



## Salud mental en madres en el período perinatal

### Perinatal mental health in Chilean mothers

Soledad Coo Calcagni<sup>a,c</sup>, Andrea Mira Olivos<sup>a,b,d</sup>, María Ignacia García Valdés<sup>a,c</sup>,  
Paulina Zamudio Berrocal<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo (UDD), Santiago, Chile

<sup>b</sup>Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

<sup>c</sup>Psicóloga

<sup>d</sup>Terapeuta Ocupacional

Recibido: 25 de noviembre de 2020; Aceptado: 25 de abril de 2021

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa tienen una importante prevalencia en el periodo del embarazo y postparto. Estos pueden impactar negativamente en la salud e interacción materno-infantil.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

El presentar cifras actualizadas de la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población chilena. Además, se evidencia la relevancia del apoyo percibido de la madre y pareja para la salud mental de la mujer durante la transición a la maternidad.

#### Resumen

La gestación y el postparto son periodos de especial vulnerabilidad para el desarrollo de cuadros de salud mental materna, que impactan negativamente en la salud e interacción materno-infantil. La mayoría de los estudios se han enfocado en la depresión, siendo la ansiedad menos estudiada, pese a su alta prevalencia. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia de tamizaje positivo para cuadros ansiosos y depresivos en una muestra de mujeres inscritas en centros de salud primaria públicos en Chile y la asociación de estos síntomas con los factores de riesgo específicos. **Sujetos y Método:** 158 mujeres completaron cuestionarios de auto reporte (Escala de Edimburgo y Escala de ansiedad perinatal) durante el tercer trimestre de gestación y a los 3 y 6 meses postparto. Se realizaron análisis para evaluar la prevalencia y evolución de los síntomas y posibles diferencias en salud mental de acuerdo a variables sociodemográficas. **Resultados:** Durante el periodo perinatal se identificó una prevalencia entre 41,3% y 44,3% de sintomatología ansiosa elevada y de 13,9% a 20,9% para los síntomas elevados de depresión. Se destaca la relevancia del apoyo percibido, nivel educacional materno y antecedentes de aborto espontáneo, para la salud mental de la mujer durante la transición a la maternidad. **Conclusiones:** Los síntomas de ansiedad y depresión perinatal son prevalentes, iniciativas para identificar a mujeres en riesgo y para promover factores protectores, como el apoyo social, son necesarias para aumentar el bienestar de las mujeres y sus familias.

#### Palabras clave:

Postparto;  
Ansiedad;  
Depresión;  
Salud Mental Perinatal

Correspondencia:  
Soledad Coo C.  
scoo@udd.cl

## Abstract

Pregnancy and postpartum are periods of increased vulnerability for the development of maternal mental health disorders, that have a negative impact on maternal-infant interaction and health. Most studies have focused on depression, with anxiety being less studied, despite its high prevalence. **Objectives:** to evaluate the prevalence of positive screening for anxiety and depressive symptoms in a sample of women seen in public primary health centers in Chile, and the association of these symptoms with specific risk factors. **Subjects and Method:** 158 women completed self-report questionnaires (Edinburgh Scale and Perinatal Anxiety Scale) during the third trimester of gestation and at 3 and 6 months postpartum. The prevalence and evolution of symptoms were analyzed, as well as possible differences in mental health associated with sociodemographic variables. **Results:** During the perinatal period, there was a prevalence between 41.3% and 44.3% of elevated anxiety symptoms and 13.9% to 20.9% for elevated symptoms of depression at 3 and 6 months, respectively. The study highlights the associations between perceived support, maternal educational level, and history of spontaneous abortion with maternal mental health during the transition to motherhood. **Conclusions:** Maternal perinatal symptoms of anxiety and depression are prevalent. Initiatives to identify women at risk and to promote protective factors, such as social support, are necessary to increase the well-being of women and their families.

## Keywords:

Postpartum;  
Anxiety;  
Depression;  
Perinatal Mental  
Health

## Introducción

La transición a la maternidad conlleva grandes cambios a nivel emocional, social y fisiológico, por lo que constituye un período de mayor riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en la mujer. Desde la perspectiva biológica, la gestación y postparto exponen a la madre a una serie de cambios hormonales y cerebrales que pueden aumentar la sensibilidad de los sistemas de procesamiento emocional de la mujer. Por ejemplo, durante la gestación se ha identificado una alteración en la activación del córtex prefrontal asociada a mayor sensibilidad a estímulos amenazantes por parte de las gestantes. Si bien estos cambios pueden dar cuenta de una adaptación evolutiva para preparar a las mujeres para las demandas de protección asociadas a la maternidad, aumentando su sensibilidad emocional general y su vigilancia hacia las señales emocionales de amenaza y agresión, estas alteraciones también podrían ser responsables de una mayor vulnerabilidad a experimentar cuadros ansiosos en el embarazo<sup>1,2</sup>.

Del mismo modo, las hormonas postparto y las señales sensoriales del infante modifican el cerebro materno; pudiendo hacer a las mujeres más vulnerables o resistentes a la ansiedad y depresión. Por ejemplo, el aumento de la actividad en el receptor GABAA contribuye a la supresión de la ansiedad postparto, que está mediada por el contacto físico con la cría. En tanto la señalización gabanérgica alterada se asocia a deficiencias en la atención materna y un aumento de sintomatología ansiosa y depresiva<sup>2</sup>.

Durante el embarazo, los cuadros depresivos tienen una prevalencia de 7 a 15% en países de ingresos altos

y de 19 a 25% en países de ingresos medios y bajos<sup>3,4</sup>. En el postparto, esta prevalencia se aproxima al 10% en países de ingresos altos y al 20% en países de ingresos medios y bajos<sup>5</sup>. En Chile, estudios tempranos indican que la prevalencia de depresión a las ocho semanas postparto es de 20,5%<sup>6</sup>, mientras que un 41,3% de las mujeres presentaría sintomatología depresiva y/o ansiosa entre los 2 y 3 meses postparto<sup>7</sup>. La depresión postparto tiene diversas consecuencias negativas, como mayor prevalencia de conductas de riesgo en las madres, alteraciones en la interacción madre-bebé y problemas en el desarrollo cognitivo y socioemocional del niño<sup>8</sup>. Dada la relevancia de la salud mental materna en el periodo perinatal, el Ministerio de Salud de Chile ha emitido directrices para la detección temprana y el tratamiento de la depresión durante el embarazo y el período postparto. La pesquisa de sintomatología depresiva con la Escala de depresión postnatal de Edimburgo llega al 89% de las mujeres gestantes a nivel nacional<sup>9,10</sup>.

Los cuadros ansiosos han sido menos estudiados en el periodo perinatal, pese a su alta prevalencia. En un meta-análisis reciente, Fawcett et al describen una prevalencia estimada de 20,7% de uno o más trastornos ansiosos en este periodo<sup>11</sup>. Esto resulta especialmente relevante dado que altos niveles de ansiedad materna durante el embarazo han sido asociados a complicaciones obstétricas, bajo peso del bebé y parto prematuro; así como problemas emocionales y comportamentales en la infancia y la adolescencia<sup>9-11</sup>. En el postparto, la ansiedad materna se ha asociado a un aumento en el uso de los servicios de salud y a una disminución del periodo de lactancia, especialmente en mujeres primíparas<sup>14</sup>.

Existe una alta tasa de comorbilidad ansiosa y depresiva, tanto para la población general como para las mujeres embarazadas<sup>15</sup>. A su vez, los síntomas ansiosos constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva en el postparto<sup>16</sup>. Esto indica que ambos cuadros se encuentran relacionados y resalta la necesidad de estudiarlos en conjunto.

Uno de los factores que incide en el riesgo de presentar sintomatología ansiosa y/o depresiva en el periodo perinatal es el apoyo que recibe la madre y la capacidad de su red social para brindarle apoyo emocional e instrumental. Este puede provenir tanto de familiares y otras personas cercanas, como de instituciones de salud y sus profesionales<sup>17</sup>. En el embarazo, mayores niveles de apoyo social se han asociado a una disminución de la ansiedad, mayor percepción de autocontrol y menores índices de depresión posparto<sup>18</sup>. Asimismo, el reporte de redes sociales más pequeñas, percepción de bajo apoyo social, especialmente de la pareja, y violencia intrafamiliar han sido reconocidos como factores de riesgo de salud mental en el periodo perinatal<sup>17,18</sup>.

El presente estudio tiene por objetivo evaluar la prevalencia de un tamizaje positivo para depresión y ansiedad en una muestra de madres inscritas en centros públicos de salud primaria de dos ciudades de Chile, evaluadas durante el tercer trimestre de gestación y a los tres y seis meses posteriores al parto. Si bien se pone especial énfasis en la sintomatología ansiosa, que ha sido menos estudiada en muestras chilenas, se incluyó la evaluación de sintomatología depresiva dada la alta comorbilidad entre ambos tipos de síntomas. Objetivos adicionales incluyen explorar la asociación entre factores de riesgo sociodemográficos y sintomatología depresiva y ansiosa y evaluar las diferencias en la sintomatología depresiva y ansiosa en los tres tiempos evaluados.

## Sujetos y Método

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo con un diseño de medidas repetidas, que incluyó una muestra por conveniencia de 158 gestantes, reclutadas a través de un muestreo no probabilístico en dos centros de salud públicos de atención primaria de las ciudades de Santiago y Concepción, entre Mayo 2018 y Agosto 2019. Como criterio de inclusión se consideró a mujeres mayores de 18 años, hispanoparlantes, en su tercer trimestre de gestación (embarazo > 24 semanas). Los criterios de exclusión fueron la presencia de discapacidad cognitiva o enfermedad grave de la madre, embarazo múltiple y parto pretérmino. Con estos criterios se buscó definir una muestra comunitaria representativa, excluyendo

por tanto aquellos casos que pudiesen tener factores de riesgo poco prevalentes y que no son analizados en el presente estudio.

## Procedimiento

Un equipo de psicólogas entrenadas evaluó que cada una de las posibles participantes cumplieran con los criterios de inclusión para su ingreso al estudio, además de explicar el mismo y aclarar las dudas expresadas. Posteriormente se procedió a firmar el consentimiento informado y a la aplicación de los cuestionarios. Las participantes completaron cuestionarios de variables demográficas, características y reporte de grado de satisfacción con su red de apoyo e instrumentos de auto reporte de salud mental durante el tercer trimestre de gestación. Los instrumentos de tamizaje de sintomatología ansiosa y depresiva fueron aplicados nuevamente a los 3 y 6 meses postparto. A los 3 meses postparto las participantes también respondieron un cuestionario sobre su experiencia de parto e información sobre el nacimiento del bebé. Las participantes completaron los instrumentos por vía telefónica o en los centros de salud. Aquellas mujeres que reportaron elevada sintomatología depresiva y/o ansiosa u otros factores de riesgo, fueron derivadas al equipo de salud tratante para su evaluación y tratamiento.

El presente estudio contó con la aprobación de los Comités de Ética de la Universidad del Desarrollo y del Servicio de Salud de Concepción y fue llevado a cabo en coordinación con las autoridades y equipos profesionales de los centros de salud involucrados.

## Instrumentos

*Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE)*<sup>21</sup>: Es un instrumento de auto reporte de 10 ítems con una escala Likert de 4 puntos (0 a 3). Un puntaje superior o igual a 13 se considera indicador de riesgo de presentar depresión durante la gestación, mientras que durante el postparto el punto de corte sugerido es de 10. Esta escala ha sido validada en Chile para ser usada durante el embarazo y el periodo postparto y se reporta una alta confiabilidad (alfa de Cronbach: 0,77) y especificidad (67%) del instrumento<sup>21</sup>.

*Escala de Ansiedad Perinatal (PASS)*<sup>22</sup>. Es un cuestionario de auto reporte de 31 ítems organizados en cuatro subescalas: 1) ansiedad aguda y síntomas adaptativos; 2) preocupación y miedos específicos; 3) perfeccionismo y síntomas de trauma; 4) ansiedad social. Los ítems cuentan con una escala Likert de 0 a 3 y el puntaje de cada subescala se obtiene sumando los ítems correspondientes. Cada ítem pregunta sobre la presencia de distintos sentimientos o experiencias como, por ejemplo: "Miedo de que el bebé sufra algún

daño”, “Pensamientos repetitivos difíciles de detener o controlar” o “Me he sentido inquieta o fácilmente irritable”.

Los autores de la escala han reportado alta confiabilidad para las subescalas y para el puntaje global (alfa de Cronbach: 0,96 a 0,86)<sup>23</sup>2014. Este instrumento está siendo actualmente validado en español. Se escogió esta escala, ya que es uno de los escasos instrumentos de tamizaje de sintomatología ansiosa en el periodo posterior al parto.

#### ***Variables sociodemográficas y obstétricas***

Se aplicaron dos cuestionarios diseñados por el equipo de investigación para levantar información sobre el perfil sociodemográfico de la muestra y experiencia de parto de las participantes. El cuestionario de variables sociodemográficas permitió levantar información sobre la edad, estado civil, ocupación, edad gestacional, nivel de educación, tipo de vivienda, número de embarazos previos, antecedentes de aborto espontáneo, antecedentes de salud mental y dificultades de salud en el embarazo. Además, se pidió a las participantes que identificaran a la(s) persona(s) de su círculo cercano que preveían mayor apoyo emocional e instrumental y que reportaran su satisfacción con el apoyo recibido por parte de los miembros de su red cercana en una escala Likert de 0 a 7 (siendo 7 el máximo nivel de satisfacción).

Por último, el cuestionario sobre el nacimiento del bebé levantó información sobre el género del recién nacido, edad gestacional al momento del parto, peso y talla al nacer, tipo de parto, lugar de nacimiento del bebé, complicaciones de salud en la madre y/o el bebé y satisfacción con la experiencia de parto.

#### **Análisis**

Se realizaron análisis no paramétricos, dado que los criterios de normalidad de las variables medidas no se cumplieron. Para evaluar posibles cambios en salud mental durante los tres tiempos de medición, se utilizó una Prueba de Friedman. Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para explorar diferencias en salud mental según el estado civil de las participantes y su nivel de educación y el análisis de correlaciones de Spearman para evaluar la asociación entre salud mental y satisfacción con el apoyo.

Para comparar los promedios en las variables de salud mental de acuerdo a las características demográficas de las participantes, se utilizó la prueba de Mann Whitney. Posibles diferencias en el nivel de satisfacción con el nivel de apoyo recibido durante la gestación y postparto fueron evaluadas con la prueba de Wilcoxon. La prueba de chi cuadrado se utilizó para explorar la asociación entre variables categóricas y los reportes de salud mental de las participan-

tes, que fueron categorizados como sobre o bajo el punto de corte correspondiente a cada instrumento utilizado.

## **Resultados**

### **Participantes**

En primera instancia 161 mujeres fueron evaluadas. De estas, 7 fueron excluidas del estudio por no cumplir con criterios de inclusión (4 debido a parto pretérmino y 3 debido a enfermedad grave de la madre). De las 158 mujeres restantes, 119 participaron de la fase 2 (3 meses postparto) y 110 de la fase 3 (6 meses postparto).

Respecto del porcentaje de madres que accedió a participar del estudio, solo en uno de los centros de salud se contó con la información del total de gestantes registradas. En este centro, el 71,3% de las madres que pudieron ser contactadas y que cumplían con los criterios de inclusión accedió a participar del estudio. Las características demográficas de las participantes se encuentran en la tabla 1.

### **Prevalencia de tamizaje positivo de sintomatología depresiva y ansiosa**

De las 158 madres evaluadas con la escala PASS en el tercer trimestre de gestación, 44,3% ( $N = 70/158$ ) reportaron síntomas de ansiedad moderada o severa. Este porcentaje fue 46,9 ( $N = 54/115$ ) a las 10-12 semanas postparto y 41,3 ( $N = 45/109$ ) a los 6 meses postparto.

Un 13,9% ( $N = 22/158$ ) de las participantes reportó niveles de depresión por sobre el punto de corte de la EDPE durante la gestación. De estas mujeres 13,6% ( $N = 3$ ) se encontraba bajo tratamiento al momento de la evaluación. A los tres y seis meses de edad del bebé, 16,5% ( $N = 19/115$ ) y 20,9% ( $n = 23/110$ ) de las madres reportaron síntomas elevados, respectivamente.

### **Estabilidad de las dificultades emocionales entre la gestación y postparto**

Los resultados de la prueba de Friedman indicaron que los síntomas de depresión y ansiedad de las participantes a los 3 meses posteriores al parto fueron significativamente menores a los reportados durante el tercer trimestre de gestación. A los seis meses postparto, los síntomas se mantuvieron disminuidos en relación con las mediciones durante la gestación, pero no se observaron diferencias significativas entre las dos mediciones postparto (tabla 2).

### **Variables sociodemográficas y de salud**

Se encontraron diferencias significativas en el tamizaje positivo de sintomatología ansiosa en relación

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes (N = 158)**

Característica	n (%)
<b>Edad (años)</b>	
18 a 24	36 (23%)
25 a 34	97 (61%)
≥ 35	25 (16%)
<b>Ciudad residencia</b>	
Santiago	65 (41,1%)
Concepción	93 (58,9%)
<b>Nacionalidad</b>	
Chilena	130 (83,3%)
Venezolana	16 (10,3%)
Otra nacionalidad	10 (6,4%)
<b>Relación de pareja</b>	
Conviviente	63 (40,1%)
Casada	42 (26,8%)
Soltera	21 (13,4%)
Separada	2 (1,3%)
Otro	29 (18,5%)
<b>Tipo de Previsión de salud</b>	
Fonasa A y B	79 (50,3%)
Fonasa C	28 (17,8%)
Fonasa D	38 (24,2%)
Otros	12 (7,6%)
<b>Máximo nivel educacional alcanzado</b>	
Escolaridad incompleta	17 (10,8%)
Media completa	27 (17,1%)
Técnica incompleta	10 (6,3%)
Técnica completa	39 (24,7%)
Universitaria incompleta	21 (13,3%)
Universitaria completa	44 (27,8%)
<b>Trabajo u ocupación remunerada</b>	
Sí	93 (58,9%)
No	65 (41,1%)
<b>Tipo de Vivienda</b>	
Propia	25 (15,8%)
Arriendo	60 (38,0%)
Compartida	63 (39,9%)
Otro	10 (6,3%)
<b>Embarazos previous</b>	
Primigesta	63 (39,8%)
1 gestación previa	64 (40,5%)
2 gestación previa	15 (9,4%)
≥ 3 gestación previa	16 (10%)
<b>Antecedentes aborto espontáneo previo</b>	
No	126 (79,7%)
Sí	32 (20,3%)
<b>Antecedentes previos salud mental</b>	
Sin antecedentes	122 (70,9%)
Síntoma depresivo	11 (7%)
Trastorno depresivo	18 (11,4%)
Síntomas ansiedad	3 (1,9%)
Trastorno de ansiedad	3 (1,9%)
Otro	11 (7%)
<b>Tipo parto</b>	
Vaginal	47 (39,9%)
Asistido	9 (7,6%)
Cesarea	63 (52,9%)
<b>Alimentación a los 3 meses</b>	
Lactancia exclusiva	73 (61,9%)
Fórmula	8 (6,8%)
Mixta	37 (31,4%)

**Tabla 2. ANOVA de Friedman evaluando cambios en salud mental durante el embarazo y postparto (N = 158)**

	Tercer trimestre	10-12 semanas PP	6 meses PP	$\chi^2$ (df)	p
	Mdn (Ranking)	Mdn (Ranking)	Mdn (Ranking)		
Depresión (EDPE)	5 (2,30)	4 (1,80)**	1,89 (5,0)*	16,03 (2)	0,00
Ansiedad (PASS)	19 (2,31)	19 (1,79)**	17 (1,91)**	14,89 (2)	0,00

Nota. Mdn = mediana, \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , ++Indica diferencia significativa con T1  $p < 0,01$ . EDPE Escala de depresión perinatal de Edimburgo. PASS Escala de ansiedad perinatal.

con el nivel de educación de las participantes a los tres meses posteriores al parto. Las mujeres que indicaron tener Educación Superior completa reportaron menor sintomatología ansiosa que las mujeres que reportaron Educación Básica o Media incompleta (tabla 3).

Al explorar diferencias en salud mental de acuerdo con las características obstétricas de las participantes, los análisis con la prueba de Mann Whitney reflejaron que, durante el tercer trimestre de gestación, las madres con antecedentes de pérdida de un embarazo previo reportaron significativamente más síntomas de depresión y ansiedad que las participantes sin estos antecedentes (tabla 4).

No se observaron diferencias significativas en los reportes de salud mental de las participantes según su situación laboral, tipo de vivienda y antecedentes de salud mental previos.

### Apoyo social y salud mental materna

Respecto de la satisfacción con el apoyo recibido, la mayoría de las madres reportó niveles elevados de satisfacción durante el tercer trimestre de gestación y a los seis meses postparto (6,54 ( $DE = 1,0$ , mediana ( $Mdn = 7$ )) y 6,63 ( $DE = 0,84$ ,  $Mdn = 7$ ), respectivamente). No se observaron diferencias significativas entre estas mediciones de acuerdo a la prueba de Wilcoxon ( $z = 1,16$ ,  $p < .05$ ,  $r = .11$ ).

Al solicitar a las madres que identificaran a las personas significativas en su vida y que proveen mayor apoyo emocional e instrumental, un 60,7% ( $N = 96/158$ ) reportó dos o más personas significativas, el resto de las madres solo identificó a una persona. Un 78,5% ( $N = 124/158$ ) reportó dentro de sus personas significativas a su pareja y un 44,3% ( $N = 70/158$ ) identificó a su madre.

El análisis de correlaciones de Spearman mostró una asociación significativa entre la satisfacción con el apoyo recibido y los síntomas de depresión ( $\rho = -0,34$ ,  $p < 0,01$ ) y ansiedad ( $\rho = -0,32$ ,  $p < 0,01$ ) de las par-

**Tabla 3. Análisis de Kruskal Wallis evaluando diferencias en salud mental de acuerdo al nivel educacional de las participantes**

	Ed. Básica o media incompleta (N = 17)	Ed. Media completa (N = 27)	Ed. Superior (N = 114)	$\chi^2$ (df)	p
Tercer trimestre	Mdn (Ranking)	Mdn (Ranking)	Mdn (Ranking)		
Depresión (EDPE)	12 (102,32)	6,5 (78,72)	5 (76,28)	4,84 (2)	0,09
Ansiedad (PASS)	39 (100,38)	20 (82,17)	19 (75,75)+	4,4 (2)	0,11
10-12 semanas PP					
Depresión (EDPE)	9 (85,94)	4 (58,5)	3 (55)+	7,13 (2)*	0,03
Ansiedad (PASS)	37 (84,67)	19 (55,53)	16,5 (55,78)+	6,25 (2)*	0,04
6 meses PP					
Depresión (EDPE)	8 (67,9)	5 (52,52)	5 (55,54)	0,96 (2)	0,62
Ansiedad (PASS)	35 (84,3)	22 (56,11)	16 (52,91)	4,68 (2)	0,09

Nota. Mdn = mediana, \*p < 0,05, \*\*p < 0,01, + indica diferencia significativa con T1 p < 0,05. EDPE Escala de depresión perinatal de Edimburgo. PASS Escala de ansiedad perinatal.

**Tabla 4. Prueba de Mann Whitney para evaluar diferencias en salud mental de acuerdo a antecedentes de pérdida previa**

Variables	Antecedentes de pérdida de embarazo previo		U	z	r
	Sí (Mdn) Ranking N = 32	No (Mdn) Ranking N = 126			
Depresión (EDPE)	7.5 (101,36)	5 (73,95)	2715,5**	3,04	0,24
Ansiedad (PASS)	25 (96,52)	17 (75,18)	2560,5*	2,36	0,19

Nota. Mdn = mediana, \*p < 0,05, \*\*p < 0,01. EDPE Escala de depresión perinatal de Edimburgo. PASS Escala de ansiedad perinatal.

**Tabla 5. Prueba de Mann Whitney para evaluar diferencias en salud mental de acuerdo al tipo de persona significativa reportada**

Variables	La pareja es PS					La propia madre es PS				
	Sí Mdn, (Ranking) N = 124	No Mdn, (Ranking) N = 34	U	z	r	Sí Mdn, (Ranking) N = 70	No Mdn, (Ranking) N = 88	U	z	r
Tercer trimestre										
Depresión (EDPE)	5 (74,4)	9 (98,21)	1.472**	-2,70	0,21	5 (72,81)	6 (84,82)	2.611,5	-1,65	0,13
Ansiedad (PASS)	17 (75,1)	27 (95,56)	1562*	-2,31	0,18	18 (71,09)	27 (86,19)	2.491*	-2,06	0,16
10-12 semanas PP	N 87	N 28				N 52	N64			
Depresión (EDPE)	3 (51,51)	8 (78,2)	653**	-3,71	0,03	3 (52,51)	2 (62,4)	1.352	-1,59	0,15
Ansiedad (PASS)	14,5 (52,33)	26 (75,61)	725**	-3,22	0,03	17 (56,4)	21 (59,3)	1.550	-0,46	0,04
6 meses PP	N 86	N 23				N54	56			
Depresión (EDPE)	5 (54,5)	5 (58,79)	1.006,5	-0,61	0,06	5 (57,4)	5 (53,7)	1.614,5	0,62	0,06
Ansiedad (PASS)	16 (54,72)	18,5 (55,9)	1.055,5	-0,17	0,02	16,5 (54,08)	19 (55,9)	1.435,5	-0,3	0,03

Nota. Mdn = mediana, \*p < 0,05, \*\*p < 0,01 EDPE Escala de depresión perinatal de Edimburgo PASS Escala de ansiedad perinatal.

participantes durante el tercer trimestre de gestación. En todos los casos, una mayor satisfacción con el apoyo recibido se asoció con menor sintomatología.

Según la prueba de Kruskal-Wallis, los reportes de salud mental de las participantes no variaron de acuerdo a su estado civil. Sin embargo, de acuerdo a la prueba de Mann-Whitney, durante el tercer trimestre de embarazo las participantes que viven con su pareja reportaron menos síntomas de depresión ( $X = 5,77$ ,  $Mdn = 6$ ,  $N = 105$ ) que las participantes que indicaron no vivir con su pareja ( $X = 7,43$ ,  $Mdn = 5$ ,  $N = 47$ ),  $U = 1.948$ ,  $z = -2,08$ ,  $p = .038$ ,  $r = 0,17$ . Resultados similares se observaron para los síntomas de ansiedad entre estos grupos (vive con la pareja  $X = 21,55$ ,  $Mdn = 17$ ,  $N = 105$ ; no vive con la pareja ( $X = 25,74$ ,  $Mdn = 21$ ,  $N = 47$ ) en el mismo tiempo de medición,  $U = 1904,5$ ,  $z = -2,25$ ,  $p = .025$ ,  $r = 0,18$ .

Por otra parte, de acuerdo con la prueba de Mann-Whitney, las participantes que identificaron a sus parejas como persona significativa reportaron significativamente menos síntomas de depresión y ansiedad durante el tercer trimestre de gestación y a los 3 meses posteriores al parto que las mujeres que no lo hicieron (tabla 5). Asimismo, las participantes que identificaron a sus propias madres como persona significativa reportaron menos síntomas de depresión y ansiedad que las mujeres que no lo hicieron, durante el tercer trimestre de embarazo (tabla 5).

## Discusión

El presente estudio describe la prevalencia de tamizaje positivo para cuadros ansiosos y depresivos durante la gestación y el postparto en una muestra de mujeres que se atendían en dos centros salud primaria públicos en las ciudades de Santiago y Concepción, Chile. Se identificó sintomatología ansiosa en aproximadamente 40% de las participantes.

En cuanto a la sintomatología depresiva, un 13,9% de mujeres en el tercer trimestre de gestación reportó síntomas elevados, porcentaje que aumentó a 16% y 20% a los tres y seis meses postparto, respectivamente. Estudios nacionales anteriores realizados en Santiago han reportado una prevalencia de sintomatología depresiva de 34,5% en el periodo postnatal en una muestra de 542 madres de nivel socioeconómico diverso<sup>7</sup>. Más recientemente, Rojas et al han descrito una tasa probable de depresión postparto de 24,1% evaluada con la escala EDPE en una muestra de 305 mujeres a los 2-3 meses postparto la cual es similar a la reportada en este estudio<sup>9</sup>.

De las mujeres que reportaron sintomatología depresiva y/o ansiosa, solo una minoría se encontraba en tratamiento al momento de la evaluación. En relación

a este fenómeno, Rojas et al. observan que, si bien las estrategias de tamizaje universal para la pesquisa de sintomatología depresiva en mujeres púrpuras es altamente efectiva en el sistema de salud público chileno, el acceso a tratamiento es muy reducido<sup>22</sup>. Esto se asociaría a barreras que incluyen una conceptualización negativa de las alternativas de tratamiento, desconocimiento de la gravedad de los síntomas y características del sistema de salud, incluyendo largas listas de espera y falta de coordinación entre profesionales<sup>20</sup>. Dado el impacto negativo de los síntomas de salud mental tanto para las mujeres como para sus familias, mejorar el acceso a tratamiento es un desafío importante para la red de salud mental pública y privada en nuestro país, donde la población general tiene una percepción de baja efectividad en el tratamiento de las dificultades de salud mental<sup>24</sup>.

Al explorar la evolución de la sintomatología ansiosa y depresiva durante los tres tiempos de medición, se observó que esta disminuye significativamente desde el tercer trimestre de gestación al periodo postparto. Estudios anteriores han observado esta tendencia, que podría explicarse por la disminución de las preocupaciones asociadas al parto y el nacimiento del bebé, que se resuelven positivamente en el postparto en el caso del nacimiento de un niño sano<sup>25</sup>. Pese a la disminución de la sintomatología a lo largo del periodo perinatal, el porcentaje de madres que reportó puntajes por sobre el punto de corte para la escala de ansiedad se mantuvo estable. Esto podría indicar que, pese a la disminución de los síntomas, hay un grupo de mujeres que mantendría un perfil de riesgo.

En relación a los factores de riesgo para el desarrollo de síntomas de depresión y/o ansiedad, resalta el bajo nivel educacional de las participantes, lo que es consistente con estudios tanto nacionales como internacionales<sup>14,18</sup>. Esto sugiere que mayores niveles de educación se asociarían a una mejor capacidad de afrontamiento de situaciones desafiantes, ya sea por el posible desarrollo de recursos individuales como por una menor exposición a estrés producto de la vulnerabilidad socioeconómica que comúnmente se asocia a bajos niveles de educación. Asimismo, se destacan los antecedentes de pérdida en embarazos previos. En relación a este punto, Chojenta et al describen resultados similares en una muestra de 584 mujeres con antecedentes de pérdidas previas, que reportaron alta sintomatología ansiosa y depresiva durante embarazos subsiguientes, pero no en el periodo postparto<sup>26</sup>.

Los resultados de este estudio evidencian la relevancia del apoyo disponible para las mujeres durante la transición a la maternidad y su impacto en la salud mental materna. Al igual que estudios anteriores, tanto una alta satisfacción con el apoyo emocional y práctico recibido, como vivir con la pareja se asocian a un mayor bienestar emocional<sup>27,28</sup>.

Un aporte novedoso del presente trabajo está en reconocer el efecto protector, a nivel de salud mental perinatal, de contar con la propia madre como una fuente de apoyo durante la transición a la maternidad. Esto concuerda con el modelo de la constelación maternal que indica que contar con el apoyo de otras madres, especialmente la propia, contribuye significativamente al bienestar de las mujeres durante el periodo perinatal<sup>29</sup>. Por otra parte, la mayoría de las participantes mostró satisfacción con el apoyo recibido y una gran mayoría describió contar con acompañamiento durante el parto y con apoyo en la crianza, especialmente por parte de su pareja. Esto podría reflejar el efecto de las iniciativas que promueven el parto respetuoso y la participación de los padres en la crianza, que se han promovido en el país desde el programa nacional de primera infancia Chile Crece Contigo durante los últimos años<sup>30</sup>.

Los resultados de este estudio se encuentran limitados por las características de las participantes, cuya participación -al ser voluntaria- puede haber sesgado la muestra a través de la autoselección de madres con determinado perfil de salud mental. Además, el hecho de contar con una muestra no probabilística limita la generalización de los resultados a grupos similares, ya que no son representativos a nivel nacional. Por otra parte, la sintomatología ansiosa y depresiva fue evaluada mediante auto-reporte y no permite distinguir la presencia de cuadros clínicos de salud mental. Futuros estudios podrían utilizar entrevistas diagnósticas para definir la prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos, además de sintomatología.

En relación con los instrumentos utilizados, la escala PASS, que evalúa sintomatología ansiosa, no ha sido validada para su uso en poblaciones latinas. La falta de cuestionarios para evaluar ansiedad perinatal justifica el uso de este instrumento, sin embargo, los resultados obtenidos a través de esta escala deben ser considerados cuidadosamente. Investigaciones futuras podrían dedicarse a la validación de instrumentos que faciliten la pesquisa de sintomatología ansiosa en nuestro país.

## Conclusión

A pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio presenta una actualización de la prevalencia de

sintomatología ansiosa y depresiva durante el periodo perinatal en una muestra diversa de mujeres en Chile. Los resultados destacan la relevancia del apoyo percibido para el bienestar emocional de la mujer en el periodo perinatal y podrían ofrecer información de utilidad para los profesionales de salud que trabajan con mujeres y sus hijos e hijas en este significativo periodo vital.

## Responsabilidades Éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Financiamiento

Este estudio fue realizado con el apoyo de CONICYT (Fondecyt N°11170338).

## Agradecimientos

Las autoras quisieran agradecer a las familias que participaron en este estudio y a los centros de salud familiar Santa Julia (Santiago) y Víctor Manuel Fernández (Concepción) que apoyaron su ejecución.

## Referencias

1. Pearson RM, Lightman SL, Evans J. Emotional sensitivity for motherhood: Late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces. *Horm Behav* [Internet]. 2009;56:557-63.
2. Lonstein JS, Maguire J, Meinschmidt G, et al. Emotion and Mood Adaptations in the Peripartum Female: Complementary Contributions of GABA and Oxytocin Neuroendocrinology. 2014;649-64.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J*. 2001;323:257-60.
4. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: Perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med*. 2003;33:1161-7.
5. Fisher J, de Mello MC, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common



- perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. Vol. 90, Bulletin of the World Health Organization. 2012;139-49.
6. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, et al. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiatr.* 1992;3:1168-76.
  7. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile.* 1995;123:694-9.
  8. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord.* 2016;(192):83-90.
  9. Rojas G. Análisis de la situación de uso de servicios y acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros APS de la Región Metropolitana [Internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2013. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/5-Informe-Final-Analisis-de-lasituacion-de-uso-de-servicio-y-acceso-a-tratamiento-de-la-depresion-posparto.pdf>
  10. Rojas I, Pemjean A. La atención de la Depresión en el GES-AUGE. Santiago:Minsal;2013. Consultado 6 agosto 2020. [mhttps://www.minsal.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f10680.pdf](https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f10680.pdf)
  11. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, et al. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2019; 80:18r12527.
  12. Fairbrother N, Young AH, Zhang A, et al. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20:311-9.
  13. Schetter CD, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25:141.
  14. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, et al. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics.* 2013;131:1218-24.
  15. Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J Affect Disord.* 2016;198:142-7.
  16. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108:147-57.
  17. Berlanga S, Pérez RM, Vizcaya MF, et al. Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad. *Enferm Glob.* 2014;13:18-32.
  18. Ramírez H, Rodríguez I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. *Revisión bibliográfica. Matronas profesión.* 2014;15:1-6.
  19. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:5-14.
  20. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, et al. Caracterización de madres deprimidas en el postparto. *Rev Med Chil.* 2010;138:536-42.
  21. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1995;16:187-91.
  22. Somerville S, Dedman K, Hagan R, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health.* 2014;17:443-54.
  23. Somerville S, Byrne SL, Dedman K, et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *J Affect Disord.* 2015;186:18-25.
  24. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioeth.* 2016;22:51-61.
  25. Coó S, Milgrom J, Kuppens P, et al. Exploring the association between maternal mood and self-reports of sleep during the perinatal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014;43:465-77.
  26. Chojenta C, Harris S, Reilly N, et al. History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS One.* 2014;9: 24733508.
  27. Hetherington E, McDonald S, Williamson T, et al. Social support and maternal mental health at 4 months and 1 year postpartum: Analysis from the All Our Families cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2018;72:933-9.
  28. Racine Nicole, Plamondon A, Hentges R, et al. Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: The critical role of partner and family support. *J Affect Disord.* 2019;252:19-24.
  29. Stern DN. The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. International Universities Press 1995;Cap 11:171-89.
  30. Bedregal P, Torres A, Carvallo C. Chile Crece Contigo: El desafío de la protección social a la infancia. Las nuevas políticas de protección social en Chile 2014;237-64. Uqbar Ediciones; 2014 [consultado 10 agosto 2020] disponible en [file:///C:/users/solco/downloads/undp\\_cl\\_pobreza\\_cap5\\_chile\\_crece.pdf](file:///C:/users/solco/downloads/undp_cl_pobreza_cap5_chile_crece.pdf)