

Salud Mental en Mujeres Embarazadas y COVID-19: Un Estudio Comparativo

Mental Health in Pregnant Women and COVID-19: A Comparative Study

Leire Legarra¹, Mar Gómez-Gutiérrez¹, Natalia Valverde¹ y Encarnación Mollejo²

¹ Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

² Hospital Universitario del Sureste de Madrid

La depresión y la ansiedad son problemas psicológicos que presentan una alta prevalencia en el periodo perinatal. Además, durante la pandemia del COVID-19, la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas ha sido aún mayor, por lo que se hace más necesario el estudio de los principales factores de riesgo asociados. El presente estudio pretende evaluar el impacto de la pandemia sobre la salud mental en una muestra de mujeres embarazadas a través de la comparación de mujeres que gestaron antes de la pandemia y aquellas que vivieron su embarazo durante esta, así como evaluar la relación con los principales factores de riesgo y protección, siendo uno de ellos el apoyo social. Con este objetivo, se administró una batería de instrumentos de evaluación psicológica a mujeres de la población general que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo (N=59), con la que se evaluaron los siguientes factores: variables sociodemográficas, situaciones de estrés vividas el último año e historial previo de depresión, depresión perinatal (EPDS), ansiedad (STAI) y apoyo social (MOS). Los resultados apoyan parcialmente las hipótesis planteadas, puesto que, a pesar de no haber hallado diferencias significativas entre los grupos evaluados antes y después de la pandemia, las puntuaciones de ansiedad y depresión mostraron correlaciones negativas con el apoyo social. Estos resultados tienen implicaciones clínicas en tanto que el apoyo social, especialmente por parte de la pareja, puede ser una variable determinante a la hora de realizar una detección precoz efectiva y desarrollar programas de prevención.

Palabras clave: embarazo, ansiedad, depresión, apoyo social, COVID-19

Depression and anxiety are psychological problems with high prevalence in the perinatal period. Moreover, during the COVID-19 pandemic, the vulnerability of pregnant women has been even greater, making it even more necessary to study the main associated risk factors. The present study aims to evaluate the impact of the pandemic on mental health in a sample of pregnant women by comparing women who were pregnant before the pandemic and those who experienced pregnancy during the pandemic, as well as evaluate the relationship with the main risk and protective factors, one of them being social support. With this objective, a battery of psychological assessment instruments was administered to women in the general population who were in the third trimester of pregnancy (N=59), with which the following factors were evaluated: sociodemographic variables, stressful situations experienced in the last year and previous history of depression, perinatal depression (EPDS), anxiety (STAI) and social support (MOS). The results partially support the hypotheses proposed, since, although no significant differences were found between the groups evaluated before and after the pandemic, anxiety and depression scores showed negative correlations with social support. These results have clinical implications in that social support, especially from the partner, may be a determinant variable in effective early detection and prevention programs.

Keywords: pregnancy, anxiety, depression, social support, COVID-19

Salud Mental Durante el Embarazo

El embarazo es el proceso que comienza tras la implantación del embrión en el útero y termina con el parto (Organización Mundial de la Salud [OMS]). Es un periodo de profundas transformaciones fisiológicas

Mar Gómez Gutiérrez  <https://orcid.org/0000-0002-4862-8222>

No existe ningún conflicto de intereses que revelar.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Mar Gómez-Gutiérrez, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, Ctra. de Húmera, s/n, 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid. Email: margomez@psi.ucm.es

y morfológicas con el fin de preparar el organismo para el correcto desarrollo del feto, que van desde los cambios hormonales, náuseas, el crecimiento del pecho y el vientre, agotamiento, incremento de la tasa cardiaca o la aceleración del metabolismo, entre otras. Además de estos cambios físicos, también supone un momento de adaptación a nivel psicológico y social.

Al hablar de salud mental perinatal se hace referencia a los problemas psicológicos que aparecen o se agravan en el periodo de gestación y en el posparto, a pesar de que hasta hace poco la mayor parte de los estudios se llevaban a cabo con las mujeres que ya habían dado a luz (O'Hara & Wisner, 2014). Así, los trastornos mentales que más en detalle han sido estudiados en este ámbito son la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos psicóticos (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2014).

Depresión con Inicio en el Periparto

Cada vez más estudios apuntan a que las alteraciones en el estado anímico en el posparto suelen comenzar durante el embarazo, hallando que el 33,4% de las mujeres con síntomas depresivos posparto ya los manifestaban estando embarazadas y el 26,5% incluso antes del propio embarazo (Wisner et al., 2013). Según un reciente metaanálisis, la prevalencia de sintomatología depresiva durante la gestación podría rondar el 20,7%, mientras que un 15% llegarían a cumplir criterios para ser diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor (Yin et al., 2020). Además, suele producirse una disminución en la tasa de prevalencia en el posparto respecto al periodo de gestación (Heron et al., 2004; Kettunen et al., 2014; Stuart-Parrington & Stuart, 2014).

Con todo, resulta primordial atender a los indicios de depresión en el embarazo y posparto dadas las consecuencias que puede acarrear a corto y largo plazo, ya que aumenta la probabilidad de sufrir partos prematuros, preeclampsia, bajo peso, admisión en unidades neonatales de cuidados intensivos, anomalías congénitas y el riesgo de sufrir problemas en el desarrollo neurológico, emocional y conductual del bebé (Yin et al., 2020), y eleva considerablemente el riesgo de suicidio en la madre, siendo la principal causa de muerte de las mujeres en el embarazo y posparto (Al-Halabí et al., 2021; Shi et al., 2018).

Ansiedad en el Embarazo

Los trastornos de ansiedad son, junto con la depresión, las afecciones más comunes en las mujeres en su etapa reproductiva (Wittchen et al., 2011). Así, los síntomas y prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad en las mujeres embarazadas suelen ser similares a los que puedan presentar en otros momentos de su vida, rondando entre un 5 y un 12%, a pesar de que su aparición suele oscilar a lo largo del periodo gestacional, siendo las tasas de prevalencia superiores en el primer y tercer trimestres (Figueiredo & Conde, 2011), y ligeramente inferiores en el periodo inmediatamente posterior al parto (Heron et al., 2004; Soto-Balbuena et al., 2018). Además, se estima que cerca del 13% de las mujeres que manifiestan sintomatología ansiosa en el posparto, ya lo venían padeciendo el año previo al embarazo o durante la propia gestación (Vesga-López et al., 2008).

No obstante, estas tasas de prevalencia pueden deberse a un artefacto metodológico dada la baja participación de las mujeres que padecen complicaciones durante la gestación y el parto, pudiendo ascender las cifras reales de los trastornos de ansiedad en el embarazo y posparto a entre un 15 y un 35% (Nakić Radoš et al., 2018).

A pesar de tratarse de un problema frecuente y de las serias consecuencias que puede acarrear tanto para la madre, durante y tras el embarazo, como para el neonato (Field et al., 2010; Glasheen et al., 2010), existen pocos estudios que examinen la ansiedad de forma independiente a la depresión en el embarazo y posparto al manifestar una tasa de comorbilidad que ronda entre el 25 y el 50%, proporción que podría ascender al 82,9% (Wisner et al., 2013). Esto supone una dificultad añadida a la hora de realizar estimaciones claras acerca de la prevalencia de estos trastornos (Heron et al., 2004; Stein et al., 2014).

Factores de Riesgo y Vulnerabilidad en el Embarazo

En lo que se refiere a la sintomatología depresiva, hasta el 47% de las mujeres que presentan depresión durante el embarazo ya habían sufrido episodios previos a lo largo de su vida (Becker et al., 2016; O'Hara & Wisner, 2014; Räisänen et al., 2014). Asimismo, hay quienes apuntan a que factores cognitivos como las creencias anticipatorias negativas acerca de la autoeficacia materna o las expectativas sobre lo que la

sociedad espera de las madres, están relacionados con una mayor probabilidad de experimentar sintomatología depresiva en el embarazo (Thomason et al., 2015).

Además, el estrés y la ansiedad materna serían dos de los factores que más podrían predecir la aparición de sintomatología depresiva durante el embarazo, así como la falta de apoyo social, en especial por parte de la pareja, hallando que tanto el apoyo percibido (percepción cognitiva de estar conectado de manera fiable con el otro) como el apoyo objetivo (personas que conforman la red social de la persona) funcionarían como factores protectores ante las dificultades experimentadas en la transición a la nueva condición de madre (Lancaster et al., 2010; Xie et al., 2009).

Y no solo son relevantes el estado civil o el número de personas en la red de apoyo primaria, sino que la calidad de estos vínculos sería uno de los elementos principales que disminuiría el riesgo de padecer síntomas ansiosos y depresivos, hallando que las mujeres solteras o con fuentes de apoyo limitadas tendrían menos riesgo de sufrir depresión que aquellas con conflictos en su relación o parejas que ejercen violencia o abusan de ellas (Biaggi et al., 2016).

El bajo apoyo social, principalmente de tipo emocional e instrumental, se relaciona con mayores niveles de estrés parental (Milgrom et al., 2019) y la severidad de la sintomatología depresiva (Aktas & Calik, 2015) así como un mayor riesgo de sufrir complicaciones en el desarrollo del embarazo y de presentar problemas en el recién nacido, como un bajo peso al nacer y puntuaciones Apgar menores (Collins et al., 1993).

Por otro lado, los principales factores de riesgo asociados a la sintomatología ansiosa de nueva aparición en el embarazo serían: tener un nivel educativo bajo, vivir en una familia extendida, multiparidad, presentar un historial familiar de trastornos psiquiátricos, trastornos del sueño comórbidos y exposición prenatal a oxitocina (Furtado et al., 2018). Asimismo, presentar un historial previo de depresión y ansiedad, la baja autoestima, los cambios en las relaciones sociales y el bajo apoyo social también influirían en la aparición de síntomas ansiosos durante el embarazo (Martini et al., 2015; Soto-Balbuena et al., 2018).

En síntesis, algunos de los principales factores de riesgo asociados que comparten ambos trastornos parecen ser la maternidad en edades tempranas, no estar casada, la falta de apoyo social, presentar un historial de abuso o violencia doméstica, la presencia de trastornos mentales previos, los eventos vitales adversos y padecer niveles altos de estrés percibido. Además, vivir un embarazo no planeado o indeseado y haber sufrido complicaciones en embarazos previos o abortos también se han relacionado con esta sintomatología (Falah-Hassani et al., 2017).

El Impacto de la Pandemia en las Mujeres Embarazadas

El 31 de diciembre de 2019 se detectaban en Wuhan (China) los primeros casos de un nuevo tipo de virus, la SARS-CoV-2, que produce la enfermedad denominada Coronavirus Disease-19 (COVID-19). En España, el primer caso importado se detectaba un mes más tarde hasta que finalmente el 14 de marzo de 2020 se decretaba el Estado de Alarma (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

La incertidumbre y miedo asociado al virus, los confinamientos, el bombardeo de información, el colapso sanitario generalizado y la recesión económica a nivel internacional, con la consiguiente pérdida de empleo masiva y aumento de pobreza, han sido algunos de los cambios más notables que han contribuido al desarrollo de diversos problemas psicológicos (Cénat et al., 2020).

Experiencias previas con enfermedades infecciosas ya hacían prever que estas alteraciones podrían acarrear un aumento de síntomas como depresión, ansiedad, frustración, miedo, ira y malestar generalizado, deterioro en la memoria, problemas de sueño e incluso sintomatología postraumática, ascendiendo hasta el 76,9% incluso tras haber superado la enfermedad (Brooks et al., 2020; Cénat et al., 2020). En España, se estima que aproximadamente el 16,1% de la población padecería síntomas de ansiedad moderada a severa, además de un 9,2% con sintomatología extremadamente severa. Asimismo, un 41% tendría síntomas depresivos, de los cuales un 8,5% reportan niveles extremos (Rodríguez-Rey et al., 2020).

Es previsible que la repercusión sea especialmente grave en los grupos más vulnerables, como las personas con menor apoyo social y recursos económicos, ancianos, niños, personas que viven en hogares conflictivos o aquellos con patología mental previa, al igual que las poblaciones más expuestas a la enfermedad, como sanitarios o cuidadores (Levin, 2019; Wang et al., 2020). Además, parece existir un impacto diferencial según el género, pues las mujeres presentan más síntomas depresivos, ansiedad, estrés postraumático y sentimientos de soledad que los hombres (Ausín et al., 2020).

En cuanto a las mujeres embarazadas, además del aumento de la probabilidad de sufrir complicaciones médicas severas al contraer el COVID-19 (Ellington et al., 2020; Jain & Sami-Zakhari, 2017; Kourtis et al., 2014; Wastnedge et al., 2021), hay que sumarle el riesgo de exposición a la enfermedad, las dificultades añadidas para el cuidado del bebé, la disminución de servicios de asistencia sanitaria a embarazadas, la inconsistencia de las noticias informativas o la falta de redes de apoyo, siendo algunas de sus principales preocupaciones (Farewell et al., 2020; Parra-Saavedra et al., 2020; Taubman-Ben-Ari et al., 2020).

De esta manera, diversas investigaciones hallan un aumento en los niveles de sintomatología ansioso-depresiva, así como un descenso de la afectividad positiva en las mujeres que han vivido su embarazo durante la pandemia en comparación a las que gestaron previamente (Berthelot et al., 2020). Hasta un 60% de mujeres gestantes tendrían síntomas de ansiedad y hasta el 34% sintomatología depresiva, de las cuales el 12% presentaría un cuadro severo y aproximadamente el 50% alteraciones en el sueño (Effati-Daryani et al., 2020; Farewell et al., 2020; Wu et al., 2020).

La existencia de un diagnóstico psiquiátrico previo, tener unos niveles educativos básicos e ingresos bajos o la pertenencia a minorías culturales, estarían relacionados con peores índices de salud mental y sintomatología depresiva durante la pandemia (Berthelot et al., 2020; Effati-Daryani et al., 2020; Taubman-Bet-Ari et al., 2020). Por otro lado, Liu y su equipo (2020) encontraron que las mujeres de clase media tendrían la mitad de probabilidad de desarrollar síntomas de ansiedad en comparación a aquellas con unos ingresos extremadamente elevados o muy bajos.

Un estudio llevado a cabo en Wuhan arrojó resultados que sugieren que la severidad de las restricciones podría suponer un estresor notable, pues los niveles de ansiedad de las mujeres de esa zona supera en más del doble a aquellas de zonas con menos restricciones (24,5% versus 10,4%). Igualmente, el incremento de casos por 1.000 habitantes y del número de fallecidos por día se relaciona con el aumento de los síntomas ansiosos, depresión e ideación autolítica (Liu et al., 2020; Wu et al., 2020). En España, Biviá-Roig y su equipo (2020) hallaron que el confinamiento también es un estresor que genera un impacto negativo en la calidad de vida de las embarazadas. Asimismo, la incertidumbre acerca de la salud parece haber afectado negativamente al bienestar y satisfacción vital de las mujeres embarazadas (Chaves et al., 2021).

Otros estudios sugieren que el grado de apoyo social percibido podría no únicamente ser un factor de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa en el embarazo, sino que podría tener efectos en variables mediadoras como las valoraciones negativas, la soledad, la rumiación y percepción de riesgo (Farewell et al., 2020; Harrison, et al., 2021; Khoury et al., 2021; Yue et al., 2020).

Así, el apoyo social también podría tratarse de un factor mediador en la relación entre las medidas de seguridad y restricciones relacionadas con la pandemia y la sintomatología ansiosa y depresiva, encontrando que aquellas mujeres con una red de apoyo más consolidado, entre los que destacan tener una relación de pareja estable (Chaves et al., 2021; Taubman-Bet-Ari et al., 2020), han presentado una menor severidad de problemas psicológicos durante la pandemia y una mayor satisfacción vital.

A pesar de todo, algunos estudios también han detectado factores de protección ante la sintomatología depresiva y ansiosa como tener un mayor conocimiento acerca del COVID-19 (Parra-Saavedra et al., 2020) o tener una percepción de riesgo ajustada a los datos reales (Liu et al., 2020).

Atendiendo a la falta de estudios que examinan el impacto de la situación producida por la pandemia en la salud mental en una muestra de mujeres embarazadas en España, el objetivo del siguiente estudio es evaluar y comparar la sintomatología ansiosa y depresiva en embarazadas antes de la pandemia con aquellas que han gestado durante esta, así como examinar qué variables podrían estar interviniendo en el desarrollo o no de estos problemas. Además, se examinará el papel que juega el apoyo social y sus diferentes dimensiones como posible factor protector.

Por tanto, se plantean las siguientes hipótesis que se contrastarán a continuación:

1. Las mujeres del Grupo 2 (evaluadas durante la pandemia) presentarán unas puntuaciones superiores en los índices de salud mental (ansiedad-estado y depresión) que las mujeres del Grupo 1 (evaluadas antes de la pandemia).
2. Las variables de riesgo ansiedad-rasgo, apoyo social, situaciones estresantes vividas el último año, historial de depresión pasada, edad y estado civil mostrarán correlación con las variables depresión y ansiedad-estado.
3. Los diferentes tipos de apoyo social (apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva, y apoyo afectivo) mostrarán correlación con las variables depresión y ansiedad-estado.

4. Las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, apoyo social, número de situaciones estresantes el último año e historial de depresión tendrán carácter predictivo sobre la variable depresión.
5. Las variables ansiedad-rasgo, apoyo social, número de situaciones estresantes el último año e historial de depresión tendrán carácter predictivo sobre la variable ansiedad-estado.

Método

Este estudio tuvo un diseño descriptivo de tipo transversal.

Procedimiento

Se concertaba una cita con las matronas que llevaban grupos de preparación al parto en diferentes centros asociados al Hospital Universitario del Sureste de Arganda de la Comunidad Autónoma de Madrid, para acudir a una de las sesiones, presentar el proyecto a las mujeres embarazadas y ofrecerles participar. Antes de decretarse el Estado de Alarma en marzo de 2020, el contacto se realizaba presencialmente, acudiendo a los centros de salud y entablando el primer contacto con las mujeres, que rellenaban el consentimiento informado y su deseo de participar voluntariamente por escrito. Tras el inicio del confinamiento, el estudio pasó a presentarse por vía telemática, de manera que las mujeres que querían participar escribían su dirección de correo electrónico en el chat de la plataforma telemática para poder recibir posteriormente la hoja informativa, el consentimiento informado y el documento de participación voluntaria.

Las baterías se enviaron a través de correo electrónico, con un formulario de Google donde se incluyeron todos los cuestionarios y se identificaron con un código (ID) para preservar el anonimato de las participantes.

La primera fase de recogida de datos se llevó a cabo entre 23 de abril de 2019 y 13 de marzo de 2020. Las mujeres evaluadas durante este periodo constituyen el Grupo 1. El grupo de mujeres evaluadas entre el 14 de marzo de 2020, día en el que se decreta el primer Estado de Alarma, y el 17 de mayo de 2021, es decir, durante la pandemia del COVID-19, constituyen el Grupo 2.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes: (a) estar en el tercer trimestre del embarazo y (b) hablar castellano fluido. Los criterios de exclusión fueron: (a) estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico en la actualidad, (b) presentar trastorno mental agudo, (c) presentar retraso mental y/o (d) consumir psicofármacos en la actualidad.

El presente estudio ha recibido el dictamen favorable del Comité de Ética de la investigación (CEIN) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Instrumentos de Evaluación

Cuestionario de variables sociodemográficas y factores de riesgo, elaborado ad hoc

En este se recogen datos sociodemográficos, eventos potencialmente estresantes vividos durante el embarazo (pérdida de un ser querido, pérdida de empleo, separación o divorcio, cambio de casa u otro evento a especificar) así como el historial de depresión previo al embarazo y si tomaron medicación para su tratamiento (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos o combinación de antidepresivos y ansiolíticos).

Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)

Cuestionario creado específicamente para el cribado de la depresión en el puerperio (Cox et al., 1987; adaptación española de García-Esteve, et al., 2003), está compuesto por 10 ítems de tipo Likert de 0 a 3 que evalúan ansiedad, estado de ánimo, interés, sentimientos de culpa, sueño e ideación suicida. Su puntuación puede oscilar de 0 a 30. Presenta una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo de 63,2% y un valor predictivo negativo del 97,7% en población española (García-Esteve et al., 2003). El punto de corte establecido por los autores del cuestionario es 9 en la EPDS. En este estudio, la fiabilidad del instrumento fue de 0,871.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El STAI (Spielberger et al., 1970; adaptación española de Buela-Casal et al., 2011) es un cuestionario autoaplicado compuesto por 40 ítems tipo Likert de 0 a 3 que permite evaluar la ansiedad estado (momentánea o transitoria) y la ansiedad rasgo (como condición estable). Está diseñada para aplicarse en población adulta, tanto general como clínica, y el tiempo de administración es de aproximadamente 10 minutos. La puntuación puede oscilar entre 0 y 60, y su interpretación se realiza a través de centiles en función del sexo y la edad. Muestra una α de 0,93 (Buela-Casal et al., 2011). El punto de corte propuesto por los autores del cuestionario es el percentil 40. La fiabilidad en este estudio fue de 0,946 para la subescala de ansiedad-estado, mientras que fue de 0,918 para la ansiedad-rasgo.

Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

El cuestionario de apoyo social MOS es un cuestionario autoaplicado compuesto 20 ítems, 19 de ellos tipo Likert, elaborado para su aplicación en atención primaria (Sherbourne & Stewart, 1991; adaptación española de la Revilla et al., 2005). Evalúa la red de apoyo social, el apoyo emocional/informacional (i.e. posibilidad de asesoramiento, consejo, información), apoyo instrumental (i.e. posibilidad de ayuda doméstica), interacción social positiva u ocio (i.e. posibilidad de contar con personas para comunicarse) y apoyo afectivo (i.e. demostración de amor, cariño y empatía). El punto de corte es puntuar por debajo de 57 en el índice global de apoyo social. El cuestionario original muestra una consistencia interna entre 0,85 y 0,94 (de la Revilla et al., 2005) y en este estudio se halló una consistencia interna entre 0,82 y 0,95.

Análisis de Datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo a través del software IBM SPSS (v.23). Se comenzó realizando los análisis descriptivos (media, desviación típica y porcentajes) de los datos sociodemográficos, historial de depresión previa y eventos vitales estresantes en el último año de ambos grupos.

A continuación, se pasó a hacer un análisis descriptivo de las variables depresión (EPDS), ansiedad-estado (STAI-E), ansiedad-rasgo (STAI-R) y apoyo social (MOS global y subescalas), así como sus propiedades psicométricas, para lo cual se calculó el α de Cronbach de cada uno de estos.

Tras esto, se pasó a examinar el supuesto de normalidad a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para comprobar el tipo de distribución que seguían estas variables. Se comprobó que ninguna de ellas seguía una distribución normal, al presentar todas una $p < 0,05$. Por tanto, se procedió a llevar a cabo una comparación de medidas independientes entre el Grupo 1 y el Grupo 2 a través de la prueba de U de Mann-Whitney, una prueba no paramétrica de comparación de medidas independientes.

Después, con el propósito de comprobar si existían relaciones entre las variables edad de la participante, depresión, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, apoyo social, situaciones estresantes vividas el último año y el historial de depresión se calcularon las correlaciones entre sí a través de la prueba no paramétrica del Rho de Spearman.

Además de esto, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal para poder examinar si las variables que mostraban correlaciones significativas entre sí mostraban carácter predictivo respecto a las variables depresión y ansiedad-estado, y el porcentaje de varianza explicada de cada una de estas variables.

Resultados

Caracterización de la Muestra

La muestra en total está compuesta por 59 mujeres de la población general, de las cuales 35 pertenecen al grupo evaluado antes del Estado de Alarma decretado el 14 de marzo (Grupo 1) y 24 a las del grupo evaluado tras su decreto (Grupo 2).

De todas las mujeres a las que se presenta el estudio y cumplen con los criterios de inclusión, un 72% acepta participar.

Como se puede observar en la Tabla 1, la media de edad del Grupo 1 fue de 34,85 años (DT=3,28), mientras en el Grupo 2 fue de 35,70 años (DT=4,49). En cuanto a la edad gestacional, la media fue de 28,94 semanas (DT=2,22) en el Grupo 1 y 31,96 (DT=2,89) en el Grupo 2. Además, la mayor parte de las mujeres

eran de procedencia española, tanto en las evaluadas antes del Estado de Alarma (85,7%), como en las evaluadas durante la pandemia (95,7%). El resto procedían de Rumanía (2), Filipinas (1), Colombia (1), Holanda (1) y Gran Bretaña (1).

Tabla 1
Características sociodemográficas de las participantes

	Grupo 1 (n=35)	Grupo 2 (n=24)
Media edad (DT)	34,85 (3,28)	35,70 (4,49)
Media semanas de gestación (DT)	28,94 (2,22)	31,96 (2,89)
<i>Nacionalidad</i>		
España	85,7%	95,7%
Otra	14,3%	4,3%
<i>Estado civil</i>		
Soltera	2,9%	8,3%
Casada o conviviendo en pareja	97,1%	91,7%
<i>Nivel de estudios</i>		
Educación secundaria	17,1%	12,5%
Educación universitaria	82,9%	87,5%
<i>Situación laboral</i>		
Trabajadora a tiempo completo	80%	83,3%
Trabajadora a tiempo parcial	8,6%	-
Parada	8,6%	16,7%
Estudiante	2,9%	-
<i>Convivencia</i>		
Sola	5,7%	8,3%
Familia propia	74,3%	83,3%
Familia de origen	5,7%	-
Familia de la pareja	8,6%	-
Con amigos	2,9%	-
Otros	8,6%	8,3%

En relación con nivel de estudios, 82,9% de las mujeres del Grupo 1 y el 87,5% en el Grupo 2 comunicaron tener estudios universitarios, mientras que el resto señalaron haber alcanzado la etapa secundaria. Ninguna mujer indicó tener otra situación académica. Igualmente, en lo que respecta a la situación laboral, la mayoría se encontraba trabajando a tiempo completo, siendo el porcentaje superior en el Grupo 2 (83,3%) que en el Grupo 1 (80%). La tasa de paro es también inferior en el Grupo 1 (8,6%) frente al Grupo 2 (16,7%).

En el estado civil, un 97,1% de las mujeres del Grupo 1 tenían pareja, frente a un 91,7% del Grupo 2. Además, la gran mayoría convivían con su familia (74,3% en el Grupo 1 y 83,3% en el Grupo 2).

Si bien es cierto que se accedió a la muestra identificada como población general, cabe destacar por los datos expuestos anteriormente que no se trata de una muestra representativa de la población general, puesto que la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres con estudios universitarios y estabilidad laboral.

Recogiendo el historial previo de depresión (Tabla 2), en el Grupo 1 un 28,6% de las mujeres señalaron haber padecido depresión en algún momento de su vida y el 33,3% del Grupo 2. Además, un 17,1% del Grupo 1 habría tomado medicación antidepresiva o ansiolítica frente a un 11,5% del Grupo 2. Ninguna indicó haber consumido antipsicóticos o tratamiento combinado.

Tabla 2
Historial Previo de Depresión

Variable	Grupo 1	Grupo 2
<i>Depresión pasada</i>	28,6%	33,3%
>5 años	22,9%	16,7%
Entre 1 a 5 años	5,7%	16,7%
<1 año	-	-
<i>Toma de medicación en el pasado</i>	17,1%	11,5%
Ansiolíticos	14,3%	5,8%
Antidepresivos	2,9%	5,8%

También se evaluaron las situaciones estresantes acontecidas durante el último año en estas mujeres, hallando que en el Grupo 1 de media estas vivieron 0,71 situaciones de estrés (DT=0,86), entre los que se encontraron haber cambiado de casa (22,9%) la pérdida de seres queridos (17,1%), haber perdido su empleo (8,6%) u otra situación vital estresante (14,6%), mientras que las mujeres del Grupo 2 sufrieron de media 1,08 situaciones de estrés (DT=1,213), de las cuales un 45,8% cambiaron de casa, un 20,8% perdieron a un ser querido, un 12,5% perdieron su empleo y un 16,7% indicó haber vivido otro tipo de situación. Un mayor porcentaje de las mujeres del Grupo 2 vivieron más de una situación vital estresante (25%) frente a las del Grupo 1 (14,3%). Además de las situaciones mencionadas anteriormente, también se encontraron abortos (4), enfermedad o trastornos de familiares cercanos (2), problemas de pareja (1), expatriación (1), juicio (1) u otros eventos inespecíficos (1). Ninguna indicó haberse divorciado.

Presencia de Sintomatología Depresiva, Ansiosa y Apoyo Social

Los resultados indican que un mayor porcentaje de mujeres del Grupo 2 obtuvieron puntuaciones superiores al punto de corte considerado de riesgo para la depresión (9 puntos o más, de acuerdo con los autores originales) para la EPDS, hallando que el 41,67% superaban el punto de corte, frente a un 28,57% del Grupo 1. Asimismo, un 29,17% de las mujeres del Grupo 2 presentó una puntuación superior a 11, punto de corte que los autores consideran que puede indicar la presencia de depresión menor o mayor, mientras que en el Grupo 1 solamente un 20% presentaban puntuaciones superiores a esta (García-Esteve et al., 2003).

En lo que respecta al STAI, ninguno de los grupos supera la puntuación media de las mujeres de población general según su estudio de validación para la población española (Guillén-Riquelme, 2014), ni para la medida de ansiedad-estado (23,30) ni para la de ansiedad-rasgo (24,99). No obstante, encontramos que la media del Grupo 1 se encontraría aproximadamente en el percentil 30, frente a la media del Grupo 2, que se situaría en el percentil 45. La media en ansiedad-rasgo de las mujeres tanto del Grupo 1 como del Grupo 2 estaría cerca del percentil 30.

En el caso del MOS, según el estudio original (Sherbourne & Stewart, 1991), ambos grupos estarían por encima de la media en todos los índices, tanto para el índice global (M=70,1), como para el resto de las escalas, es decir, tanto las mujeres del Grupo 1 como el Grupo 2 tendrían una mayor percepción de apoyo social que la población general. A pesar de no hallar diferencias significativas entre grupos ($p>0,05$), las mujeres del Grupo 2 muestran puntuaciones inferiores que las del Grupo 1 en el índice global (MOS-Global), apoyo emocional (MOS-Em), interacciones sociales positivas (MOS-Pos) y apoyo afectivo (MOS-Af), lo que indica que estas perciben tener menor apoyo social que las mujeres del Grupo 1.

Comparación entre Ambos Grupos con relación a Sintomatología y Apoyo Social

En las comparaciones de medias entre los dos grupos, se puede observar que las puntuaciones medias en depresión (EPDS), ansiedad-estado (STAI-E) y ansiedad-rasgo (STAI-R) son ligeramente superiores en el Grupo 2 que en el Grupo 1, aunque no existen diferencias significativas entre ambas.

En relación con el apoyo social, las mujeres del Grupo 2 muestran puntuaciones inferiores que las del Grupo 1 en el índice global (MOS-Global), apoyo emocional (MOS-Em), interacciones sociales positivas (MOS-Pos) y apoyo afectivo (MOS-Af), lo que indica que estas perciben tener menor apoyo social que las mujeres del Grupo 1, a pesar de que las diferencias no sean estadísticamente significativas.

Correlaciones

Como se puede observar en la Tabla 3, los resultados indican que la variable depresión se relaciona de forma positiva con la ansiedad-estado ($r=0,749$; $p<0,001$) como con la ansiedad-rasgo ($r=0,734$; $p<0,001$). Además, muestra una correlación significativa negativa con la variable apoyo social ($r=-0,451$; $p<0,001$). La ansiedad-estado se correlacionó de forma positiva con la ansiedad-rasgo ($r=0,815$; $p<0,001$) y de forma negativa con la variable apoyo social ($r=-0,465$; $p<0,001$). Además de esto, también se halló que la variable apoyo social se correlacionaba de forma negativa con la variable ansiedad-rasgo ($r=-0,475$; $p<0,001$) y de forma positiva con estado civil ($r=0,257$; $p=0,050$). Asimismo, también se halló una correlación positiva entre las variables edad e historial de depresión ($r=0,274$; $p<0,001$).

Tabla 3
Correlaciones entre Depresión, Ansiedad-Estado y Factores de Riesgo

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. EPDS	1							
2. STAI-E	0,749**	1						
3. STAI-R	0,734**	0,815**	1					
4. MOS	-0,451**	-0,465**	-0,476**	1				
5. Depr. Pas.	,144	0,132	-0,155	-0,173	1			
6. Estrés	0,096	-0,055	0,016	-0,220	0,123	1		
7. Edad	0,039	0,006	-0,016	0,047	0,274**	0,011	1	
8. Estado Civil	0,011	-0,109	-0,018	0,257*	-0,014	-0,164	-0,091	1

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

En cuanto a las relaciones entre las diferentes subescalas de apoyo social (Tabla 4), la variable depresión y la variable ansiedad-estado, se encontró que todas las subescalas del MOS exceptuando el apoyo social instrumental, mostraron correlaciones significativas negativas tanto con la variable depresión como con la variable ansiedad-estado con una $p<0,001$. No obstante, el apoyo social instrumental correlacionó de forma negativa con un nivel de significación de $p<0,05$ con la variable ansiedad-estado, mientras que no mostró una correlación estadísticamente significativa con la variable depresión.

Tabla 4
Correlaciones entre Depresión, Ansiedad-Estado y Subescalas de Apoyo Social

Variable	MOS-Em	MOS-Instr	MOS-Pos	MOS-Af	MOS-Global
1. EPDS	-0,406**	-0,199	-0,542**	-0,425**	-0,451**
2. STAI-E	-0,438**	-0,271*	-0,460**	-0,433**	-0,465**

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Modelos de Regresión Lineal para las Variables Depresión y Ansiedad-Estado

En primer lugar, se llevó a cabo el análisis para la variable depresión (Tabla 5). Para ello, se insertaron las variables independientes que mostraron tener correlaciones significativas con esta. En el primer paso, se introdujeron las variables ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, y en el segundo paso, las diferentes subescalas de la variable apoyo social. Como se indica en la Tabla 5, el primero de los pasos mostró una capacidad predictiva del 64,6% ($p<0,001$) hallando que la variable ansiedad-estado tenía poder predictivo por sí mismo.

En el segundo paso, en el que se insertaron las subescalas de apoyo social para examinar si alguna de ellas tenía carácter predictivo, se halló que esta tenía un poder predictivo del 65,3%. No obstante, y a pesar de que ninguno de los tipos de apoyo social mostró tener poder predictivo ante la variable depresión, tanto la interacción social positiva como el apoyo social afectivo presentaron una relación negativa con la variable depresión.

Tabla 5
Modelo de Regresión Lineal por Pasos para la Variable Depresión

Variables predictoras	R	R ²	ΔR ²	Error típico	B	T	Sig.
Paso 1	,811	,659	,659	2,837			$p < 0,001^{**}$
Paso 2	,830	,689	,031	2,809			$p = 0,291$
STAI-E					0,521	3,720	$p < 0,001$
STAI-R					0,243	1,648	$p = 0,105$
MOS-Em					0,153	1,141	$p = 0,153$
MOS-Instr					0,075	,801	$p = 0,427$
MOS-Pos					0,-200	-1,381	$p = 0,173$
MOS-Af					-0,143	-1,310	$p = 0,196$

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En lo que respecta al modelo de regresión para la variable ansiedad-estado (Tabla 6), se introdujeron como variables independientes la ansiedad-rasgo y las diferentes subescalas de apoyo social. Así, el primer paso muestra que el 67,9% de la variabilidad en la varianza de la ansiedad-estado puede explicarse por la variable ansiedad-rasgo, la que además tiene poder predictivo por sí sola ($p < 0,001$).

Tabla 6
Modelo de Regresión Lineal por Pasos para la Variable Ansiedad-Estado

Variables predictoras	R	R ²	ΔR ²	Error típico	B	T	Sig.
Paso 1	0,828	0,685	0,685	6,013			$p < 0,001^{**}$
Paso 2	0,834	0,695	0,010	6,132			$p = 0,722$
STAI-R					0,792	8,345	$p < 0,001^{**}$
MOS-Em					-0,073	-0,553	$p = 0,582$
MOS-Instr					-0,021	-0,230	$p = 0,819$
MOS-Pos					0,099	0,701	$p = 0,486$
MOS-Af					-0,102	-0,959	$p = 0,342$

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En cuanto al segundo paso, en el que se introdujeron las subescalas de apoyo social, este pudo explicar el 66,7% de la variabilidad en la varianza de la ansiedad-estado, aunque este no presentó un carácter predictivo significativo. Igualmente, ninguna de las subescalas de apoyo social mostró tener poder predictivo sobre la variable dependiente. Sin embargo, cabe destacar que, entre las diferentes subescalas, el apoyo social emocional, el apoyo social instrumental y el apoyo social afectivo mostraron tener una relación negativa con la variable ansiedad-estado.

Discusión

El presente estudio se propuso como objetivo evaluar y comparar la sintomatología ansiosa y depresiva en embarazadas antes de la pandemia con aquellas que han gestado durante esta y determinar su relación con el apoyo social, así como examinar qué otras variables podrían estar interviniendo en el desarrollo o no, de estos problemas. Los resultados generalmente apoyan la inexistencia de diferencias significativas en las variables estudiadas, entre los dos grupos estudiados, por lo tanto, las hipótesis planteadas se cumplen parcialmente.

Así se observó que, si bien la media del grupo evaluado durante la pandemia presentaba puntuaciones superiores en sintomatología respecto al grupo evaluado antes de esta, las diferencias no eran significativas, por lo tanto, la primera hipótesis planteada no se cumple.

Una posible explicación de no haber encontrado diferencias entre ambos grupos estaría en que, para poder participar, las mujeres no podían estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico en ese momento. Es posible que mujeres con cuadros psicopatológicos más graves quedasen excluidas del estudio, una condición que ha podido sesgar los resultados finales. Asimismo, la reticencia a participar en programas y estudios de investigación entre las mujeres con complicaciones en el embarazo (Nakić Radoš et al., 2018) también ha podido resultar en la restricción de los rangos de respuesta y, por ende, en una mayor homogeneidad entre grupos.

En cuanto a la segunda hipótesis, en la que se examinaron los diferentes factores de riesgo que podrían relacionarse con las puntuaciones en depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, los resultados apoyan una parte de lo que estudios previos indicaban. Si bien no se encontraron evidencias acerca de la influencia de variables como la edad (Wu et al., 2020), el historial de depresión previo (Berthelot et al., 2020; Becker et al., 2016; Furtado et al., 2018; Räisänen et al., 2014; Soto-Balbuena et al., 2018) o el estado civil (Taubman-Bet-Ari et al., 2020), sí se halló la existencia de una relación entre las variables ansiedad y depresión, y de estas dos con el apoyo social. Al igual que se señalaba anteriormente, la poca variabilidad hallada como consecuencia del empleo de una muestra limitada podría explicar la falta de evidencia acerca de la relación entre las variables de tipo sociodemográfico con las variables dependientes.

En lo que respecta a la tercera hipótesis, los resultados indican que, a mayor apoyo social, menores son los índices de depresión y ansiedad, tanto estado como rasgo. Cabe pensar, como diversas investigaciones apuntan (Farewell et al., 2020; Soto-Balbuena et al., 2018; Martini et al., 2015; Lancaster et al., 2010; Xie et al., 2009; Taubman-Bet-Ari et al., 2020; Duman & Kocak, 2013), que las puntuaciones en depresión y ansiedad no hayan sido elevadas debido a que el alto nivel de apoyo social mostrado haya ejercido como variable de protección para estas.

Analizando los distintos tipos de apoyo social, los resultados concuerdan con investigaciones previas que sugieren que la interacción positiva es una de las dimensiones que muestra mayor relación con la depresión en embarazadas, a pesar de esperar encontrar una relación más fuerte con el apoyo instrumental (Milgrom et al., 2019). Estos resultados se muestran prometedores en tanto que son justamente las mujeres que gestaron durante la pandemia las que muestran puntuaciones más altas en el apoyo instrumental, lo que podría ser indicativo de que resulta especialmente relevante a la hora de proteger a las mujeres de cara a sufrir síntomas de ansiedad y depresión, incluso ante situaciones tan adversas como una pandemia.

Asimismo, la relación hallada entre apoyo social y el estado civil también puede ir en línea de lo que las investigaciones apuntan, y es que dentro de los diversos tipos de apoyo social que pueden recibir las mujeres gestantes, la que se da por parte de la pareja podría jugar un papel crucial como variable de protección ante la sintomatología depresiva y ansiosa (Biaggi et al., 2016; Falah-Hassani et al., 2017; Taubman-Bet-Ari et al., 2020).

A partir del contraste de la cuarta y quinta hipótesis, se vuelve a confirmar la existencia de una relación entre las variables de ansiedad estado y rasgo y la depresión. Sin embargo, no es posible determinar si la relación hallada se debe a que la ansiedad sería uno de los principales predictores de la depresión durante el embarazo y en el posparto (Berthelot et al., 2020; Giardinelli et al., 2012; Lancaster et al., 2010; Sutter-Dallay et al., 2004) o si bien es consecuencia de la elevada comorbilidad que suelen presentar la sintomatología ansiosa y depresiva, con estudios que hablan de que esta puede ser superior al 80% (Heron et al., 2004; Nakić Radoš et al., 2018; Wisner et al., 2013).

Con todo, los resultados sugieren que existe una estrecha relación entre la ansiedad y depresión en el embarazo, y que el apoyo social podría ejercer como variable de protección ante estos síntomas, a pesar de que no se haya podido confirmar el carácter predictivo de este.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el reducido tamaño muestral alcanzado ha provocado que no se hayan podido realizar análisis sobre aspectos que han podido influir en el impacto psicológico de la pandemia en las mujeres embarazadas, como por ejemplo la posible existencia de diferencias entre las mujeres evaluadas al inicio de la pandemia con las que han vivido periodos de mayor restricción y contagios o con la flexibilización de las medidas como los confinamientos (Liu et al., 2020; Wu et al., 2020). Igualmente, el haber excluido a mujeres con cuadros psicopatológicos más graves con el objetivo de homogeneizar la muestra ha podido, a su vez, disminuir la variabilidad de los resultados.

Como líneas futuras de investigación, cabe continuar indagando acerca del tipo de relación entre la depresión y la ansiedad en el embarazo. Para ello, sería necesario realizar evaluaciones más exhaustivas con herramientas de evaluación que permitiesen examinar los diferentes componentes cognitivos, motores, fisiológicos y emocionales tanto de la ansiedad como de la depresión.

Es imprescindible seguir estudiando no solamente la prevalencia, sino también las causas y curso de la sintomatología ansioso-depresiva en las mujeres embarazadas para poder desarrollar intervenciones dirigidas a prevenir su aparición y disminuir su impacto y consecuencias. Más aún si se tiene en cuenta que se estima que hasta un 48% de las mujeres que no reciben un tratamiento adecuado pueden llegar a sufrir cuadros clínicos de ansiedad en el embarazo, ascendiendo en el caso de la depresión hasta un 70%, síntomas que se prolongarían al posparto y hasta un año después del nacimiento del bebé (NCCMH, 2014).

Igualmente, son necesarios estudios longitudinales con aquellas mujeres que han vivido su embarazo durante la pandemia, para examinar si en el posparto ha podido haber algún tipo de consecuencia tanto para ella, su salud mental y para el bebé.

Así, si bien es esencial investigar acerca de los factores de riesgo principales de la sintomatología ansiosa y depresiva durante la gestación, es preciso examinar la direccionalidad de la relación con el apoyo social, puesto que mujeres con depresión durante el embarazo también muestran una percepción de tener menor apoyo. Por lo tanto, incluir el apoyo social objetivo y no exclusivamente el percibido, en estos estudios podría ser de utilidad (Biaggi et al., 2016).

De igual forma, es fundamental que estas investigaciones se lleven a cabo diferenciando entre las mujeres gestantes y las que se encuentran en el posparto, puesto que los diversos factores de riesgo como el apoyo social podrían operar de forma diferencial antes o después de dar a luz.

A partir de estos resultados, se sugiere considerar el apoyo social como variable a introducir en los programas de detección precoz, prevención e intervención psicológica para las mujeres en el periodo perinatal. Además de que la falta de apoyo se trata de una de las preocupaciones más frecuentes que las mujeres embarazadas presentan (Farewell et al., 2020), estas también indican tener una mayor necesidad de recibirlo en esta etapa.

Por otro lado, las intervenciones preventivas dirigidas a fomentar el apoyo social en el embarazo ya han demostrado tener efectos disminuyendo la sintomatología ansiosa y depresiva durante el periodo de gestación y los primeros seis meses tras dar a luz (Milgrom et al., 2019) y, tal y como algunos autores señalan, podrían contribuir a la prevención de consecuencias más serias como el suicidio (Al-Halabí et al., 2021).

Sería interesante fomentar los grupos de apoyo con otras mujeres que afrontan el mismo reto que supone la maternidad, centrados no únicamente en la prevención de síntomas psicopatológicos, sino como forma de incrementar el bienestar y calidad de vida de estas mujeres (Chaves et al., 2021).

Más allá de los beneficios que podrían acarrear para las mujeres y sus bebés, redundarían en la disminución del impacto económico que los problemas psicológicos durante el embarazo tienen en el Sistema Público de Salud (Berger et al., 2017; Moran et al., 2020). En esta línea, hay investigaciones que han demostrado cómo, este tipo de intervenciones orientados a la detección precoz y prevención, disminuyen los costes dedicados a estas familias (Chojenta et al., 2019).

Por tanto, además de trabajar en la prevención de problemas psicológicos para la madre durante y tras el embarazo, también podría tener efectos beneficiosos para el bebé, puesto que existen evidencias acerca del impacto que el estado mental materno tiene en los neonatos, desde las complicaciones durante e

inmediatamente después del parto como a largo plazo (Barker et al., 2011; Räisänen et al., 2014; Yin et al., 2020).

Por todo ello, se puede concluir que los resultados encontrados no arrojan diferencias significativas en la sintomatología ansiosa y depresiva, de los dos grupos de mujeres estudiados (antes y después de la pandemia). Además, se ha evidenciado que el apoyo social ha podido actuar como variable de protección frente a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

Estos resultados, ponen de manifiesto la importancia de ahondar más en el conocimiento de los factores de riesgo y protección de la etapa perinatal, así como del impacto a medio y largo plazo de las dificultades emocionales en este periodo.

Referencias

- Al-Halabí, S., García-Haro, J., de la Fe Rodríguez-Muñoz, M. & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la comprensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- Aktas, S. & Calik, K. Y. (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(9), Artículo e16640. <https://doi.org/10.5812/ircmj.16640>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. Á. & Muñoz, M. (2020). Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Journal of Gender Studies*, 30, 29-38. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799768>
- Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R. & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*, 28(8), 696-702. <https://doi.org/10.1002/da.20856>
- Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. & Schmukler, S. (2016). Depression during pregnancy and postpartum. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 32. <https://www.doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7>
- Berger, A., Bachmann, N., Signorell, A., Erdin, R., Oelhafen, S., Reich, O. & Cignacco, E. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Medical Weekly*, 147, Article w14417. <https://doi.org/10.21256/zhaw-3355>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É. & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 848-855. <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Biviá-Roig, G., La Rosa, V. L., Gómez-Tébar, M., Serrano-Raya, L., Amer-Cuenca, J. J., Caruso, S., Commodari, E., Barrasa-Shaw, A. & Lisón, J. F. (2020). Analysis of the impact of the confinement resulting from COVID-19 on the lifestyle and psychological wellbeing of Spanish pregnant women: an Internet-based cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), Artículo 5933. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165933>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. & Seisdedos Cubero, N. (2011). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española*. TEA Ediciones.
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. & Labelle, P. (2020). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 295, Artículo 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Chaves, C., Marchena, C., Palacios, B., Salgado, A. & Duque, A. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on perinatal mental health in Spain: Positive and negative outcomes. *Women and Birth*, 35(3), 254-261. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.007>
- Chojenta, C., William, J., Martin, M. A., Byles, J. & Loxton, D. (2019). The impact of a history of poor mental health on health care costs in the perinatal period. *Archives of women's mental health*, 22(4), 467-473. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0912-4>
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243-1258. <https://www.doi.org/10.1037//0022-3514.65.6.1243>
- Cox, J., Holden, J. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6(1), 10-8. <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>
- Duman, N. B. & Kocak, C. (2013). The effect of social support on state anxiety levels during pregnancy. *Social Behavior and Personality*, 41(7), 1153-1163. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2013.41.7.1153>
- Effati-Daryani, F., Zarei, S., Mohammadi, A., Hemmati, E., Yngykn, S. G. & Mirghafourvand, M. (2020). Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychology*, 8(1), 1-10. <https://www.doi.org/10.1186/s40359-020-00464-8>
- Ellington, S., Strid, P., Tong, V. T., Woodworth, K., Galang, R. R., Zambrano, L. D., Nahabedian, J., Anderson, K. & Gilboa, S. M. (2020). Characteristics of women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status - United States, January 22-June 7, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(25), 769-775. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6925a1>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R. & Dennis, C. L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(12), 2041-2053. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000617>

- Farewell, C. V., Jewell, J., Walls, J. & Leiferman, J. A. (2020). A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, Artículo 2150132720944074. <https://doi.org/10.1177/2150132720944074>
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.004>
- Figueiredo, B. & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 247-255. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.336>
- Furtado, M., Chow, C. H., Owais, S., Frey, B. N. & Van Lieshout, R. J. (2018). Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 238, 626-635. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.073>
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71-76. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00020-4)
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M. C., Lino, G., Lunardi, C., Lunardi, C., Svelto, V., Afshar, S., Bovani, R., Castellini, G. & Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 21-30. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>
- Glasheen, C., Richardson, G. A. & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 61-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Guillén-Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada] <http://hdl.handle.net/10481/34045>
- Harrison, V., Moulds, M. L. & Jones, K. (2021). Perceived social support and prenatal wellbeing: The mediating effects of loneliness and repetitive negative thinking on anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth*, 35(3), 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.014>
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Jain, A. & Sami-Zakhari, I. R. (2017). Pulmonary complications of obstetric and gynecologic conditions. *Pulmonary Complications of Non-pulmonary Pediatric Disorders*, 139-161. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69620-1_8
- Kettunen, P., Koistinen, E. & Hintikka, J. (2014). Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14, Artículo 402. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0402-2>
- Khoury, J. E., Atkinson, L., Bennett, T., Jack, S. M. & Gonzalez, A. (2021). COVID-19 and mental health during pregnancy: The importance of cognitive appraisal and social support. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1161-1169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.027>
- Kourtis, A. P., Read, J. S. & Jamieson, D. J. (2014). Pregnancy and infection. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2211-2218. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1213566>
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Levin, J. (2019). Mental Health Care for Survivors and Healthcare Workers in the Aftermath of an Outbreak. In: Huremović, D. (eds) *Psychiatry of Pandemics*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5_11
- Liu, X., Chen, M., Wang, Y., Sun, L., Zhang, J., Shi, Y., Wang, J., Zhang, H., Sun, G., Baker, P. N., Luo, X. & Qi, H. (2020). Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(10), 1229-1240. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16381>
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M. & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 175, 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>
- Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C. & Gemmill, A. W. (2019). Social support—a protective factor for depressed perinatal women?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8), Artículo 1426. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081426>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Información Científico-Técnica*. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200326_ITCoronavirus.pdf
- Moran, P. S., Wuytack, F., Turner, M., Normand, C., Brown, S., Begley, C. & Daly, D. (2020). Economic burden of maternal morbidity—A systematic review of cost-of-illness studies. *PloS One*, 15(1), Artículo e0227377. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227377>
- Nakić Radoš, S., Tadinac, M. & Herman, R. (2018). Anxiety during pregnancy and postpartum: Course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 39-51. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.04.05>
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (UK). (2014). *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance*. British Psychological Society. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>
- O'Hara, M. W. & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Parra-Saavedra, M., Villa-Villa, I., Pérez-Olivo, J., Guzmán-Polania, L., Galvis-Centurion, P., Cumplido-Romero, Á., Santacruz-Vargas, D., Rivera-Moreno, E., Molina-Giraldo, S., Guillen-Burgos, H., Navarro, E., Flórez-Lozano, K., Barrero-Ortega, M., Sanz-Cortes, M. & Miranda, J. (2020). Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(2), 203-208. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13348>
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. & Heinonen, S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *British Medical Journal Open*, 4, Artículo e004883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004883>

- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. & Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Shi, P., Ren, H., Li, H. & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298-306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>
- Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. F., Escudero Gomis, A. I., Ferrer Barriendos, F. J., Le, H. N. & Pmb-Huca, G. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30(3), 257-263. <https://doi.org/bucm.idm.oclc.org/10.7334/psicothema2017.379>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for State, Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stuart-Parrigton, K. & Stuart, S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), Artículo 468. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6>
- Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E. & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19(8), 459-463. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>
- Taubman-Ben-Ari, O., Chasson, M., Abu Sharkia, S. & Weiss, E. (2020). Distress and anxiety associated with COVID-19 among Jewish and Arab pregnant women in Israel. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(3), 340-348. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1786037>
- Thomason, E., Flynn, H. A., Himle, J. A. & Volling, B. L. (2015). Are women's parenting-specific beliefs associated with depressive symptoms in the perinatal period? Development of the Rigidity of Maternal Beliefs Scale. *Depression and Anxiety*, 32(2), 141-148. <https://doi.org/10.1002/da.22280>
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815. <https://www.doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), Artículo 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wastnedge, E. A., Reynolds, R. M., van Boeckel, S. R., Stock, S. J., Denison, F. C., Maybin, J. A. & Critchley, H. O. (2021). Pregnancy and COVID-19. *Physiological Reviews*, 101(1), 303-318. <https://doi.org/10.1152/physrev.00024.2020>
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S. & Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 70(5), 490-498. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Duan, C., Li, C., Fan, J., Li, H., Chen, L., Xu, H., Li, X., Guo, Y., Wang, Y., Li, X., Li, J., Zhang, T., You, Y., Li, H., Yang, S., Tao, X., ... & Huang, H. F. (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 223(2), Artículo 240-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M. & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology*, 19(9), 637-643. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>
- Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., Qiu, L., Yang, C., Shi, X., Chang, J. & Gong, Y. (2020). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, Artículo 101932. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932>
- Yue, C., Liu, C., Wang, J., Zhang, M., Wu, H., Li, C. & Yang, X. (2020). Association between social support and anxiety among pregnant women in the third trimester during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic in Qingdao, China: The mediating effect of risk perception. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(2), 120-127. <https://doi.org/10.1177/0020764020941567>

Fecha de recepción: Julio de 2021

Fecha de aceptación: Agosto de 2023