1, T2 y T3). Es importante mencionar que hubo seguimientos que no pudieron llevarse a cabo debido a problemas de comunicación con éstas, terminando por superar el plazo que tenían para llevar a cabo la entrevista.

Con respecto a las características demográficas de la muestra, recabadas en la primera entrevista, estas se encuentran en la Tabla 1. En relación a la variable edad, esta tuvo un rango etario entre 21 y 42 años, siendo la edad con mayor frecuencia 34 años (17 participantes.) La edad promedio fue de 31,14 con una desviación estándar de 5,03.

En cuanto a aquellas que sí tienen pareja actualmente, casi la totalidad (94,4%) respondió estar en una relación de pareja. Respecto al estado civil de las participantes un 36,2% dijo estar casada, seguido de un 35,6% que dice convivir con pareja y unos puntos más abajo se encuentran aquellas que respondieron estar solteras (27,7%).

Tabla 1

*Características sociodemográficas de la muestra*

| Variables sociodemográficas          | Frecuencia(%) | Media $\pm$ DE   | n   |
|--------------------------------------|---------------|------------------|-----|
| Edad                                 |               | 31.14 $\pm$ 5.03 | 184 |
| Pareja                               |               |                  | 184 |
| Si                                   | 174(94)       |                  |     |
| No                                   | 10(5)         |                  |     |
| Estado Civil                         |               |                  | 184 |
| Soltera                              | 48(26)        |                  |     |
| Convive con pareja                   | 66(36)        |                  |     |
| Casada                               | 69(37)        |                  |     |
| Primípara                            | 97(53)        |                  | 184 |
| Múltipara                            | 87(47)        |                  |     |
| Sistema previsional de salud         |               |                  | 182 |
| Fonasa                               | 92(50)        |                  |     |
| Isapre                               | 90(50)        |                  |     |
| Estado laboral                       |               |                  | 184 |
| Estudiante                           | 11(6)         |                  |     |
| Trabajadora activa a tiempo completa | 16(8)         |                  |     |
| Trabajadora a tiempo parcial         | 14(7)         |                  |     |
| Cesante                              | 12(6)         |                  |     |
| Licencia laboral por embarazo        | 111(60)       |                  |     |
| Ama de casa                          | 18(9)         |                  |     |
| Nivel educacional                    |               |                  | 183 |
| Enseñanza media                      | 18(9)         |                  |     |
| Estudios técnicos                    | 42(23)        |                  |     |
| Estudios universitarios              | 95(52)        |                  |     |
| Estudios de postgrado                | 27(14)        |                  |     |
| Rango de ingreso mensual por hogar   |               |                  | 182 |
| \$200.000 a \$500.000                | 19(10)        |                  |     |
| \$500.001 a \$800.000                | 25(14)        |                  |     |
| \$800.001 a \$1.200.000              | 34(18)        |                  |     |
| \$1.200.001 a \$1.700.000            | 45(24)        |                  |     |
| \$1.700.001 a \$3.000.000            | 48(26)        |                  |     |
| Más de \$3.000.001                   | 11(6)         |                  |     |

En relación a los hijos que tienen las participantes de este estudio, un 53% es primera vez que está embarazada (primípara) y un 47% tiene más hijos (múltipara).

Si se observan los resultados en relación al sistema previsional de salud, las participantes arrojaron lo mismo para el plan de FONASA (50%) como para el plan de ISAPRE (50%).

Respecto del nivel educacional de la población, poco más de la mitad (52%) cuenta con estudios universitarios, seguido de un 23% con estudios técnicos, 14% con estudios

de postgrados, 9% sólo tiene estudios hasta la enseñanza media y no se encontraron participantes con estudios completos sólo hasta básica.

En cuanto al estado laboral de éstas, más de la mitad (60%) se encuentra con licencia laboral por el embarazo. Además el porcentaje de participantes estudiantes y cesantes es el mismo, con un 6% cada uno.

Con respecto al nivel de ingreso, un 24% recibe entre \$1.200.001 a \$1.700.000 mensualmente, un 10% recibe entre \$200.000 a \$500.000 mensuales y un 6% recibe más de \$3.000.000. El nivel de ingreso y el nivel educacional respaldan la idea que esta muestra pertenece a una clase media media-alta.

Tabla 2

*Características médicas de la muestra*

| Variables médicas         | Frecuencia(%) | <i>n</i> |
|---------------------------|---------------|----------|
| Cesárea previa            |               | 177      |
| No                        | 132(74)       |          |
| Cesárea planeada          |               | 177      |
| No                        | 151(85)       |          |
| Contracciones             |               | 184      |
| Si                        | 122(66)       |          |
| Embarazo planeado         |               | 181      |
| Si                        | 96(53)        |          |
| Prefiere estar embarazada |               | 162      |
| Si                        | 148(91)       |          |

Las características médicas de la muestra se encuentran resumidas en la Tabla 2. Se puede observar que más de la mitad (74%) de las participantes no ha tenido una cesárea previa a este embarazo, además un gran porcentaje de las embarazadas (85%) no va a someterse a una cesárea planeada. En relación a las contracciones, un 66% dice tener actualmente. Cuando se les preguntó si el embarazo actual fue planeado, los resultados arrojados fueron bastante parecidos; un 53% respondió que sí, mientras que un 46% respondió que no. Por último, casi la totalidad (91%) de las participantes aseguraron preferir estar embarazadas.

## **Diseño**

El presente es un estudio longitudinal, el cual está inserto en el *Proyecto FONDECYT N° 1171727: prediciendo el dolor perinatal, los síntomas físicos y los síntomas depresivos en mujeres chilenas*, donde participaron mujeres embarazadas mayores de 18 años, que eran atendidas en los Servicios de Obstetricia y Ginecología, de la Red de Salud UC CHRISTUS (Centros de Salud Familiar Áncora y Centro Médico Lira) en Santiago de Chile; y en el Centro de Salud Familiar Juan Pablo II. Las participantes fueron evaluadas en tres tiempos diferentes: antes del parto, específicamente entre la semana 32 a la 36 del embarazo (T1), un mes después del parto (T2) y tres meses después del nacimiento del hijo/a (T3).

## **Variables e instrumentos**

### *Variables sociodemográficas y médicas*

En relación a las variables sociodemográficas, se obtuvo de la muestra: edad, presencia de pareja, estado civil, sistema previsional de salud, estado laboral, nivel educacional y rango de ingreso mensual por hogar.

Con respecto a las variables médicas se midió: parto previo con cesárea, embarazo planeado, presencia de contracciones, cesárea planeada y preferencia de estar o no estar embarazada.

### *Variable depresión postparto*

Depresión postparto corresponde a la variable dependiente del estudio, la cual fue evaluada en los tres tiempos por medio de la Versión chilena de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (Alvarado, Guajardo, Rojas, & Jadresic, 2012), la cual se utilizó para evaluar los síntomas depresivos prenatal y postnatal. Esta escala es una de las más usadas en el mundo para detectar depresión en el periodo previo al parto y/o posterior a éste (Alvarado et al., 2012).

La EDPS es una encuesta de auto-reporte, la cual está compuesta de 10 ítems que buscan evaluar cómo la persona se ha sentido durante la última semana (últimos 7 días),

los cuales están clasificados en una escala que va de cero (“tanto como siempre”) a tres (“no nada”). La escala tiene una puntuación máxima de 30 puntos, donde un puntaje de 12 o más indica posible riesgo de depresión (Alvarado et al., 2012). Con respecto a lo estipulado por el Ministerio de Salud de Chile, con un puntaje de 10 o más hay mayor riesgo de presentar depresión perinatal (Ministerio de Salud, 2014).

En relación a la consistencia interna, posee un  $\alpha=0,91$  (Alvarado et al., 2012). La consistencia para la muestra usada en este estudio, para el tiempo 1 fue de  $\alpha=0,82$ ; tiempo 2  $\alpha=0,83$ ; tiempo 3  $\alpha= 0,82$ .

#### *Variable antecedente de depresión*

Antecedente de depresión corresponde a una de las variables independientes del modelo, y para su evaluación, se midió la existencia de depresión mayor previa al embarazo mediante una pregunta dicotómica en la primera entrevista (T1). Las participantes debían responder si habían o no sufrido depresión mayor en el pasado (previo al embarazo).

#### *Variable síntomas de estrés post-traumático*

Los síntomas de estrés post-traumático corresponden a una de las variables independientes del estudio los cuales fueron medidos sólo en el tiempo 1, por medio de la Versión chilena de la Lista de Síntomas de Estrés post-Traumáticos, Versión Civil (PCL-C), la cual se utilizó para evaluar el Síndrome de Estrés Post-Traumático (TEPT) (Vera-Villaruel et al., 2011). Esta escala consta de 17 ítems clasificados en una escala de cinco puntos, la cual va de uno (“Nada”) a cinco (“Extremadamente”), los cuales miden los síntomas TEPT según los criterios del DSM-5. Esta escala es la más amplia para evaluar síntomas de estrés post-traumático y además presenta una consistencia interna adecuada, con un  $\alpha=0,89$  (Vera-Villaruel et al., 2011). La consistencia interna para esta muestra en particular fue de  $\alpha=0,9$ .

### *Variable apoyo social percibido*

Apoyo social percibido corresponde a la variable moderadora de la investigación, la cual fue medida en el tiempo 1 (primera entrevista), mediante la Versión chilena de la Encuesta de Apoyo Social (MOS), basada en el estudio *Medical Outcomes Study Social Support Suvery (MOS-SSS)* (Poblete et al., 2015). La escala está compuesta por 20 ítems donde el primero mide el tamaño de la red social, por medio de la pregunta: ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene? Y los restantes miden 4 dimensiones distintas del apoyo social percibido: interacción social positiva (por ejemplo: “¿Alguien en quién confiar o con quién hablar de sí mismo o sus preocupaciones?”), apoyo afectivo (“¿Alguien que lo abrace?”), apoyo instrumental (“¿Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo?”) y apoyo informativo (“¿Alguien que lo aconseje cuando tenga problemas?”); mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (Poblete et al., 2015). Para su adaptación en nuestro país se eliminó un ítem del original, quedando la escala compuesta por 19 ítems.

En relación a la consistencia interna de toda la escala para la versión chilena, cuenta con un  $\alpha=0,89$ ; con respecto a las diferentes dimensiones sus respectivos alfas tienden a ser similares a la encuesta total y buenos: factor de interacción social positivo ( $\alpha=0,89$ ), apoyo afectivo ( $\alpha=0,73$ ), apoyo instrumental ( $\alpha=0,78$ ) y apoyo informativo ( $\alpha=0,76$ ) (Poblete et al., 2015). Para la población de este estudio la consistencia interna para la escala total fue un  $\alpha= 0,86$ . En relación a las dimensiones de ésta, para la interacción social positiva se obtuvo un  $\alpha= 0,91$ ; para el apoyo afectivo un  $\alpha= 0,86$ ; apoyo instrumental  $\alpha= 0,84$  y para el apoyo informativo se obtuvo un  $\alpha= 0,85$ .

### **Procedimiento**

En primer lugar se completaron los permisos éticos y administrativos, necesarios para que los centros de salud permitieran realizar la investigación en éstos. Luego se pusieron avisos y afiches en las salas de espera de obstetricia y ginecología, de los centros médicos elegidos para el proyecto. En tercer lugar asistentes de investigación, contactaron e invitaron a participar directamente a algunas mujeres que estaban esperando para ser

atendidas por sus médicos. A continuación se pidió a enfermeras y médicos de los respectivos centros, que colaboren con la difusión del estudio.

Las explicaciones sobre el proyecto, el consentimiento informado y el resto de las citas y seguimientos, fueron realizados por asistentes de investigación (todos psicólogos/as).

Quienes aceptaron participar fueron entrevistadas por uno de los psicólogos/as y la reunión duró entre 40 y 60 minutos. Durante esta primera entrevista se les hizo entrega del consentimiento informado y se obtuvo de forma oral la información sociodemográfica y médica de las participantes, más adelante se completaron las escalas nombradas a continuación: Escala de Síntomas de Estrés Post-traumáticos (PCL-C) (Vera-Villaruel et al., 2011), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (Alvarado et al., 2012) y Escala de Apoyo Social Percibido (MOS) (Poblete et al., 2015). Al final de la cita las participantes recibieron una hoja de evaluación, donde debieron informar sobre la intensidad de su dolor durante los siete días posterior al parto, además de indicar la fecha del nacimiento de su hijo/a. Las evaluaciones restantes se realizaron vía telefónica un mes y tres meses después del parto, donde se volvió a aplicar la escala EDPS. Las participantes recibieron una compensación de 10.000 CLP después de la primera evaluación y una de 5.000 CLP después de cada seguimiento telefónico.

La participación fue totalmente voluntaria, se resguardó en todo momento el anonimato y seguridad de las colaboradoras y el proceso de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2017-2020). Es importante mencionar que los centros médicos aprobaron hacer la investigación en sus sedes.

### **Análisis Estadístico**

Para el análisis del presente estudio, se utilizó el programa IBM SPSS versión 25. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las características de la muestra, lo cual corresponde a las variables demográficas y médicas de las participantes. En segundo lugar, se realizó una prueba *t* para muestras relacionadas, con el fin de evaluar si existía

diferencia en los puntajes obtenidos en la escala EDPS, a través del tiempo. A continuación, se utilizó una prueba de correlaciones bivariadas, para medir las relaciones existentes entre las principales variables del estudio. Además se realizaron 8 modelos jerárquicos de regresiones lineales múltiples (Field, 2009), por cada tiempo medido en el estudio. La variable dependiente para todos los casos fue la depresión postparto, medida en los tres tiempos. Con respecto a los 5 primeros modelos<sup>1</sup>; en el primero se incluyeron sólo variables demográficas y médicas (se eliminó de todos los modelos la variable demográfica “prefiere no estar embarazada”, debido a la alta tasa de datos perdidos, conllevando a una disminución considerable del *n*, se corrieron los modelos con esta variable y no resultó significativa en ninguno de éstos). El segundo modelo, incluyó además antecedente de depresión. El tercero, eliminó antecedente de depresión y agregó el cuestionario de síntomas de estrés post-traumático. El cuarto modelo incluyó tanto las variables demográficas, médicas, antecedente de depresión y el cuestionario de síntomas de estrés post-traumático. El quinto modelo incluyó además el cuestionario de apoyo social percibido. Los siguientes modelos 6, 7 y 8<sup>2</sup>, evaluaron la interacción entre antecedente de depresión y apoyo social percibido; y síntomas de estrés post-traumático y apoyo social percibido. Se realizó también un análisis de efectos simples, para ver si el efecto de apoyo social seguía siendo estadísticamente significativo en personas con antecedente de depresión. Para llevar a cabo los modelos recién mencionados, fue necesario transformar las variables: estado civil, sistema de salud, estado laboral, nivel educacional e ingresos a variables dummy<sup>3</sup> (Field, 2009); además se crearon 5 nuevas variables, correspondientes a los puntajes por individuos obtenidos en cada test evaluado (EDPS, T1; EDPS, T2; EDPS, T3; MOS, T1; PCL-C, T1)<sup>4</sup>. Se crearon 2 variables

---

<sup>1</sup> Modelo 1= variables demográficas + variables médicas; Modelo 2= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión; Modelo 3= variables demográficas + variables médicas + PCL-C; Modelo 4= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCL-C; Modelo 5= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCL-C + MOS;

<sup>2</sup> Modelo 6= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCL-C + MOS + Interacción MOS con antecedente de depresión; Modelo 7= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCL-C + MOS + Interacción MOS con PCL-C y Modelo 8= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCL-C + MOS + Interacción MOS con antecedente de depresión + Interacción MOS con PCL-C.

<sup>3</sup> Forma de representar grupos de personas utilizando sólo ceros y unos.

<sup>4</sup> EDPS, T1= Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, tiempo 1; EDPS, T2= Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, tiempo 2; EDPS, T3= Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, tiempo 3; MOS, T1= Encuesta de Apoyo Social, tiempo 1 y PCL-C, T1= Lista de Síntomas de Estrés post-Traumáticos, tiempo 1.

correspondientes a la interacción de apoyo social percibido con antecedente de depresión y apoyo social percibido con la variable de síntomas de estrés post-traumáticos.

Por último, es importante mencionar que se cumplen los supuestos de normalidad y colinealidad (Field, 2009) para cada modelo realizado. Para que este último se cumpliera, fue necesario centrar las variables MOS, T1; PCL-C, T1; y antecedente de depresión.

## Resultados

### Análisis descriptivos

Las principales variables del estudio se encuentran reportadas en las Tablas 3 y 4.

Con respecto a la Tabla 3, se puede observar que los puntajes de síntomas de depresión perinatal, se encuentran entre 6 puntos (T1 y T2) y 5 (T3), los que se encuentran por debajo de lo estipulado por el Ministerio de Salud de Chile (10 puntos), para presentar mayor riesgo de depresión postparto (Ministerio de Salud, 2014), además de presentar una  $DE=4$  en los tres tiempos de medición. Esto indica una baja sintomatología depresiva en las mujeres entrevistadas. Se realizó una prueba  $t$  de muestras relacionadas, donde se observó que no hay una diferencia significativa en los puntajes, a lo largo del tiempo entre T1 y T2 ( $gl=133, p=.304$ ), como en T2 y T3 ( $gl=111, p=.325$ ).

Tabla 3

#### *Instrumentos para medir las variables*

| Instrumentos | Rango | T1             |     | T2             |     | T3             |     |
|--------------|-------|----------------|-----|----------------|-----|----------------|-----|
|              |       | Media $\pm$ DE | n   | Media $\pm$ DE | n   | Media $\pm$ DE | n   |
| EDPS         | 0-20  | 6 $\pm$ 4      | 180 | 6 $\pm$ 4      | 138 | 5 $\pm$ 4      | 158 |
| MOS          | 44-90 | 82 $\pm$ 9     | 181 | -              | -   | -              | -   |
| PCL-C        | 17-65 | 24 $\pm$ 9     | 159 | -              | -   | -              | -   |

Nota: MOS = Escala de apoyo social percibido; EDPS = Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; PCL-C = Escala de síntomas de estrés post-traumáticos.

En relación a los puntajes de la escala de apoyo social donde el puntaje mínimo es 18 y el máximo 90, los resultados arrojan una  $M=82$  y  $DE=9$ , indicando con esto altos niveles de apoyo social en las participantes.

En la escala de síntomas de estrés post-traumáticos, donde el puntaje total para ésta es de 85, el puntaje obtenido por las participantes no superó los 25 puntos y la DE=9. Esto indica una baja tasa de sintomatología de estrés post-traumático.

Tabla 4

*Variable relacionada a antecedente de depresión*

| Variable               | Frecuencia(%) | <i>n</i> |
|------------------------|---------------|----------|
| Depresión mayor previa |               | 183      |
| Si                     | 43 (23)       |          |
| No                     | 140(76)       |          |

En la Tabla 4, se puede observar que el porcentaje de participantes que manifestó haber tenido depresión previa al embarazo es un 23% y un 76% manifestó no tener antecedentes de depresión.

Con respecto al número de participantes que presentan mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva posterior al parto, en la Tabla 5 se puede observar que los porcentajes de mujeres con un puntaje igual o mayor a 10 (puntaje estipulado por el Ministerio de Salud de Chile (2014), para indicar a aquellas personas con mayor riesgo de desarrollar depresión postparto), no supera el 20% en ninguno de los tres tiempos medidos, T1=18%; T2=13,7%; T3=14,8%. Esto indica una baja tasa de mujeres con índices de depresión postparto en la población medida.

Tabla 5

*Porcentaje de participantes con un puntaje igual o mayor a 10 en Escala de Depresión postparto de Edimburgo*

|         | %    | Frecuencia |
|---------|------|------------|
| EDPS T1 | 18,0 | 34         |
| EDPS T2 | 13,7 | 26         |
| EDPS T3 | 14,8 | 28         |

Nota: EDPS = Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

### Relación entre las variables

En la Tabla 6 se pueden observar las correlaciones bivariadas entre las principales variables del estudio. Con respecto a la depresión postparto en el primer tiempo, ésta se correlaciona fuertemente ( $p < .01$ ) con todas las variables a excepción de la variable antecedente de depresión. La presencia de síntomas de depresión perinatal, en el segundo tiempo, se correlacionan significativamente ( $p < .01$ ) con depresión postparto en el tiempo 3 y con la variable apoyo social percibido. En relación a los síntomas de depresión perinatal en el tercer tiempo, se asocia significativamente con depresión postparto medido en el tiempo 1 y 2, y con apoyo social percibido ( $p < .01$ ).

El apoyo social percibido, se correlaciona de manera significativa y negativa ( $p < .05$  y  $p < .01$ ) con todas las variables medidas.

Los síntomas de estrés post-traumáticos, se correlacionan con depresión postparto en el tiempo 1, con apoyo social ( $p < .01$ ) y con la variable antecedente de depresión ( $p < .05$ ).

La variable antecedente de depresión mayor, sólo se correlaciona con apoyo social y con síntomas de estrés post-traumáticos ( $p < .05$ ).

Tabla 6  
*Correlación Bivariada de las variables del estudio*

|         | EDPS T1 | EDPS T2 | EDPS T3 | MOS T1  | PCLC T1 | AC |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----|
| EDPS_T1 | 1       |         |         |         |         |    |
| EDPS_T2 | ,457**  | 1       |         |         |         |    |
| EDPS_T3 | ,468**  | ,547**  | 1       |         |         |    |
| MOS_T1  | -,523** | -,312** | -,267** | 1       |         |    |
| PCLC_T1 | ,365**  | ,165    | ,127    | -,217** | 1       |    |
| AC      | ,110    | ,131    | ,127    | -,155*  | ,183*   | 1  |

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ . EDPS\_T1=Escala de depresión postparto de Edimburgo, tiempo 1; EDPS\_T2=Escala de depresión postparto de Edimburgo, tiempo 2; EDPS\_T3=Escala de depresión postparto de Edimburgo, tiempo 3; MOS\_T1=Encuesta de apoyo social, tiempo 1; PCLC\_T1=Lista de síntomas de estrés post-traumático, tiempo 1; AC=Antecedente de depresión.

## **Análisis de Regresión Lineal Múltiple**

### *Tiempo 1*

En las Tablas 7 y 8 se puede observar el tiempo 1, el cual corresponde a la primera entrevista realizada a las participantes, durante las semanas 32 a la 36 del embarazo.

En la Tabla 7 se hace alusión al modelo 1, el cual incluye las variables demográficas y médicas del estudio. En esta se puede observar que la variable edad resultó ser negativamente significativa ( $p < .05$ ), indicando con esto que a mayor edad las participantes tienen menos puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS). Aquellas personas que respondieron tener educación de postgrado ( $p < .05$ ) tienen un menor nivel de depresión postparto, en comparación a aquellas sin estudios.

Con respecto a la Tabla 8, donde se incluyeron los modelos restantes, la variable antecedente de depresión no mostró asociaciones significativas con depresión perinatal, en ninguno de los modelos.

Se puede observar también en los modelos 3, 4, 5, 7 y 8, que mientras más síntomas de estrés post-traumático, más alto puntaje en depresión postparto ( $p < .005$ ).

Haciendo alusión a la variable apoyo social percibido, se puede observar una asociación significativa y negativa en todos los modelos medidos ( $p < .005$ ), indicando que mientras más puntaje en la escala de apoyo social, las participantes presentan menos puntaje en la escala de depresión postparto.

Por último, con respecto a las interacciones de apoyo social percibido con antecedente de depresión y apoyo social percibido con síntomas de estrés post-traumático, no se observan interacciones significativas.

Tabla 7

*Modelo de Regresión Lineal Múltiple de variables demográficas y médicas, tiempo 1*

|   | $\beta$ | IC 95%  |        |
|---|---------|---------|--------|
| Edad  | -0,252* | -0,376  | -0,038 |
| Pareja  | -0,025  | -3,791  | 2,853  |
| Hijos   | 0,150   | -0,122  | 1,398  |
| Soltera   | 0,096   | -1,148  | 2,977  |
| Convive con pareja                              | 0,006   | -1,535  | 1,636  |
| Divorciada                                      | 0,014   | -7,661  | 9,115  |
| ISAPRE  | 0,190*  | 0,093   | 3,044  |
| Estudiante                                      | -0,279  | -13,661 | 3,607  |
| Trabajadora activa a tiempo completo            | -0,170  | -10,858 | 5,861  |
| Trabajadora a tiempo parcial                    | -0,012  | -8,763  | 8,374  |
| Cesante   | -0,024  | -9,180  | 8,310  |
| Licencia laboral por embarazo                   | -0,313  | -10,832 | 5,532  |
| Licencia laboral por motivo distinto a embarazo | -0,148  | -19,521 | 3,936  |
| Dueña de casa                                   | -0,275  | -12,244 | 4,829  |
| Enseñanza básica                                | -0,102  | -13,822 | 3,121  |
| Enseñanza media                                 | -0,180  | -5,050  | 0,200  |
| Estudios universitarios                         | -0,104  | -2,680  | 0,959  |
| Estudios de postgrado                           | -0,206* | -4,808  | -0,051 |
| Ingreso mensual de \$200.000 a \$500.000        | 0,117   | -1,350  | 4,694  |
| Ingreso mensual de \$500.001 a \$800.000        | -0,100  | -3,670  | 1,315  |
| Ingreso mensual de \$800.001 a \$1.200.000      | 0,146   | -0,551  | 3,684  |
| Ingreso mensual de \$1.200.001 a \$1.700.000    | 0,157   | -0,305  | 3,307  |
| Ingreso mensual de más de \$3.000.001           | 0,043   | -2,135  | 3,597  |
| Cesárea previa                                  | -0,007  | -2,049  | 1,918  |
| Cesárea planeada                                | 0,129   | -0,918  | 3,872  |
| Contracciones                                   | -0,116  | -2,403  | 0,355  |
| Embarazo planeado                               | 0,120   | -0,331  | 2,316  |

Nota: \*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .005. y  $R^2$  ajustado= 0,108.  $\beta$  y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. Variable dependiente=EDPS\_T1 (Escala de depresión de Edimburgo, tiempo 1). Se transformaron las siguientes variables a variables dummy para su inclusión en la regresión: estado civil, sistema previsional de salud, estado laboral, nivel educacional e ingreso mensual.

Tabla 8  
*Modelos de Regresión Lineal Múltiple, tiempo 1*

|                | Modelo 2    | Modelo 3    | Modelo 4     | Modelo 5      | Modelo 6      | Modelo 7     | Modelo 8      |
|----------------|-------------|-------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Antec. Dep     |             |             |              |               |               |              |               |
| β              | 0,117       | -           | 0,062        | 0,034         | 0,074         | -            | 0,049         |
| 95% IC         | -0,355 2,61 | -           | -0,916 2,111 | -1,058 1,711  | -0,644 2,061  | -            | -0,92 1,853   |
| PCLC_T1        |             |             |              |               |               |              |               |
| β              | -           | 0,379***    | 0,367***     | 0,296***      | -             | 0,327***     | 0,323***      |
| 95% IC         | -           | 0,099 0,245 | 0,093 0,241  | 0,066 0,203   | -             | 0,079 0,217  | 0,077 0,216   |
| MOS_T1         |             |             |              |               |               |              |               |
| β              | -           | -           | -            | -0,38***      | -0,44***      | -0,413***    | -0,421***     |
| 95% IC         | -           | -           | -            | -0,255 -0,105 | -0,279 -0,134 | -0,272 -0,12 | -0,277 -0,122 |
| MOS_PCLC_T1    |             |             |              |               |               |              |               |
| β              | -           | -           | -            | -             | -             | 0,131        | 0,123         |
| 95% IC         | -           | -           | -            | -             | -             | -0,001 0,013 | -0,002 0,013  |
| MOS_Antec. dep |             |             |              |               |               |              |               |
| β              | -           | -           | -            | -             | 0,059         | -            | 0,058         |
| 95% IC         | -           | -           | -            | -             | -0,083 0,199  | -            | -0,088 0,201  |
| $R^2$ Ajustado | 0,119       | 0,213       | 0,213        | 0,346         | 0,292         | 0,358        | 0,354         |

Nota: \*p <.05, \*\* p <.01, \*\*\* p <.005. β y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. En todos los modelos se incluyen las siguientes variables: edad, pareja, hijos, estado civil, sistema de previsual salud, estado laboral, nivel educacional, ingreso, cesárea previa, cesárea planeada, contracciones y embarazo planeado. Antec. Dep=Antecedente de depresión; MOS\_T1=Encuesta de apoyo social, tiempo 1; PCLC\_T1=Lista de síntomas de estrés post-traumático, tiempo 1; MOS\_PCLC\_T1=Interacción apoyo social con síntomas de estrés post-traumático; MOS\_Antec. Dep=Interacción apoyo social con antecedente de depresión. Variable dependiente=EDPS\_T1 (Escala de depresión de Edimburgo, tiempo 1).

### Tiempo 2

En las Tablas 9 y 10 se puede observar el tiempo 2, equivalente a la segunda entrevista realizada durante el primer mes luego del nacimiento del hijo/a.

En la Tabla 9, se hace alusión al modelo 1 de este tiempo, donde se incluyeron las variables demográficas y médicas. Para este modelo sólo se encontró una asociación significativa: la variable edad ( $p <.05$ ), la cual indica que mientras más edad tengan las participantes, menor es el puntaje obtenido en la Escala de Edimburgo.

Tabla 9

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de variables demográficas y médicas, tiempo 2

|  | Beta    | IC     | 95%    |
|--|---------|--------|--------|
| Edad   | -0,292* | -0,454 | -0,031 |
| Pareja                                       | -0,119  | -5,807 | 1,715  |
| Hijos  | 0,104   | -0,450 | 1,293  |
| Soltera                                      | -0,076  | -3,413 | 1,972  |
| Convive con pareja                           | -0,099  | -2,916 | 1,168  |
| Isapre                                       | 0,205   | -0,090 | 3,607  |
| Estudiante                                   | 0,108   | -7,635 | 11,597 |
| Trabajadora activa a tiempo completo         | 0,291   | -4,609 | 14,107 |
| Trabajadora a tiempo parcial                 | 0,411   | -3,080 | 15,845 |
| Cesante                                      | 0,224   | -6,150 | 13,118 |
| Licencia laboral por embarazo                | 0,326   | -6,165 | 11,871 |
| Dueña de casa                                | 0,219   | -6,337 | 12,870 |
| Enseñanza media                              | -0,187  | -6,103 | 0,922  |
| Educación universitaria                      | -0,062  | -2,819 | 1,759  |
| Estudio de postgrado                         | -0,137  | -4,670 | 1,293  |
| Ingreso mensual de \$200.000 a \$500.000     | -0,014  | -3,953 | 3,567  |
| Ingreso mensual de \$500.001 a \$800.000     | -0,216  | -5,288 | 0,323  |
| Ingreso mensual de \$800.001 a \$1.200.000   | -0,065  | -3,311 | 1,910  |
| Ingreso mensual de \$1.700.001 a \$3.000.000 | 0,069   | -1,787 | 3,226  |
| Ingreso mensual de más de \$3.000.001        | -0,127  | -5,874 | 1,505  |
| Cesárea previa                               | 0,077   | -1,761 | 3,349  |
| Cesárea planeada                             | 0,011   | -2,978 | 3,257  |
| Contracciones                                | -0,148  | -3,102 | 0,417  |
| Embarazo planeado                            | 0,001   | -1,724 | 1,748  |

Nota: \*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .005. y  $R^2$  ajustado= 0,034.  $\beta$  y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. Variable dependiente=EDPS\_T2 (Escala de depresión de Edimburgo, tiempo 2). Se transformaron las siguientes variables a variables dummy para su inclusión en la regresión: estado civil, sistema previsional de salud, estado laboral, nivel educacional e ingreso mensual.

Con respecto a la Tabla 10, donde se presentan el resto de los modelos del tiempo 2, la variable antecedente de depresión no se comportó de manera significativa en ninguno de los modelos. La variable síntomas de estrés post-traumático tampoco arrojó asociaciones significativas con los puntajes de depresión perinatal.

En cuanto al apoyo social percibido se pueden observar en los modelos 6, 7 y 8 relaciones negativas y significativas ( $p < .05$ ), indicando con esto, que mientras más apoyo social percibido tengan las madres, obtendrán menores puntajes en la Escala de Edimburgo.

Tabla 10  
*Modelos de Regresión Lineal Múltiple, tiempo 2*

|                | Modelo 2     | Modelo 3     | Modelo 4     | Modelo 5     | Modelo 6     | Modelo 7      | Modelo 8      |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| Antec. Dep     |              |              |              |              |              |               |               |
| beta           | 0,167        | -            | 0,161        | 0,155        | 0,178        | -             | 0,18          |
| 95% IC         | -0,177 3,477 | -            | -0,366 3,485 | -0,417 3,406 | -0,05 3,621  | -             | -0,151 3,62   |
| PCLC_T1        |              |              |              |              |              |               |               |
| beta           | -            | 0,12         | 0,092        | 0,055        | -            | 0,108         | 0,099         |
| 95% IC         | -            | -0,037 0,141 | -0,049 0,13  | -0,067 0,115 | -            | -0,043 0,141  | -0,048 0,134  |
| MOS_T1         |              |              |              |              |              |               |               |
| beta           | -            | -            | -            | -0,199       | -0,235*      | -0,333**      | -0,255*       |
| 95% IC         | -            | -            | -            | -0,2 0,009   | -0,21 -0,016 | -0,256 -0,052 | -0,228 -0,016 |
| MOS_PCLC_T1    |              |              |              |              |              |               |               |
| beta           | -            | -            | -            | -            | -            | 0,142         | 0,151         |
| 95% IC         | -            | -            | -            | -            | -            | -0,003 0,015  | -0,003 0,016  |
| MOS_Antec. dep |              |              |              |              |              |               |               |
| beta           | -            | -            | -            | -            | 0,188*       | -             | 0,172         |
| 95% IC         | -            | -            | -            | -            | 0,004 0,407  | -             | -0,025 0,387  |
| R2 ajustado    | 0,06         | 0,03         | 0,052        | 0,077        | 0,121        | 0,109         | 0,115         |

Nota: \* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .005$ .  $\beta$  y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. En todos los modelos se incluyen las siguientes variables: edad, pareja, hijos, estado civil, sistema de previsual salud, estado laboral, nivel educacional, ingreso, cesárea previa, cesárea planeada, contracciones y embarazo planeado. Antec. Dep=Antecedente de depresión; MOS\_T1=Encuesta de apoyo social, tiempo 1; PCLC\_T1=Lista de síntomas de estrés post-traumático, tiempo 1; MOS\_PCLC\_T1=Interacción apoyo social con síntomas de estrés post-traumático; MOS\_Antec. Dep=Interacción apoyo social con antecedente de depresión. Variable dependiente=EDPS\_T2 (Escala de depresión de Edimburgo, tiempo 2).

En último lugar, con respecto a las variables de interacción, se puede ver que la interacción de apoyo social con síntomas de estrés post-traumático no se relacionan de manera significativa con el puntaje en depresión perinatal. Sin embargo la interacción de apoyo social con antecedente de depresión, en el modelo 6 ( $p < .05$ ) indica que frente a la presencia de antecedente de depresión, el apoyo social tiene un efecto significativamente menor en la depresión postparto. En relación a la interacción se sabe que el efecto en

depresión perinatal es menor, sin embargo, no se sabe si es significativo en personas con antecedente de depresión. Debido a lo recién mencionado, se llevaron a cabo análisis de efectos simples, con el fin de saber si es o no significativo en personas con antecedente de depresión. En la Tabla 13 se puede ver el análisis de efectos simples en personas con antecedente de depresión, donde indica (para el tiempo 2) que frente a la presencia de un buen apoyo social, en personas con antecedente de depresión, el puntaje en depresión postparto no disminuye. Y en la Tabla 14 se observa el mismo análisis pero en personas sin antecedentes de depresión, donde los resultados arrojan para el tiempo 2 que frente a la presencia de un buen apoyo social, aquellos sin antecedente de depresión, su puntaje en depresión postparto disminuye.

### *Tiempo 3*

En las Tablas 11 y 12 se puede observar el tiempo 3, equivalente a la tercera entrevista realizada al tercer mes postparto.

En relación a la Tabla 11 donde se muestra el modelo 1 del tiempo 3, se incluyeron sólo las variables demográficas y médicas del estudio. En éste sólo se encontraron asociaciones significativas en la variable contracciones ( $p < .05$ ), indicando que aquellas que presentan éstas, tienen un puntaje más bajo en depresión postparto.

En la Tabla 12, se pueden observar el resto de los modelos del tiempo 3, donde la variable antecedente de depresión, no mostró asociaciones significativas con los puntajes de depresión perinatal. En cuanto a los síntomas de estrés post-traumático, sólo el modelo 3 arrojó significancia ( $p < .05$ ), indicando que mientras más síntomas mayor es el puntaje en la escala de depresión postparto.

Tabla 11

*Modelo de Regresión Lineal Múltiple de variables demográficas y médicas, tiempo 3*

|   | Beta    | IC      | 95%    |
|---|---------|---------|--------|
| Edad  | -0,140  | -0,324  | 0,088  |
| Pareja  | 0,105   | -1,896  | 6,111  |
| Hijos   | -0,086  | -1,242  | 0,502  |
| Soltera   | 0,088   | -1,572  | 3,352  |
| Convive con pareja                              | 0,079   | -1,204  | 2,624  |
| Divorciada                                      | 0,105   | -3,962  | 14,827 |
| ISAPRE  | 0,197   | -0,055  | 3,466  |
| Estudiante                                      | 0,076   | -8,279  | 11,339 |
| Trabajadora activa a tiempo completo            | 0,001   | -9,320  | 9,358  |
| Trabajadora a tiempo parcial                    | 0,061   | -8,628  | 10,600 |
| Cesante   | 0,081   | -8,329  | 11,226 |
| Licencia laboral por embarazo                   | 0,106   | -8,227  | 10,090 |
| Licencia laboral por motivo distinto a embarazo | 0,101   | -7,877  | 18,373 |
| Dueña de casa                                   | 0,106   | -8,163  | 10,997 |
| Enseñanza básica                                | -0,120  | -15,747 | 3,307  |
| Enseñanza media                                 | -0,140  | -5,002  | 1,151  |
| Estudios universitarios                         | -0,044  | -2,550  | 1,786  |
| Estudios de postgrado                           | -0,101  | -3,980  | 1,521  |
| Ingreso mensual de \$200.000 a \$500.000        | -0,035  | -4,078  | 3,101  |
| Ingreso mensual de \$500.001 a \$800.000        | -0,070  | -3,953  | 2,166  |
| Ingreso mensual de \$800.001 a \$1.200.000      | 0,149   | -0,872  | 4,331  |
| Ingreso mensual de \$1.200.001 a \$1.700.000    | 0,152   | -0,654  | 3,628  |
| Ingreso mensual de más de \$3.000.001           | 0,036   | -2,733  | 4,010  |
| Cesárea previa                                  | 0,108   | -1,356  | 3,502  |
| Cesárea planeada                                | -0,036  | -3,181  | 2,368  |
| Contracciones                                   | -0,196* | -3,474  | -0,180 |
| Embarazo planeado                               | 0,028   | -1,330  | 1,818  |

Nota: \*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .005. y  $R^2$  ajustado= 0,006.  $\beta$  y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. Variable dependiente=EDPS\_T3 (Escala de depresión de Edimburgo, tiempo 3). Se transformaron las siguientes variables a variables dummy para su inclusión en la regresión: estado civil, sistema previsional de salud, estado laboral, nivel educacional e ingreso mensual.

Tabla 12  
*Modelos de Regresión Lineal Múltiple, tiempo 3*

|                | Modelo 2     | Modelo 3   | Modelo 4     | Modelo 5     | Modelo 6      | Modelo 7      | Modelo 8      |
|----------------|--------------|------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Antec. Dep     |              |            |              |              |               |               |               |
| beta           | 0,172        | -          | 0,136        | 0,142        | 0,148         | -             | 0,157         |
| 95% IC         | -0,009 3,544 | -          | -0,562 3,265 | -0,471 3,303 | -0,178 3,222  | -             | -0,283 3,406  |
| PCLC_T1        |              |            |              |              |               |               |               |
| beta           | -            | 0,2*       | 0,16         | 0,112        | -             | 0,208         | 0,163         |
| 95% IC         | -            | 0,001 0,21 | -0,022 0,193 | -0,049 0,168 | -             | 0 0,219       | -0,025 0,2    |
| MOS_T1         |              |            |              |              |               |               |               |
| beta           | -            | -          | -            | -0,218*      | -0,295***     | -0,254*       | -0,26*        |
| 95% IC         | -            | -          | -            | -0,203 0,007 | -0,234 -0,056 | -0,206 -0,023 | -0,222 -0,028 |
| MOS_PCLC_T1    |              |            |              |              |               |               |               |
| beta           | -            | -          | -            | -            | -             | 0,2           | 0,135         |
| 95% IC         | -            | -          | -            | -            | -             | -0,001 0,02   | -0,004 0,017  |
| MOS_Antec. dep |              |            |              |              |               |               |               |
| beta           | -            | -          | -            | -            | 0,202*        | -             | 0,192*        |
| 95% IC         | -            | -          | -            | -            | 0,037 0,402   | -             | 0,003 0,395   |
| R2 ajustado    | 0,038        | 0,034      | 0,051        | 0,082        | 0,148         | 0,091         | 0,129         |

Nota: \* $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .005$ .  $\beta$  y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. En todos los modelos se incluyen las siguientes variables: edad, pareja, hijos, estado civil, sistema de previsual salud, estado laboral, nivel educacional, ingreso, cesárea previa, cesárea planeada, contracciones y embarazo planeado. Antec. Dep=Antecedente de depresión; MOS\_T1=Encuesta de apoyo social, tiempo 1; PCLC\_T1=Lista de síntomas de estrés post-traumático, tiempo 1; MOS\_PCLC\_T1=Interacción apoyo social con síntomas de estrés post-traumático; MOS\_Antec. Dep=Interacción apoyo social con antecedente de depresión. Variable dependiente=EDPS\_T3 (Escala de depresión de Edimburgo, tiempo 3).

Se puede observar también que en todos los modelos que se midió apoyo social percibido, esta obtuvo resultados significativos y de asociación negativa (modelos 5, 7, 8= $p < .05$  y modelos 6= $p < .005$ ), lo cual sugiere que mientras más apoyo social percibido menor será el puntaje en la Escala de Edimburgo.

Para finalizar, en la variable de interacción entre apoyo social y síntomas de estrés post-traumático, no se observan relaciones significativas con depresión perinatal. Sin embargo si las hay en la variable de interacción entre apoyo social y antecedente de depresión (modelo 6 y 7= $p < .05$ ); indicando que frente a la presencia de ésta última, el apoyo social tiene un efecto significativamente menor en la depresión postparto. En relación a la interacción se sabe que el efecto en depresión perinatal es menor, sin embargo, no se sabe

si es significativo en personas con antecedente de depresión. Debido a lo recién mencionado, en la Tabla 13 se puede observar el análisis de efectos simples para personas con antecedente de depresión donde arroja, para el tiempo 3, que frente a la presencia de un buen apoyo social, en personas con antecedente de depresión, el puntaje en depresión postparto no disminuye. Respecto de la Tabla 14 se observa en ésta, el mismo análisis pero en personas sin antecedentes de depresión, donde los resultados indican (para el tiempo 3) que frente a la presencia de un buen apoyo social, aquellos sin antecedente de depresión, su puntaje en depresión postparto disminuye.

Tabla 13

*Análisis efectos simples en participantes con antecedente de depresión*

|             | Tiempo 1      | Tiempo 2     | Tiempo 3     |
|-------------|---------------|--------------|--------------|
| MOS_T1      |               |              |              |
| beta        | -0,631*       | 0,091        | 0,16         |
| 95% IC      | -0,445 -0,028 | -0,374 0,449 | -0,257 0,385 |
| R2 ajustado | -0,036        | 0,101        | 0,027        |

Nota: \*p <.05, \*\* p <.01, \*\*\* p < .005.  $\beta$  y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. En todos los modelos se incluyen las siguientes variables: edad, pareja, hijos, estado civil, sistema de previsual salud, estado laboral, nivel educacional, ingreso, cesárea previa, cesárea planeada, contracciones y embarazo planeado. MOS\_T1=Encuesta de apoyo social, tiempo 1.

Tabla 14

*Análisis efectos simples en participantes sin antecedente de depresión*

|             | Tiempo 1      | Tiempo 2     | Tiempo 3      |
|-------------|---------------|--------------|---------------|
| MOS_T1      |               |              |               |
| beta        | -0,441***     | -0,301*      | -0,336***     |
| 95% IC      | -0,315 -0,136 | -0,272 -0,03 | -0,272 -0,077 |
| R2 ajustado | 0,328         | 0,115        | 0,316         |

Nota: \*p <.05, \*\* p <.01, \*\*\* p < .005.  $\beta$  y  $R^2$  ajustado son resultados estandarizados. 95% IC= 95% Intervalo de Confianza. En todos los modelos se incluyen las siguientes variables: edad, pareja, hijos, estado civil, sistema de previsual salud, estado laboral, nivel educacional, ingreso, cesárea previa, cesárea planeada, contracciones y embarazo planeado. MOS\_T1=Encuesta de apoyo social, tiempo 1.

## **Discusión**

El objetivo del presente estudio, fue describir y analizar si el apoyo social percibido ejercía un rol moderador frente a la existencia de antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático, en el puntaje de depresión perinatal, en mujeres adultas que son atendidas en los Servicios de Obstetricia y Ginecología de la Red de Salud UC CHRISTUS en Santiago de Chile; y en el Centro de Salud Familiar Juan Pablo II. Se hipotetizó que todas las variables del estudio estarían relacionadas significativamente con el puntaje de depresión postparto. En cuanto a las variables antecedentes de depresión y síntomas de estrés post-traumático, se esperaba frente a la existencia de éstas, un mayor puntaje en la escala de depresión, indicando con esto, un aumento en el riesgo de desarrollar depresión postparto. Con respecto a la variable apoyo social percibido, se esperaba todo lo contrario; contar con un alto puntaje en ésta, implicaría bajos puntajes en depresión perinatal, esto quiere decir un menor riesgo de desarrollar depresión postparto. Además se esperaba que tuviera un rol moderador frente a la existencia de antecedentes de depresión o síntomas de estrés post-traumático con respecto al riesgo de desarrollar depresión posterior al embarazo. Respecto de esto último, la interacción con estas variables es un tema poco estudiado, por lo que los resultados encontrados son parte del aporte y novedad de este estudio. En base a los resultados obtenidos, se puede concluir que la hipótesis para antecedente de depresión no se cumplió. Para la variable correspondiente a los síntomas de estrés post-traumático se cumplió parcialmente (en varios modelos, pero no todos) y, en cuanto a lo hipotetizado para apoyo social percibido, esto sí se aprobó. Por último para las variables de interacción, sólo se cumplió para la interacción de apoyo social percibido con antecedente de depresión.

Para partir la discusión de los resultados de este estudio es necesario, en primer lugar, hacer alusión a las características de la muestra seleccionada, donde la edad media fue de 31 años, lo cual se podría explicar debido a los cambios en el calendario reproductivo de las mujeres. Estos se están viendo desplazados hacia edades más avanzadas, conllevando a una mayor concentración de fecundidad entre los 25 a 29 años (Ministerio de Salud, 2018). Si bien las estadísticas avanzan a rangos etarios mayores, este

fenómeno se ve condicionado por el origen socioeconómico de los sujetos. Cuando nos referimos al nivel socioeconómico alto, sólo un 5% fue madre o padre adolescente (antes de los 20 años), en el sector medio un 12% y en los estratos sociales bajos alcanza un 17% (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Esto también podría explicar la edad promedio de la muestra, pues corresponde a una población de nivel socioeconómico medio medio-alto, por lo tanto, las tasas de maternidad se concentran en edades más avanzadas. Los resultados arrojaron que más del 90% de las participantes tienen pareja y más del 70% está casada o convive con su pareja; y según Räsänen et al., (2013), las mujeres solteras experimentan más depresión postparto (Räsänen et al., 2013). No hay mujeres con estudios en educación básica y más del 50% tiene estudios universitarios. Un 56% tiene un ingreso mensual entre \$1.200.001 y más, un 85% no tiene planeada una cesárea para el nacimiento de su bebé, lo cual significa un factor protector para la depresión perinatal (Räsänen et al., 2013). Lo dicho recientemente no corresponde a una muestra representativa de nuestro país, puesto que esta población podría clasificarse como una muestra más protegida y perteneciente a una clase media media-alta. Así mismo el foco de la muestra está situado en centros de salud privados, lo que también lleva a pensar en una población más protegida y privilegiada de Chile.

Según lo expuesto en los resultados, las participantes de este estudio cuentan con un alto apoyo social percibido y con poca variabilidad entre las diferentes participantes. Lo dicho anteriormente se apoya en los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016, donde se encontró que el 51,2% de los entrevistados declaró contar “siempre con alguien en quien confiar o pedir ayuda en caso de necesitarla” (Ministerio de Salud, 2017). Si bien esto nos lleva a creer en una población protegida, no se puede dejar de pensar que responder a este cuestionario podría estar sesgado por juicios de valor y, en consecuencia, las participantes podrían haber respondido que tenían más apoyo del que realmente tienen.

Por otra parte según los resultados del estudio, menos de un 20% (en los tres tiempos medidos) de las participantes, obtuvo un puntaje de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto (puntaje de 10 o más) (Ministerio de Salud, 2014), el cual es

bastante más bajo que lo encontrado en la literatura chilena. Según Jadresic, Araya y Jara (1995), la prevalencia para la muestra total es de un 36,7% y si se hace alusión a los estratos sociales más bajos, supera el 40% (Jadresic, Araya, & Jara, 1995) y según Póo et al., (2008), la prevalencia es de un 50,7% (Poó et al., 2008). La explicación de esta diferencia se puede deber a que las poblaciones de estos estudios abordaban estratos sociales bajos, por lo tanto, son muestras menos protegidas y podrían ser más propensas a presentar depresión postparto (Ministerio de Salud, 2013). Una razón que podría explicar estas bajas tasas de depresión es porque la población del estudio, son principalmente mujeres adultas con alto nivel educacional, económico y que no se encuentran cesantes. Según un estudio realizado en poblaciones más vulnerables, éstos serían factores importantes de riesgo para el desarrollo de la depresión perinatal (Katon et al., 2014). Otro factor que podría estar explicando estos bajos índices, son la baja sintomatología depresiva en el tiempo 1 (semana 32 a la 36 de embarazo). Según tres estudios los síntomas depresivos durante el embarazo son un fuerte factor de riesgo para desarrollar depresión postparto (Katon et al., 2014; Kim et al., 2014; Räisänen et al., 2013). Y la razón del bajo puntaje en la escala de depresión, en el tiempo 1, podría explicarse según lo planteado por el Ministerio de Salud de Chile, donde explica que las alteraciones psicológicas afectan en mayor escala a personas con bajo nivel educacional (Ministerio de Salud, 2017), lo cual no es una característica propia de la muestra en estudio (más del 50% cuenta con estudios universitarios completo).

La mayoría de los estudios han sido realizados en poblaciones más vulnerables y del sector público (Jadresic et al., 1995; Lynch & Prasad, 2014; Poó et al., 2008; Quelopana, 2012). El acceso a investigaciones de dichos grupos es lo más habitual. Gran parte de la bibliografía encontrada sobre este tema, fue realizada en poblaciones de estratos más bajos y por ende, con mayor riesgo de desarrollar depresión postparto (Anderson et al., 2017; Karaçam et al., 2018; Katon et al., 2014; Lynch & Prasad, 2014; Sharif et al., 2014). Es por esto que este artículo pretende dar inicio a una nueva área de investigación, en torno a una población menos estudiada. A pesar de ser una muestra más protegida que las aludidas en la literatura, da luces de variables relevantes como, por

ejemplo, el apoyo social. Éste sigue haciendo la diferencia en el desarrollo de la depresión postparto para poblaciones menos vulnerables, las cuales tienen necesidades que no estarían siendo abordadas por falta de estudios. Por lo tanto, evaluar como se comportan diferentes variables en muestras más protegidas, sería relevante para futuras intervenciones e investigaciones relacionadas al tema.

Al comienzo de este estudio se mencionó que la variable antecedente de depresión, es un fuerte predictor para el desarrollo de la depresión postparto (Mendoza & Saldivia, 2015), más específicamente dos estudios la sitúan como el factor de riesgo más importante (Karaçam et al., 2018; Räisänen et al., 2013) y otros como uno muy relevante (Özcan et al., 2017; Upadhyay et al., 2017). Según lo recién mencionado, se hipotetizó para esta variable, una relación significativa y positiva con el puntaje de depresión perinatal, esto quiere decir, que frente a la presencia de ésta, el puntaje en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) sería más alto. Sin embargo según los resultados del presente estudio esta hipótesis no se cumplió en ninguno de los tiempos medidos. La explicación de esto podría deberse a que esta es una población con un buen apoyo social percibido, lo cual puede significar que cuando las participantes presentaron una depresión mayor en el pasado, tuvieron a quien recurrir y pedir ayuda. Suponiendo que si hoy cuentan con un buen apoyo, también contaron con éste en el pasado. Al ser una población con altos niveles de estudio, la probabilidad de que hayan pedido ayuda profesional y/o contado con más recursos para enfrentarla, es mayor en comparación a una población con bajos niveles de educación. Un estudio llevado a cabo el 2013, arrojó que aquellos sujetos con un nivel educativo más alto, consideran tener un mejor apoyo social que personas con bajo nivel educativo; lo que se traduce en mejor calidad de vida y bienestar (De la Cruz-Sánchez, Feu, & Vizúete-Carrizosa, 2013). Por último, la razón de esta falta de asociación podría deberse también a la débil medición de la variable antecedente de depresión, la cual podría estar alterando los resultados.

Respecto de la variable síntomas de estrés post-traumático, se esperó la misma relación que la variable anterior, es decir, una relación significativa y positiva. En el tiempo 1 se aprobó la hipótesis para todos los modelos en que fue medido, en el tiempo 2

no se encontraron relaciones significativas en ninguno de los modelos y en el tiempo 3 sólo se aprueba la hipótesis para el modelo 3<sup>5</sup>. Por lo tanto se puede concluir que para esta variable, la hipótesis se aprueba parcialmente. Los resultados encontrados para ésta, son esperados ya que se han sido desarrollados en la literatura, algunos ejemplos son: un estudio transversal donde se concluyó que haber experimentado muchos factores de estrés previo al nacimiento del bebé, se relaciona con un aumento en las probabilidades de desarrollar depresión postparto (Lynch & Prasad, 2014). Un meta-análisis sitúa como factor de riesgo para la depresión perinatal, haber sufrido algún evento estresante durante el embarazo (Özcan et al., 2017). Vliegen et al., (2014), en su publicación también habla sobre la asociación entre eventos estresantes y el aumento en las probabilidades de desarrollar depresión perinatal (Vliegen et al., 2014). Es importante destacar que estos resultados se dan bajo un contexto de baja sintomatología TEPT, por lo tanto, cabe preguntarse si éstos se intensificarían en participantes con altos niveles de síntomas de estrés post-traumáticos.

El apoyo social percibido fue la variable moderadora central del estudio, y se esperaba que tuviera un comportamiento significativo y negativo con el puntaje de depresión perinatal. Esto quiere decir que frente a la existencia de altos puntajes en apoyo social, las participantes tendrían un puntaje más bajo en la escala de depresión. Para esta variable se cumplió la hipótesis en todos los modelos de los tiempos 1 y 3, y se aprobó para casi todos los modelos medidos del tiempo 2 (modelos 6, 7 y 8)<sup>6</sup>. Se puede concluir de esta variable, que la hipótesis propuesta se cumple. Lo recién mencionado podría explicarse, en primer lugar, según la literatura citada al comienzo de este artículo, donde se ha visto desplegada esta misma idea. Los estudios aludidos a continuación avalan la idea recién expuesta. Para comenzar un estudio chileno realizado el 2012, indicó que el apoyo social tiene una asociación fuerte y negativa con el desarrollo de la depresión postparto (Quelopana, 2012). Además varios estudios internacionales indican que un buen

---

<sup>5</sup> Variables médicas + variables demográficas + PCL-C

<sup>6</sup> Modelo 6= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCLC-C + MOS + Interacción MOS con antecedente de depresión; Modelo 7= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCLC-C + MOS + Interacción MOS con PCL-C y Modelo 8= variables demográficas + variables médicas + variable antecedente de depresión + PCLC-C + MOS + Interacción MOS con antecedente de depresión ++ Interacción MOS con PCL-C

apoyo social funciona como factor protector para la depresión perinatal (Anderson et al., 2017; Daley et al., 2015; O'Hara et al., 2014; Pilkington et al., 2015; Poyatos-León et al., 2017; Reid & Taylor, 2015; Sharif et al., 2014). Una segunda explicación a los resultados encontrados para esta hipótesis, se sustentan en lo postulado por James Coyne (1976a y 1976b), donde confirma que la depresión es la respuesta frente a las rupturas personales.

Como se dijo al comienzo de este apartado en relación a las variables de interacción, las cuales no han sido estudiadas en relación a la depresión postparto, los resultados esperados son parte de la novedad y aporte de este trabajo. Respecto a la interacción entre antecedente de depresión con apoyo social percibido, se esperaba que estas variables en interacción presentaran un menor riesgo de desarrollar depresión postparto. Para el tiempo 1 no se encontraron asociaciones significativas en ninguno de los modelos, no obstante para el tiempo 2, el modelo 6 arrojó asociaciones significativas. Y en el tiempo 3, los resultados indicaron asociaciones significativas en los dos modelos medidos. Sin embargo no se pudo aprobar la hipótesis propuesta, puesto que al realizar el análisis de efectos simples, se encontró que en mujeres con antecedente de depresión, el apoyo social percibido, no lograba disminuir la sintomatología de depresión postparto. Por el contrario, en mujeres que no tenían antecedente de depresión, el apoyo social sí lograba disminuir el riesgo de desarrollar depresión perinatal. La razón de por qué no se cumple la hipótesis, podría deberse a que la literatura chilena encontrada, aborda poblaciones más vulnerables que la muestra particular de este estudio (Poó et al., 2008; A. Quelopana, 2012). Por lo tanto los resultados esperados, podrían no verse manifestados.

Respecto la interacción de síntomas de estrés post-traumático con apoyo social percibido, se esperaba que frente a la interacción de éstas, el puntaje en la escala de depresión perinatal fuera más bajo. Según los resultados obtenidos, esta hipótesis no pudo ser aceptada en ninguno de los tres tiempos medidos puesto que no tuvo ninguna relación significativa en los modelos realizados. Esto se podría explicar porque la población de este estudio en particular es más protegida y menos vulnerable que la encontrada en la

literatura (Jadresic et al., 1995; Lynch & Prasad, 2014; Poó et al., 2008; Quelopana, 2012). Por lo tanto los resultados esperados pueden no verse manifestados.

### *Limitaciones del estudio*

Una limitación de este trabajo fue el tamaño de la muestra total con 184 participantes, lo cual podría ameritar ser estudiada a futuro con un  $n$  mayor. Esto podría significar un cambio en los resultados, además de aumentar la potencia estadística.

En segundo lugar se toma como una limitación, que tanto la variable apoyo social percibido y síntomas de estrés post-traumático, hayan sido medidas sólo en el tiempo 1, ya que se les quita la posibilidad de cambio a través del tiempo y por lo tanto, se podrían ver afectados los resultados obtenidos. Futuras investigaciones deberían chequear la posibilidad de medir estas variables en forma longitudinal y ver cómo se comportan.

En tercer lugar, para este estudio no fue posible medir a las mismas participantes en los tres tiempos, esto quiere decir que mujeres del tiempo 1 no necesariamente respondieron la encuesta del tiempo 2 y del tiempo 3, si bien hay algunas que si lo hicieron, éstas no corresponden a la totalidad de la muestra. Lo dicho recientemente es visto como una limitación puesto que no permite analizar cómo los mismos sujetos se comportan a través del tiempo, teniendo en cuenta las propias características de cada sujeto.

Por último, la medición de la variable antecedente de depresión, es vista como una limitación de este estudio, puesto que al no preguntar por la presencia de síntomas específicos, contamos con una variable con muy poca confiabilidad y que es muy poco creíble. Incluso su baja confiabilidad podría explicar su falta de asociación con los síntomas de estrés post-traumáticos.

### *Sugerencias*

La escala utilizada para medir depresión postparto (EDPS), es sólo una herramienta de screening, es un autoreporte de cómo se siente la persona y no una herramienta de diagnóstico. Por lo tanto es preciso tomar ésta como tal y no hacer diagnósticos en base al puntaje obtenido, puesto que transformar éste en un diagnóstico

de depresión o no depresión postparto, podría conllevar a un considerable sobrediagnóstico. Se sugiere a futuras investigaciones y especialmente al proyecto de investigación (FONDECYT N° 1171727) marco en el cual está inmerso este trabajo, utilizar este instrumento como ha sido empleado en este estudio. Puntajes altos (igual o mayor a 10) sólo indican una mayor probabilidad de desarrollar depresión perinatal y bajos puntajes, un menor riesgo de sufrir depresión postparto, pero nunca utilizarla como un método de diagnóstico.

Se sugiere también para futuras investigaciones realizar lo mismo que se ha hecho en este estudio, pero con un desglose más profundo de los diferentes tipos de apoyo social percibido (afectivo, instrumental, informativo e interacción social positiva) para ver cómo se comportan cada uno de ellos en los diferentes modelos realizados. Además se recomienda hacer esta misma investigación en poblaciones más vulnerables, para poder comparar cómo se comporta el apoyo social percibido en diferentes grupos socioeconómicos.

Por último sería interesante que futuras investigaciones indagaran en el antecedente de depresión, síntomas de estrés post-traumático y apoyo social como una sola interacción con depresión postparto.

### *Conclusiones*

El principal hallazgo encontrado en este trabajo fue la fuerte asociación negativa entre apoyo social percibido y los niveles de sintomatología de la depresión postparto, en los tres tiempos medidos, el apoyo social siempre disminuye los niveles de depresión postparto. Lo recién mencionado es de suma importancia para comprender que desde esta variable se puede intervenir para prevenir y/o disminuir la sintomatología depresiva posterior al parto, y además para futuras investigaciones en torno al tema. Es necesario recalcar la importancia que juega el apoyo social en todos los tiempos medidos y particularmente en esta muestra protegida para la depresión posterior al embarazo. Cabe preguntarse frente a esto cómo se comportaría en los sectores más bajos de nuestro país y qué sucedería con las otras variables evaluadas en el estudio. También los resultados

indicaron que los síntomas de estrés post-traumático están relacionados con un aumento en el puntaje de depresión perinatal en el tiempo 1. Sin embargo frente a la interacción con apoyo social, este último no logra revertir la interacción de los síntomas de estrés post-traumático con el puntaje en depresión postparto. Lo que sugiere que el apoyo social tendría que ser muy significativo para actuar en los síntomas de estrés post-traumático y revertir sus consecuencias en el futuro desarrollo de depresión, para este grupo poblacional en particular. Por último, respecto de la interacción entre apoyo social percibido y antecedente de depresión, se puede concluir que apoyo social no cumple el rol esperado en participantes con antecedente de depresión, puesto que igual no disminuiría la depresión postparto. Lo recién mencionado es de suma importancia para futuras intervenciones, pues permite comprender que para disminuir la sintomatología depresiva postparto, en mujeres con antecedente de depresión, no basta con generar intervenciones que proporcionen solo apoyo social. Por el contrario a mujeres sin antecedentes de depresión, aportar apoyo social, si disminuye el riesgo de desarrollar depresión perinatal. Esto es muy relevante para el área de políticas públicas (donde los recursos son limitados) para comprender que las intervenciones basadas en apoyo social para personas con antecedentes de depresión, no disminuyen la depresión postparto. Por lo tanto, es necesario buscar otro tipo de intervenciones para este grupo; y enfocar las intervenciones, basadas en proporcionar apoyo, en mujeres sin antecedentes de depresión.

Son importantes también para la práctica en psicología y ginecología, pues como se dijo al comienzo de este artículo, la depresión postparto es un problema de salud pública. Por lo tanto, es necesario disminuir sus tasas de prevalencia en las mujeres de nuestro país. Al ser un tema poco estudiado, aporta nueva información para quienes deseen aprender y/o investigar más sobre variables que afecten el futuro desarrollo de la depresión postparto.

## Referencias

- Alvarado, R., Guajardo, V., Rojas, G., & Jadresic, E. (2012). *Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para embarazadas*. Santiago de Chile.
- American Psychiatric Publishing. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0889.2007.00321.x>
- Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C., & Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>
- Andrade, D., & Parada, B. (2018). *Fatiga postparto: revisión de la literatura*. *Revista chilena de obstetricia y ginecológica* (Vol. 83).
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237–243.
- Bustos, S., & Jiménez, N. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, xxx(1), 38–49.
- Chen, H.-L., Cai, J.-Y., Zha, M.-L., & Shen, W.-Q. (2018). Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1415881>
- Coyne, J. (1976a). Depression and the Response of Others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(2), 186–193.
- Coyne, J. (1976b). Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39, 28–40. <https://doi.org/10.1080/00332747.1976.11023874>
- Daley, A., Blamey, R., Jolly, K., Roalfe, A., Turner, K., Coleman, S., ... Macarthur, C. (2015). A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a facilitated exercise intervention as a treatment for postnatal depression: The PAM-PerRS trial. *Psychological Medicine*, 45, 2413–2425. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000409>
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L., & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147–172. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2011.17937>
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S., & Vizquete-Carrizosa, M. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española, (1), 31–40.
- Farr, S., Dietz, P., O'Hara, M., Burley, K., & Ko, J. (2014). Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women. *Journal of Women's Health*, 23(2), 120–128. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4438>
- Fasihi, T., Mohammad, M., & Dehghan, T. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212–5222. <https://doi.org/10.14661/2015.971-976>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS, Third Edition*.

- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1–23. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Jadresic, E. (2014). Depresión Perinatal: Detección Y Tratamiento. *Revista Médica Clínica La Condes Condes*, 25(6), 1019–1028.
- Jadresic, E, Araya, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean Postpartum Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16(4), 187–191. <https://doi.org/10.3109/01674829509024468>
- Jadresic, Enrique, & Araya, R. (1995). Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 123, 694–699. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/14675711>
- Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B., & Karabulut, E. (2018). Health Care for Women International Status of postpartum depression in Turkey: A meta-analysis. *Health Care for Women International*, 0. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1466144>
- Katon, W., Russo, J., & Gavin, A. (2014). Predictors of Postpartum Depression. *Journal of Women's Health*, 23(9), 753–759. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- Kim, T., Connolly, J., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(162), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-162>
- Lynch, C., & Prasad, M. (2014). Association between infertility treatment and symptoms of postpartum depression. *Fertility and Sterility*, 102(5), 1416–1421. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.07.1247>
- Martínez, M. F., García, M., & Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605–610.
- Mathisen, S., Glavin, K., Lien, L., & Lagerløv, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: A cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 5, 787–793. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S51436>
- Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: El desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 143, 887–894. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Octava Encuesta Nacional de Juventud 2015.
- Ministerio de Salud. (2013). Guía Clínica AUGÉ, Depresión en personas de 15 años y más.
- Ministerio de Salud. (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento.
- Ministerio de Salud. (2017). Plan nacional de salud mental 2017-2025.
- Ministerio de Salud. (2018). Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

- O'Hara, M., & McCabe, J. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, *9*, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M., Wisner, K., Asher, N., & Asher, H. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *28*, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Özcan, N., Boyacıoğlu, N., & Dinç, H. (2017). Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.006>
- Pilkington, P., Milne, L., Cairns, K., Lewis, J., & Whelan, T. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *178*, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.023>
- 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. *Atencion Primaria*, *47*(8), 523–531. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
- Poó, A. M., Espejo, C., Godoy, C., Gualda de la C, M., Hernández, T., & Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, *136*, 44–52.
- Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Wiley*, *1*(9), 1–10. <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
- Quelopana, A. (2012). Violence Against Women and Postpartum Depression: The Experience of Chilean Women. *Women and Health*, *52*, 437–453. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.687443>
- Quelopana, A. M., & Champion, J. D. (2010). Validación del cuestionario “Escala depresión posparto” versión en español en mujeres de Arica, Chile. *Ciencia y Enfermería*, *XVI*(1), 37–47.
- Räisänen, S., Lehto, S., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511,422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, *3*, 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>
- Reid, K., & Taylor, M. (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>
- Salguero, J., Fernández-Berrocal, P., Iruarizaga, I., Cano-Vindel, A., & Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, *11*(96), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-96>
- Sharif, M., Salleh, M., Khan, A., & Ahmad, R. (2014). Social Support during Pre-Natal

- and Post-Natal Stage: Influence on Maternal Depression and Mental Well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 143, 417–422.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.07.506>
- Silverman, M., Reichenberg, A., Savitz, D., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C., ... Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and Anxiety*, 1–10. <https://doi.org/10.1002/da.22597>
- Togno-Peirce, C., & Morales-Montor, J. (2009). Esteroides sexuales e inmunidad: El papel del estradiol sobre las células dendríticas. *Revista de Investigacion Clinica*, 61(6), 521–532.
- Upadhyay, R., Chowdhury, R., Salehi, A., Sarkar, K., Singh, S. K., Sinha, B., ... Kumar, A. (2017). Systematic reviews Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, 95, 706–717.  
<https://doi.org/10.2471/BLT.17.192237>
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Zych, I., & Buela-Casal, G. (2011). Chilean Validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (PCL–C) after the Earthquake on February 27, 2010. *Psychological Reports*, 109(1), 47–58. <https://doi.org/10.2466/02.13.15.17.PR0.109.4.47-58>
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000013>
- Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016>
- Yim, I., Tanner, L., Guardino, C., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel, C. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 11, 99–137.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>

## Anexos

### Versión chilena de la lista de síntomas de estrés post-traumáticos, versión civil (PCL-C)

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que las personas pueden experimentar, a veces, en respuesta a experiencias vitales estresantes. Por favor, lea cada uno de estos problemas y quejas con atención y ponga una “X” en la casilla que indica *cuanto le ha preocupado dicho problema durante el último mes*.

| Respuesta  | Nada<br>(1) | Un poco<br>(2) | Moderadamente<br>(3) | Bastante<br>(4) | Extremadamente<br>(5) |
|--|-------------|----------------|----------------------|-----------------|-----------------------|
| 1. ¿Recuerdos, pensamientos o imágenes de la experiencia estresante pasada, repetidos y perturbadores?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 2. ¿Sueños sobre la experiencia estresante pasada, repetidos y perturbadores?  | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 3. ¿Actuar o sentir de repente como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo de nuevo (como si la estuviera reviviendo)?                  | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 4. ¿Sentirse muy enfadado cuando algo le recordaba la experiencia estresante pasada?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 5. ¿Tener reacciones físicas (ej. Palpitaciones, dificultades al respirar o sudoración) cuando algo le recordaba la experiencia estresante pasada? | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 6. ¿Evitar pensar sobre o hablar de la experiencia estresante pasada o evitar tener sentimientos relacionados con ésta?                            | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 7. ¿Evitar actividades o situaciones porque le recordaban la experiencia estresante pasada?  | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 8. ¿Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante pasada?  | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 9. ¿Pérdida de interés en cosas de las que solía disfrutar?  | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 10. ¿Sentirse distante o aislado de otras personas?  | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 11. ¿Sentirse entumecido emocionalmente o ser incapaz de tener sentimientos de amor hacia los cercanos?  | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 12. ¿Sentirse como si su futuro fuera a ser acortado de alguna manera?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 13. ¿Problemas para quedarse o permanecer dormido?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 14. ¿Sentirse irritable o tener estallidos de ira?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 15. ¿Tener dificultades para concentrarse?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 16. ¿Estar en sobrealerta o vigilancia en guardia?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |
| 17. ¿Sentirse asustadizo o sobresaltado con facilidad?   | 1           | 2              | 3                    | 4               | 5                     |

### Versión chilena de la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)

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                      |

**Versión chilena de la Encuesta de apoyo social (MOS)**

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 |

### **Antecedente depresión mayor**

¿Ha padecido alguna vez depresión mayor?  Sí  No