



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina - Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

**PREDICTORES DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA
Y DEPRESIVA EN EL PERIODO PERINATAL
DURANTE EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA POR
COVID-19, EN CHILE.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

**KARINA DEL PILAR LETELIER IBARRA
CONCEPCIÓN-CHILE**

Docente guía: Yolanda Contreras García
Docente co-guía: Mercedes Carrasco-Portiño
Dpto. de Obstetricia y Puericultura
Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción.

Año 2024

Dedicado a mi Cristóbal.

Agradecimientos a: Mis padres y a mi esposo, por su apoyo incondicional y por creer en mi desde el primer día.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Páginas

INDICE DE FIGURAS	i
INDICE DE TABLAS	ii
RESUMEN	 iii
ABSTRACT	 iv
1.-INTRODUCCIÓN	1
2.-MARCO TEÓRICO	4
3.-HIPÓTESIS	13
4.-OBJETIVOS	14
5.-MATERIAL Y MÉTODO	15
6.-RESULTADOS	20
7.-DISCUSIÓN	37
8.-CONCLUSIÓN	45
9.-LIMITACIONES	46
10.-PROYECCIONES	47
11.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
12.-ANEXOS	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Páginas

Figura 1: Descripción/comparación de la distribución de puntajes de síntomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas y en periodo de postparto.	27
---	----

INDICE DE TABLAS	Páginas
Tabla 1: Perfil sociodemográficos de las participantes.	21
Tabla 2: Descripción de los antecedentes de la experiencia asociada a la presencia de COVID-19	23
Tabla 3: Distribución de respuesta de GAD-7, en 962 mujeres chilenas en etapa perinatal.	24
Tabla 4: Distribución de respuesta de Escala de depresión post parto de Edimburgo, en 962 mujeres chilenas en etapa perinatal.	25
Tabla 5: Representación del comportamiento de puntajes de escalas GAD 7 y Edimburgo en sus dimensiones de Anhedonia, Ansiedad y Depresión, entre mujeres embarazadas y en periodo de postparto.	26
Tabla 6: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología ansiosa en población perinatal según valoración de la escala GAD- 7.	30
Tabla 7: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología de anhedonia en población perinatal según valoración de la escala de Edimburgo.	32
Tabla 8: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología ansiosa en población perinatal según valoración de la escala de Edimburgo.	34
Tabla 9: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología depresiva en población perinatal según valoración de la escala Edimburgo.	36

RESUMEN

Introducción: A fines del 2019 surge una nueva pandemia, se trata de la infección por virus SARS-Cov-2 (COVID-19), con alta letalidad. Los países tomaron medidas de confinamiento social, lo que llevo consecuencias entre ellas, en la salud mental. Dimensión particularmente sensible, en el periodo perinatal.

Objetivo general: Determinar predictores de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres que cursan el periodo perinatal, durante el primer año de pandemia por COVID-19, en Chile.

Metodología: Estudio transversal y analítico con 962 participantes, en quienes se caracterizó la experiencia de la pandemia, el apoyo social y la sintomatología ansiosa y depresiva. Se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas, considerando un $p < 0,05$ para señalar significación estadística (Software JASP). La investigación fue aprobada por dos comités de ética de la institución responsable.

Resultados: Edad promedio 31,9 años, sobre el 85% con estudios superiores y pareja estable, en el 50% era su primer hijo. La sintomatología ansiosa y depresiva fue más alta en mujeres en periodo postparto ($p < 0,001$). Las variables estudiadas logran explicar alrededor del 27,8% y 26,3% de síntomas ansiosos y depresivos respectivamente en mujeres gestantes y postparto. La variable predictora de mayor impacto fue el estrés causado por la pandemia, el apoyo social familiar se identificó como factor protector.

Conclusiones: Las mujeres en periodo de postparto son más vulnerables para presentar ansiedad y depresión que las gestantes. El estrés fue la variable que más predijo ambas sintomatologías durante la pandemia.

Palabras claves: Covid-19, embarazo, postparto, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Introduction: At the end of 2019, a new pandemic emerges, it is the SARS-Cov-2 virus infection (COVID-19), with high lethality. Countries took social confinement measures, which had consequences, including mental health. Particularly sensitive dimension, in the perinatal period.

General objective: Determine predictors of anxious and depressive symptoms in women during the perinatal period, during the first year of the COVID-19 pandemic, in Chile.

Methodology: Cross-sectional and analytical study with 962 participants, in whom the experience of the pandemic, social support and anxious and depressive symptoms were characterized. Parametric and non-parametric tests were applied, considering a $p < 0.05$ to indicate statistical significance (JASP Software). The research was approved by two ethics committees of the responsible institution.

Results: Average age 31.9 years, about 85% with higher education and a stable partner, 50% of whom were their first child. Anxious and depressive symptoms were higher in women in the postpartum period ($p < 0.001$). The variables studied manage to explain around 27.8% and 26.3% of anxious and depressive symptoms respectively in pregnant and postpartum women. The predictor variable with the greatest impact was the stress caused by the pandemic; family social support was identified as a protective factor.

Conclusions: Women in the postpartum period are more vulnerable to experiencing anxiety and depression than pregnant women. Stress was the variable that most influenced both symptoms during the pandemic.

Keywords: Covid-19, pregnancy, postpartum, anxiety, depression.

1.- INTRODUCCIÓN

La etapa perinatal trae grandes cambios para la mujer y su familia. En un estado de salud mental y emocional adecuado, la gestación se ha propuesto como factor protector, contra las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, para algunas mujeres, este periodo puede aumentar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas, como la depresión (1). Del mismo modo, la literatura señala que la maternidad es un momento en que las mujeres experimentan una sensación de felicidad, serenidad y realización personal. Pero, por otro lado, algunas puérperas no pueden alcanzar estos estados positivos porque luchan con elevados niveles de ansiedad y depresión (2).

La depresión posparto es un problema de salud mental grave que afecta entre el 10% y el 20% de las nuevas madres, con una prevalencia aún mayor en poblaciones vulnerables. Ésta tiene consecuencias significativas para la salud de las mujeres, también se traduce en mayores costos de atención médica, pérdida de productividad en el trabajo y en el hogar (3).

En todas las edades, las características de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, ideación suicida, entre otros (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que las situaciones de emergencia causan malestar a la mayoría de las personas, por lo que era previsible que la prevalencia de los trastornos mentales frecuentes, como la depresión y la ansiedad, se duplicaran durante una crisis (5).

Durante el año 2020, se identifica una enfermedad nueva que se comporta

como una pandemia, conocida como infección por SARS-Cov-2 (COVID-19), definida como una enfermedad respiratoria que se manifiesta con un síndrome agudo del tracto respiratorio superior o inferior de gravedad variable (6). El riesgo de contraer esta infección estaba presente en cualquier persona, independiente de su edad o condición de salud (7).

Según un informe científico publicado por la OMS, en el primer año de la pandemia COVID-19, la prevalencia global de ansiedad y depresión aumentó en un 25%; uno de los principales motivos fue el estrés causado por el aislamiento social resultante de ésta (8).

Por otro lado, el miedo a la infección, la muerte de los seres queridos, y las preocupaciones financieras, también se han citado como factores estresantes que conducen a la ansiedad y a la depresión (8).

Lamentablemente, los factores de riesgo se vieron exacerbados por los factores estresantes asociados a la pandemia COVID-19, lo que es preocupante principalmente en la población embarazada, ya que la angustia psicológica perinatal puede causar estrés conyugal, inestabilidad en el hogar para los hermanos, y contribuir en la carga económica a nivel social, y conducir a resultados negativos para la salud de los padres y del niño (9).

Un estudio cualitativo publicado el año 2022, muestra que, para algunos participantes, los sentimientos constantes de ansiedad provocaron insomnio y experiencias similares a los ataques de pánico. El estrés por la economía aumentó y se debió a la pérdida de empleos o el agotamiento de las fuentes de ingresos; esto afectó también a los niños, ya que quienes le cuidaban no podían brindarles el apoyo financiero adecuado. Se manifestó un temor constante de perder el empleo. Algunos de los trabajadores sanitarios experimentaron el aislamiento social por voluntad propia o porque los familiares los imponían. Y ya que las relaciones familiares y sociales son

fundamentales para el apoyo, se describió el aislamiento social como emocionalmente difícil. Sumado a esto, el miedo a la muerte estaba interrelacionado con la ansiedad dadas las consecuencias económicas que traía el fallecimiento de quien ejercía la jefatura de hogar, además, la incapacidad de hacer el duelo adecuadamente (por funerales inmediatos, o no poder ver el cuerpo de su ser querido) conducía a angustia mental y culpa (10).

En el año 2023, una revisión sistemática identificó que los niveles de ansiedad durante la pandemia en gestantes oscilaron entre 45,9% a 62%, es decir, alrededor de dos tercios de las mujeres embarazadas revelaron signos de ansiedad; esto equivale a un aumento de entre el 30% y el 37% en los niveles de ansiedad en relación con los estudios previos a la pandemia (11).

Por estos antecedentes, es que, para poder ahondar sobre los predictores de la sintomatología ansiosa y depresiva presente en población perinatal durante la pandemia por COVID -19 en Chile, se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los predictores de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres que cursan el periodo perinatal durante el primer año de pandemia por COVID-19 en Chile?

2.- MARCO TEÓRICO

El desarrollo de epidemias y pandemias depende de la interacción humana con animales, aves y otros humanos; estas condiciones siempre han sido la causa de epidemias en el pasado, presente y también serán la causa en el futuro. Por la globalización y la densidad de la población que ha aumentado, existe una exposición más cercana entre ambos grupos (12).

El día 31 de diciembre de 2019, en Wuhan, China, fue notificado por primera vez el brote de una enfermedad por coronavirus: COVID-19 (13,14), causada por el virus SARS-CoV-2 (7). Esta enfermedad fue adquirida de una fuente zoonótica y que se propaga de humano a humano a través de gotitas de secreción como: tos, estornudos, en contacto directo con las membranas de mucosas orales, nasales u oculares de una persona infectada (13,15).

Las características clínicas esta enfermedad varían desde una enfermedad leve hasta una enfermedad grave o mortal (14). Los síntomas incluyen fiebre, tos, mialgia, dolor de garganta, cefalea, escalofríos, náuseas o vómitos, diarrea, ageusia y congestión conjuntival, entre otros (14,15).

El día 3 de marzo del 2020 se confirmó el primer caso de COVID-19 en Chile, que correspondió a una persona de 33 años, con antecedente de viaje por distintos países del sudeste asiático, particularmente en Singapur (16,17).

Para frenar la propagación de COVID-19 en Chile, se implementaron varias medidas de salud pública. Estas incluyeron el cierre de centros educacionales y comerciales, así como la cancelación de grandes eventos, además se recomendó el trabajo remoto; por otro lado, las pequeñas empresas permanecieron abiertas para atender al público en general y el transporte público operó regularmente (18,19).

La primera cuarentena en el país fue en 7 comunas de la región

Metropolitana; y para poder acceder a servicios sanitarios, supermercado o cobertura de otra necesidad, debía solicitarse un permiso especial, en la plataforma www.comisariavirtual.cl, teniendo un tiempo acotado para poder realizar el trámite y regresar al confinamiento (20, 21).

La pandemia afectó a toda la población, sin embargo, dentro de los grupos vulnerables se encontraban las mujeres que cursaban una gestación, ya que presentaban mayor riesgo por las condiciones inmunológicas relacionadas con el embarazo, que provocan una especial susceptibilidad a las complicaciones de la enfermedad infecciosa como: mayor riesgo de hospitalización, de ingreso a una unidad de cuidados intensivos, ventilación invasiva y oxigenación por membrana extracorpórea. Se observó también que las mujeres embarazadas con COVID-19 presentaron tasas más altas de parto prematuro en comparación con los controles (22,23).

Un meta análisis muestra a dos grupos de comparación (embarazadas con infección por SARS-CoV-2 (COVID-9), y sin infección), en donde encontraron un mayor riesgo de pre eclampsia, parto prematuro y muerte fetal entre las embarazadas con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) que en aquellas sin infección. Entre las mujeres embarazadas con COVID-19, la enfermedad grave se asoció con pre-eclampsia, parto prematuro, diabetes gestacional y bajo peso al nacer en comparación con aquellas con enfermedad leve (24). Por otro lado, la literatura reconoce que 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 (25). Debido a esto, la pandemia no solo presentó repercusiones en la salud física, sino que también en la salud mental perinatal (11).

Durante el embarazo, la placenta ayuda a crear un entorno hormonal que es único en comparación con cualquier otro momento de la vida de una mujer. Los niveles circulantes de hormonas placentarias, incluidos el estradiol, y la progesterona, aumentan significativamente durante el embarazo, descendiendo bruscamente después del nacimiento. De manera similar, los niveles de cortisol, gonadotropina coriónica humana y beta endorfina también aumentan durante el período prenatal, alcanzando su punto máximo con el nacimiento y disminuyendo rápidamente después del parto. Este cambio de múltiples hormonas influye en el estado de ánimo de algunas mujeres durante el período posparto (3).

Se reconoce que, los trastornos depresivos y de ansiedad tienen una prevalencia de por vida de 4 a 10% en la población general, y las mujeres tienen una tasa de 1,5 a 2,5 veces mayor que la de los hombres. Las tasas de depresión perinatal son consistentemente más altas en los países de ingresos bajos a medianos en comparación con los países de ingresos altos. Para los trastornos de ansiedad, existe una prevalencia general en el embarazo del 15,2% y una prevalencia post parto del 9,9% (26).

Un estudio publicado el año 2021 señala que la depresión posparto tiene diversas consecuencias negativas, tanto en la madre como en el niño, además en su interacción madre e hijo. Este estudio reconoce además que la ansiedad materna durante el embarazo ha sido asociada a complicaciones obstétricas, bajo peso del recién nacido y parto prematuro (25). Entre otras consecuencias de la depresión post parto y la ansiedad, en la literatura se señala: reducción de la lactancia materna, falta de sensibilidad emocional y conductual hacia el hijo, vínculo deficiente, temperamento infantil negativo, neurodesarrollo atípico y problemas emocionales y conductuales posteriores de los niños cuando son mayores (2).

En Chile desde el año 2007, existe un subsistema de protección integral a la infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, y su nombre es SISTEMA INTERSECTORIAL DE PROTECCIÓN SOCIAL E INSTITUCIONALIZA EL SUBSISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA conocido como "CHILE CRECE CONTIGO" Ley 20.379 (27).

Los niños quedan incorporados a este sistema cuando sus madres ingresan al primer control de embarazo en el sistema público de salud. En ese primer control prenatal se realiza la detección precoz de riesgo biopsicosocial a través de herramientas orientadas a valorar las condiciones de salud integral de la gestante; dentro de ellas se encuentran escalas que permiten medir vulnerabilidad social como la Evaluación Psicosocial Abreviada (EpsA) (28), y también la escala de Edimburgo, que permite identificar la presencia de sintomatología depresiva y la necesidad de derivar a la gestante al equipo de salud mental. También en ese primer control promueve la participación del padre o persona significativa para la embarazada, y además se realiza la construcción de planes de cuidado prenatal con enfoque familiar (29).

En diciembre del año 2012 Alvarado et al., validaron la escala de Edimburgo para embarazadas en Chile, con el objetivo de detectar la sintomatología en esta población, con un puntaje de corte de 12 o 13 puntos o un puntaje distinto a 0 en la pregunta N°10 (30). Esta escala es una forma eficaz de identificar a las pacientes en riesgo de depresión (31). La escala explora lo que ha sentido la encuestada durante la semana anterior. En caso de duda puede ser útil repetir la escala después de 2 semanas (32). Y años anteriores, la escala fue validada por Jadresic et al. en el año 1995 para mujeres en postparto con un puntaje de corte de 10 (con sensibilidad y especificidad del 100% y 80% respectivamente) (33).

Por otro lado, el trastorno de ansiedad generalizado (TAG), que puede

estar presente también en el periodo perinatal, apropiado de los cambios hormonales en el embarazo, y los niveles de cortisol, estradiol o prolactina, que pueden promover la ansiedad y el estado de ánimo deprimido (34); se caracteriza por la presencia -durante al menos seis meses- de ansiedad y preocupación excesiva relacionada a diversas actividades o situaciones (35).

Uno de los instrumentos de medida más utilizados para la evaluación del TAG es la Escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7: Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada). Validada para la población general por Lowe et al. el año 2006 (35). Este instrumento corresponde a una escala de auto reporte breve de 7 ítems basada en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - cuarta edición (DSM-IV, por sus siglas en inglés). Este se describe en una escala unidimensional breve, que se puede utilizar tanto en población embarazada como en mujeres madres de hijos/as menores de 6 meses; y, por lo tanto, es una herramienta confiable para incorporar a la práctica estándar en la atención a las mujeres en periodo perinatal (36). En el año 2022, Petit-Breuilh S, et al. evaluaron las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad GAD-7 aplicada en gestantes y madres de hijos e hijas menores a 6 meses residentes en Chile (36)

Un estudio realizado en 15 clínicas de atención primaria en los Estados Unidos corroboró que a medida que aumenta el punto de corte, la sensibilidad de GAD-7 disminuye y la especificidad aumenta de forma continua. En un punto de corte de 10 o más, la sensibilidad y la especificidad superaron 0,80 y la sensibilidad está casi maximizada. La mayoría de los pacientes (89%) con Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) tenían puntuaciones de 10 o más en la GAD-7, mientras que la mayoría de los pacientes (82%) sin TAG tenían puntuaciones inferiores a 10 (37). Por lo tanto, es una herramienta útil con criterios de validez para identificar casos probables de trastorno de ansiedad

generalizada, también es una excelente medida de gravedad, como lo demuestra el hecho de que las puntuaciones crecientes en el GAD-7 están fuertemente asociadas con múltiples dominios de deterioro funcional y días de discapacidad. Esta resulta ventajosa para evaluar la gravedad de los síntomas y monitorear el cambio a lo largo del tiempo (37).

Durante la pandemia COVID-19, las mujeres embarazadas presentaron niveles significativamente más altos de ansiedad y síntomas depresivos que las gestantes en el periodo pre-COVID-19, empeorando en aquellas con antecedentes psiquiátricos previos o con bajos ingresos. Según un estudio realizado en el Reino Unido, la puntuación mediana de la escala de ansiedad generalizada 7 (GAD-7) aumentó durante el confinamiento (38).

Una revisión sistemática publicada el año 2023 demostró que el mayor conocimiento sobre COVID-19, la preocupación por mantener el seguimiento del embarazo, la soledad o falta de acompañante durante éste, el consumo de alcohol y tener un familiar diagnosticado con COVID-19, logró que aumentara la prevalencia de ansiedad perinatal (11). Dentro de esta revisión, se encontró una amplia variabilidad en la prevalencia de la ansiedad en las diferentes muestras de los estudios realizados durante la pandemia de COVID-19, destacando el estudio de García Fernández et al. que encontró un nivel de ansiedad relacionada con el embarazo del 78% (11, 39).

En esa misma línea, un estudio realizado en Shangai, China, revela que las puérperas que recibieron un apoyo bajo o medio de la familia, tenían más probabilidades de informar síntomas de ansiedad post parto, respecto a las que recibieron un apoyo alto. Lo mismo ocurrió con aquellas que se mostraron insatisfechas o neutrales con la experiencia del parto. Y respecto a depresión, quienes manifestaron mayor apoyo por parte de amigos o familia tenían menos riesgo de tener depresión post parto, sumado a esto, fumar cigarrillos antes del embarazo, separación materna con el recién nacido y las dificultades para

amamantar, aumentaba las probabilidades de esta depresión (40).

Otro estudio en Shenzhen, China mostró que el apoyo social en el embarazo temprano fue un factor protector importante contra la depresión prenatal en mujeres de todas las edades durante todo el período perinatal. Y que las mujeres mayores de 35 años que sufrieron más síntomas depresivos prenatales, recibieron menos apoyo social; por lo tanto, promover este apoyo en las primeras etapas del embarazo puede conducir a resultados de salud mental materna más favorables (41).

En Ruanda un estudio que examinó la relación entre los síntomas depresivos prenatales y el apoyo social, donde el apoyo de la pareja mostró una fuerte relación con los síntomas depresivos prenatales, como factor protector (42). Además, se estudió que la paridad está fuertemente asociada con síntomas depresivos prenatales; las mujeres sin hijos (primigestas) tenían menos probabilidades de tener síntomas depresivos prenatales que las que tenían 4 o más hijos, al igual que las mujeres que reportaron un embarazo deseado (42).

Un estudio europeo, que evaluó la prevalencia de ansiedad y depresión en gestantes y mujeres en post parto, con 5210 mujeres participantes (3411 gestantes y 1799 puérperas); este estudio señala que, en cinco países del continente, la prevalencia de síntomas depresivos mayores (Escala de Edimburgo ≥ 13) fue de 16,1% en el embarazo y 17% en el periodo posparto. Y los síntomas de ansiedad generalizada de moderados a severos (GAD-7 ≥ 10) se encontraron entre el 17,3% en las mujeres embarazadas y el 17,7% en puérperas (43). Por el contrario, los hallazgos de un estudio realizado en Italia en donde se evaluó prevalencia de síntomas depresivos y postraumáticos en el período posparto en mujeres que tuvieron su parto en un hospital ubicado en un epicentro del brote de COVID-19, en donde se aplicó una variedad de encuestas, una de ellas la Escala de Edimburgo, arrojó una

prevalencia de síntomas depresivos en un 44,2%. Los autores afirman que el aumento de la angustia posparto parece estar relacionado con síntomas ya presentes durante el embarazo, por lo que los factores específicamente relacionados con la pandemia de COVID-19 parecían desempeñar un papel secundario, pudiendo estar más relacionado con un clima general de alarma y preocupación por la pandemia. Por lo tanto, el malestar psicológico se asoció principalmente con factores de riesgo comúnmente reportados en la literatura, como el nivel de dolor experimentado durante el parto, el apoyo percibido por parte del personal de salud y los estilos de apego (44).

Dentro de la literatura internacional se encuentra también una revisión sistemática donde se muestra que, a partir de los estudios existentes, no queda claro de qué manera los factores sociodemográficos, como el estado civil, la edad, los antecedentes económicos, la situación laboral y la educación, predicen la probabilidad de problemas de salud mental perinatal (45). Afirma también que uno de los pocos factores de riesgo indiscutibles de los problemas de salud mental perinatal es la experiencia anterior de la mujer durante el embarazo y/o el puerperio. Además, se reitera la importancia del contexto social para la salud mental perinatal de las mujeres, incluida una mala relación con la pareja, angustia por la participación de la pareja (o la falta de ella) en el embarazo, no tener una familia cerca, bajos niveles de apoyo emocional y aprobación (es decir, que alguien cercano le diga que lo está haciendo bien como madre), están todos asociados con tasas más altas de problemas de salud mental perinatal (45).

En Chile para proteger la salud mental durante la pandemia COVID-19, el Ministerio de Salud desarrolló un Plan de Acción, en donde se optimizaron los recursos para llevar a cabo una mejora en la atención en salud mental. El objetivo general del plan fue fortalecer capacidades para mitigar el impacto en la salud mental de la población en el contexto de la pandemia por COVID-19,

a través de la adecuación de los servicios de salud mental, la coordinación intersectorial y la focalización de los grupos en mayor vulnerabilidad psicosocial (16, 46).

Actualmente no se ha identificado evidencia que identifique la experiencia de mujeres a nivel nacional y tampoco se identifican la presencia de factores predictores de ansiedad y depresión, a propósito de una experiencia de pandemia, como lo fue la infección por COVID-19. Por lo tanto, determinar antecedentes de este tipo serían importantes para tomar medidas respecto a la prevención de patologías de salud mental durante el período perinatal.

3.- HIPÓTESIS

Hipótesis principal:

- El apoyo social familiar resulta ser mejor predictor de menor sintomatología ansiosa o depresiva en mujeres que se encuentran en etapa perinatal, durante un evento crítico del entorno.

Hipótesis Alternativa:

- **H1:** El estrés percibido durante un evento crítico del entorno, es el mejor predictor de la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva en las mujeres en etapa perinatal.

4.- OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar predictores de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres que cursan el periodo perinatal, durante el primer año de pandemia por COVID-19 en Chile.

Objetivos Específicos:

1. Identificar el perfil bio sociodemográfico de mujeres que cursan el periodo perinatal.
2. Describir la experiencia asociada a la presencia de COVID-19 en las participantes.
3. Comparar la sintomatología ansiosa y depresiva entre las mujeres gestantes y en periodo de postparto.
4. Reconocer variables que permitan predecir los niveles de sintomatología ansiosa o depresiva en mujeres en etapa perinatal.

5.-MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Corresponde a un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal analítico.

Población y Muestra: El universo correspondió a población de mujeres que estaban en periodo de gestación y madres con hijos e hijas menores de 6 meses con residencia en Chile, en los años 2020-2021, que participaron en una investigación que es parte de un proyecto internacional para el estudio del impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental perinatal (RiseupPPD-COVID-19): el caso de Chile. El tipo de muestreo fue no probabilístico, considerando un total de 1245 participantes, en donde 962 participantes contestaron de manera completa los instrumentos aplicados en el estudio.

Criterios de Inclusión: Mujeres con edad mayor o igual a 18 años; embarazadas o mujer en periodo de postparto con hijo/a menor de 6 meses y que acepte participar del estudio.

Criterios de exclusión: Mujeres que hayan respondido de manera incompleta los cuestionarios “Escala GAD-7” y “Escala de depresión postparto Edimburgo”.

Variables: Se incorporaron al estudio un total de **24** variables del estudio original que aportan al objetivo general de esta tesis, dentro de la cuales ocho corresponden a **características sociodemográficas** como: edad, etnia, nivel educacional, estado civil, tiempo de convivencia, propiedad de la casa, personas con las que vive, número de personas con las que comparte el hogar. Dos variables corresponden a **antecedentes obstétricos** como número de embarazos y número de hijos. Tres variables corresponden a **antecedentes mórbidos** asociados a condiciones de salud mental como: trastorno del estado de ánimo, tratamiento de salud mental, consumo de sustancias. Nueve

valoran **el entorno, la sintomatología, exposición propia y familiar respecto a COVID-19 tales como:** cambio en el entorno durante la pandemia COVID-19, diagnóstico de COVID, contacto con persona con COVID, muerte de familiar por COVID, preocupación económica, percepción de apoyo Pre-COVID, percepción de apoyo durante COVID, apoyo social, estrés. Finalmente, la valoración de la **Sintomatología ansiosa** se utilizó la escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y para la **sintomatología depresiva**, se aplicó la escala de depresión post parto de Edimburgo (EDPS). Todas estas variables, se encuentran detalladas en el Anexo 1.

Instrumento: De la base de datos que contenía 85 variables en el estudio original se tomaron 24 variables que permiten caracterizar a las participantes, en las variables como: perfil sociodemográfico, salud obstétrica, antecedentes mórbidos de salud mental, y las condiciones del entorno, junto a las escalas que evaluaron sintomatología ansiosa y depresiva (GAD-7 y EDPS respectivamente) en ambos grupos de participantes.

La escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), diseñada en 1987 por Cox et al. (47), es una escala validada que divide a la población evaluada en 2 grupos (en riesgo de depresión y sin riesgo de depresión). Es además sensible a los cambios en la gravedad de la depresión a lo largo del tiempo (47). Es considerada una herramienta ampliamente utilizada para el tamizaje de cuadros depresivos del periodo perinatal, breve y fácil de aplicar. Se trata de una escala de 10 ítems, autoadministrada, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Para el uso de EPDS como herramienta de tamizaje de casos con depresión entre gestantes, se sugiere usar un punto de corte entre 12 y 13, ya que este obtiene la mayor eficiencia global que se refiere a una correcta clasificación de casos y no-casos en 87,4%, y con una buena combinación de valores para Valor Predictivo Positivo (VPP) y Valor Predictivo Negativo VPN (85,3% y 88,3% respectivamente). Y

en el caso de las mujeres en periodo de post parto el puntaje de corte es de 10 puntos (30).

Esta escala posee un carácter multidimensional, con tres factores o dimensiones: ansiedad, (ítems 3, 4, 5, 6), anhedonia (ítems 1 y 2) y depresión (ítems 7, 8, 9 y 10) (48) y estos tres factores deben calcularse como subescalas separadas al evaluar la salud emocional de las mujeres (49).

Mientras que, para evaluar la sintomatología ansiosa se utilizó la Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), que tiene como objetivo medir esta sintomatología y además evaluar su gravedad (37). Se trata de una escala autoaplicada, se mide en escala de Likert (de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días)) (50). Tiene un puntaje de corte de 10 o más puntos para considerar presencia de ansiedad en la población general con adecuados valores de sensibilidad (0,92) y especificidad (0,83) (50, 36). Petit-Breuilh S, et al. la considera como un buen Gold estándar para la pesquisa de sintomatología ansiosa en la población perinatal. Aunque en su estudio, el puntaje de corte no pudo ser identificado, pues no hubo una confirmación clínica del cuadro (36), y en la literatura científica existen propuestas de otros puntajes de corte. Por ejemplo, en el estudio de Simpson et al. esta escala en la población de mujeres en postparto encontraron buenas propiedades psicométricas para la detección de ansiedad, pero considerando un puntaje de corte de 13 puntos y no de 10 (51). Por otro lado, en Reino Unido se recomienda por la The National Institute for the Health and Care Excellence (NICE) la utilización de las dos primeras preguntas de la escala GAD-7 (denominadas GAD-2), para detectar ansiedad en mujeres embarazadas, seguido de la administración de GAD-7, si una mujer obtiene un puntaje igual o mayor a 3 en GAD-2 (52).

Análisis de datos: La base de datos primaria del proyecto, se encuentra en una planilla Excel, en donde se filtraron las **24** variables que fueron

utilizadas para este estudio, luego, se traspasaron a una nueva planilla Excel con las variables definitivas para su respectivo análisis estadístico. Identificando la muestra final en aquellas participantes que completaron ambas escalas, GAD-7 y EDPS.

Se procedió a su análisis estadístico, utilizando el software estadístico JASP versión 0.18, realizando análisis univariado con tablas de distribución de frecuencias (absoluta y de frecuencia relativa porcentual) para aquellas variables de tipo cualitativa, y el análisis de las medidas de tendencia central de las variables de tipo cuantitativas.

En el análisis bivariado se aplicaron varios supuestos, el primero: el contraste de igualdad de varianzas (de Levene) que resultó no ser estadísticamente significativo para los puntajes en las dos escalas: GAD-7 y 3 dimensiones de Edimburgo (ansiedad, anhedonia y depresión), por lo que no hubo diferencias entre las varianzas. En segundo lugar, se evaluó la normalidad de las distribuciones con valor p de ShapiroWilk en donde se encontró que para todos los casos la distribución de los datos era diferente a una distribución normal, $p < 0,05$. Por lo que los resultados descriptivos de ambas escalas se representaron con la mediana, el rango intercuartílico y los puntajes mínimos y máximos respectivos. Además, se decidió representar los puntajes mediante diagrama de cajas, para visualizar con mayor facilidad su comportamiento en cada grupo.

Como no se asume normalidad en la distribución, se utilizó la medida no paramétrica de Contraste U de Mann-Whitney para identificar si existe diferencia estadísticamente significativa entre los resultados de GAD-7 y la Escala de Edimburgo, en esta última se consideraron sus tres dimensiones: ansiedad, anhedonia y depresión.

Finalmente, el análisis multivariado se realizó mediante regresión lineal

múltiple en donde se incorporaron 7 variables como predictoras (Edad, trastorno del estado de ánimo, preocupación económica, apoyo social (familiar y proveniente de ONG), estrés y confinamiento), identificando los coeficientes de regresión respectivos y sus niveles de significación estadísticas.

Para encontrar relación estadística entre variable se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Consideraciones éticas: la base de datos utilizada en esta tesis corresponde al proyecto de investigación titulado “IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL PERINATAL (RISEUP PPD-COVID-19): EL CASO DE CHILE”, investigación que tuvo aprobación de dos comités de ética: Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, CEC 13/2020 y del Comité de ética, bioética y bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, resolución CEBB 704-2020.

Todas las participantes de la investigación (gestantes y madres con hijo menor de 6 meses), se incorporaron al estudio previo consentimiento informado.

6.- RESULTADOS

6.1. Perfil Sociodemográfico:

De un total de 962 participantes, el promedio de edad fue de 31,9 años (DE 4,5; Mín. 19 y Máx. 46 años). Alrededor del 5% señaló pertenecer a alguna etnia. Sobre el 85% de las participantes tenía estudios superiores, pareja estable, convivencia de más de tres años y vive con niños. Para el 50% aproximadamente era su primer embarazo, un 20% auto reportó trastornos del estado de ánimo, mientras que un 11,6% informó estar en tratamiento. Finalmente, el consumo de sustancias estuvo señalado por 2 participantes que corresponden al 0,2%. Para más detalles de estos antecedentes ver tabla 1.

Tabla 1: Perfil sociodemográficos de las participantes.

Variable /categoría	n	%
Etnia	48	4,99
Nivel educacional		
Hasta Estudios universitarios parciales	136	14,14
Estudios superiores finalizados	826	85,86
Estado Civil		
Soltera	47	4,89
Pareja de hecho	476	49,48
Casada	421	43,76
Divorciada/separada	2	0,21
Otro	16	1,66
Tiempo de convivencia		
Menos de 1 año	103	10,71
Entre 1-3 años	248	25,78
Entre 3-6 años	254	26,40
Entre 6-9 años	179	18,61
9 años o mas	178	18,50
Propiedad de la casa		
De su propiedad	90	9,36
Pagando dividendo	385	40,02
Arriendo	339	35,24
Otro	148	15,39
Personas con quien comparte el hogar		
Con niños	787	81,81
Con adultos	948	98,55
Total de personas con las que comparte el hogar		
Vive sola	62	6,45
1	425	44,18
2	225	23,39
3	53	5,51
4 o más	21	2,18
Número de embarazos		
1	486	50,52
2	299	31,08
3	115	11,95
4 o más	62	6,45
Número de hijos		
Sin hijos previos	204	21,21
1	429	44,6
2-3	304	31,60
4 o más	25	2,6
Cursa un trastorno del estado de ánimo	191	19,86
Recibe tratamiento de salud mental	112	11,64
Consumo de sustancias	2	0,21

Fuente: elaboración propia

6.2. Antecedentes de la experiencia asociada a la presencia de COVID-19

De las 962 participantes el 52,91% (n=509), señaló que su entorno cambio negativamente durante la pandemia. El 4,6% (n=44) tuvo infección por COVID-19, y un 8,1% (n= 78) informó haber experimentado la pérdida de un familiar por contagio de COVID-19. Las preocupaciones económicas durante la pandemia, estuvieron presente en el 68,7%(n=661) de las participantes.

En cuanto al apoyo social, informaron que previo al COVID-19 el 72,3% (n=696) tenían una percepción de alto apoyo social, pero durante el COVID-19 este nivel de percepción bajó a 47,9% (n=461). Las tres principales formas de recibir apoyo social, durante la pandemia fueron: de la familia 94,5% (n= 910), comunicación electrónica (correo electrónico, mensajería de texto, WhatsApp) un 80% (n=770) y a través de llamadas telefónicas con un 73,5% (n=708). Finalmente, respecto al estrés experimentado durante la pandemia COVID-19, el 35,6% (n= 343) se consideraba altamente estresada.

Al comparar estos resultados entre embarazadas y mujeres en postparto, se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en relación a las variables cambios del entorno, teniendo una percepción más negativa en las mujeres en postparto ($p= 0,04$); mientras que las mujeres embarazadas muestran mayor percepción de apoyo social durante el COVID ($p=0,004$); este apoyo se da especialmente mediante las llamadas telefónicas, medios electrónicos, de la familia, de los amigos, y de los profesionales de salud ($p<0,05$). Para las mujeres en posparto existe percepción de mayor apoyo social desde las Organizaciones sin fines de lucro y/o comunitarias ($p<0,05$). Para mayores detalles observar tabla 2.

Tabla 2. Descripción de los antecedentes de la experiencia asociada a la presencia de COVID-19.

Variable/categoría	Total	Embarazadas	Postparto	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cambios del entorno				
Muy positivo	61(6,34)	31(8,22)	30(5,13)	0,04
Algo positivo	239(24,84)	99(26,26)	140(23,93)	
Algo negativo	412(42,83)	165(43,77)	247(42,22)	
Muy negativo	97(10,08)	27(7,16)	70(11,97)	
Sin impacto	153(15,90)	55(14,59)	98(16,75)	
Antecedente de COVID				
Diagnosticada con COVID	44(4,57)	18(4,78)	26(4,44)	0,811
Contacto con persona con COVID	166(18,04)	71(18,83)	95(16,24)	0,299
Familiar muerte por COVID	78(8,11)	27 (7,16)	51 (8,71)	0,388
Preocupación económica				
Ninguna	143(14,86)	66(17,50)	77(13,16)	0,252
Leve	158(16,42)	68(18,03)	90(15,39)	
Moderada	241(25,05)	95(25,20)	146(24,96)	
Alta	420(43,66)	148(39,26)	272(46,47)	
Percepción de apoyo				
Pre-COVID				
Sin apoyo	11(1,14)	7(1,86)	4(0,68)	0,075
Leve	48(4,99)	15(3,98)	33(5,64)	
Moderado	207(21,52)	82(21,75)	125(21,37)	
Alto	696(72,35)	273(72,41)	423(72,41)	
Durante COVID				
Sin apoyo	20(2,08)	7(1,86)	13(2,22)	0,004
Leve	116(12,06)	33(8,76)	83(14,19)	
Moderado	365(37,94)	125(33,16)	240(41,03)	
Alto	461(47,92)	212(56,23)	249(42,56)	
Tipos de apoyo social				
Llamadas Telefónica	708(73,59)	306(81,17)	402(68,72)	< 0,001
Comunicación electrónica (correo electrónico, texto, WhatsApp)	770(80,04)	319(84,62)	451(77,09)	0,004
Virtual (Videollamada)	577(59,98)	227(60,21)	350(59,83)	0,906
Personal	331(34,41)	142(36,67)	189(32,30)	0,088
Redes sociales (Facebook Instagram, etc.)	480(49,89)	181(48,01)	299(51,11)	0,348
Otro	18(1,87)	5(1,33)	13(2,22)	0,317
Persona o grupo que otorga el apoyo				
Familia	910(94,60)	364(96,55)	546(93,33)	0,031
Amigos	654(67,98)	289(76,66)	365(62,39)	< 0,001
Vecinos	77(8,00)	31(8,22)	46(7,86)	0,841
Comunidad religiosa	47(4,88)	22(5,84)	25(4,27)	0,273
Profesional de salud mental (psicólogo, terapeuta, etc.)	113(11,74)	47(12,47)	66(11,28)	0,577
Profesional del cuidado de la salud (matronas, técnicos de enfermería, médico)	229(23,80)	120(31,83)	109(18,63)	< 0,001
Organizaciones sin fines de lucro y/o comunitarias	39(4,05)	8(2,12)	31(5,30)	0,015
Otro	57(5,93)	20(5,31)	37(6,33)	0,513
Percepción de Estrés				
Sin estrés	61(6,34)	30(7,96)	31(5,30)	0,059
Leve	168(17,46)	74(19,63)	94(16,07)	
Moderado	390(40,54)	154(40,85)	236(40,34)	
Alto	343(35,65)	119(31,57)	224(38,30)	
TOTAL	962(100)	377(100)	585(100)	

Fuente: elaboración propia

6.3 Caracterización de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres durante el periodo perinatal

El comportamiento de la sintomatología ansiosa en mujeres en etapa perinatal mediante la escala GAD-7, se concentra en la opción 2: “Menos de la mitad de los días”, para las preguntas 1, 2, 3, 4 y 6, relacionadas a sensación ansiosa, nerviosismo, preocupación, dificultad para relajarse e irritabilidad; con una variación desde el 35% y al 50%. Mientras que en las preguntas 5 y 7 asociada a intranquilidad y miedo, por sobre el 40% señala no tenerlas bajo la opción de “nunca”. (ver tabla 3)

Tabla 3: Distribución de respuesta de GAD-7, en 962 mujeres chilenas en etapa perinatal.

Opciones de respuesta GAD-7								
Ítem	Nunca		Menos de la mitad de los días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Se ha sentido nerviosa, ansiosa o muy alterada	174	18,09	458	47,61	216	22,45	114	11,85
2. No ha podido dejar de preocuparse	230	23,91	375	38,98	216	22,45	141	14,66
3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	218	22,66	367	38,15	233	24,22	144	14,97
4. Ha tenido dificultad para relajarse	139	14,45	347	36,07	293	30,46	183	19,02
5. Se ha sentido tan intranquila que no podía estarse quieta	460	47,82	304	31,60	139	14,45	59	6,13
6. Se ha irritado o enfadado con facilidad	162	16,84	411	42,72	234	24,32	155	16,11
7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	417	43,35	312	32,43	143	14,87	90	9,36

Fuente: elaboración propia

El comportamiento de sintomatología valorado por la escala de Edimburgo, muestra que las participantes tienen altas puntuaciones en las tres dimensiones identificadas en la escala: En cuanto a anhedonia (ítem 1 y 2) con valores por sobre el 40% de las participantes no disfrutan proyectarse; para la ansiedad (ítems 3, 4, 5, 6) sobre el 35% presenta dicha sintomatología, mientras que para la depresión (ítems 7, 8, 9 y 10) se ven afectadas la sensación de desdicha y tristeza con valores sobre el 40% (más detalles en tabla 4).

Tabla 4: Distribución de respuesta de Escala de depresión post parto de Edimburgo, en 962 mujeres chilenas en etapa perinatal.

Opciones de respuesta EDIMBURGO								
Ítem	1 tanto como siempre		2 no tanto ahora		3 mucho menos ahora		4 No, nada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	465	48,34	355	36,90	127	13,20	15	1,16
Ítem	1 tanto como siempre		2 menos que antes		3 mucho menos que antes		4 casi nada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2. He disfrutado mirar hacia adelante	374	38,88	394	40,96	150	15,59	44	4,57
Ítem	1 Sí, la mayor parte del tiempo		2 Sí, a veces		3 No muy a menudo		4 No, nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3 Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	177	18,4	364	37,84	229	23,81	192	19,96
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	42	4,37	189	19,65	239	24,84	492	51,14
Ítem	1 No, nunca		2 Casi nunca		3 Sí, a veces		4 Sí, con mucha frecuencia	
	n	%	n	%	n	%	n	%
4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	194	20,17	225	23,39	454	47,19	89	9,25
Ítem	1 Sí, bastante		2 Sí, a veces		3 No, no mucho		4 No, nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	82	8,52	314	32,64	300	31,19	226	27,65
Ítem	1 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		3 No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien		4 No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
6. Las cosas me han estado abrumando	78	8,11	470	48,86	320	33,26	94	9,77
Ítem	1 Sí, la mayor parte del tiempo		2 Sí, a veces		3 No con mucha frecuencia		4 No, nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
8. Me he sentido triste o desgraciada	50	5,2	183	19,02	422	43,87	307	31,91
Ítem	1 Sí, la mayor parte del tiempo		2 Sí, bastante a menudo		3 Solo ocasionalmente		4 No, nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	44	4,55	129	13,14	468	48,65	321	33,37
Ítem	1 Sí, bastante a menudo		2 A veces		3 Casi nunca		4 No, nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10. He tenido pensamientos de hacerme daño	9	0,94	40	4,16	66	6,86	847	88,05

Fuente: elaboración propia

6.4 Comparación entre la sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos.

Como el comportamiento de los datos no resultó ser normal, se informa la mediana y el rango intercuartílico, puesto que representan mejor a los dos grupos en estudio, identificando que en ambas escalas son las mujeres en periodo en postparto quienes tiene una mediana, que separa el 50% de la muestra en puntaje más alto con un valor $p < 0,001$ considerado estadísticamente significativo, aplicando la prueba de Shapirowilk.

(Ver tabla 5)

Tabla 5: Representación del comportamiento de puntajes de escalas GAD-7 y Edimburgo en sus dimensiones de Anhedonia, Ansiedad y Depresión, entre mujeres embarazadas y en periodo de postparto.

	GAD-7		Escala de Edimburgo					
			Anhedonia		Ansiedad		Depresión	
	Emb	Pp	Emb	Pp	Emb	Pp	Emb	Pp
N	377	585	377	585	377	585	377	585
Mediana	14.000	15.000	3.000	4.000	9.000	10.000	6.000	7.000
RIC(IQR)	8.000	8.000	2.000	3.000	5.000	4.000	4.000	3.000
Mínimo	7.000	7.000	2.000	2.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Máximo	28.000	28.000	8.000	8.000	16.000	16.000	16.000	16.000
p valor	<0,001		< 0,001		<0,001		<0,001	

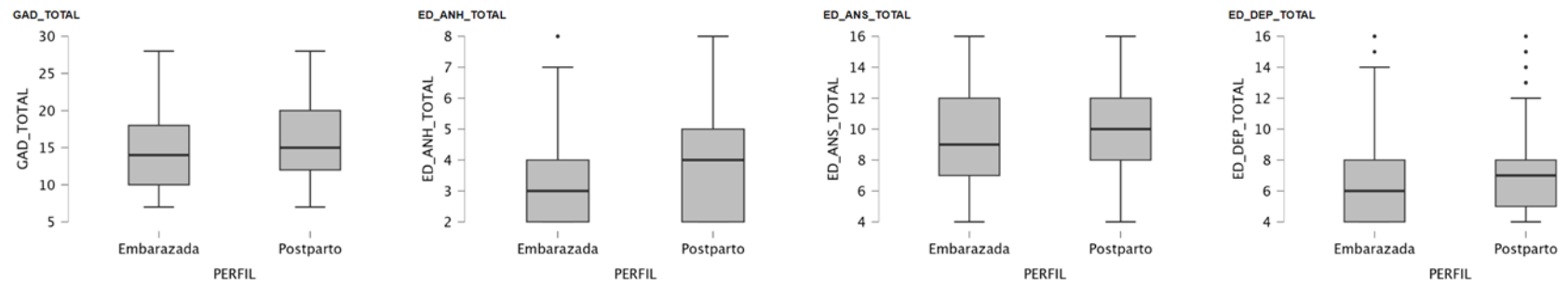
Prueba estadística de Shapirowilk

Emb: Embarazadas Pp: postparto

Fuente: elaboración propia

Además, para mayor comprensión de estos resultados se representa en la figura 1, estos mismos resultados (ver Figura 1).

Figura 1: Comparación de la distribución de puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas y en periodo de postparto.



A continuación, se identificó el nivel de confiabilidad de los instrumentos utilizados, se calculó el McDonald's ω y el Cronbach's α para ambas escalas, obteniendo altos niveles de confiabilidad. Para la escala GAD-7, el valor fue de 0,918 (IC 95%: 0,910- 0,926), en McDonald's ω , y un valor de 0,916 (IC 95%: 0,908- 0,924) en Cronbach's α . Mientras que para la Escala de Edimburgo se obtuvo una confiabilidad de 0,815 (IC 95%: 0,796- 0,834) evaluado por McDonald's ω , comportamiento similar al evaluar por Cronbach's α en donde se obtuvo un valor de 0,811 (IC 95%: 0,79 -0,829).

6.5 Reconocer variables que permitan predecir los niveles de sintomatología ansiosa o depresiva en mujeres en etapa perinatal.

Para reconocer los factores predictores de la sintomatología ansiosa y/o depresiva se realizó un análisis multivariado en donde se consideraron 22 variables, las que corresponden a: preocupación económica, apoyo social de: familia, amigos, vecinos, religioso, de profesionales de salud mental, profesionales de salud en general, organizaciones sin fines de lucro; además de la percepción de buen nivel de apoyo previo y durante el COVID, la presencia de estrés, el confinamiento, número de embarazos, número de hijos, convivencia con niños, la edad de las participantes , no tener contactos con personas contagiadas con COVID, no haber tenido COVID, sin antecedentes de una persona cercana fallecida por COVID, sin antecedentes de tratamiento por salud mental, no poseer problemas de salud relacionados con el estado de ánimo. Estas variables fueron utilizadas para predecir la sintomatología ansiosa (GAD-7) y depresiva (Escala de Edimburgo), considerando las dimensiones de esta última escala: anhedonia, ansiedad y depresión.

6.5.1 Análisis de regresión lineal múltiple para Sintomatología Ansiosa

El modelo realiza una predicción estadísticamente significativa para la **sintomatología ansiosa evaluada por GAD-7** con un $F(22;939) = 17,821$; $p < 0,001$, explicando un 27,8% de su presencia ($R^2_{adj} = 0,278$). Cuando se analiza el comportamiento individual de las variables incorporadas en el modelo, se observó que las variables que tienden a disminuir la sintomatología ansiosa evaluada por GAD-7 corresponden a: no tener antecedentes de problemas de salud mental asociado al estado de ánimo ($p < 0,001$), la percepción de apoyo social familiar adecuado ($p < 0,01$) y la percepción general de apoyo social pre-COVID alta ($p < 0,05$); convirtiéndose éstos, en factores protectores. Por el contrario, los factores que **predicen** mayor sintomatología ansiosa corresponden a: la presencia de **estrés por COVID y la preocupación económica** ($p < 0,001$, para cada variable), el **confinamiento** ($p < 0,01$), la presencia de **apoyo social proveniente de organizaciones sin fines de lucro o similares** ($p < 0,05$), observando que existe un aumento de puntaje de sintomatología ansiosa para los resultados en la escala GAD-7. (ver tabla 6)

Tabla 6: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología ansiosa en población perinatal según valoración de la escala GAD- 7.

	Coeficiente de regresión β	Error estándar	Coeficiente de regresión β estandarizado	t	p-valor
Constante	16,205	1,711		9,470	<0,001
Preocupación económica	0,307	0,072	0,125	4,244	<0,001
Apoyo social					
Familia	-1,748	0,680	-0,073	-2,571	0,010
Amigos	-0,334	0,337	-0,029	-0,990	0,323
Vecinos	-0,280	0,557	-0,014	-0,501	0,616
Religioso	0,241	0,692	0,010	0,348	0,728
Profesionales Salud Mental	1.049	0,577	0,062	1,818	0,069
Profesionales de Salud	-0,468	0,361	-0,037	-1,296	0,195
ONG o similares	1.667	0,760	0,061	2,195	0,028
Percepción de Apoyo Social					
Pre COVID	-0,262	0,125	-0,065	-2,099	0,036
Durante COVID	-0,082	0,113	-0,024	-0,729	0,466
Estrés COVID	1,072	0,096	0,343	11,155	<0,001
Días de Confinamiento	0,026	0,008	0,088	3,136	0,002
Nº de embarazos	0,292	0,255	0,053	1,144	0,253
Nº de hijos vivos	-0,241	0,292	-0,044	-0,826	0,409
Convivencia con niños	0,159	0,124	0,043	1,285	0,199
Edad de la participante	-0,035	0,021	-0,049	-1,720	0,086
Sin contacto de persona COVID	0,018	0,416		0,044	0,965
Sin diagnóstico de familiar con COVID	-1.190	0,748		-1,592	0,112
Sin antecedente de familiar fallecido por COVID	-1,026	0,548		-1,874	0,061
Sin tratamiento en Salud Mental	0,050	0,598		0,084	0,933
Sin antecedente de problemas de salud mental asociado al estado de ánimo	-2,263	0,399		-5,672	<0,001
Perfil (Post parto)	0,588	0,405		1,451	0,147

Fuente: elaboración propia

Respecto al comportamiento de las variables, considerando las correlaciones parciales al cuadrado, el estrés por COVID-19 explica un 9,86% de la sintomatología ansiosa y la preocupación económica explica un 2% de ésta en ambos grupos (Ver tabla 6.1 en anexos).

6.5.2 Análisis de regresión lineal múltiple para Sintomatología de anhedonia

Para la **sintomatología de anhedonia** el modelo realiza una predicción estadísticamente significativa con un $F(22; 939) = 12,694$; $p < 0,001$, explicando un 21,1% de su presencia ($R^2_{adj} = 0,211$). En la tabla 7 se puede observar cómo se comportan las variables respecto de la presencia de sintomatología de anhedonia. Identificando que cuando no se tiene antecedente de problemas de salud mental asociado al estado de ánimo ($p < 0,01$), existe una buena percepción de apoyo social durante el COVID ($p < 0,001$), no hay familiar fallecido por COVID ($p < 0,05$), y existe el apoyo social familiar ($p < 0,01$); la sintomatología para anhedonia según la escala de Edimburgo **disminuye**. Convirtiéndose éstos, en factores protectores. Por otro lado, los factores que **predicen** la sintomatología de anhedonia en la escala de Edimburgo serían: en primer lugar, el **estrés causado por el COVID** ($p < 0,001$), el **apoyo de profesionales de salud mental**, y el **apoyo social proveniente de organizaciones sin fines de lucro o similares** ($p < 0,05$, en cada variable). (Ver tabla 7).

Tabla 7: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología de anhedonia en población perinatal según valoración de la escala de Edimburgo.

	Coeficiente de regresión β	Error estándar	Coeficiente de regresión β estandarizado	t	p-valor
Constante	4,570	0,485		9,426	< 0,001
Preocupación económica	0,038	0,020	0,058	1,861	0,063
Presencia de Apoyo social					
Familia	-0,509	0,193	-0,079	-2,645	0,008
Amigos	-0,177	0,096	-0,057	-1,853	0,064
Vecinos	-0,113	0,158	-0,021	-0,717	0,474
Religioso	-0,039	0,196	-0,006	-0,201	0,841
Profesionales Salud Mental	0,392	0,163	0,087	2,398	0,017
Profesionales de Salud	-0,122	0,102	-0,036	-1,196	0,232
ONG o similares	0,446	0,215	0,060	2,075	0,038
Buena Percepción del Apoyo Social					
PreCOVID	-0,025	0,035	-0,023	-0,698	0,485
Durante COVID	-0,108	0,032	-0,117	-3,379	<0,001
Estrés COVID	0,228	0,027	0,272	8,378	<0,001
Confinamiento	0,001	0,002	0,018	0,609	0,543
Nº de embarazos	0,085	0,072	0,058	1,178	0,239
Nº de hijos vivos	-0,142	0,083	-0,097	-1,722	0,085
Convivencia con niños	0,031	0,035	0,031	0,879	0,380
Edad de la participante	-3,381 x 10 ⁻⁴	0,006	-0,002	-0,058	0,954
Sin contacto de COVID	0,165	0,118		1,402	0,161
Sin diagnóstico de COVID	-0,403	0,212		-1,904	0,057
Sin antecedente de familiar fallecido por COVID	-0,358	0,155		-2,308	0,021
Sin tratamiento en Salud Mental	-0,203	0,169		-1,196	0,232
Sin antecedente de problemas de salud mental asociado al animo	-0,342	0,113		-3,024	0,003
Perfil Posparto	0,134	0,115		1,168	0,243

Fuente: elaboración propia

Respecto al comportamiento de las variables, considerando las correlaciones parciales al cuadrado, el estrés por COVID-19 explica un 6,97% de la sintomatología de anhedonia y el apoyo social durante la pandemia, explica un 1,21%, de ésta en ambos grupos (Ver tabla 7.1 en anexos).

6.5.1 Análisis de regresión lineal múltiple para Sintomatología Ansiosa

Para la **sintomatología ansiosa** el modelo realiza una predicción estadísticamente significativa evaluada por la escala de Edimburgo con un $F(22;939) = 17,821$; $p < 0,001$, explicando un 27,8% de su presencia ($R^2_{adj} = 0,278$).

En la tabla 8, se puede observar que la percepción de apoyo social pre-COVID ($p < 0,05$) y el apoyo familiar ($p < 0,01$), son **factores protectores para la sintomatología ansiosa**. En cambio, el estrés por COVID ($p < 0,001$), la preocupación económica ($p < 0,001$), el confinamiento, ($p < 0,05$) y el y tener apoyo de organizaciones no gubernamentales ($p < 0,05$); son **predictores** de una mayor sintomatología ansiosa en las mujeres en periodo perinatal.

Tabla 8: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología ansiosa en población perinatal según valoración de la escala de Edimburgo.

		Coeficiente de regresión β	Error estándar	Coeficiente de regresión β estandarizado	t	p-valor
Ho	Constante	9,775	0,094		103,635	<0,001
H1	Constante	10,666	0,930		11,468	<0,001
	Preocupación económica	0,166	0,039	0,125	4,214	<0,001
	Apoyo social					
	Familia	-0,880	0,370	-0,068	-2,381	0,017
	Amigos	-0,164	0,183	-0,026	-0,893	0,372
	Vecinos	-0,014	0,303	-0,001	-0,045	0,964
	Religioso	0,293	0,376	0,022	0,778	0,437
	Profesionales Salud Mental	0,773	0,314	0,085	2,465	0,014
	Profesionales de Salud	-0,495	0,196	-0,072	-2,522	0,012
	ONG o similares	1,084	0,413	0,073	2,626	0,009
	Percepción de apoyo social					
	PreCOVID	-0,216	0,068	-0,099	-3,177	0,002
	Durante el COVID	-0,096	0,061	-0,052	-1,569	0,117
	Estrés COVID	0,529	0,052	0,314	10,128	<0,001
	Confinamiento	0,010	0,005	0,065	2,276	0,023
	Nº de embarazos	0,263	0,139	0,089	1,895	0,058
	Nº de hijos vivos	-0,275	0,159	-0,093	-1,733	0,083
	Convivencia con niños	0,012	0,067	0,006	0,172	0,864
	Edad de la participante	-0,013	0,011	-0,033	-1,142	0,254
	Sin contacto de COVID	0,177	0,226		0,782	0,434
	Sin diagnóstico de COVID	-0,438	0,407		-1,078	0,281
	No tener antecedente de					
	Familiar fallecido por COVID	-0,412	0,298		-1,385	0,167
	Tratamiento en Salud Mental	0,018	0,325		0,057	0,955
	Problemas de salud mental asociado al ánimo	-1,108	0,217		-5,108	<0,001
	Perfil Posparto	0,548	0,220		2,488	0,013

Fuente: elaboración propia

Respecto al comportamiento de las variables, considerando las correlaciones parciales al cuadrado, el estrés por COVID-19 explica un 9,86% de la sintomatología de ansiosa, seguido del antecedente de problemas de salud mental asociados al estado de ánimo con un 2,69% y finalmente la preocupación económica explica un 1,85%, de ésta en ambos grupos. (Ver tabla 8.1 en anexos).

En relación con la presencia de **sintomatología depresiva** en los grupos estudiados, el modelo realiza una predicción estadísticamente significativa con un $F(22; 939) = 16,598$; $p < 0,001$, explicando un 26,3% de dicha sintomatología ($R^2_{adj} = 0,263$). Se puede identificar que variables como el no tener antecedente de problemas de salud mental asociado al estado de ánimo ($p < 0,001$), mayor edad ($p < 0,001$), una buena percepción de apoyo social pre-COVID ($p < 0,01$), la presencia de apoyo familiar ($p < 0,01$), y percepción de apoyo social durante el COVID ($p < 0,05$), **disminuye** el puntaje para la sintomatología depresiva según escala de Edimburgo. En contraste, los factores que **predicen** mayor puntaje en la sintomatología depresiva estarían la **percepción de estrés por COVID** ($p < 0,001$), **apoyo social de profesionales de salud Mental** ($p < 0,001$), y la **preocupación económica** ($p < 0,01$), **el no tener contacto con COVID-19** ($p < 0,05$). (Ver tabla 9)

Tabla 9: Distribución de los coeficientes de regresión relacionados con sintomatología depresiva en población perinatal según valoración de la escala Edimburgo.

	Coeficiente de regresión β	Error estándar	Coeficiente de regresión β estandarizado	t	p-valor
Constante	9,320	0,821		11,353	< 0,001
Preocupación económica	0,106	0,035	0,092	3,061	0,002
Apoyo social					
Familiar	-0,931	0,326	-0,082	-2,853	0,004
Amigos	-0,287	0,162	-0,052	-1,772	0,077
Vecinos	-0,012	0,267	-0,001	-0,045	0,964
Religioso	-0,150	0,332	-0,013	-0,452	0,652
Profesionales Salud Mental	1,001	0,277	0,126	3,617	< 0,001
Profesionales de Salud	-0,162	0,173	-0,027	-0,936	0,350
ONG o similares	0,270	0,364	0,021	0,742	0,458
Percepción de apoyo social					
PreCOVID	-0,190	0,060	-0,100	-3,168	0,002
COVID	-0,113	0,054	-0,070	-2,094	0,037
Estrés COVID	0,395	0,046	0,269	8,567	< 0,001
Confinamiento	0,005	0,004	0,034	1,191	0,234
Nº de embarazos	0,103	0,122	0,040	0,838	0,402
Nº de hijos vivos	-0,108	0,140	-0,042	-0,769	0,442
Convivencia con niños	0,112	0,059	0,064	1,880	0,060
Edad de la participante	-0,033	0,010	-0,096	-3,303	< 0,001
Sin contacto de COVID	0,409	0,200		2,052	0,040
Sin diagnóstico de COVID	-0,636	0,359		-1,774	0,076
Sin antecedente de familiar fallecido por COVID	-0,322	0,263		-1,225	0,221
Sin tratamiento en Salud Mental	-0,447	0,287		-1,558	0,120
Sin antecedente de problemas de salud mental asociado al ánimo	-0,800	0,191		-4,180	< 0,001
Perfil (Posparto)	0,075	0,195		0,384	0,701

Fuente: elaboración propia

Respecto al comportamiento de las variables, considerando las correlaciones parciales al cuadrado, el estrés por COVID-19 explica un 7,24% de la sintomatología de depresiva, seguido del antecedente de atención con profesionales salud mental con un 1,37% y finalmente la edad de la participante con un 1,15% de ésta, en ambos grupos (Ver tabla 9.1 en anexos).

7.- DISCUSIÓN

Un 20% de las participantes auto reportó trastornos del estado de ánimo, y el 11,6% informó estar en tratamiento por ello. Con relación a la pandemia por COVID-19, la mitad de las participantes señaló que su entorno cambio negativamente durante ese período. Cercano al 5% tuvo infección por COVID-19, alrededor del 8% informó haber experimentado la pérdida de un familiar por contagio de COVID-19. La percepción del apoyo social durante la pandemia bajó sustancialmente en alrededor de un 24%; las gestantes señalaron mayor apoyo social familiar, en cambio, las mujeres en postparto identificaron este mayor apoyo desde las Organizaciones sin fines de lucro y/o comunitarias.

La presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos tuvo una diferencia estadísticamente significativa, identificando que las mujeres en periodo de postparto tenían mayor puntaje en ambas escalas; resultados similares a los encontrados en el estudio realizado en Rumania por Ciolac et al. (53), con una muestra de 860 mujeres en posparto durante la pandemia por COVID-19, encontraron que la sintomatología depresiva estuvo presente en el 84,8% de ellas. Mientras que el estudio realizado en Turquía por Guvenc et al. en 212 mujeres en postparto identificaron niveles de ansiedad moderados. Sin embargo, las mujeres con un alto riesgo de depresión postparto tenían niveles más altos de ansiedad y, a medida que aumentaban sus niveles de ansiedad aumentaba su riesgo de depresión postparto (54). Esta similitud de resultados puede explicarse reconociendo que el periodo de postparto es altamente demandante para la mujer en cuanto a reconocer sus competencias de cuidados que implica la atención de un recién nacido y posterior lactante, asociado no solo a la demanda de lactancia, sino a reconocer las necesidades generales de este niño/a, etapa en la cual además se vive un ajuste neurohormonal (2). Finalmente, esto además

demuestra que independiente del territorio en el cual se encuentren las mujeres, la pandemia fue un elemento que afectó en la sintomatología ansiosa y depresiva de las mujeres en periodo de postparto.

En relación al apoyo social, se observó una tendencia a la baja en la percepción de éste, considerando una percepción de antes y durante la pandemia en ambos grupos (embarazadas y mujeres en postparto), resultados similares a la investigación publicada el año 2021, realizada en New York y liderada por Zhou et al. (55) con una muestra de 1142 participantes entre embarazadas y mujeres en posparto (con hijos menores de 6 meses), que identificaron que el apoyo social en general, se redujo (37,8%) o no se experimentaron cambios (45%) durante la pandemia de COVID-19 (55). La disminución de esta percepción, podría deberse al confinamiento que trajo la pandemia COVID-19, lo que hizo que el contacto físico fuera mínimo.

Llama la atención que las mujeres gestantes reconocieron mayor apoyo social desde su familia, no así las mujeres en periodo de postparto. Resultados que son diferentes a la investigación de Kovacheva et al., publicada el año 2023 con una muestra de 3.356 mujeres durante el período perinatal residentes en España. en donde se encontró que, entre las mujeres con sospecha de depresión, el porcentaje de las que recibieron apoyo en presencia física fue poco (21,9% frente a 78,1%). También fue menor el porcentaje de quienes recibieron apoyo de familiares (28,9% frente a 71,1%), amigos (27,1% frente a 72,9%), vecinos (24,4% frente a 75,8%) y profesionales de la salud (18,9% frente a 81,1%). Esto se puede deber a la cantidad de semanas de confinamiento durante la pandemia COVID-19 (56).

En esta tesis, resultó que las variables que predicen mayor sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos son: poseer antecedentes de problemas de salud mental asociado al ánimo, la presencia de estrés por COVID-19, la preocupación económica, el confinamiento, apoyo

social proveniente de organizaciones sin fines de lucro o similares, el apoyo de profesionales de salud mental; por otro lado, un estudio en Italia, publicado el año 2022, liderado por Molgora et al. (57). encontró en una muestra de 137 participantes, que la experiencia del parto y el antecedente personal de ansiedad como rasgo, fueron consideradas como variables predictoras de depresión postparto. Estas variables predictoras identificadas ahí, están asociadas al contexto particular de dicha investigación en donde el objetivo fue describir el estado psicológico de las madres hasta los 12 meses posparto e investigar los predictores de síntomas depresivos en el mismo periodo, considerando factores obstétricos junto con variables psicológicas y relacionales; y los instrumentos de evaluación de la salud mental fueron: Cuestionario de Experiencia de Parto de Wijma; Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; Índice de estrés parental (formato abreviado); Escala de Ajuste Diádico; y Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido; mientras que en este estudio además de elementos asociados a los antecedentes obstétricos se reconocen antecedentes del entorno y la pandemia en si misma que fueron a los que se les dio énfasis, por lo tanto estos predictores no coinciden con los encontrados en este estudio y es una interesante posibilidad de describir de mejor manera las condiciones del parto el periodos de pandemia para reconocerlos de igual modo como un predictor más de sintomatología depresiva del periodo de postparto (57).

Por otro lado, Rabinowitz et al. en su estudio realizado en EE. UU., con un total de 127 participantes entre embarazadas y mujeres en post parto (en el último mes), entre 19 y 40 años, informa que los predictores de sintomatología ansiosa y depresiva están relacionados con la menor edad, menor apoyo social y una mayor preocupación por la asistencia a un centro de salud. Inesperadamente en este caso, el cambio de rutina debido a la pandemia COVID-19 no resultó ser predictor de sintomatología ansiosa o

depresiva (58). Sería interesante estudiar y comparar las medidas que se tomaron en EE. UU con las locales, que resultaron beneficiosas para su población.

Y como factor predictivo positivo o protector de sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos se observó que las variables tales como: el apoyo social familiar, percepción de apoyo social pre y durante el COVID-19, no poseer antecedentes de problemas de salud mental asociado al ánimo, no tener familiar fallecido por COVID, tener mayor edad. Y dentro de las investigaciones que abarcaron factores protectores de la sintomatología ansiosa o depresiva durante el periodo perinatal en pandemia se pudo observar la revisión sistemática liderada por el equipo de Ahmad et al. (59), publicado en el año 2021, en donde encontró que el apoyo social y la actividad física son factores protectores para la manifestación de sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que otro estudio realizado en España y liderado por Awad-Sirhan et al., que se publicó el año 2022, con un total de 695 participantes, asocia como un factor protector de la ansiedad el tener un embarazo planificado o deseado, la percepción de accesibilidad y disponibilidad de la atención sanitaria (60).

En esta tesis, se encontró que tener antecedentes de problemas de salud mental asociado al ánimo, sería un predictor de mayor presencia de sintomatología ansiosa o depresiva, similar a lo que se evidencia en la scoping review encabezada por Ravaldi et al., publicada el año 2020, con una muestra de 737 participantes, que arrojó como resultado que los niveles más altos de preocupación y malestar psicológico se asociaron significativamente con un diagnóstico psicopatológico previo. En particular, las mujeres con antecedentes autoinformados de ansiedad y/o depresión estaban significativamente más preocupadas por el COVID-19 y tenían un mayor riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y trastorno de estrés postraumático (61).

Además, otro estudio liderado por Droke et al., en EE.UU, que incluyó a 242 participantes (100 mujeres en el grupo pre-pandemia, 93 mujeres en el grupo de Pandemia temprana y 49 mujeres en el grupo de Pandemia tardía), encontró que el diagnóstico de salud mental preexistente era un moderador importante. Para aquellas mujeres sin un diagnóstico de salud mental preexistente, las tasas de depresión post parto fueron más bajas durante la pandemia en comparación con antes de la pandemia. Sin embargo, para aquellas mujeres con un diagnóstico de salud mental preexistente, las tasas de depresión post parto durante la pandemia temprana fueron casi el doble de las tasas prepandémicas (62).

También se identificó que la preocupación económica es un factor predictivo para la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, (no así para la anhedonia), lo que se correlaciona con el estudio de Sekścińska et al., publicado el año 2022, con una muestra de 1135 participantes polacos (732 mujeres y 403 hombres), en donde se evidencia que la preocupación económica es factor de riesgo para la sintomatología depresiva y ansiosa. Lo que fue evaluado a través del Cuestionario de salud del paciente—9 (PHQ-9) y escala General Anxiety Disorder—7 (GAD-7), en donde se detalla que la seguridad financiera y el optimismo económico a largo plazo fueron predictivos negativos para depresión y la seguridad financiera, la seguridad laboral percibida y el optimismo económico a largo plazo a nivel de los hogares fueron predictores negativos para la ansiedad (63). Si bien, este estudio no menciona si hay o no mujeres embarazadas o en post parto, la cantidad de mujeres participantes fue de casi el doble que la de hombres, lo que hace interesante el estudio, para obtener una visión general de la población.

El confinamiento provocado por la pandemia COVID-19, afectó en este grupo, exclusivamente la sintomatología ansiosa valorada mediante GAD-7 y la dimensión respectiva en Edimburgo, pero no las dimensiones de depresión

y anhedonia (Edimburgo), lo que se mostró en el estudio realizado en España por Romero-González et al., con 131 mujeres embarazadas, en donde se demuestra que las variables que están presentes en el empeoramiento de la sintomatología ansiosa y depresiva son el miedo al contagio, la soledad y el estrés experimentado, por encima de otras variables propias del confinamiento (64).

Si bien en esta investigación el grupo con mayor sintomatología ansiosa y depresiva fue el grupo de las mujeres en post parto, no es lo mismo que se encontró en un estudio realizado en Dubai (65), con 438 participantes (embarazadas y en post parto), publicado el año 2023, en donde se evaluó la sintomatología ansiosa y depresiva con las escalas GAD-7 y Edimburgo. Se encontró que el 43,6% tenía puntuaciones EPDS positivas (punto de corte, 10). No hubo diferencias estadísticas ($p=0,9$) en la depresión entre las mujeres prenatales (43,4% con resultados positivos) y las mujeres posnatales (44% con resultados positivos). Utilizando la puntuación GAD-7, el 42% de todos los pacientes dieron positivo en ansiedad. No hubo diferencias estadísticas ($p=0,38$) en la ansiedad entre las mujeres embarazadas (43,8% con resultados positivos) y mujeres en post parto (39,6% con resultados positivos) (65).

Por otra parte, y como objetivo central de esta investigación, se identificaron como variables predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos las asociadas a presencia de: estrés por COVID (con mayores niveles de predictividad), el apoyo social de profesionales de salud mental, la preocupación económica y el confinamiento. Estos resultados, se pueden comparar con un estudio realizado en Portugal por Padez Vieira et al (66), en una muestra de 1698 participantes en donde se identificó que la sintomatología depresiva medida igualmente por la EPDS aumentaba a medida que aumentaban las preocupaciones sobre el COVID y era menor para las mujeres que recibían apoyo; quienes identificaron además que la

posibilidad de depresión fue mayor para las mujeres con antecedentes médicos psiquiátricos. No se encontraron estudios asociados a identificar las variables de preocupación económica y de confinamiento para este grupo, del mismo modo que la presencia de apoyo social de profesionales de salud mental. En esta última variable, se infiere que la presencia de estos profesionales de salud mental en realidad da cuenta de la necesidad de acudir a ellos en busca de ayuda terapéutica a propósito de su sintomatología y a pesar de las condiciones de restricción por pandemia, si tuvieron acceso a este tipo de profesional. Por otro lado, cabe destacar que en esta tesis el porcentaje de predictividad de ansiedad evaluado en la escala de Edimburgo, con tan solo 4 ítems, coincide con el porcentaje de predictividad de ansiedad evaluado en la escala GAD-7 (7 ítems), con un 27,8%.

La literatura ha identificado que variables como la convivencia en pareja, una buena situación económica, tener apoyo familiar o edad avanzada en la madre, disminuye la presencia de la sintomatología ansiosa y/o depresiva (11). Resultados similares a los encontrados en este estudio en donde el apoyo social familiar, la edad materna y la presencia de una situación económica estable, han sido variables que han ayudado a la disminución de la presencia de dichas sintomatologías. De esto podemos reconocer la importancia del apoyo social como un factor protector de la salud mental perinatal, situación que fue comprobada además por el estudio de Sun et al., en China, con un tamaño de muestra de 1705 encuestadas embarazadas. Comprobando que el apoyo débil general tenía un efecto negativo directo sobre la salud mental perinatal (67).

En esta investigación además se pudo identificar que el apoyo de organizaciones sin fines de lucro son un factor predictivo de manifestar ansiedad; sin embargo, se infiere que este resultado está asociado a que quienes se acercan a una ONG, es por la necesidad personal de apoyo que

manifiesta la persona, y no porque la entidad sea responsable de causar tal condición en ella. Por lo tanto, aquella persona que busca apoyo de ONG, tendría un nivel de ansiedad mayor previo y no provocado por ésta. Lo mismo ocurre en el caso de que hay asociación entre tener mayor puntaje de anhedonia y apoyo de profesional de salud mental, en donde se asume también, como factor predictor de la presencia de anhedonia; esto se debe a que probablemente estas personas están teniendo un apoyo de los profesionales de salud mental, debido a que ellos previamente presentan mayor nivel de anhedonia, por lo tanto, probablemente, la escala de depresión post parto de Edimburgo (en sus 3 dimensiones) se encuentre alterada.

Finalmente se puede reconocer que la hipótesis de investigación de esta tesis se acepta puesto que se observó que el apoyo social familiar fue una variable que predijo menor sintomatología ansiosa y/o depresiva, con los instrumentos aplicados. Por otro lado, la hipótesis alternativa el estrés desarrollado en la pandemia COVID-19, aumenta los niveles de sintomatología ansiosa o depresiva en las mujeres en etapa perinatal, también se acepta, ya que éste fue el mayor predictor de la sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos.

8.- CONCLUSIÓN

Esta investigación analizó una muestra de 962 mujeres en periodo perinatal, cuyo perfil reconoce una media de edad de 31,9 años, en donde el 50% aproximadamente tenía su primer hijo, poseen en su mayoría una relación de pareja estable y tienen alto nivel educacional.

Existe sintomatología ansiosa y depresiva presentes en el grupo, medidas por las escalas de GAD-7 y de Edimburgo, reconociendo que el principal predictor de ellas corresponde al estrés causado por la pandemia por COVID-19, seguido de la preocupación económica y el confinamiento, de igual manera quienes tienen antecedentes de alteraciones del estado de ánimo previo, tienen más posibilidad de manifestar estas sintomatologías.

Las personas que presentaron estas sintomatologías acudieron al apoyo de profesionales de la salud mental. Y el apoyo por parte de profesionales sanitarios fue más evidente para el grupo que estaba en periodo de gestación que para el grupo en periodo en postparto.

El apoyo social familiar, es un factor que disminuyó la presencia de sintomatología depresiva, aunque la percepción previa del apoyo social general también es un indicador de la red de las personas en periodo perinatal, puesto que durante la pandemia este apoyo cae sustancialmente debido a las restricciones existentes.

Es importante reconocer que el apoyo social es una herramienta que se debe trabajar en los círculos familiares y de amistades de las personas en periodo perinatal pues sin duda afectan la salud mental perinatal.

9.-LIMITACIONES

Esta investigación, se trabajó con datos secundarios, ya establecidos por un estudio internacional previo. Si bien los instrumentos utilizados están aprobados en diversos contextos con la misma población, pueden comportarse de manera distinta para situaciones de crisis, considerando lo sensible del periodo perinatal y en particular la GAD-7 que aún no tienen consenso respecto de los puntajes de corte, aunque efectivamente se considera un buen instrumento predictor de ansiedad en la población general.

El perfil de la muestra está asociado a la vía por la cual se recolectó la información, redes sociales, en donde participaron mujeres con acceso a este tipo de difusión, no logrando llegar a mujeres con mayor diversidad en lo social o perfiles demográficos que puedan hacer extrapolables los resultados a las mujeres que viven en el territorio nacional.

10.- PROYECCIONES

La salud mental en Chile esta recientemente relevada, aunque las necesidades de un periodo perinatal hacen a esta población altamente vulnerable; también se podría pensar en buscar estrategias o intervenciones que permitan colaborar con el bienestar mental materno a propósito de fortalecer por ejemplo sus redes de apoyo, que transforman en un recurso accesible para las mujeres en este periodo. Además, dentro de los equipos sanitarios, desde la mirada de la atención primaria de salud (APS), se debe enfatizar la importancia de buscar estos factores protectores y de riesgo, ya que impactaran en la salud mental perinatal.

Es interesante proyectar esta investigación en la profundización de otras características que pusieran ser predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva, como el tipo de parto, lactancia, relación de pareja, entre otros. Además de enfatizarla en población perinatal con edades extremas (adolescentes o tardías) u otra característica distinta a la de esta investigación.

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Paredes J, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Rev Colomb Psiquiatr (Engl) [Internet]. 2019; 48:58–65. doi: 10.1016/j.rcp.20(Z).07.003. Cited: in: PMID: 30651174.
2. Pawluski J, Lonstein J, Fleming A. The neurobiology of postpartum anxiety and depression. Trends Neurosci [Internet]. 2017;40(2):106–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2016.11.009>
3. Thul T, Corwin E, Carlson N, Brennan P, Young L. Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2020;120(104793):104793. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104793>
4. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más. Subsecretaría de Salud Pública. 2013. [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
5. World Health Organization. Mental health in emergencies [internet]. Who.int. 2022. [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <http://https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
6. To KK-W, Sridhar S, Chiu KH-Y, Hung DL-L, Li X, Hung IF-N, et al. Lessons learned 1 year after SARS-CoV-2 emergence leading to COVID-19 pandemic. Emerg Microbes Infect. 2021;10(1):507–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/22221751.2021.1898291>
7. World Health Organization. Coronavirus [Internet]. Who.int. 2020. [citado el

07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>

8. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. Who.int. 2022. [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

9. Crockett M, Martínez V, Ordóñez-Carrasco J. Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in Chilean adolescents. *Rev Med Chil.* 2022;150(4):458–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000400458>

10. Chen P, Pusica Y, Sohaei D, Prassas I, Diamandis E. An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. *Diagnosis.* 2021;8(4): 403-412. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/dx-2021-0046>

11. Muñoz-Vela F, Rodríguez-Díaz L, Gómez-Salgado J, Fernández-Carrasco F, Allande Cussó R, et al. Fear and anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Int J Public Health* [Internet]. 2023;68:1605587. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/ijph.2023.1605587>

12. Høiby N. Pandemics: past, present, future: That is like choosing between cholera and plague: That is like choosing between cholera and plague. *APMIS* [Internet]. 2021;129:352–371. doi: 10.1111/apm.13098. Cited: in: PMID: 33244837.

13. Umakanthan S, Sahu P, Ranade A, Bukelo M, Rao J, Abrahao-Machado L, et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J.* 2020;96(1142):753–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138234>

14. World Health Organization. Nuevo coronavirus [Internet]. Who.int. 2019 [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
15. World Health Organization. Coronavirus [internet]. Who.int. 2020 [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
16. Irarrazaval M, Norambuena P, Montenegro C, Toro-Devia O, Vargas B, Caqueo-Úrizar A. Public policy responses to address the mental health consequences of the COVID-19 pandemic: Evidence from Chile. *Front Public Health*. 2021;9:590335. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.590335>
17. Ministerio de Salud de Chile. Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/>
18. Ministerio de Salud de Chile. Presidente anuncia suspensión de clases y reduce actos públicos [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/presidente-anuncia-suspension-de-clases-y-reduce-actos-publicos/>
19. Caqueo-Úrizar A, Urzúa A, Aragón-Caqueo D, Charles CH, El-Khatib Z, Otu A, et al. Mental health and the COVID-19 pandemic in Chile. *Psychol Trauma*. 2020;12(5):521–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000753>
20. Ministerio de Salud de Chile. Gobierno limita los permisos para las comunas en cuarentena a solo dos veces por semana.2020. citado el 07 de

julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/gobierno-limita-los-permisos-para-las-comunas-en-cuarentena-a-solo-dos-veces-por-semana/>

21. Ministerio de Salud de Chile. Gobierno anunció cuarentena total para siete comunas de la RM.2020. [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministro-de-salud-anuncio-cuarentena-total-para-siete-comunas-de-la-rm/>

22. Sculli M, Formoso G, Sciacca L. COVID-19 vaccination in pregnant and lactating diabetic women. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2021;31(7):2151–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2021.04.012>

23. Habas K, Nganwuchu C, Shahzad F, Gopalan R, Haque M, Rahman S, et al. Resolution of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2020;18(12):1201–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14787210.2020.1797487>

24. Wei S, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2021;193(16):E540–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.202604>

25. Coó S, Mira A, García M, Zamudio P. Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediatr* [Internet]. 2021;92(5):724–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>

26. Cantwell R. Mental disorder in pregnancy and the early postpartum. *Anaesthesia* [Internet]. 2021;76 Suppl 4(S4):76–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/anae.15424>

27. Ley núm. 20.379 crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo" [internet] Gob.cl. [citado 5 de julio de 2024]. Disponible en:

https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/09/LEY-20379_12-SEP-2009.pdf

28. Pauta de Riesgo Psicosocial [internet] Gob.cl. [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Nota-Methodologica-EPsA_2010.pdf

29. Chile Crece Contigo [internet] Gob.cl. [citado el 5 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>

30. Alvarado, R. Guajardo, V. Rojas, G. Jadresic, E. Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas. Santiago; diciembre 2012. [citado el 07 de julio de 2024] Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDsembarazadasV2.pdf>

31. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. BMC Psychiatry [Internet]. 2018;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1965-7>.

32. Ministerio de Salud. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Santiago: MINSAL, 2014. [citado el 07 de julio de 2024] Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>

33. Jadresic E., Araya R., Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EDPS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1995;16:187-91

34. Makara-Studzińska M, Zaręba K, Kawa N, Matuszyk D. Tokophobia and anxiety in pregnant women during the SARS-CoV-2 pandemic in Poland-A prospective cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(2):714. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19020714>
35. Löwe B, Decker O, Müller S, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care*. 2008 Mar;46(3):266-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
36. Petit-breuilh S, Contreras-García Y, Villalobos C. Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad gad-7 en gestantes y madres residentes en Chile de hijos e hijas menores de 6 meses entre los años 2020-2021. [Concepción]: Universidad de Concepción; 12 junio de 2022. [citado el 07 de julio de 2024] disponible en: <http://repositorio.udec.cl/jspui/bitstream/11594/9946/1/Sofia%20Petit-Breuilh%20tesis.pdf>
37. Spitzer R, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7: The GAD-7. *Arch Intern Med* [Internet]. 2006;166(10):1092–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
38. Stavridou A, Michailidou D, Panagouli E, Sergeantanis TN, Tzila E, Psaltopoulou T, et al. Psychoemotional consequences in pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Folia Med (Plovdiv)* 2022;64(1):21-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3897/folmed.64.e61406>
39. García-Fernández R, Liébana-Presa C, Marqués-Sánchez P, Martínez-Fernández MC, Calvo-Ayuso N, Hidalgo-Lopezosa P. Anxiety, stress, and social support in pregnant women in the province of Leon during COVID-19

disease. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2022;10(5):791. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10050791>

40. Liu Y, Guo N, Li T, Zhuang W, Jiang H. Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. *J Affect Disord* [Internet]. 2020;274:848–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028>

41. Liu S, Lin Q, Feng Y, Zhong D, Jiang C, Zhang L. The protective role of social support on prenatal depression among pregnant women of advanced maternal age: a Three-Trimester follow-up study in China. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2022;42(8):3456–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2022.2135986>

42. Umuziga MP, Gishoma D, Hynie M, Nyirazinyoye L. Antenatal depressive symptoms in rwanda: rates, risk factors, and social support. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022;22(1):193. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-04522-4>

43. Tauqeer F, Ceulemans M, Gerbier E, Passier A, Oliver A, Foulon V, et al. Mental health of pregnant and postpartum women during the third wave of the COVID-19 pandemic: a European cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2023;13(1):e063391. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063391>

44. Ostacoli L, Cosma S, Bevilacqua F, Berchialla P, Bovetti M, Carosso AR, et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):703. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03399-5>

45. Huschke S, Murphy-Tighe S, Barry M. Perinatal mental health in Ireland:

A scoping review. *Midwifery*. 2020;89(102763):102763. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102763>

46. Ministerio de Salud. Plan de acción de salud mental 2019-2015. 2021. [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acci%C3%B3n-Salud-Mental-2019-2025.pdf>

47. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1987;150:782–786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.

48. López-Janer C, Quirós P, Cabestrero R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina. *Rev Iberoam Diagn Eval - Aval Psicol* [Internet]. 2021;61(4):33–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21865/ridep61.4.03>

49. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: Conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord* [Internet]. 2013;146(2):224–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.009>

50. Camargo L, Herrera-Pino J, Shelach S, Soto-Añari M, Porto MF, Alonso M, et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2023;52(3):245–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>

51. Simpson, W., Glazer, M., Michalski, N., Steiner, M., Frey, B.N., 2014. efficacy of the Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Can. J. Psychiatry* 59, 434–440.

Disponibile

en:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371405900806>

52. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open* [Internet]. 2019;5(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2018.75>

53. Ciolac, L., Craina, M. L., Enatescu, V. R., Tudor, A., Bernad, E. S., Nitu, R., Hogeia, L., Boscu, L., Bernad, B.-C., Timircan, M. O., Ciolac, V., Nediglea, C.-O., & Maghiari, A. L. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on depressive disorder with postpartum onset: A cross-sectional study. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 11(21), 2857. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212857>.

54. Guvenc, G., Yesilcinar, İ., Ozkececi, F., Öksüz, E., Ozkececi, C. F., Konukbay, D., Kok, G., & Karasahin, K. E. (2021). Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1449–1458. <https://doi.org/10.1111/ppc.12711>

55. Zhou J, Havens KL, Starnes CP, Pickering TA, Brito NH, Hendrix CL, et al. Changes in social support of pregnant and postnatal mothers during the COVID-19 pandemic. *Midwifery* [Internet]. 2021;103(103162):103162. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103162>

56. Kovacheva K, de la Fe Rodríguez-Muñoz M, Gómez-Baya D, Domínguez-Salas S, Motrico E. Relationship between social support and perinatal depression during the COVID-19 pandemic. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2023;1–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2023.2230585>

57. Molgora S, Saita E, Barbieri Carones M, Ferrazzi E, Facchin F. Predictors of postpartum depression among Italian women: A longitudinal study. *Int J*

Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(3):1553. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031553>

58. Rabinowitz EP, Kutash LA, Richeson AL, Sayer MA, Samii MR, Delahanty DL. Depression, anxiety, and stress in pregnancy and postpartum: A longitudinal study during the COVID-19 pandemic. Midwifery [Internet]. 2023;121(103655):103655. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2023.103655>

59. Ahmad M, Vismara L. The psychological impact of COVID-19 pandemic on women's mental health during pregnancy: A rapid evidence review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(13):7112. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18137112>

60. Awad-Sirhan N, Simó-Teufel S, Molina-Muñoz Y, Cajiao-Nieto J, Izquierdo-Puchol MT. Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España. Enferm Clin [Internet]. 2022;32:S5–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.006>

61. Ravaldi C, Ricca V, Wilson A, Homer C, Vannacci A. Previous psychopathology predicted severe COVID-19 concern, anxiety, and PTSD symptoms in pregnant women during “lockdown” in Italy. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2020;23(6):783–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-020-01086-0>

62. Droke K, Bartosek N, Kopkau H, Stanford M, Dyer C, Hoke M, et al. The COVID-19 pandemic and the experience of postpartum depression. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2023;44(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482x.2023.2250070>

63. Sekścińska K, Trzcińska A, Pankowski D, Pisula E, Wytrychiewicz-Pankowska K. Financial factors and psychological distress during the COVID-

19 pandemic in Poland. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(3):1798. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031798>

64. Romero-Gonzalez B, Puertas-Gonzalez JA, Mariño-Narvaez C, Peralta-Ramirez MI. Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021;156(4):172–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.10.002>

65. Tambawala ZY, Saquib S, Salman A, Khalid M, Beshtawi H, Akbari EA, et al. Perinatal anxiety and depression amidst the COVID-19 pandemic in Dubai, United Arab Emirates. *AJOG Glob Rep* [Internet]. 2023;3(1):100164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100164>

66. Padez Vieira F, Mesquita Reis J, Figueiredo PR, Lopes P, Nascimento MJ, Marques C, et al. Depression among Portuguese pregnant women during covid-19 lockdown: A cross sectional study. *Matern Child Health J* [Internet]. 2022;26(9):1779–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-022-03466-7>

67. Sun S, An S. Associations between patterns of social support and perinatal mental health among Chinese mother: the mediating role of social trust. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2024;45(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482x.2024.2325451>

12.-ANEXOS

ANEXO N° 1: TABLAS DE DISTRIBUCION DE CORRELACIONES PARCIALES EN POBLACIÓN PERINATAL.

Tabla 6.1: Resumen del Modelo Sintomatología Ansiosa valorada por la escala GAD-7

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	RMSE
H ₀	0,000	0,000	0,000	2,926
H ₁	0,543	0,295	0,278	2,486

ANOVA

Tabla 7.1: Resumen del Modelo de Sintomatología de Anhedonia valorada por la escala de Edimburgo.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	RMSE
H ₀	0,000	0,000	0,000	1,459
H ₁	0,479	0,229	0,211	1,296

ANOVA

Tabla 8.1: Resumen del modelo de sintomatología Ansiosa valorada por la escala de Edimburgo.

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	RMSE
H ₀	0,000	0,000	0,000	2,926
H ₁	0,543	0,295	0,278	2,486

ANOVA

Tabla 9.1: Resumen del modelo de sintomatología Depresiva valorada por la escala de Edimburgo

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	RMSE
H ₀	0,000	0,000	0,000	2,556
H ₁	0,529	0,280	0,263	2,194

ANOVA

ANEXO N° 2: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

Nombre de la variable (definición conceptual)	Nivel de dependencia	Naturaleza	Definición operacional	Tipo de variable (continua, discreta, nominal, ordinal)	Escala de medición
(Q9.1) Edad Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Independiente	Cuantitativa	Fecha de nacimiento	Discreta	Números enteros
(PQ9.3.1) Etnia Pertenece a pueblo originario	Independiente	Cualitativa	- Nombre de la etnia de pertenencia - No se considera perteneciente a pueblo originario	Nominal	Escala Nominal
(PQ9.4) Nivel Educativo	Independiente	Cualitativa	-Sin estudios -Educación primaria -Educación secundaria obligatoria	Ordinal	Escala Ordinal

Último año aprobado de formación educacional en establecimientos que la imparten.			-Estudios técnicos superiores parciales (sin terminar) -Estudios técnicos superiores finalizados -Bachillerato/FP -Estudios universitarios parciales (sin terminar) -Graduada, Diplomada o Licenciada universitaria -Máster/ Posgrado -Doctorado -Otro		
(PQ9.5) Estado Civil Situación de convivencia administrativamente reconocida	Independiente	Cualitativa	-Soltera -Pareja de hecho, comprometida o conviviendo en pareja -Casada -Divorciada / Separada -Viuda -Otro	Nominal	Escala Nominal
(PQ9.6) Gestaciones previas Número de ocasiones en que	Independiente	Cuantitativa	Número de embarazos previos	Discreta	Números enteros

ha estado embarazada previamente					
(PQ9.8) Personas por vivienda Personas que viven en el hogar	Independiente	Cuantitativa	Número de personas que viven actualmente en el hogar	Discreta	Números enteros
(PQ9.9_1) Niños por hogar Niños que viven en el hogar	Independiente	Cuantitativa	Número de niños que viven actualmente en el hogar	Discreta	Escala de razón
(PQ9.9_2) Adultos por hogar Adultos que viven en el hogar	Independiente	Cuantitativa	Número de adultos que viven actualmente en el hogar	Discreta	Números enteros
(PQ9.10) Convivencia Dos personas que viven juntas en el	Independiente	Cualitativa	-Si -No	Nominal Dicotómica	Escala Nominal

mismo lugar					
(PQ9.11) Tiempo convivencia Tiempo transcurrido desde que vive con el/la compañero (a)	Independiente	Cuantitativa	-menos de un año -entre 1-3 años -entre 3-6 años -entre 6-9 años - 9 años o mas	Continua	Escala de intervalo
(PQ5.3) Nivel de preocupación por empleo y situación económica Incumbencia respecto al futuro económico debido a la pandemia COVID-19	dependiente	Cualitativa	-1 Sin preocupación -2 -3 -4 -5 -6 -7 Altamente preocupada	Ordinal	Escala Ordinal
(PQ8.1) Diagnóstico d patologías de	Independiente	Cualitativa	-Problemas respiratorios (ej., asma, tuberculosis) -Diabetes -Enfermedad cardíaca o	Nominal	Escala Nominal

salud física Nombre de afección o patología médica que posee un individuo, que por lo general dura 3 meses o más.			hipertensión -Enfermedad pulmonar -Enfermedad del hígado y / o hepática -Cáncer -Una enfermedad que compromete el sistema inmunológico -Trastorno del estado de ánimo y / o ansiedad -Ninguna		
(PQ4.1) Estar o haber estado diagnosticado con COVID-19 Padecer o haber padecido el diagnóstico de COVID-19, a través de los exámenes certificados para ello, como PCR por muestra nasofaríngea.	dependiente	Cualitativa	-Si -No	Ordinal Dicotómica	Escala Ordinal

(PQ4.4) Fallecimiento de alguna persona cercana por COVID-19 Pérdida de un ser querido producto de la pandemia	dependiente	Cualitativa	-Si -No	Ordinal Dicotómica	Escala Ordinal
(PQ6.1) Cobertura de comunicación social Formas para comunicarse con familiares y amigos	Dependiente	Cualitativa	-llamadas telefónicas Comunicación electrónica (correo electrónico, texto, WhatsApp) -Virtual (videollamada por WhatsApp u otra vía) -en persona -Redes Sociales (Facebook, Instagram, etc.) -Otro	Nominal	Escala Nominal Politómica
(PQ6.2) Identificación de Apoyo social recibido Acompañamiento recibido, independiente del	Independiente	Cualitativa	-familia -Amigos -Vecinos -Comunidad religiosa -profesional de la salud mental -Profesional del cuidado de la salud -Organizaciones sin fines de	Nominal	Escala Nominal Politómica

medio, antes de la pandemia COVID-19.			lucro y/o comunitarias -otro		
(PQ6.3) Nivel de Apoyo social percibido prepandemia Acompañamiento percibido, independiente del medio, antes de la pandemia COVID-19	Independiente	Cualitativa	Escala de Likert, del 1 al 7 en donde 1 es sin apoyo y 7 altamente apoyada -1 nada de apoyo -2 -3 -4 -5 -6 -7 muy apoyada	Ordinal	Escala Ordinal
(PQ6.4) Nivel de Apoyo social percibido durante la pandemia Acompañamiento percibido, independiente del medio, durante la pandemia COVID-19	Dependiente	Cualitativa	Escala de Likert, del 1 al 7 en donde 1 es sin apoyo y 7 altamente apoyada -1 nada de apoyo -2 -3 -4 -5 -6 -7 muy apoyada	Ordinal	Escala Ordinal

(PQ6.5) Nivel de Estrés percibido Estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil.	Dependiente	Cualitativa	Escala de Likert, del 1 al 7 en donde 1 es sin estrés y 7 altamente estresada -1 sin estrés -2 -3 -4 -5 -6 -7 altamente estresante	Ordinal	Escala Ordinal
(PQ6.6) Semanas en confinamiento Tiempo en semanas en que la zona en la que reside, está en cuarentena, por lo que no puede salir de la casa o solo hacerlo por trabajo o con un permiso especial por tiempo limitado.	Dependiente	Cuantitativa	Número de semanas	Discreta	Escala de Razón

Primigesta Mujer que está embarazada por primera vez en su vida.	Independiente	Cualitativa	-Si -No	Nominal	Escala Nominal Dicotómica
(PQ8.8) Sintomatología Ansiosa Conjunto de síntomas que se asocian a ansiedad.	Dependiente	Cualitativa	Resultados en Escala GAD-7: en gestantes y madres con hijos menores de 6 meses -0 a 4 puntos: no se aprecian síntomas ansiosos - 5 a 9 puntos: se aprecian síntomas ansiosos leves - 10 a 14 puntos: se aprecian síntomas ansiosos moderados -15 a 21 puntos: se aprecian síntomas ansiosos severos	Ordinal	Escala Ordinal
(PQ8.9 A PQ8.18) Sintomatología Depresiva Conjunto de síntomas que se asocian a depresión.	Dependiente	Cualitativa	Resultados en escala de Edimburgo en gestantes y madres con hijos menores de 6 meses: - Menor a 10 puntos: No se aprecia sintomatología depresiva.	Ordinal	Escala Ordinal

			- Mayor o igual a 10 puntos: Si se aprecia sintomatología depresiva.		
--	--	--	--	--	--

ANEXO N°3: “TITULO” INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Cuestionario

PREDICTORES DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN EL PERIODO PERINATAL DURANTE EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA POR COVID-19, EN CHILE.

El cuestionario presentado a continuación, tiene como finalidad reunir los antecedentes y datos fundamentales para el desarrollo de una investigación que es parte de un proyecto internacional para el estudio del impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental perinatal (RiseupPPD-COVID-19): el caso de Chile. La que tiene como objetivo general Determinar la relación de la sintomatología ansiosa y depresiva con factores de protectores y de riesgo presentes en gestantes y madres con hijos menores de 6 meses durante la pandemia COVID19 en Chile.

En primer lugar, se presenta el cuestionario general, en donde hay preguntas abiertas y cerradas; estas preguntas tienen el objetivo de responder a las variables planteadas en el estudio.

También están presente ambos instrumentos para medir sintomatología ansiosa y depresiva.

Instrucciones:

A continuación, se presenta una encuesta en donde hay preguntas que deben ser respondidas marcando una alternativa, a menos que el enunciado indique que puede marcar más de una; y otras que debe responder libremente con letra clara y legible.

Por favor, marque la alternativa que represente su realidad.

HISTORIAL DEMOGRÁFICO

1. (Q9.1) ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (dd/mm/aaaa)

2. (Q9.3.1) ¿Ud. Pertenece a alguna etnia?

1) Sí, por favor señale ¿Cuál es su etnia ? : _____

2) No

3. (Q9.4) ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

1) Sin estudios

2) Educación primaria

3) Educación secundaria obligatoria

4) Estudios técnicos superiores parciales (sin terminar)

5) Estudios técnicos superiores finalizados

6) Bachillerato/FP

- 7) Estudios universitarios parciales (sin terminar)
- 8) Graduada, Diplomada o Licenciada universitaria
- 9) Máster/ Posgrado
- 10) Doctorado
- 11) Otro (indique cuál) _____

4. (Q9.5) ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Soltera
- 2) Pareja de hecho, comprometida o conviviendo en pareja
- 3) Casada
- 4) Divorciada / Separada
- 5) Viuda
- 6) Otro (indique cuál)

5. (Q9.6) ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

Número de veces _____

6. (Q9.7) ¿Cuántos hijos/as biológicos ha tenido? (incluya también los nacidos muertos)

Número de hijos _____

7. (Q9.8) ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar (incluida usted**)?**

Número _____

8. (Q9.9) ¿Cuántas de ellas son niños/as y cuántas son adultos/as?

1) Niño /as s (inserte un número) (Q9.9_1) _____

2) Adultos/as (inserte un número) (Q9.9_2) _____

9. (Q9.10) ¿Actualmente vive con un compañero/a?

1) Sí

2) No

10. (Q9.11) ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con este compañero/a?

1) Menos de 1 año

2) Entre 1-3 años

3) Entre 3-6 años

4) Entre 6-9 años

5) 9 o más años

11. (Q9.15) ¿Cómo ha cambiado su entorno desde el comienzo de la pandemia?

- 1) Muy positivo
- 2) Algo positivo
- 3) Algo negativo
- 4) Muy negativo
- 5) Sin impacto

CONSIDERACIONES FINANCIERAS DE COVID-19 (ACTUAL Y FUTURO ESPERADO)

12. (Q5.3) En general, ¿cuál es el nivel de preocupación sobre el impacto del COVID-19 en el empleo y su situación económica? En donde 1 corresponde a estar sin preocupación y 7 estar altamente preocupada. 1-Sin preocupación

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5
- 5) 6
- 6) 7 - Altamente preocupada

ANTECEDENTES DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

13. (Q8.1) ¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades?
(Seleccione todas las opciones que usted tenga diagnosticadas)

- 1) Problemas respiratorios (ej., asma, tuberculosis)
- 2) Diabetes
- 3) Enfermedad cardíaca o hipertensión
- 4) Enfermedad pulmonar
- 5) Enfermedad del hígado y / o hepática
- 6) Cáncer
- 7) Una enfermedad que compromete el sistema inmunológico
- 8) Trastorno del estado de ánimo y / o ansiedad
- 9) Ninguna

14. (Q8.3) ¿Actualmente recibe tratamiento para problemas de salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés, TDAH, trastorno bipolar, trastorno alimentario o trastorno del estrés postraumático)?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Me niego a contestar

15. (Q9.14) ¿Cuál es el régimen de tenencia de su vivienda?

- 1) De su propiedad (totalmente pagada)
- 2) De propiedad (pagando dividendo hipoteca)
- 3) De arriendo alquiler (precio de mercado)
- 4) De arriendo con subsidio estatal alquiler social
- 5) Arriendo solo una pieza Alquiler de una habitación
- 6) Otro (indique cuál) _____ (Allegada (casa de

parientes, pastoral, etc.)

16. (Q8.5) ¿Actualmente recibe tratamiento por abuso de sustancias (problemas con drogas ilícitas, medicamentos recetados o alcohol)?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) Me niego a contestar

EXPOSICIONES Y SÍNTOMAS DE COVID-19 (PROPIA Y FAMILIAR).

Estamos interesados en saber si usted y su familia han estado expuestos o están experimentando síntomas como los observados en COVID-19.

17. (Q4.1) ¿Usted está o ha estado diagnosticada por coronavirus? (Diagnosticado/informado por un profesional sanitario)

- 1) Sí
- 2) No

18. (Q4.3) ¿Usted ha estado en contacto con alguna persona que ha sido diagnosticado/a por coronavirus?

- 1) Sí (indique quién) _____

2) No

19. (Q4.4) ¿Alguna persona cercana ha fallecido por coronavirus?

1) Sí (indique quién) _____

2) No

20. (Q4.5) En general, ¿Cuán preocupada está por sus propios síntomas relacionados con COVID-19 o la posible enfermedad? En donde 1 corresponde a estar sin preocupación y 7 estar altamente preocupada.

1) 1 - Sin preocupación

2) 2

3) 3

4) 4

5) 5

6) 6

7) 7 - Altamente preocupada

ACTIVIDADES DE APOYO SOCIAL DE COVID-19

21. (Q6.1) ¿Cómo está intentando actualmente cubrir sus necesidades de apoyo social? (Seleccione todas las opciones que ha utilizado)

1) Llamadas telefónicas

2) Comunicación electrónica (por ejemplo, correo electrónico, texto, WhatsApp)

3) Virtual (Ej., video llamada por WhatsApp u otra vía)

- 4) En persona
- 5) Redes sociales (Facebook, Instagram, etc.)
- 6) Otro. Especifique ¿Cuál? _____

22. (Q6.2) ¿De quién está recibiendo apoyo social? (Seleccione las opciones de las cuáles ha recibido apoyo)

- 1) Familia
- 2) Amigos
- 3) Vecinos
- 4) Comunidad Religiosa
- 5) Profesional de salud mental (por ejemplo, psicólogo, terapeuta, etc.)
- 6) Profesional del cuidado de la salud (matronas, técnicos de enfermería, médico)
- 7) Organizaciones sin fines de lucro y/o comunitarias
- 8) Otro (por favor, especificar) _____

23. (Q6.3) Antes de COVID-19, según la siguiente escala del 1 al 7 ¿Cuánto apoyo sentía de su red de apoyo social? En donde 1 es sentirse nada de apoyada y 7 sentirse muy apoyada.

- 1) 1 - Nada de apoyada
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

5) 5

6) 6

7) 7 - Muy apoyada

24. (Q6.4) Actualmente, en la siguiente escala del 1 al 7 ¿Cuánto apoyo percibe que le ha entregado red de apoyo social? En donde 1 es sentirse nada de apoyada y 7 sentirse muy apoyada

1) 1 - Nada de apoyada

2) 2

3) 3

4) 4

5) 5

6) 6

7) 7 - Muy apoyada

25. (Q6.5) En general, en la siguiente escala del 1 al 7 ¿cuál es el nivel de estrés que ha experimentado por las interrupciones percibidas desde su apoyo social debido al COVID-19? En donde 1 es sin estrés y 7 representa altamente estresante.

1) 1 - Sin estrés

2) 2

3) 3

- 4) 4
- 5) 5
- 6) 6
- 7) 7 - Altamente estresante

26. (Q6.6) ¿Cuántas **semanas** lleva o ha estado en confinamiento?

Número de semanas_____

A continuación, se presenta la escala para medir la sintomatología ansiosa; escala de ansiedad generalizada, GAD-7, por favor leer cuidadosamente cada pregunta y responder todo el cuestionario.

27. (Q8.8) Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? ESCALA DE ANSIEDAD GENERALIZADA GAD-7

	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1)Se ha sentido nerviosa, ansiosa o muy alterada				
2)No ha podido dejar de preocuparse				
3)Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas				
4) Ha tenido dificultad para relajarse				
5) Se ha sentido tan intranquila que no podía estarse quieta				
6) Se ha irritado o enfadado con facilidad				
7) Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible				

A continuación, se presente la escala medir síntomas depresivos: Escala de Edimburgo; por favor para las siguientes preguntas, indique la respuesta que mejor refleje cómo se ha sentido durante la semana pasada.

28. ESCALA DE EDIMBURGO

28.1 (Q8.9) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- 1) Tanto como siempre
- 2) no tanto ahora
- 3) mucho menos ahora
- 4) No nada

28.2 (Q8.10) He disfrutado mirar hacia adelante:

- 1) Tanto como siempre
- 2) Menos que antes
- 3) Mucho menos que antes
- 4) Casi nada

28.3 (Q8.11) Cuando las cosas han salido mal Me he culpado innecesariamente

- 1) Sí, la mayor parte del tiempo
- 2) Sí, a veces
- 3) No muy a menudo

4) No, nunca

28.4 (Q8.12) Me he sentido nerviosa e inquieta sin tener motivo

1) No, nunca

2) Casi nunca

3) Sí, a veces

4) Sí, con mucha frecuencia

28.5 (Q8.13) He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo

1) Sí, bastante

2) Sí, a veces

3) No, no mucho

4) No, nunca

28.6 (Q8.14) Las cosas me han estado abrumando

1) 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

3) No, la mayor parte del tiempo, he hecho las cosas bastante bien

4) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

28.7 (Q8.15) Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir

- 1) Sí, la mayor parte del tiempo
- 2) Sí, a veces
- 3) No muy a menudo
- 4) No, nunca

28.8 (Q8.16) Me he sentido triste o desgraciada:

- 1) Sí, la mayor parte del tiempo
- 2) Sí, a veces
- 3) No con mucha frecuencia
- 4) No, nunca

28.9 (Q8.17) Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

- 1) Sí, la mayor parte del tiempo
- 2) Sí, bastante a menudo
- 3) Solo ocasionalmente
- 4) No, nunca

28.10 (Q8.18) He tenido pensamientos de hacerme daño:

- 1) Sí, bastante a menudo
- 2) A veces
- 3) Casi nunca
- 4) No nunca

ANEXO N°4. APROBACION DE COMITÉ DE ETICA

APROBACION DE COMITÉ DE ETICA FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.



Universidad de Concepción
Facultad de Medicina
Comité Ético Científico



Concepción, 6 de agosto de 2020
CEC 13/2020

Doctora
Sandra Saldivia Bórquez
Departamento Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimada Dra. Saldivia:

Junto con saludar, le informamos que el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, ha revisado por segunda vez su proyecto **"Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental perinatal (RISEUP PPD COVID-19): el caso de Chile."**, el cual ha sido APROBADO.

Sin otro particular, se despide atentamente,



Dra. Isabel Cottin Carrazana
PRESIDENTA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCION.



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 704-2020.

Concepción, junio de 2020.

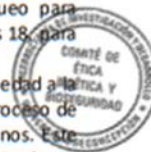
CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del proyecto de investigación titulado **"IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL PERINATAL (RISEUP PPD-COVID-19): EL CASO DE CHILE"**, presentado por la **DRA. SANDRA MABEL SALDIVIA BÓRQUEZ**, en calidad de Investigadora Responsable, académica adscrita al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para investigación que involucra personas, en este caso, en el ámbito de la salud mental en mujeres embarazadas y madres recientes en período postparto en el contexto de la pandemia de COVID-19, así declarada por la Organización Mundial de la Salud (marzo, 2020).

En la presente propuesta de investigación, se plantea como objetivo general explorar las experiencias de embarazadas y madres en periodo de postparto durante la pandemia por COVID-19 y su impacto en la salud mental perinatal. Para ello, el desarrollo metodológico contempla la ejecución de las actividades descritas en 04 (cuatro) objetivos específicos, que se inicia con describir el perfil sociodemográfico y perinatal de las participantes. A continuación, pretende determinar el impacto de la pandemia en aspectos socioeconómicos, de atención sanitaria y en la percepción de apoyo efectivo en las participantes para identificar la presencia de síntomas depresivos y ansiosos de estrés post traumático y distrés psicológico, asociados a la situación de pandemia, en las participantes, así también las variables asociadas a la presencia y a la evolución temporal de síntomas en las mismas.

El reclutamiento será a través de contactos de redes sociales y de organizaciones civiles y profesionales, e incluye un cuestionario verificador para enrolar a participantes que cumplan con los criterios de inclusión. Para la colecta de datos se empleará un cuestionario online elaborado en *Qualtrics*, una plataforma disponible en la Universidad de Loyola, España, de uso sin costo para este equipo investigador (disponible en <https://test.onclic.es/riseupPPD-Covid/lang/es/index.html>), la Escala de Edimburgo, además de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7, lista de chequeo para presencia de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y el Inventario Breve de Síntomas 18, para detectar el distrés.

La participación de mujeres embarazadas y madres con un hijo menor de seis meses de edad a la fecha -mayores de 18 años y civilmente capaces, con acceso a internet- estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, toda vez que sea regularmente aplicado y aceptado en sus términos. Este proceso será documentado, garantizando la protección y el tratamiento confidencial de los datos, conforme modelo presentado a este Comité institucional, así también en autorizaciones para el uso de archivos y/o base de datos, cuando sea necesario.



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

ANEXO Nº5 HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Q1.1) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PARTICIPANTE

Código: _____

INFORMACIÓN:

Título: IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL PERINATAL (RISEUP PPD-COVID-19): EL CASO DE CHILE. Investigadora responsable: Sandra Saldivia Bórquez. Profesora Titular. Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Co-investigadoras: Yolanda Contreras-García. Profesora Asociada. Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, Mercedes Carrasco-Portiño. Profesora Asociada. Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, Emma Motrico Martínez. Profesora Titular del Dpto. de Psicología. Universidad de Loyola. Campus Sevilla. España y Karina Letelier Ibarra. Matrona. Alumna de Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Centro Patrocinante: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, y el Dpto. de Psicología de la Universidad de Loyola, Sevilla, España.

Estimada participante:

Mediante el presente documento se invita a participar a usted en la investigación titulada “IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL PERINATAL (RISEUP PPD-COVID-19): EL CASO DE CHILE” que se realizará entre la Universidad de Concepción y la Universidad de Loyola de Sevilla (España). Esta información le permitirá evaluar, juzgar y

decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención y puede que existan algunas palabras que no entienda. Por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle al Investigador Responsable cuando desee.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: El estudio pretende explorar las experiencias de embarazadas y madres en periodo de postparto durante la pandemia por COVID-19 y su impacto en la salud mental perinatal.

RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR: Si accede a participar es porque cumple con los criterios de inclusión que son: estar embarazada o ser madre de un niño/a menor de 6 meses, ser mayor de 18 años y tener residencia en Chile.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO: Su participación en esta investigación es totalmente LIBRE Y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, usted no verá afectada en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Corresponde a un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal analítico. Que contempla una evaluación inicial y tres seguimientos. Se trata de una investigación multicéntrica que se llevará a cabo en 11 países europeos (Albania, Bulgaria, Chipre, Francia, Grecia, Israel, Malta, Portugal, España, Turquía, Reino Unido), Brasil y Chile.

PROCEDIMIENTO

¿En qué consiste su participación? En completar una encuesta online inicial de 20-25 minutos, y 4 encuestas breves (5-10 minutos) de seguimiento online al primer mes, tercer mes y sexto mes después de completar la primera encuesta. Los cuestionarios más cortos se los enviaremos por correo electrónico y mensaje de texto a su celular después de que nos proporciones

esta información de contacto. Si por alguna razón no completa algún cuestionario breve de seguimiento, le enviaremos el siguiente, por si voluntariamente quieres participar.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION

Este estudio contiene riesgos no significativos, ya que no existe un riesgo previsible de daño o incomodidad asociado a posibles inconvenientes durante la participación. Naturalmente, algunas de las preguntas de los cuestionarios aplicados pueden ser sensibles (es decir, preguntas sobre ansiedad o estrés) y no está obligada a responder preguntas que le hagan sentir incómoda. Puedes finalizar tu participación solo cerrando el navegador. Frente a situaciones de riesgo que logre percibir cada participante al responder al cuestionario, tendrá a su disposición un procedimiento de información; al final del instrumento, que le entregará información sobre recursos sanitarios en Chile para la atención a su salud mental, cuidados perinatales y COVID-19, así como contactos del equipo de investigación en caso de que las participantes deseen obtener información adicional. Las investigadoras enviarán información sobre los resultados globales del estudio a las participantes que lo soliciten.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

La información que recojamos se mantendrá CONFIDENCIAL y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto, se usará un código que identifique la información proporcionada por los sujetos de investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor. La investigadora responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio, guardando dicha información en un computador con clave de acceso que solo tendrá a su cargo. Dicho esto, a parte de la información de los cuestionarios, le solicitaremos que nos proporcione su correo electrónico y número de teléfono celular para comunicarnos con usted

y enviarle los cuestionarios. Estos datos son de carácter personal, confidencial y serán tratados conforme a la Ley 19.628 de Protección de Vida Privada, vigente en Chile desde el año 1999.

PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos.

CONTACTO

Si tiene alguna duda comuníquese con la Investigadora responsable Dra. Sandra Saldivia al correo electrónico ssaldivi@udec.cl o con la Co-investigadora del Proyecto Dra. Yolanda Contreras García al correo ycontre@udec.cl o con la presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de la Universidad de Concepción, Dra. Isabel Cottin Carrazana al correo electrónico cecmedicina@udec.cl. También podrá comunicarse con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, a través de su Presidenta Dra. Andrea Rodríguez Tastets, al teléfono (41) 2204302.

PARA CONTINUAR USTED DECLARA QUE:

- Está embarazada o es madre de un niño/a menor de 6 meses
- Tiene 18 años o más
- Vive en Chile
- Acepta que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- Ha decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Que al aceptar no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Nombre y apellidos

Correo electrónico

Número de teléfono celular