



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DIFERENCIAS GENERACIONALES EN LA DEPRESIÓN POSPARTO: FACTORES
PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN SU DESARROLLO Y REFLEXIONES SOBRE EL
CONTEXTO HISTÓRICO DE LA MATERNIDAD

Autora: Karen Alba Cáceres Burton
Profesor/a guía: Cristóbal Durán Rojas

Artículo para optar al grado de Licenciada en Psicología

Santiago de Chile, 2024

Diferencias generacionales en la depresión posparto: factores psicosociales que inciden en su desarrollo y reflexiones sobre el contexto histórico de la maternidad

Generational differences in postpartum depression: psychosocial factors that affect its development and reflections on the historical context of motherhood

Resumen

En Chile, si bien existen varios estudios que explican la depresión posparto (DPP) y una política pública que asegura su tratamiento, la DPP sigue siendo un problema de salud mental de relevancia, por tanto, esta investigación se enfocó en conocer si existen diferencias generacionales en mujeres con DPP, considerando los factores psicosociales y la evolución subjetiva del rol del maternar, con un análisis cuantitativo usando la Encuesta Nacional de Salud Sexualidad y Género 2022-2023 y un análisis cualitativo documental sobre la evolución del concepto del maternaje y de las políticas públicas. La prevalencia de DPP fue de 26,50% entre diagnóstico y percepción de haber tenido una DPP; a menor edad materna mayor es la prevalencia del diagnóstico médico como de la percepción, resultando con mayor riesgo haber tenido un diagnóstico de depresión, ideación suicida y parto por cesárea. La gradiente generacional de la DPP podría explicarse por la evolución que ha tenido el concepto de maternaje, la visibilización del problema de la DPP y la instalación de políticas públicas específicas.

Palabras-claves: depresión posparto, factores psicosociales y clínicos, diferencias generacionales, maternaje.

Abstract

In Chile, although there are several studies that explain postpartum depression (PPD) and a public policy that ensures its treatment, PPD continues to be a relevant mental health problem, therefore, this research focused on knowing if there are generational differences. in women with PPD, considering psychosocial and clinical factors and the subjective evolution of the role of motherhood, with a quantitative analysis using the National Sexuality and Gender Health Survey 2022-2023 and a qualitative documentary analysis on the evolution of the concept of motherhood and the public politics. The prevalence of PPD was 26.50% between diagnosis and perception of having had a PPD; The lower the maternal age, the greater the prevalence of the medical diagnosis and perception, resulting in a higher risk of having had a diagnosis of depression, suicidal ideation and cesarean delivery. The generational gradient of PPD could be explained by the evolution of the concept of motherhood, the visibility of the problem of PPD and the installation of specific public policies.

Keywords: postpartum depression, psychosocial and clinical factors, national, generational differences, motherhood.

Introducción

*si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua,
y la humedad cae hacia los ojos, forzándoles involuntariamente a derramar lágrimas*
De Passionibus Mulierum Curandarum, Trotula (s.XI d. C.), doctora en Salerno,
considerada la primera que reconoció la DPP como entidad

La depresión posparto (DPP) constituye una manifestación clínica similar a la depresión no vinculada al proceso gestacional, pero con la particularidad de que su origen está centrado en la experiencia de haber parido. Se caracteriza por una gama de síntomas como llanto, labilidad emocional, sentimiento de culpa, entre otros. La DPP puede tener repercusiones significativas en la salud mental y física de la madre y su hijo/a (Ministerio de Salud de Chile, 2014). En Chile, entre el 20,5% y el 50,7% de las madres experimentan síntomas de depresión durante el puerperio (Rojas & cols, 2013), aunque la prevalencia de la DPP diagnosticada específicamente oscila entre el 10% y el 20% (Jadresic, Nguyen, & Halbreich, 2007). Estas cifras posicionan a la DPP como un problema relevante de salud mental y salud pública ya que producen disfunciones familiares, aumento de los gastos en asistencia sanitaria y por consecuencia efectos a niveles sociales.

La etiopatogenia de la DPP se atribuye a una interacción compleja entre factores genéticos, neurohormonales y cognitivos, exacerbada por estresores psicosociales y ambientales (García & Valdés, 2016). Factores de riesgo como la depresión durante el embarazo, bajos niveles de apoyo social y antecedentes personales de depresión, aumentan la probabilidad de cursar una DPP (Rojas & cols, 2013). A su vez, la cultura que normaliza los cambios emocionales posparto contribuye a la invisibilización de la DPP; este fenómeno puede producir un retraso en el diagnóstico o bien, generar un subdiagnóstico, agravando sus consecuencias. El estigma y la falta de apoyo, puede dar lugar a episodios recurrentes de depresión en la madre, lo cual impactará en todo su entorno.

En Chile, la política pública aborda la DPP a través de la Ley GES y el Programa "Chile Crece Contigo" (Ministerio de Salud de Chile, 2004) y aunque existen protocolos de aplicación de pautas para la detección precoz y se asegura el tratamiento específico, la brecha en la atención persiste, por ejemplo, en el sector público el año 2023, solo 12% de las mujeres que fueron derivadas a salud mental por presentar 10 o más puntos en la escala de Edimburgo, se encontraron en control por DPP en su consultorio. Esta situación evidencia la necesidad de mejorar las estrategias de derivación y adherencia en el sector público y también en el privado, siendo un gran desafío para los y las profesionales de la salud mental.

La DPP ha sido históricamente abordada desde una perspectiva médico-epidemiológica, si bien este enfoque entrega valiosa información, limita comprender la complejidad inherente a la DPP, que va más allá de las características individuales de la madre. En este sentido, desde las ciencias sociales y la psicología se ha debatido esta visión unidimensional, relevando la necesidad de comprender las percepciones de las mujeres sobre su depresión considerando todas sus dimensiones.

Por su parte, la mirada feminista, expone como la sociedad construye expectativas poco realistas sobre el amor maternal, generando sentimientos de culpa y vergüenza en aquellas mujeres que no se ajustan a los estándares socialmente contruidos de la "buena madre". La presión para que las mujeres retornen rápidamente a sus roles laborales y la invisibilización de las necesidades maternas

en la atención social y de salud, contribuyen a la dicotomía de la experiencia del "amor maternal" (Saletti, 2008). En este contexto, la maternidad se presenta como un constructo social y simbólico, el cual se encuentra en constante evolución, influenciado por factores culturales y sociales (Royo, 2011).

En Chile, si bien existen estudios sobre factores asociados a DPP además de una política pública que asegura su tratamiento, hasta el momento no existen datos a nivel poblacional que permitan estimar la prevalencia y factores específicos psicosociales y clínicos asociados al desarrollo de la DPP en mujeres en Chile, además, éstos factores no se vinculan con una posible explicación histórica sobre la influencia que podría ejercer el rol del maternaje y las políticas públicas sobre la DPP desde una perspectiva generacional. Esta investigación propone realizar un análisis desde una doble perspectiva. En primer lugar, desde los resultados cuantitativos de una encuesta poblacional (ENSSEX), que aborda -dentro de otros temas- la DPP y algunas variables que contribuyen a un entendimiento de su ocurrencia. Complementariamente, desde una aproximación cualitativa, se realiza una revisión documental en webs nacionales sobre la experiencia del maternaje y la DPP, orientada a revisar cambios en su vivencia durante las últimas décadas. Ambos análisis contribuyen tanto a la configuración del problema de salud mental, como a la visión perceptual generacional de las mujeres, elementos que permiten ampliar el abordaje de la DPP en la disciplina de la psicología, tanto en el diseño de sus procesos formativos como en la práctica profesional.

DPP, definición, causas y factores de riesgo

Profundizando teóricamente a partir de lo informado por el Ministerio de Salud de Chile, (2014), la DPP se caracteriza por presentar síntomas que incluyen llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del hijo/a, problemas de memoria, fatiga e irritabilidad. “Puede ocurrir, que algunas mujeres se preocupen de forma excesiva por la salud del hijo/a” (pág. 7) o percibir un juicio sobre sí mismas como como malas madres, incapaces o poco afectuosas, la mujer está irritable y ha perdido el deseo sexual. “También, pueden presentarse ideas obsesivas y en casos más graves el rechazo al hijo(a)” (pág. 9). En general, los casos se presentan durante el primer mes del puerperio o después, lo más común es que los síntomas tengan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después del parto.

La DPP puede tener consecuencias a largo plazo e incluso permanentes para la salud psicológica y física de la díada madre-hijo, lo que puede implicar una “disfunción familiar, mayor riesgo de maltrato infantil y abandono, retrasos en el desarrollo, complicaciones obstétricas perinatales, dificultades para la lactancia y un aumento de los gastos en asistencia sanitaria” (Irarrázabal, 2020, pág. 42). Se ha descrito que la morbilidad de la depresión aumenta por variadas causas como la demora en el diagnóstico, el estigma, la vergüenza y la culpa que perciben las madres con depresión, las cuales constituyen un importante factor de retraso en el diagnóstico (Scotland, 2012). No tratar la depresión en el posparto puede implicar que la depresión se convierta en un episodio precursor de depresión recurrente para la madre.

Las causas de la DPP son producto de un complejo entramado entre factores genéticos, neurohormonales y cognitivos, que se ve aumentada por estresores psicosociales y ambientales (García & Valdés, 2016). De acuerdo con estudios recientes, las mujeres que tienen redes de apoyo más inestables, tienen una probabilidad más alta de cursar una DPP. Dentro de las redes de apoyo más relevantes se encuentra la familia y la pareja debido a la cercanía que presentan con la madre

(Barreto & Criollo, 2019). A nivel relacional, según la revisión de Rojas y otros (2006) la DPP, entre otros factores, puede estar influida “por el aumento creciente de la presión sobre la vida de las familias a través del incremento del trabajo y la desaparición gradual de la familia extendida, restando apoyo a la vida familiar” (pág. 713). Este cambio contextual, muestra que existen cambios generacionales multifactoriales que estarían influyendo en la percepción y desarrollo de la DPP.

En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo de la DPP, según una revisión sistemática realizada por el Ministerio de Salud de Chile (2014) se encontraron fuertes y consistentes asociaciones entre el desarrollo de DPP y: depresión durante el embarazo, ansiedad durante el embarazo, acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el inicio de puerperio, bajos niveles de apoyo social, antecedentes personales de depresión. En el estudio de Rojas y otros (2006), se encontró que las mujeres chilenas tenían una correlación de DPP con: menor educación, mayor número de hijos y de embarazos, mayor diferencia con el hermano que le antecede respecto de la gravedad del cuadro depresivo. A su vez, en las mujeres separadas o divorciadas existe una probabilidad de hacer una DPP severa cuatro veces mayor que las solteras, las puérperas que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las mujeres con un solo hijo/a de presentar un episodio más severo. Entonces, la revisión de literatura apunta a que la DPP se relaciona con otros problemas de salud mental, con la carencia de una red de apoyo y con el número de hijos.

Culturalmente muchos de los cambios emocionales que ocurren en la etapa del posparto se consideran esperables y “normales”, lo que conlleva a una invisibilización de la DPP y por tanto a un subdiagnóstico, en especial cuando los síntomas aparecen tardíamente con relación al parto. A esto se añade que, en general los profesionales de la salud en los controles posparto se centran más en la salud física de la madre y del niño(a) y a que las madres no suelen consultar por estos síntomas por temor a defraudar a los demás o porque creen que son síntomas normales que acompañan al proceso de maternaje (Rojas & cols, 2013). En este sentido, se destaca que la consulta de salud física a la madre y la de salud mental son realizadas por profesionales distintos, además instaladas desde distintas priorizaciones.

Política pública y magnitud de la DPP en Chile

En Chile, los síntomas de DPP lo experimentarían entre el 20,5% y el 50,7% de las madres durante el puerperio (Rojas & cols, 2013), aunque la prevalencia de la DPP diagnosticada por un profesional médico oscila entre el 10% y el 20% (Jadresic, Nguyen, & Halbreich, 2007). Considerando esta alta magnitud, la DPP constituye un problema relevante de salud mental y salud pública ya que producen disfunciones familiares, aumento de los gastos sanitarios y por consecuencia efectos a niveles sociales.

La política pública aborda la DPP a través de la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile desde el 2014, esta asegura el tratamiento de la depresión posparto, a su vez, a partir del 2009 se instaló el Programa "Chile Crece Contigo" (Ministerio de Salud de Chile, 2004), el cual abarca servicios universales como ayuda especial en caso de mayor vulnerabilidad durante el embarazo, el parto y la infancia (Irrázabal, 2020), en el que se incluye el tamizaje para la DPP a las puérperas, según la escala de Edimburgo. Esta escala muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal (Alvarado & otros, 2012). Según datos publicados el año 2023 por el Ministerio de Salud, la escala de Edimburgo fue aplicada a los 2 meses post parto al 90% de las puérperas, encontrándose que la principal brecha ocurre en la atención y seguimiento de las mujeres diagnosticadas con DPP, ya que solo 12% de las mujeres

diagnosticadas ingresó a la atención por la especialidad. Aunque existen protocolos para abordar la DPP, la brecha en el tratamiento persiste, evidenciando la necesidad de mejorar estas estrategias.

El año 2022, el Ministerio de Salud realizó en Chile la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX), estudio probabilístico poblacional (error absoluto de $\pm 0,7$ a nivel nacional y un nivel de confianza del 95%), con representación nacional y regional, cuyo objetivo fue conocer las características de salud, sexualidad y género de la población de 18 años y más, residente en Chile. El instrumento aplicado contó con 305 preguntas y fue desarrollado basándose en un cuestionario elaborado por expertos para estos fines. (Ministerio de Salud de Chile, 2023). Esta encuesta es una oportunidad para caracterizar a nivel poblacional la DPP con un sentido más amplio, a partir de desagregar los datos según distintas variables de respuestas.

El maternaje como constructo social y su relevancia en la DPP

La DPP históricamente se ha abordado desde la mirada médico-epidemiológica, enfocada en la descripción, predicción, prevención y tratamiento de la condición. Según Mauthner (1999), no es posible entender la DPP sin considerar los contextos sociales, políticos, económicos y estructurales que interactúan con las circunstancias individuales. Desde la disciplina de las ciencias sociales y la psicología, se ha cuestionado esta perspectiva simplista. En este contexto, estudios recientes subrayan la relevancia de entender las percepciones de las mujeres sobre su depresión, sus causas y efectos, así como sus opiniones acerca de las formas de apoyo profesional y otras atenciones alternativas (Saletti, 2008).

La definición de la mujer como madre es un rol que se encuentra estrechamente ligado a su función reproductiva y de crianza, junto al papel de responsabilidad que la mujer juega en la salud familiar y materno-infantil en Chile. Desde una perspectiva feminista, se plantea que la maternidad es un constructo social determinante en el rol de la feminidad (Barrantes, 2014), escenario que da cuenta de una construcción patriarcal de la feminidad y la maternidad, por tanto, podemos relevar el género como un factor determinante en la DPP.

La imposición de este constructo como único destino femenino es interpretado por Simone de Beauvoir como una atadura, pues la maternidad se mandata como un aspecto definitorio de la identidad de las mujeres, es decir, la función reproductiva oprime a las mujeres en tanto niega su identidad fuera del rol materno. (Beauvoir, 2005).

De acuerdo con Saletti (2008), este constructo impone un estereotipo unificador y común a todas las mujeres, sugiriendo que sus comportamientos están dictados por principios inmutables y ahistóricos. Según este autor, todo esto lleva a que el “amor maternal” torne en una experiencia dicotómica para las mujeres, pues a menudo es infravalorado al ser percibido como instintivo y natural, al mismo tiempo que se imponen expectativas poco realistas y se acusa de “malas madres” a las mujeres que no demuestran las formas de amor esperadas socialmente. En tanto, investigaciones han evidenciado que cuando las mujeres creen no cumplir con los estándares ideales de lo que significa ser una buena madre, se contribuye a generar sentimientos de culpa y vergüenza (Rizzo, Schiffrin, & y Liss, 2013). Además, estudios de Forbes, Donovan, & Lamar (2019) sugieren que los resultados negativos en salud mental materna pueden correlacionarse con la adscripción de las madres a los ideales de la “maternidad intensiva”, concepto que hace referencia a la expectativa social de que las madres deben dedicarse por completo a sus hijos, invirtiendo mucho tiempo, esfuerzo y recursos en su crianza, y se caracteriza por estándares poco realistas y presiones impuestas a las madres.

Desde esta perspectiva, a lo largo de la historia y a pesar de los avances sociales, las puérperas se han visto enfrentadas a una combinación de múltiples demandas y roles que deben afrontar en su vida diaria, tales como el balance entre el trabajo doméstico, la crianza y el cuidado de niños y las labores remuneradas fuera del hogar, según lo expresa Banco (2022) “la sociedad obliga a que el embarazo y posparto sean rápidos para retornar a los trabajos y se generan sentimientos de culpa por querer pasar más tiempo con el “bebé” (pág. 7).

Badinter (1991) por su parte, cuestiona la noción del amor maternal como un instinto natural y universal, destacando la naturaleza subjetiva, relacional, histórica y cultural del amor materno y la maternidad. A su vez, estas expectativas asociadas a un nivel de perfección poco realista con el que se espera que las mujeres asuman el rol materno pueden provocar un gran miedo a la crítica, estrés y temor a buscar ayuda ante los síntomas de DPP (Mendoza & Saldivia, 2015). En la cultura occidental la maternidad se vincula de manera obligatoria a la alegría, la bondad y la vida. La fertilidad es sinónimo de abundancia y de riqueza (Ávila, 2004).

Como se revisó, la idea de maternidad se encuentra en permanente evolución y está moldeada por factores culturales como sociales, tal como expone Royo (2011):

La maternidad es un constructo social y simbólico que adquiere diferentes significados en diferentes contextos sociohistóricos. La DPP se considera una respuesta social a un período de transición en la vida de una mujer que se transforma en madre, en el cual puede experimentar una discrepancia entre sus expectativas y la realidad percibida. (pág. 28)

En consecuencia, reconocer el malestar psicológico como algo patológico resulta desafiante, ya que no existe un consenso social instalado en el discurso sobre los trastornos mentales. Este malestar puede estar asociado con la construcción subjetiva del rol materno, el cual, puede haber experimentado cambios a nivel generacional considerando el rápido escenario transicional que hemos experimentado a nivel sociocultural, enfocado en el rol que ha asumido la mujer en los últimos años. Esto sumado a los antecedentes individuales, contextuales y de redes de apoyo limitadas con las que cuentan las mujeres, pueden aumentar la vulnerabilidad de transitar por una DPP. En este contexto, la relevancia de la DPP en la psicología reside en la necesidad de entregar enfoques terapéuticos que consideren los contextos socioculturales de las personas, desde una mirada integradora y culturalmente sensible que ayude y facilite abordar las diversas facetas de la DPP y proporcionar un apoyo más efectivo a las madres que la experimentan.

DPP y sus efectos desde la perspectiva de la psicología

Como se ha revisado, la DPP tiene un impacto psicológico significativo en la madre, el hijo/a, la familia y por consecuencia en todo el entorno. En este contexto, según estudios de Ashman, Dawson, Panagiotides, Yamada, & y Wilkins (2002) se ha encontrado que la DPP a nivel psicológico afecta negativamente a los niños/as de madres que tienen depresión y ansiedad crónica, relacionándose con retraso en el desarrollo, problemas de salud mental y déficit cognitivos en las etapas preescolar y escolar. Además, muestran una mayor frecuencia de psicopatología general y específicamente vivencian trastornos del ánimo (Downey & Coyne, 1990). La DPP a su vez, afecta profundamente el apego infantil, ya que para generar un apego seguro el niño/a requiere de un cuidador sensible, que esté disponible mostrando afectos positivos y sincronía en la interacción, lo que es complejo lograr en las madres deprimidas debido a su propio malestar subjetivo (Svanberg, Mennet, & Spieker, 2010). Se ha descrito una menor probabilidad de generar apegos seguros en

hijos/as de madres deprimidas y mientras más severa y crónica sea la depresión de la madre mayor es el efecto negativo en el vínculo (Martins & Gaffan, 2000).

Este complejo entramado, podría desencadenar negligencias en el ejercicio la parentalidad debido a una baja sensibilidad materna y mayor hostilidad en la relación con el hijo/a, entre otras (Olhaberry & cols, 2013). Debido a esta disrupción en la relación de la díada, también se podría esperar una mayor vulnerabilidad a la ocurrencia de un abuso y/o vulneración de derechos de los niños/as.

Según Lartigue y cols (2008), la calidad de la relación de pareja es un factor psicológico que influye en la DPP, es así que el maltrato fragiliza el estado crítico en que se encuentra la madre, como, además, puede ocurrir que la pareja no logre brindar el apoyo emocional que la madre necesite en este periodo. Las mujeres necesitan tener el espacio para hablar de lo que les ocurre, de las emociones y temores que experimentan ante esta situación, sin embargo, existen hombres que no saben cómo enfrentarse a esta conversación y a pesar de estar presentes físicamente, no logran sostener a nivel emocional. Otros factores de riesgo relevantes, es ser madres solteras, tener hijos no deseados, enfrentar situaciones sobre el cuidado de varios niños.

Un riesgo psicológico mencionados en la mayoría de los estudios sobre DPP, es haber tenido episodios depresivos anteriores, existe un 50% de probabilidad de tener un nuevo episodio de depresión si ya ocurrió uno anterior, un 70% tras un segundo episodio y un 85% tras un tercer episodio (American Psychiatric Association, 1994). Otros estudios dan a conocer que no es posible determinar si el estado depresivo en el postparto es desencadenado por la situación del maternar o es un tipo de alargamiento de uno o varios estados depresivos presentados con anterioridad (Maroto, García, & Parra, 2005).

El enfoque sanitario concentrado en el proceso biológico de la madre y luego en la/el recién nacido resta relevancia a los cambios que experimenta la madre dentro de esta crisis vital, provocando que la mujer gestante se perciba sola en el mar de sus emociones y temores. Si bien, en Chile se ha logrado una destacada atención sanitaria de la gestación, esta asistencia no evita que los padres sientan “la perplejidad, la angustia, la soledad y el deseo de ser escuchados, comprendidos, sostenidos y acompañados” (Rosfelter, 1994, pág. 9), en general, necesidades que desde lo sanitario, no son prioridad.

Según Kristeva (1997), el puerperio representa un periodo de mayor vulnerabilidad en el cual, las emociones y angustias, que en otro estado era posible organizar, en este momento se desbordan y por tanto, la madre no puede manejar las emociones que la afectan. En este sentido, el nacimiento del hijo/a es un momento crítico en que la madre ha de estar emocionalmente dispuesta a vincularse con él/ella, lo que implica un intenso trabajo de adaptación a este cambio. La depresión ocultaría sentimientos de frustración, odio y rabia, los cuales, son claramente opuestos con la imagen de madre ideal que permanece instalado en el discurso social, según el cual, la madre se deja de lado por priorizar y satisfacer las necesidades hijo/a.

De acuerdo con esta revisión, es evidente que existen factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con una DPP, sin embargo, el proceso que experimenta cada mujer es particular, por tanto, es indispensable que el psicólogo/a sepa enfrentar y manejar las aristas que conforman este proceso, que afectaría entre el 10% y el 20% de las mujeres chilenas. Resaltando el impacto beneficioso que puede tener un tratamiento oportuno y contenedor de este evento.

Metodología

Se usó un diseño de investigación mixto cuantitativo y cualitativo. El enfoque cuantitativo analizó los datos de la ENSSEX 2022-2023 y el enfoque cualitativo fue hecho por medio de un análisis documental de la evolución de la temática del maternaje en Chile. La combinación de estos enfoques permite una comprensión más integral y profunda de la DPP.

Para el enfoque cuantitativo se realizó un análisis descriptivo y bivariado para evaluar la asociación entre variables sociodemográficas (grupos de edad al momento de la encuesta, nacionalidad, pertenencia indígena, identidad de género, estado civil actual, nivel educacional, previsión, religión o credo), de bienestar psicológico (antecedentes de depresión diagnosticada, percepción de la calidad de vida, bienestar con la vida sexual, antecedentes de ideas y planificación suicida alguna vez en la vida), clínicas como historial de embarazo (número de embarazos en la vida, número de hijos, nacidos vivos, parto por cesárea, antecedentes de interrupción voluntaria del embarazo) con DPP, contenidas en la encuesta. Para este estudio se usó como variable dependiente la DPP, operacionalizada como: autopercepción de haber cursado una DPP y diagnóstico médico de DPP.

Se realizó un análisis de regresión logística multivariado considerando como variable dependiente la sospecha o diagnóstico de DPP (Sí/No) y como variables independientes todas aquellas que resultaron significativas en el análisis bivariado. A partir de este modelo, se determinaron las variables asociadas significativamente a DPP considerando el ajuste por otras variables, usando un nivel de significación $\alpha = 5\%$.

Dentro de la ENSSEX, se incluye un capítulo sobre embarazo y lactancia materna (p158 a p196), el cual realiza 3 preguntas sobre depresión posparto (DPP): diagnóstico médico (p190), tratamiento (p191) y creencia de haberla tenido (p192). La encuesta tuvo una muestra de 20.392 personas, de las cuales 13.554 corresponden a mujeres (p1). De ellas, 9.040 indican haber estado embarazadas alguna vez (p158) y 8.780 haber tenido al menos 1 hijo nacido vivo (p169). Entre quienes han tenido al menos 1 hijo vivo (8.780), se consultó por el término del último embarazo (p180), resultando 8.536 mujeres con parto de término o prematuro con recién nacido vivo. Las 8.536 mujeres, de 18 años y más, que han estado embarazadas, teniendo al menos 1 hijo vivo y cuyo último embarazo tuvo como resultado un recién nacido vivo, corresponden al universo efectivo de la investigación, ya que están habilitadas para contestar a las preguntas “¿Algún médico(a) o doctor(a) le diagnosticó depresión posparto?” (p190) y “¿Mirando hacia atrás, cree usted que tuvo depresión posparto?” (p192). Las 8.536 mujeres comentadas representan 4.749.843 de la población expandida, que tiene un total de 7.016.681 de mujeres de 18 años y más.

Como variables de estudio, las 2 preguntas esenciales para el proceso investigativo fueron: existencia de diagnóstico médico de DPP luego del último embarazo (p190) y creencia de haber tenido DPP luego del último embarazo (p192). Adicionalmente, se generó una tercera variable de análisis, juntando a quienes habían sido diagnosticadas y a quienes creían haber tenido DPP luego del último embarazo. Por problemas con la tasa de respuesta, se excluyeron 2 variables del análisis: nivel socioeconómico y edad del último parto. El análisis en el modelo se hizo descartando como valores perdidos las categorías “no sabe” y/o “no responde”.

Según las consideraciones éticas, los participantes de la ENSSEX firmaron un consentimiento informado antes responder el cuestionario y el protocolo de estudio de la encuesta fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Para el enfoque cualitativo, se realizó un análisis documental de la situación de Chile para indagar percepciones y opiniones generacionales sobre el rol de la maternidad y la DPP. Para ello se realizó la revisión de páginas web usando como motor de búsqueda Google y Bing, considerando información disponible en la web a partir de 1970 hasta el 2023. Esta búsqueda se realizó en el periodo marzo-junio 2024, usando las palabras: maternidad, ser madre, hijos/hijas, cuidado, tristeza, angustia, depresión, parto, recién nacido, guagua, bebé, políticas públicas sobre DPP. Esta información se organizó por periodos usando cohortes cada 20 años (1970-1980, 1990-2000, 2010-2023), con el fin de producir un boceto de como se ha ido abordando en la evolución del rol de maternar y la política pública de la DPP.

Resultados

Resultados cuantitativos

La prevalencia total de DPP diagnosticada por un/una médico es del 9,26%, (IC 95% 8,17% - 10,48%), el porcentaje de mujeres que creen haber tenido DPP mirando hacia atrás es del 24,64%, (IC 95% 23,03%-26,33%). Ambas estimaciones indican que un segmento significativo de mujeres experimenta este trastorno tras el parto, con una diferencia de 15,38 puntos porcentuales entre el diagnóstico médico y la percepción retrospectiva. Al juntar ambas categorías el 26,50% (IC 24,87%-28,19%) de las mujeres presentaron una DPP en su último parto.

La prevalencia de DPP varía significativamente por grupos de edad, las mujeres más jóvenes (18-29 años) reportan la mayor prevalencia tanto en diagnóstico médico (14,31%) como en percepción retrospectiva (33,55%). A medida que aumenta la edad, la prevalencia disminuye gradualmente, aunque sigue siendo significativa en todos los grupos de edad.

El 26,59% de las mujeres chilenas reportaron que un/una médico les había diagnosticado DPP y/o creen haber tenido DPP. Este porcentaje es ligeramente inferior entre las mujeres de otras nacionalidades (24,86%), sin diferencias significativas.

Las personas que se identifican como indígenas tienen una mayor prevalencia de DPP (34,39%) en comparación con las mujeres no indígenas (25,84%), siendo una diferencia significativa. Las mujeres transgénero y no binarias reportan tasas más altas de DPP (18,24% y 70,49% respectivamente) que las mujeres cisgénero (26,99%).

Existe una tendencia donde a mayor nivel educacional, mayor es la prevalencia tanto en diagnóstico médico como en percepción retrospectiva de DPP. Esto puede estar relacionado con factores socioeconómicos, acceso a la información y sensibilidad hacia la salud mental.

Según previsión no se observaron diferencias estadísticas entre los grupos estudiados.

Las personas convivientes o con pareja sin acuerdo de unión civil presentan las tasas más altas de DPP (33,93%), en comparación con otras situaciones conyugales, pero sin diferencias significativas entre los grupos.

Sobre el credo o religión, las personas que se identifican como mormones o testigos de Jehová también mostraron las mayores tasas de depresión posparto (39,37% y 34,17% respectivamente),

si bien estas diferencias resultaron significativas, debido a la cantidad de categorías no es recomendado atribuir a este credo un factor asociado a la DPP.

Tabla 1: Percepción y diagnóstico de DPP según variables sociodemográficas. Chile 2022

Variable	Categorías	P190. ¿Algún médico(a) le diagnosticó depresión postparto?			P192. ¿Mirando hacia atrás, cree usted que tuvo depresión postparto?			¿Algún médico le ha diagnosticado depresión posparto y/o cree haberla tenido?		
		Estimación	IC 95%		Estimación	IC 95%		Estimación	IC 95%	
Grupos de edad	18 a 29 años	14,31%	11,26%	18,02%	33,55%	28,91%	38,54%	34,66%	29,91%	39,73%
	30 a 39 años	14,57%	12,03%	17,54%	35,21%	31,35%	39,28%	37,88%	33,37%	42,61%
	40 a 49 años	8,68%	6,72%	11,14%	27,41%	23,79%	31,35%	29,13%	25,48%	33,07%
	50 a 59 años	7,89%	5,97%	10,36%	23,34%	20,25%	26,73%	24,23%	21,09%	27,68%
	60 o más años	5,41%	3,74%	7,77%	13,62%	11,45%	16,14%	15,87%	13,31%	18,83%
	<i>p valor</i>		0,000			0,000			0,000	
Nacionalidad	Chilena	9,49%	8,38%	10,74%	24,69%	23,07%	26,38%	26,59%	24,94%	28,30%
	Otra	4,37%	2,44%	7,73%	23,96%	17,57%	31,79%	24,86%	18,38%	32,72%
	NS/NR	0,00%			0,00%			0,00%		
	<i>p valor</i>		0,210			0,741			0,802	
Pertenencia indígena	Indígena	12,52%	9,65%	16,09%	32,33%	26,98%	38,18%	34,39%	29,00%	40,22%
	No indígena	9,04%	7,91%	10,32%	23,98%	22,39%	25,64%	25,84%	24,27%	27,47%
	NR	4,36%	2,07%	8,92%	19,98%	9,90%	36,19%	20,84%	10,62%	36,84%
	<i>p valor</i>		0,010			0,008			0,007	
Género	Cisgénero	9,22%	8,13%	10,44%	24,62%	23,02%	26,30%	26,49%	24,86%	28,18%
	Transgénero	17,34%	5,20%	44,51%	18,24%	5,78%	44,80%	18,24%	5,78%	44,80%
	No binario	0,00%			70,49%	21,94%	95,30%	70,49%	21,94%	95,30%
	NR	74,93%	24,01%	96,58%	87,42%	36,39%	98,83%	87,42%	36,39%	98,83%
	<i>p valor</i>		0,034			0,165			0,197	
Nivel educacional	Básica completa o menos	7,39%	5,71%	9,51%	17,22%	14,58%	20,22%	19,47%	16,82%	22,42%
	Media	8,99%	7,46%	10,79%	24,35%	22,07%	26,78%	25,85%	23,50%	28,34%
	Superior	11,15%	9,30%	13,32%	30,78%	27,81%	33,92%	32,88%	29,55%	36,38%
	NS/NR	1,41%	0,41%	4,72%	14,79%	7,20%	27,97%	14,79%	7,20%	27,97%
	<i>p valor</i>		0,002			0,000			0,000	
Previsión de salud	FONASA	9,28%	8,12%	10,57%	24,69%	23,02%	26,44%	26,54%	24,85%	28,31%
	Isapre	9,04%	5,94%	13,51%	25,45%	19,78%	32,09%	26,11%	20,42%	32,73%
	Otros sistemas	8,57%	4,88%	14,64%	29,26%	20,79%	39,47%	29,81%	21,30%	40,00%
	NR	10,61%	4,15%	24,53%	11,84%	5,86%	22,47%	20,47%	13,08%	30,56%
	<i>p valor</i>		0,311			0,122			0,658	
Estado conyugal o civil actual	Casado(a)	7,66%	6,30%	9,28%	22,02%	19,66%	24,58%	23,92%	21,34%	26,70%
	Conviviente o pareja sin acue	14,76%	11,63%	18,56%	31,60%	27,04%	36,55%	33,93%	29,36%	38,82%
	Conviviente civil (con acuerd	11,43%	2,14%	43,27%	27,77%	5,98%	69,92%	27,77%	5,98%	69,92%
	Anulado(a)	4,34%	0,58%	26,08%	14,49%	3,29%	45,78%	14,49%	3,29%	45,78%
	Separado(a)	8,94%	6,35%	12,44%	27,38%	21,04%	34,80%	28,44%	22,07%	35,80%
	Divorciado(a)	9,07%	5,48%	14,65%	26,63%	19,70%	34,94%	27,31%	20,54%	35,33%
	Viudo(a)	6,90%	3,78%	12,25%	14,60%	11,37%	18,55%	18,01%	13,88%	23,03%
	Soltero(a)	9,89%	8,21%	11,87%	27,88%	24,75%	31,24%	29,36%	26,28%	32,64%
	NS	0,00%			0,00%			0,00%		
	NR	37,93%	6,33%	84,67%	61,36%	14,99%	93,46%	61,36%	14,99%	93,46%
	<i>p valor</i>		0,041			0,003			0,016	
Religión o credo	Católica	7,55%	6,36%	8,93%	21,39%	19,62%	23,27%	23,07%	21,23%	25,02%
	Evangélica o Protestante	8,45%	6,69%	10,62%	26,44%	22,56%	30,71%	27,91%	24,05%	32,12%
	Judía	0,00%			0,00%			0,00%		
	Musulmana	0,00%			0,00%			0,00%		
	Mormón	20,72%	11,02%	35,55%	35,16%	21,80%	51,33%	39,37%	26,13%	54,39%
	Ortodoxa	58,92%	58,92%	58,92%	100,00%			100,00%		
	Testigo de Jehová	15,76%	6,00%	35,41%	34,17%	20,43%	51,21%	34,17%	20,43%	51,21%
	Espiritualidad indígena	0,00%			78,09%	34,81%	95,97%	78,09%	34,81%	95,97%
	Budista	0,00%			23,23%	4,01%	68,67%	23,23%	4,01%	68,67%
	Otra	8,84%	3,37%	21,27%	23,55%	15,31%	34,43%	27,62%	18,73%	38,73%
	Ninguna	14,60%	11,53%	18,33%	31,99%	28,08%	36,16%	34,56%	30,49%	38,88%
	NS	14,47%	5,04%	35,03%	17,45%	6,82%	37,92%	17,45%	6,82%	37,92%
	NR	7,61%	2,78%	19,19%	24,49%	11,89%	43,81%	26,21%	13,12%	45,51%
	<i>p valor</i>		0,002			0,002			0,001	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023, MINSAL.

Las mujeres que califican su calidad de vida como "muy mala/mala" o "ni buena ni mala" presentan mayores tasas de diagnóstico médico (9,42% y 10,56% respectivamente), percepción de haber tenido DPP (25,35% y 28,21%) y en ambas categorías (26,20% y 29,89% respectivamente) en

comparación con las mujeres que consideran su calidad de vida "muy buena/buena" (8,78% y 23,24%). Resultando significativas la creencia y la categoría que agrupa a las 2 preguntas.

Según evaluación del bienestar sexual, para las 3 categorías diagnóstico médico, creencia y la suma de las 2 anteriores, un bienestar sexual regular concentra la mayor prevalencia de DPP (11,14%, 29,07% y 30,80% respectivamente), sin embargo, solo resultan significativas la creencia de haber tenido una DPP y la suma de las categorías de diagnóstico y creencia.

Las mujeres que han sido diagnosticadas con depresión (no asociada a la gestación) alguna vez en la vida, tienen una prevalencia mucho mayor tanto de diagnóstico médico (16,43%) como de percepción de haber tenido DPP (39,29%) y de ambas categorías (40,61%) en comparación con las mujeres sin diagnóstico de depresión. En los 3 grupos está diferencia resultó ser significativa.

Las mujeres que han tenido ideación suicida o planeación suicida alguna vez en la vida presentan tasas más altas tanto de diagnóstico médico (18,21% y 21,82%), percepción de haber tenido DPP (40,56% y 43,32%) como en ambas categorías (42,57% y 47,29%) en comparación con las mujeres sin estos antecedentes. Todas estas diferencias resultaron ser significativas. Se destaca que las mujeres que presentaron tanto ideación como planificación suicida doblan la prevalencia de DPP en relación con las no declararon tener estos antecedentes.

Tabla 2: Percepción y diagnóstico de DPP según variables calidad de vida. Chile 2022

Variable	Categorías	P190. ¿Algún médico(a) le diagnosticó depresión postparto?			P192. ¿Mirando hacia atrás, cree usted que tuvo depresión postparto?			¿Algún médico le ha diagnosticado depresión posparto y/o cree haberla tenido?		
		Estimación	IC 95%		Estimación	IC 95%		Estimación	IC 95%	
Calidad de vida	Muy mala/Mala	9,42%	5,46%	15,77%	25,35%	19,22%	32,64%	26,20%	20,03%	33,47%
	Ni buena ni mala	10,56%	8,38%	13,21%	28,21%	24,93%	31,75%	29,89%	26,62%	33,37%
	Muy buena/Buena	8,78%	7,65%	10,04%	23,24%	21,57%	24,99%	25,22%	23,53%	27,00%
	NS/NR	0,00%			34,01%	5,75%	81,33%	34,01%	5,75%	81,33%
	<i>p valor</i>		0,617			0,001			0,002	
Bienestar con la vida sexual	Mal (notas 1 a 3)	9,38%	7,53%	11,62%	25,59%	22,69%	28,72%	27,72%	25,00%	30,61%
	Regular (notas 4 y 5)	11,14%	9,36%	13,21%	29,07%	26,15%	32,18%	30,80%	27,61%	34,20%
	Bien (notas 6 y 7)	9,02%	7,64%	10,64%	23,79%	21,53%	26,21%	25,79%	23,68%	28,03%
	<i>p valor</i>		0,229			0,002			0,003	
Depresión diagnosticada	Sí	16,43%	13,97%	19,24%	39,29%	36,13%	42,54%	40,61%	37,55%	43,74%
	No	6,11%	5,03%	7,42%	18,39%	16,84%	20,05%	20,46%	18,71%	22,33%
	NS/NR	27,45%	8,45%	60,80%	30,47%	10,74%	61,50%	35,48%	14,77%	63,57%
	<i>p valor</i>		0,000			0,000			0,000	
Ideación suicida alguna vez en la vida	Sí	18,21%	14,74%	22,28%	40,56%	36,06%	45,22%	42,57%	38,53%	46,71%
	No	7,16%	6,30%	8,14%	21,22%	19,70%	22,83%	22,91%	21,26%	24,64%
	NS/NR	18,25%	11,10%	28,53%	24,23%	14,66%	37,31%	33,29%	20,90%	48,52%
	<i>p valor</i>		0,000			0,000			0,000	
Planeación suicida alguna vez en la vida	Sí	21,82%	17,14%	27,37%	43,32%	37,31%	49,53%	47,29%	41,06%	53,61%
	No	8,02%	7,06%	9,11%	23,05%	21,51%	24,66%	24,58%	23,03%	26,20%
	NS/NR	21,08%	12,71%	32,88%	25,78%	15,09%	40,45%	37,60%	23,24%	54,54%
	<i>p valor</i>		0,000			0,000			0,000	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023, MINSAL.

El número de gestaciones, no resultó estar asociado a la DPP estadísticamente a la DPP entre los diferentes grupos según el número de embarazos.

La prevalencia de DPP varía entre 7,24% y 11,06% según el número de hijos/as nacidos vivos/as, con las percepciones retrospectivas oscilando entre 21,34% y 25,31%. Al igual que con los embarazos, no se observan diferencias significativas en la prevalencia de DPP entre los diferentes grupos de número de hijos/as nacidos vivos/as.

Según el tipo de parto, la prevalencia de DPP diagnosticada medicamente en el parto por cesárea fue de un 12,17%, con percepciones retrospectivas de un 30,52% y en ambas categorías de 32,75%. Por tanto, el parto por cesárea está asociado significativamente a la DPP en las tres categorías.

En mujeres que refirieron haber interrumpido una gestación, la prevalencia de DPP diagnosticada por médico fue de 12,16%, mientras que la percepción retrospectiva alcanzó el 26,63%. Estos valores indican que más del doble de mujeres que han interrumpido un embarazo perciben retrospectivamente haber experimentado DPP en comparación con el diagnóstico médico registrado. La interrupción del embarazo, según los resultados presentó una asociación significativa con la DPP.

Tabla 3: Percepción y diagnóstico de DPP según variables asociadas a la historia de embarazos. Chile 2022

Variable	Categorías	P190. ¿Algún médico(a) le diagnosticó depresión postparto?			P192. ¿Mirando hacia atrás, cree usted que tuvo depresión postparto?			¿Algún médico le ha diagnosticado depresión posparto y/o cree haberla tenido?		
		Estimación	IC 95%		Estimación	IC 95%		Estimación	IC 95%	
¿Cuántos embarazos ha tenido a lo largo de su vida?	1 embarazo	10,47%	8,50%	12,85%	24,69%	22,09%	27,48%	26,55%	23,80%	29,49%
	2 o 3 embarazos	9,06%	7,68%	10,66%	24,45%	22,31%	26,72%	26,66%	24,38%	29,07%
	4 o 5 embarazos	9,39%	7,25%	12,07%	26,68%	23,29%	30,36%	27,86%	24,36%	31,66%
	6 o más embarazos	6,84%	4,36%	10,59%	20,42%	15,99%	25,69%	21,27%	16,83%	26,5%
	Valores fuera de rango (21 y más)	6,74%	0,92%	36,03%	6,74%	0,92%	36,03%	6,74%	0,92%	36,03%
	<i>p valor</i>			0,317			0,435			0,474
¿Cuántos/as hijos/as nacidos vivos/as ha tenido usted?	1 hijo	11,06%	9,15%	13,30%	25,18%	22,76%	27,77%	27,12%	24,60%	29,79%
	2 o 3 hijos	9,11%	7,59%	10,88%	25,31%	22,92%	27,85%	27,33%	24,92%	29,89%
	4 o 5 hijos	7,24%	5,49%	9,49%	21,34%	18,07%	25,03%	22,69%	19,41%	26,35%
	6 o más hijos	7,65%	4,07%	13,94%	23,04%	15,86%	32,24%	23,41%	16,22%	32,56%
	<i>p valor</i>			0,148			0,623			0,469
¿Alguna vez en la vida, usted interrumpió un embarazo propio, concretándolo?	Sí	12,16%	7,82%	18,44%	26,63%	20,91%	33,25%	29,28%	22,92%	36,58%
	No	9,27%	8,16%	10,53%	24,86%	23,18%	26,62%	26,67%	24,96%	28,46%
	Prefiero no responder	6,24%	3,82%	10,04%	17,65%	11,30%	26,49%	19,74%	13,16%	28,52%
	<i>p valor</i>			0,001			0,012			0,007

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023, MINSAL.

Para la regresión logística las variables incluidas fueron edad, depresión diagnosticada, ideación suicida y parto por cesárea. Si bien hubo más variables donde se acepta la hipótesis de asociación, en ellas resulta difícil generar una narrativa como la descrita, por ejemplo, en los casos de estado civil o religión, por lo que no fueron incluidas.

Se observó una clara gradiente por edad, a menor edad mayor probabilidad de ser diagnosticadas con DPP, de creer que la tuvieron y de haber sido diagnosticadas y/o creer haberla tenido, en comparación con mujeres de 60 o más años (categoría de referencia). Específicamente, el grupo de 18 a 29 años y el de 30 a 39 años, concentran los mayores riesgos, tienen entre 3,06 y 3,54 veces (respectivamente) más probabilidad de haber sido diagnosticada y/o creer que tuvieron una DPP que las mujeres que tienen 60 años, ambas categorías con diferencias significativas. Se destaca en el grupo de 50 a 59 años no muestra una diferencia significativa en el diagnóstico médico, pero si se evidencia esta diferencia en la percepción de haberla tenido. Este resultado puede mostrar la brecha que se presenta en esta cohorte de edad en torno a que el diagnóstico no era tan accesible para esos años, pero si, las mujeres percibían que habían experimentado una DPP.

Las mujeres con un diagnóstico de depresión alguna vez en la vida, tienen una probabilidad significativamente mayor de ser diagnosticadas con depresión posparto (OR 2,63), de creer que la

tuvieron (OR 2,83) y de haber sido diagnosticadas y/o creer haberla tenido. (OR 2,55), en comparación con las mujeres que no tuvieron este diagnóstico.

Haber tenido una ideación suicida alguna vez en la vida, se asocia significativamente con un mayor riesgo con haber sido diagnosticadas con depresión posparto (OR 1,89), de creer que la tuvo (OR 1,68) y de haber sido diagnosticadas y/o creer haberla tenido (OR 1,74), que aquellas mujeres que no la tuvieron.

Las mujeres que tuvieron un parto por cesárea tienen una probabilidad mayor de ser diagnosticadas con depresión posparto (OR 1,46), de creer que la tuvieron (OR 1,50) y de haber sido diagnosticadas y/o creer haberla tenido (OR 1,50), comparado con aquellas que tuvieron otro tipo de parto (principalmente vaginal).

Si bien el nivel educativo resultó estar asociada en el análisis bivariado, en el modelo no mostró que este factor tuviera significancia.

En síntesis, se encontró que, a nivel poblacional, las mujeres más jóvenes (particularmente aquellas entre 18 y 39 años), que hayan tenido un diagnóstico de depresión alguna vez en la vida, las que han tenido ideación suicida y las que tuvieron un parto por cesárea, tienen una probabilidad significativamente mayor de ser diagnosticadas con depresión posparto, de creer que la tuvieron y de haber sido diagnosticadas y/o creer haberla tenido, en comparación con sus categorías de referencia.

Tabla 4: Factores de mayor riesgo para DPP, según regresión logística. Chile 2022

Variable	Categorías	P190. ¿Algún médico(a) le diagnosticó depresión postparto?			P192. ¿Mirando hacia atrás, cree usted que tuvo depresión postparto?			¿Algún médico le ha diagnosticado depresión posparto y/o cree haberla tenido?		
		OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Grupos de edad	18 a 29 años	3,45	2,05	5,79	3,51	2,47	4,97	3,06	2,14	4,36
	30 a 39 años	3,42	2,18	5,38	3,78	2,82	5,06	3,54	2,66	4,71
	40 a 49 años	1,84	1,11	3,06	2,47	1,85	3,29	2,27	1,68	3,08
	50 a 59 años	1,47	0,89	2,40	1,74	1,33	2,29	1,56	1,16	2,11
	60 o más años*	1,00			1,00			1,00		
Depresión diagnosticada	Sí	2,63	1,86	3,73	2,83	2,29	3,49	2,55	2,08	3,11
	No*	1,00			1,00			1,00		
Ideación suicida alguna vez en la vida	Sí	1,89			1,68	1,29	2,20	1,74	1,35	2,23
	No*	1,00			1,00			1,00		
¿El parto fue por cesárea?	Sí	1,47	1,13	1,92	1,50	1,21	1,85	1,50	1,23	1,84
	No*	1,00			1,00			1,00		

* Categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023, MINSAL.

Resultados cualitativos

Años 70-80: durante esta época, la maternidad estaba fuertemente idealizada. Las mujeres eran principalmente vistas como dueñas de casa y cuidadoras, crecieron con la expectativa de que su principal realización sería a través de la maternidad y el cuidado del hogar. La presión social para ser madres era alta, y la identidad femenina se ligaba estrechamente a la capacidad de ser madre. El discurso dominante promovía una visión romántica y sacrificada de la maternidad, a menudo excluyendo las aspiraciones personales y profesionales de las mujeres. Esta percepción estaba profundamente arraigada en las estructuras sociales y religiosas que promovían un modelo de familia nuclear y patriarcal. Las opiniones de mujeres chilenas sobre lo que significaba ser madre

en los años 1970-1989 reflejan un entorno sociopolítico y cultural específico, influenciado por la dictadura militar y los roles tradicionales de género. Algunas mujeres describían cómo la represión y la censura afectaban su vida cotidiana y la crianza de sus hijos, limitando sus libertades y generando un ambiente de miedo y control (Memoria Chilena, 2024; Leiva, 2024; Vargas, 2020)

El ideal de madre promovido por instituciones como los Centros de Madres (CEMA-Chile) buscaba fomentar un modelo de mujer-madre dedicada al hogar y las labores artesanales, en línea con la visión conservadora de la dictadura cívico-militar. Sin embargo, la participación de las mujeres en estos centros respondía más a necesidades prácticas que a una identificación ideológica (Memoria Chilena, 2024).

En estos años, la DPP no era discutida, y muchas mujeres experimentaban estos síntomas sin comprender lo que les ocurría. La maternidad estaba idealizada, y cualquier problema emocional era visto como una falla personal. La falta de apoyo y comprensión a menudo exacerbaba los síntomas de DPP (Olhaberry & Santelices, 2013). Durante estos años, el enfoque en salud pública estuvo mayormente orientado a la atención médica básica y la infraestructura de salud física, con menos énfasis en la salud mental. Las políticas de salud mental eran rudimentarias y no abordaban de manera adecuada las necesidades de las mujeres posparto.

Años 90-2000: con la transición a la democracia y la entrada del feminismo en el discurso público, comenzó a cuestionarse la idealización de la maternidad y el modelo tradicional. Las mujeres empezaron a exigir una maternidad más equilibrada y menos sacrificada. El debate se centró en la necesidad de políticas de apoyo como la licencia médica maternal y a contar con salas cuna (Raymond, 2006). La incorporación de la mujer al mundo laboral cambió las dinámicas familiares, y se comenzó a discutir la corresponsabilidad en la crianza de los hijos.

Las mujeres comenzaron a entrar en masa al mercado laboral, y la idea de la "superwoman" - aquella que puede equilibrar una carrera profesional exitosa y la maternidad- se volvió popular. Este periodo también trajo consigo la idea de la maternidad "perfecta", donde las mujeres se sentían presionadas a ser madres ejemplares, profesionales exitosas y mantener una vida personal activa, lo que generó una carga considerable y a menudo, una sensación de culpa por no alcanzar estos estándares imposibles (Parra, 2013)

Durante esta época, se comenzaron a realizar más estudios sobre la DPP y surgieron herramientas como la Escala de DPP de Edimburgo para su detección. A pesar de estos avances, la estigmatización seguía presente, y muchas mujeres se sentían avergonzadas de admitir sus dificultades en el rol de maternaje. En Chile aún no se implementaban políticas públicas específicas, sin embargo, algunos aspectos generales de políticas de salud mental y materno-infantil podrían haber abordado indirectamente ciertas necesidades relacionadas con la DPP, como la atención a la salud mental de las madres y el apoyo psicológico en el contexto perinatal (Olhaberry & Santelices, 2013).

Años 2010-2023: En la actualidad, las mujeres buscan equilibrar sus roles como madres con sus aspiraciones profesionales y personales. Desde la década de 2010, la conversación sobre la maternidad ha continuado evolucionando, especialmente con la influencia de las redes sociales y los blogs, donde las mujeres comenzaron a compartir sus experiencias de una manera más abierta y honesta. Este periodo ha visto un incremento en la visibilización de las dificultades de la

maternidad, incluyendo los desafíos emocionales y mentales. Además, ha surgido en el discurso hablar más abiertamente sobre temas como la DPP, el agotamiento y las expectativas sociales irrealistas. La noción de "maternidad real" ganó terreno, desafiando las imágenes idealizadas que prevalecieron en décadas anteriores.

El feminismo ha promovido una maternidad deseada y planificada, respetando las decisiones individuales sobre el cuerpo y el futuro. La lucha por la igualdad en la crianza y el cuestionamiento de las estructuras patriarcales siguen siendo temas centrales. Se reconoce la importancia de apoyar la salud mental de las madres y de crear un entorno que permita la realización personal y profesional. Las mujeres comenzaron a rechazar la idea de que la maternidad es una obligación o un destino inevitable, y muchas optaron por caminos alternativos, como la decisión de no tener hijos.

En esta década, hubo un aumento significativo en la visibilidad de la DPP gracias a internet y las redes sociales. Blogs y revistas empezaron a publicar relatos personales de mujeres que compartían sus experiencias con la DPP, lo que ayudó a normalizar estas conversaciones y reducir el estigma. La romantización de la maternidad seguía siendo un problema, pero la creciente visibilidad de las experiencias reales comenzó a cambiar la percepción pública. Los enfoques actuales enfatizan la importancia del apoyo psicológico y social. Las estrategias de tratamiento incluyen la psicoterapia, el apoyo comunitario y, cuando es necesario, el tratamiento médico. En Chile, se aseguró el diagnóstico y tratamiento por Ley GES el año 2006 y el 2009 con el Chile Crece Contigo (Ministerio de Salud de Chile, 2014).

Discusión

Los datos confirman que la DPP es un problema de gran magnitud que afecta alrededor del 26% de las mujeres que tuvieron su último parto en Chile, contando tanto el diagnóstico médico de DPP como la percepción de haberla tenido, declarada por las mismas mujeres. Según estos resultados, existió una mayor percepción de haber experimentado DPP (24,64%) que el porcentaje de mujeres que recibe un diagnóstico médico formal (9,26%). Esta discrepancia subraya la complejidad en la identificación y el reconocimiento de la DPP a nivel sanitario, lo que pone en el eje central, entender como opera el malestar subjetivo en las mujeres en este periodo crítico de la vida y darle a este malestar la escucha e importancia que requiere.

Según los datos, efectivamente existe una gradiente generacional de la DPP, tanto en el diagnóstico médico como en la percepción, concluyendo que a menor edad mayor es la probabilidad de cursar una DPP, lo que da cuenta que ha existido una evolución histórica en la DPP. Esta diferencia generacional, podría, por una parte, ser efectivamente producto de que ha existido un aumento de la presentación DPP en las puérperas, pero también podría dar luces que la DPP también fue vivida por mujeres de mayor edad, pero que producto del discurso social reinante de la “buena madre”, su malestar y sintomatología no fueron visibilizadas, ni validadas. Por otra parte, esta diferencia podría estar influida por las mutaciones socioculturales que ha transitado desde una perspectiva de género la percepción del rol de madre, el aumento en nivel de exigencias de las mujeres a lo largo de las épocas y de los múltiples roles que cumplen, además de la instalación en el discurso público de esta temática. Otro factor determinante, puede ser la evolución en la instalación de las políticas públicas en esta materia, la cual evidentemente ha ido mejorando la pesquisa y tratamiento de la DPP en Chile.

Se destaca que los factores que resultaron con mayor riesgo de cursar una DPP fueron, el antecedente de diagnóstico de depresión alguna vez en la vida, lo que al igual que en otros estudios muestran que la salud mental, es algo que si no se trata puede afectar por largos periodos la salud de la mujer. Si bien en la encuesta no se pudo diferenciar si la depresión fue anterior a o posterior al parto, si se puede reflexionar entorno a que, la DPP pudo haber sido consecuencia de una depresión anterior no tratada adecuadamente, o bien la depresión que ocurrió posteriormente a la DPP fue una mantención de esta, debido a que no fue diagnosticada ni tratada. Este punto, una vez más releva la necesidad de instalar acciones efectivas en aras de mejorar el bienestar subjetivo de las mujeres, lo cual repercute en todas las aristas de la vida, individual, familiar y social, lo que puede perpetuarse, sin acciones resolutorias.

La ideación suicida también resultó ser un factor de mayor riesgo (1,74 veces más riesgo), esto puede estar fuertemente asociado y ser parte de la depresión diagnosticada alguna vez en la vida o como parte de la DPP. Si bien, tampoco se puede diferenciar si esta ideación fue anterior o posterior al parto, si da cuenta de la gravedad del cuadro depresivo que cursan las mujeres y que pueden arrastrar en el tiempo. Si bien se ha descrito que las tasas de suicidio en las púrpas son menores que en la población general, estudios en países desarrollados muestran que el suicidio es la segunda causa de muerte materna (Cantwell & Cooper, 2011), lo que aumenta su relevancia.

La interrupción del embarazo no fue incluida en el modelo, sin embargo, resultó estar asociada en el análisis bivariado, relación que también han encontrado otros estudios. Este hallazgo podría estar relacionado a hijos/as no deseados, como lo identifican otros estudios (Rojas & otros, 2013).

Como hallazgos relevantes sobre las barreras al tratamiento de una DPP en el nivel público de salud Rojas y otros (2013), encontraron que un alto número de mujeres con diagnóstico de DPP rechazó el tratamiento psicoterapéutico (51,8%). Las principales barreras para adherir tratamiento fueron la falta de un programa específico de detección, diagnóstico y tratamiento, el escaso tiempo para la atención y para garantizar la continuidad de la intervención, y dificultades para establecer un vínculo positivo y de confianza, haciendo hincapié que las mujeres consideraron que el tratamiento psicoterapéutico era ineficaz; esto sumado a que las mujeres reportaron demandas excesivas en la vida cotidiana, que compiten con la asistencia al consultorio. Estos resultados desafían al profesional de psicólogo/a en las distintas dimensiones que componen estos resultados.

De lo revisado en esta investigación, cabe reflexionar sobre el concepto de salud, el cual, actualmente es promovido y aceptado indica que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2024). Este concepto, generado después de la segunda guerra mundial, permite entrar en la discusión sobre los constantes procesos de revisión que experimentan las definiciones y como la cultura se va imbricando y traduciendo en ellos; por ejemplo, cuando se habla de “bienestar físico, mental y social” los movimientos feministas han sido pródigos en revisar y develar como la salud de las mujeres ha sido un área donde –muchas veces- se ha descuidado la especificidad de las personas de sexo femenino (Criado, 2019; Valls-Llobet, 2020; Salander, 2024).

Hablar de salud sin distinciones de género hoy puede parecer un despropósito, pero era una realidad que vivieron muchas y muchos, y que –lamentablemente- hoy se sigue reproduciendo en ámbitos donde estas desigualdades resultan en menor calidad de vida para las personas que las sufren y para la sociedad en general.

Esta investigación ha intentado, a partir de la DPP, hacer una mirada que conjugue los datos de una medición poblacional, las políticas públicas a este respecto y el telón de fondo de como se ha ido configurado esta realidad. Si bien es una propuesta ambiciosa y que probablemente descuide algunos elementos específicos, contribuye a acopiar evidencia respecto de la DPP no solo como un problema de salud mental individual, sino como una situación donde:

- a) El discurso público se ha ido articulando progresivamente hacia el reconocimiento de la especificidad de la salud de la mujer, recorrido no lineal ni exento de disputas, donde la articulación de los dominios subjetivos, científicos y político-sociales es un campo en permanente discusión.
- b) La DPP ha ido desplazándose desde la especificidad técnica (el discurso biomédico) hacia un problema de salud mental-contextual con importantes determinantes en las experiencias de vida de las mujeres y las sociedades de las cuales forman parte.
- c) Los datos indican que existe una amplia y transversal sensibilidad hacia este problema de salud mental desde las propias mujeres.
- d) Las políticas de salud nacionales han generado normas de detección, atención y seguimiento; pero su implementación aún es perfectible en sus distintas etapas.

Lo anterior hace volver a la disciplina y plantear como la psicología y los profesionales que se relacionan a ella podrían participar y contribuir en esta área:

- a) Primero, sobre la formación específica que reciben los estudiantes, tanto en perspectiva de género y también en problemas concretos como la DPP. Cuestiones que exceden el marco de contenidos específicos, generando más bien la demanda de habilidades para participar en sociedades complejas y en procesos de cambio.
- b) Segundo, sobre la participación de los profesionales de la psicología en los ámbitos técnicos de definición, atención y acompañamiento integrales y desde una ética de cuidado en los procesos de salud y enfermedad que enfrentan las personas en sociedades como la que vivimos.
- c) Tercero, el desafío de generar prácticas colaborativas con pacientes y organizaciones relacionadas y la sistematización de estos saberes, entendidos como insumos para el trabajo que es posible desarrollar en los procesos de diagnóstico, atención y acompañamiento de la DPP.
- d) Cuarto, planificar intervenciones que pueda generar resultados concretos percibido por la madre, trabajar con las mujeres a nivel individual, como en el vínculo con el hijo/a. Además de incluir psicoeducación a todas las gestantes que, debido a las presiones de la vida actual, son susceptibles a cursar una DPP. Además, incluir las redes de apoyo que son fundamentales en este proceso.

Finalmente, y tal como ya se ha mencionado, esta investigación intentó estudiar la DPP en el Chile de 2024. A partir de los datos recabados y su análisis es posible señalar la necesidad de profundizar en investigaciones que se aboquen a la construcción de un campo específico de saberes, el que tiene como componente distintivo ser un área multidisciplinaria, donde se precisan conocimientos orientados a la acción.

Conclusiones

La prevalencia de DPP fue de 26,50% entre diagnóstico y percepción de haber tenido una DPP, mostrando una clara gradiente generacional inversa, a menor edad materna mayor es la prevalencia del diagnóstico médico como de la percepción de haber tenido una DPP, existiendo mayores riesgos en mujeres con antecedentes de depresión diagnosticada alguna vez en la vida, ideación suicida y haber tenido un parto por cesárea. Por su parte, la evolución del concepto de maternidad refleja un movimiento progresivo generacional hacia un cuestionamiento del rol de madre, persistiendo desafíos, como la presión por cumplir con expectativas poco realistas. La gradiente generacional, podría estar influida por un aumento de la visibilización de la DPP, debido a una mayor comprensión del fenómeno y de su instalación en el discurso público, además de una mayor disponibilidad de servicios sanitarios a las mujeres durante el período posparto, lo que podría dar cuenta de que la DPP tenga una mayor prevalencia en generaciones de mujeres de menor edad. Bajo este marco, explorar los factores individuales y contextuales de cada gestante y/o puérpera, además de continuar fortaleciendo las políticas de apoyo son pasos significativos hacia un enfoque más inclusivo y respetuoso de la experiencia materna en la sociedad actual. También, es necesario posicionar e instalar el rol del psicólogo/a en este proceso de la vida, buscando aportar a la visibilización de este fenómeno, como al diagnóstico y tratamiento oportuno impactando en la salud de la madre, su hijo/a y de su entorno. De acuerdo con estos resultados, se deben generar nuevos estudios que den cuenta de los factores individuales, experienciales y contextuales que facilitan el desarrollo de una DPP en Chile.

Referencias

- Alvarado, R., & otros, y. (2012). Informe final: Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas. Santiago: Universidad de Chile.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) (4ª edic.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ashman, S., Dawson, G., Panagiotides, H., Yamada, E., & y Wilkins, C. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Developmental Psychopathology*, 333-349.
- Badinter, E. (1991). Badinter, E. (1991). ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós.
- Barrantes, K. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica*, 29-42.
- Barreto, J., & Criollo, C. F. (2019). Apoyo social en la maternidad indeseada de estudiantes universitarias ecuatorianas: Análisis desde la perspectiva de género. *Prospectiva* (27), 107-137.
- Beauvoir, S. (2005). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Bina, R. (2008). The Impact of Cultural Factors Upon Postpartum Depression: A Literature Review. *Health Care for Women International*, 6(29), 568-592. doi:<https://doi.org/10.1080/07399330802089149>
- Blanco, D. (2022). La mujer en etapa perinatal y la depresión: desde los factores neurohormonales hasta los factores psicosociales desencadenantes. Una revisión sistemática de los últimos 10 años. Rodrigo Faccio, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

- Cantwell, R. C.-B., & Cooper, G. e. (2011). Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG*, 1-203.
- Criado, C. (2019). *La mujer invisible*. Barcelona: Seix Barral.
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de Chile. (30 de 09 de 2023). <https://reportesrem.minsal.cl/>. Obtenido de https://reportesrem.minsal.cl/?_token=dgotqcec9M3822j5vJ6XVlo4UNcatNM9TtdUBalJ&serie=1&rem=88&seccion_id=1062&tipo=4&tipoReload=4®iones=1®ionesReload=-1&servicios=0&serviciosReload=0&periodo=2020&mes_inicio=1&mes_final=12
- Departamneto de Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile. (2006). Atención de personas con depresión en el auge. Santiago. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f010680.pdf>
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative view. *Psychological Bulletin*, 50-76.
- Forbes, L., Donovan, C., & Lamar, M. (2019). Differences in intensive parenting attitudes and gender norms among u.s. mothers. *The Family Journal*, 28(1), 63-71. doi: <https://doi.org/10.1177/1066480719893964>
- García, L., & Valdés, M. (2016). *Manual de Psiquiatría Perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Instituto Nacionla de Estadísticas (INE). (2022). Boletín de estadísticas vitales, cifras provisionales, 2020. antiago: Instituto Nacionla de Estadísticas (INE).
- Irarrázabal, M. (2020). <https://espacioparalainfancia.online/2020/depresion-perinatal-en-chile-avances-y-retos/>. Santiago: Espacio para la infancia. Obtenido de <https://espacioparalainfancia.online/2020/depresion-perinatal-en-chile-avances-y-retos/>
- Jadresic, E., Nguyen, D., & Halbreich, U. (2007). What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *Journal of Affective Disorders*, 237-243. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.032>.
- Kristeva, J. (1997). *Sol Negro*. Venezuela: Monte Ávila.
- Lartigue, T., & cols. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol reprod hum*, 11-131.
- Leiva, M. (junio de 2024). CEMA-Chile y las madres campesinas en la junta, región de aysén, durante la dictadura cívico-militar. El caso de Genoveva (1974-1990). Obtenido de <https://historia396.cl/index.php/historia396/article/view/699>
- Maroto, G., García, M., & Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 305-318.
- Marrero, L. (2022). Marrero, L. (2022). Discursos maternofiliales en la narrativa de Aglaja Veteranyi y Tatiana Țibuleac. *Artes en Filo*, 3, 39-52.
- Martins, C., & Gaffan, E. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 737-746.
- Mauthner, N. S. (1999). "Feeling low and feeling really bad about feeling low": Women's experiences of motherhood and postpartum depression. . *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 2(40), 143-161. doi: <https://doi.org/10.1037/h0086833>

- Memoria Chilena. (Junio de 2024). Los Centros de Madres en Chile (1930-1989). Obtenido de <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-100688.html>
- Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 7(143), 887-894. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Ministerio de Salud de Chile. (2004). Ley: 19.966: Establece un régimen de Granatías en Salud. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile. (2014). Protocolo para la detección de la depresión durante el embarazo y post parto y apoyo al tratamiento. Santiago. Obtenido de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2023). Resumen ejecutivo: Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX 2022-2023). Santiago. Obtenido de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/09/Resumen_ejecutivo_ENSSEX.pdf
- Olhaberry, M., & cols. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 249-261.
- Olhaberry, M., & Santelices, M. (2013). Olhaberry, Marcia, & Santelices Álvarez, María Pía. (2013). Presencia del padre y calidad de la interacción madre-hijo: un estudio comparativo en familias chilenas nucleares y monoparentales. *Universitas Psychologica*, 833-843.
- Organización Mundial de la Salud. (junio de 2024). <https://www.who.int/es>. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Pardo, D., Osorio, X., & Velasco, N. (2012). Revisión Teórica y Empírica: Depresión Postparto. Chía: Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana .
- Parra, M. (2013). Mujeres profesionales y su percepción del rol materno. Chillán: Universidad del Bío-Bío.
- Raymond, E. (2006). Mujeres y madres en un mundo moderno Los discursos y prácticas que conforman los patrones de maternidad en Santiago de Chile. Santiago: Universidad de Chile.
- Rizzo, K., Schiffrin, H., & y Liss, M. (2013). Insight into the Parenthood Paradox: Mental Health Outcomes of Intensive Mothering. *Journal of Child and Family Studies* , 22, 614-620. doi:<https://doi.org/10.1007/s10826-012-9615-z>
- Rojas, G., & cols, y. (2013). Estudio: Análisis de la situación de uso de servicios y acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros APS de la Región Metropolitana. Santiago: Universidad de Chile. Obtenido de <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/5-Informe-Final-Analisis-de-la-situacion-de-uso-de-servicio-y-acceso-a-tratamiento-de-la-depresion-posparto.pdf>
- Rojas, G., & otros. (2013). Estudio: Análisis de la situación de uso de servicios y acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros APS de la Región Metropolitana. Santiago: Universidad de Chile.
- Rojas, G., Fritsch, R., Jaime, S., González, M., Guajardo, R., & Araya. (2006). Rojas C, Graciela, Fritsch M, Rosemarie, SoCalidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Rojas C, Graciela, Fritsch M, Rosemarie, Solís G, Jaime, González A, Marcos, Guajardo T, Viviana, & Araya B, Ricardo. (2006). Calidad de vida de mu*Revista médica de Chile*, 713-720.
- Rosfelter, P. (1994). El nacimiento de una madre Bebé blues. Buenos Aires,: Ed. Nueva Visión SAIC.

- Royo, R. (2011). Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE: ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres? Deusto Digital.
- Salander, J. (2024). Tu argumentario feminista en datos. Barcelona: Montena.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 169-183.
- Scotland, H. I. (2012). SIGN 127 • Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edimburgo: Scottish Intercollegiate Guidelines. Obtenido de https://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf
- Svanberg, P., Mennet, L., & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 363-378.
- Valls-Llobet, C. (2020). Mujeres invisibles para la medicina. Capitán Swing.
- Vargas, M. (2020). No queremos ser servidas. Queremos servir a Chile”. Rol de los Centros de Madres (CEMA) en el sur rural de Chile, 1973-198. *Revista Austral De Ciencias Sociales*, 75-94.