

ANDREA MATEU VICENTE

**IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN
LA SALUD MENTAL MATERNA:
SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN MUJERES
EN EL PERIODO PERINATAL.**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por Dra. Laura Rodríguez Incio

GRADO DE MEDICINA



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Tarragona, 2022

RESUMEN: La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido una gran repercusión a nivel económico, social, físico y mental. Entre los grupos más vulnerables, y por tanto más afectados, se encuentran las mujeres en el periodo perinatal. En el caso de los trastornos mentales específicos del posparto –depresión posparto, psicosis posparto, baby blues-, encontramos algunos factores de riesgo como la ansiedad y el estrés perinatal, eventos traumáticos en edades tempranas de la vida y violencia doméstica entre otros. Niveles elevados de estrés provocan alteraciones neuroendocrinas, neuroinflamatorias, epigenéticas y en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, favoreciendo el desarrollo de trastornos mentales en el posparto o la exacerbación de trastornos mentales previos, así como una mayor morbilidad neonatal. El periodo perinatal, debido a los cambios hormonales y psicológicos que tienen lugar en él, supone un factor de riesgo para la aparición de síntomas ansiosos y/o depresivos en el periodo perinatal. Durante la pandemia, las mujeres embarazadas y en periodo posparto notificaron más síntomas psiquiátricos en comparación con antes de la pandemia, demostrándose una asociación positiva entre la ansiedad y las preocupaciones relacionadas con la COVID-19. Los cambios en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante la pandemia por SARS-CoV-2 han puesto de manifiesto la necesidad de crear estrategias específicas que garanticen su bienestar y el del recién nacido.

PALABRAS CLAVES: pandemia por SARS-CoV-2, salud mental, periodo perinatal.

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic has had a big economic, social, physical and mental impact. Among the most vulnerable groups, and therefore most affected, we find women in the perinatal period. In case of postpartum mental disorders -postpartum depression, postpartum psychosis, baby blues-, we can find some risk factors such as anxiety and perinatal stress, specific traumatic events in early life and domestic violence, among others. High levels of stress cause neuroendocrine, neuroinflammatory, epigenetic and hypothalamic-pituitary-adrenal axis alterations, contributing to the development of postpartum mental disorders or worsening of previous mental disorders, as well as greater neonatal morbidity. Due to the hormonal and psychological changes that take place in the perinatal period, it is a risk factor for the beginning of anxious and/or depressive symptoms in the perinatal period. During the pandemic, pregnant and postpartum women reported more psychiatric symptoms compared to before the pandemic, demonstrating a positive association between anxiety and fears related with the COVID-19. Changes in women's sexual and reproductive health care during the COVID-pandemic have highlighted the need to create specific strategies that guarantee their well-being as well as their newborn's.

KEY WORDS: SARS-CoV-2 pandemic, mental health, perinatal period.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. MATERIALES Y MÉTODOS
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN
 - 4.1 TRASTORNOS MENTALES EN EL PERIODO PERINATAL
 - 4.1.1 FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL POSPARTO
 - 4.1.2 TIPOS DE TRASTORNOS MENTALES EN EL POSPARTO
 - 4.2 CAMBIOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2
 - 4.3 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LA SALUD MENTAL MATERNA
 - 4.3.1 SÍNTOMAS ANSIOSOS EN EL PERIODO PERINATAL
 - 4.3.2 SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL PERIODO PERINATAL
 - 4.3.3 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL PERIODO PERINATAL
5. CONCLUSIÓN
 - 5.1 ESTRATEGIAS FUTURAS
 - 5.2 LIMITACIONES
6. BIBLIOGRAFÍA
7. ANEXO

1. INTRODUCCIÓN

El primer caso de enfermedad por SARS-CoV-2 fue notificado en la ciudad de Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019. La rápida propagación del virus hizo que la Organización Mundial de la Salud la declarara pandemia el día 11 de marzo de 2020, obligando a los gobiernos a tomar drásticas y rápidas decisiones en un intento de frenar su transmisión. En España, el 14 de Marzo de 2020 se decretó el primer estado de alarma que acabó el 21 de Junio de 2020. Con 6'3 millones de muertes ⁽¹⁾ y en aumento, la pandemia por SARS-CoV-2 ha afectado gravemente a la salud y bienestar global con consecuencias a nivel económico, social, psicológico y físico. Son varios los estudios que sugieren que confinamientos y estrategias de prevención similares -como las llevadas a cabo en las epidemias de SARS-CoV en 2002 y MERS-CoV en 2012- conllevan un aumento de ansiedad, irritabilidad, depresión e ideas suicidas, insomnio y emociones como miedo, enfado, tristeza o culpabilidad ⁽²⁾. Las secuelas de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la salud física y mental continúan siendo objeto de estudio a día de hoy, por lo que todavía queda tiempo para poder determinar con exactitud los efectos a largo plazo. Sin embargo, todo parece indicar que el personal sanitario, la población con patologías previas, los pacientes geriátricos y las embarazadas, han sido el colectivo más vulnerable y afectado durante la pandemia. En este sentido, muchos estudios han detectado que después de los desastres naturales o eventos traumáticos, la prevalencia de trastornos mentales en las mujeres prenatales y posnatales es significativamente más alta en comparación con la de la población general ⁽³⁾, por lo que cabría esperar resultados similares después de la pandemia por SARS-CoV-2.

En cuanto al concepto de salud, según la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾, se trata de un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades. Los trastornos mentales perinatales, que abarcan embarazo, parto, puerperio y primer año de posparto, aparecen cuando se infringe este estado de bienestar. La salud mental materna debe ser por tanto no una opción sino una prioridad a garantizar, ya que, durante el embarazo, aparecen cambios fisiológicos específicos que sumados a distintos factores ambientales hacen de esta una etapa de especial vulnerabilidad con importantes consecuencias no solo en la madre sino también en el recién nacido ⁽⁵⁾. En este sentido, el estado de salud mental de la madre influye de forma directa en el desarrollo cognitivo, conductual, emocional, social y físico del recién nacido, por lo que una alteración en el vínculo materno-filial puede provocar cambios en las estructuras y funciones cerebrales que persistan durante la infancia ^(3, 6-8), de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz de los trastornos mentales perinatales. Además, en algunos estudios los trastornos mentales en el posparto se han relacionado con un mayor número de abortos espontáneos, RCIU, partos pretérminos, recién

nacidos con bajo peso, APGARs bajos al nacer y enfermedades como la preeclampsia, la hipertensión y la diabetes gestacional ^(6, 9, 10). Así pues, en esta revisión bibliográfica se abordará exclusivamente el impacto de la pandemia en la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos porque, aunque no lleguen a conformar una entidad clínica definida, tienen un importante papel como factores estresores en la neurobiología de los trastornos mentales del posparto y un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres en un periodo tan sensible como es el perinatal.

En cuanto a la maternidad, se trata de una construcción cultural que viene determinada por las distintas necesidades de grupos sociales específicos, y en este sentido, la sociedad añade un plus de responsabilidad y estrés: lo que se espera de las mujeres es que sean buenas madres, que la maternidad sea el eje central de su vida y basen su identidad, conocimiento y poder en ello ⁽¹¹⁾. El feminismo ha dotado a la mujer de herramientas que permiten transformar el modelo de buena madre, menguando así la culpabilidad que florece cuando no se alcanza dicho ideal. A pesar de este punto en común, existen diferencias transculturales que como afirma Motta González ⁽¹²⁾, “las reflexiones en torno a las mujeres con particularidades étnicas deben darse desde el lugar donde ellas hablan, su contexto y su entorno, y la maternidad, como una vivencia de estas mujeres, debe ser analizada desde su entorno y desde su realidad”.

2. OBJETIVO

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es demostrar el impacto de la pandemia por SARS-COV-2 en la salud mental materna mediante el aumento de síntomas de ansiedad y depresión en el periodo perinatal. Para ello es imprescindible comprender qué es la salud mental materna y su importancia, así como la neurobiología de los trastornos mentales en el posparto.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Identificación y selección de los estudios

Se seleccionaron solo aquellos textos escritos en español, catalán e inglés y a los que se podía acceder de forma gratuita al texto completo. Se incluyeron aquellos que habían sido publicados entre 2014 y 2022, ambos inclusive. Los tipos de estudio seleccionados fueron metaanálisis, ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados, revisiones y revisiones sistemáticas. Se excluyeron libros, cartas al editor, y las guías clínicas para pacientes. Solo se tuvieron en cuenta aquellos que eran textos completos y se descartaron los resúmenes (*abstracts*) y citas. Las

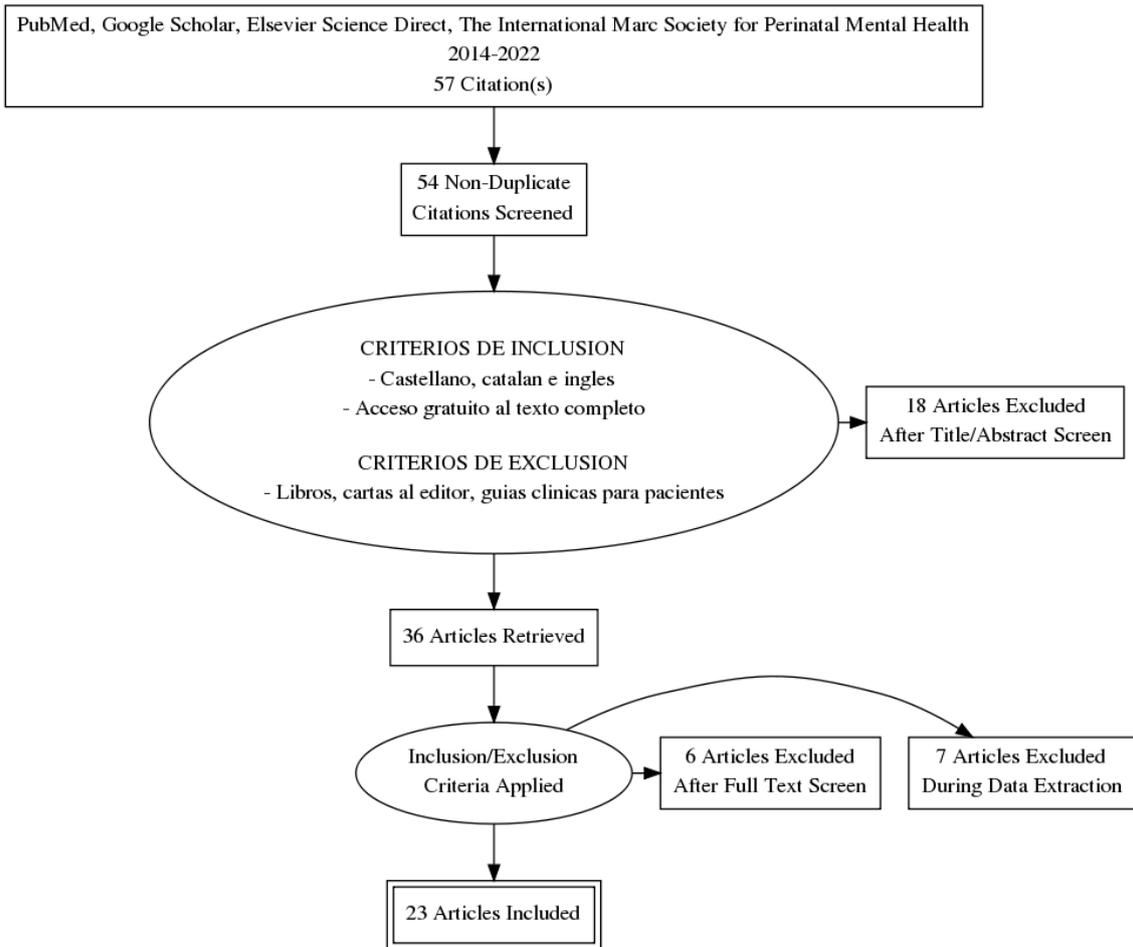
escalas para la evaluación de síntomas empleadas por la mayoría de los estudios revisados eran autocuestionarios como la Escala de depresión de posparto de Edinburgh (EPDS por sus siglas en inglés), el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI por sus siglas en inglés), y la Escala de ansiedad generalizada GAD-7 principalmente, las cuales se adjuntan en el apartado *Anexos*.

Estrategia de búsqueda

Las bases de datos y motores de búsqueda utilizados para la selección de artículos fueron PubMed, Google Scholar y Elsevier Science Direct. También se emplearon algunos artículos referenciados en The International Marcé Society for Perinatal Mental Health. La búsqueda incluyó palabras clave relacionadas con la pandemia por COVID-19 (SARS COV-2, COVID-19, coronavirus, pandemia). Estos términos se combinaron con otros relacionados con el periodo perinatal (embarazo, posparto, perinatal, hormonas) y términos relacionados con la salud mental materna (trastornos mentales, salud mental, depresión posparto, psicosis posparto, ansiedad, estrés, maternidad). El periodo de búsqueda tuvo lugar entre Julio de 2021 y Mayo de 2022, ambos meses inclusive.

Extracción de datos

Un total de 57 artículos fueron identificados al principio. Después de que los artículos duplicados fueran eliminados ($n = 54$), se hizo un screening por título y *abstract* y se eliminaron 18. Aquellos que fueron seleccionados ($n = 36$), fueron leídos individualmente y seis artículos que no tenían relación con el objetivo del trabajo se eliminaron. Durante la elaboración del trabajo se eliminaron otros siete artículos más. El resultado del proceso de screening queda presentado en el diagrama PRISMA.



4. RESULTADOS y DISCUSIÓN

4.1 TRASTORNOS MENTALES EN EL PERIODO PERINATAL

Los trastornos mentales son enfermedades psiquiátricas complejas en las que actúan diferentes factores entre sí para dar lugar a un fenotipo que puede aparecer en la infancia o en la edad adulta.

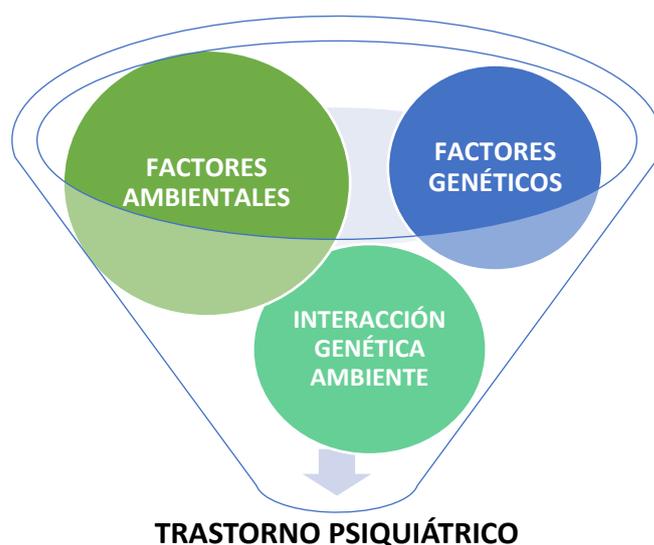


Figura 1. Imagen sobre la fisiopatología de los trastornos mentales.

El periodo perinatal, debido a los cambios hormonales que tienen lugar en él, supone un factor de riesgo para la aparición de síntomas ansiosos y/o depresivos y el desarrollo de trastornos mentales en el posparto o exacerbación de trastornos mentales previos: los estrógenos son hormonas con un importante efecto antidepresivo cuyos niveles aumentan hasta 1000 veces por encima de los valores basales antes del parto y descienden de forma brusca después del mismo, pudiendo provocar desregulaciones en el eje hipotálamo-hipófisis-glándula adrenal (HPA por sus siglas en inglés); en modelos experimentales con animales, está perfectamente establecido que la privación de estradiol induce comportamientos de tipo depresivo. La oxitocina es otra hormona con un importante papel en la regulación emocional, la interacción social y en el vínculo materno-filial incluido el parto, la lactancia y el apego ⁽¹³⁾. Asimismo, el embarazo no solo implica cambios fisiológicos sino también psicológicos, de autopercepción y en la relación con la pareja y la familia, entre otros. Esta transición hace que la madre se encuentre en un periodo estresante que sumado a la responsabilidad que conlleva la maternidad, conviertan el embarazo, parto y en especial el primer año después del parto, en una etapa de máxima vulnerabilidad. Los trastornos mentales en el posparto son enfermedades con una gran morbilidad asociada que hasta en un 50% de los casos se ha observado que

ya existían durante el embarazo, lo que hace pensar que el parto no supone el inicio o fin de los mismos, sino que más bien evolucionan a lo largo del periodo perinatal ⁽⁸⁾, por lo que comprender los mecanismos neurobiológicos implicados y establecer herramientas que permitan un precoz diagnóstico y tratamiento resulta esencial.

Entendiendo por tanto los trastornos mentales como un puzle complejo que surge de la interacción entre distintos componentes, los factores ambientales suponen un denominador común en todos ellos; la epigenética, es el resultado de la acción del ambiente en la genética: son marcas químicas que se añaden al material genético y permiten la activación y desactivación de los genes sin ningún cambio en la secuencia de DNA ⁽¹⁴⁾, e influyen a nivel neuroendocrino, neuroinflamatorio y sobre el eje HPA. De igual modo, una desregulación del eje HPA, supone cambios en los niveles de las hormonas de estrés (ACTH, CRH, cortisol/corticosterona) e implica cambios neuroendocrinos, neuroinflamatorios y/o epigenéticos. Las hormonas reproductivas (estrógeno, progesterona, oxitocina, prolactina) forman parte del sistema neuroendocrino, el cual regula de forma directa el eje HPA y los cambios epigenéticos, e indirectamente la respuesta neuroinflamatoria. Se trata por tanto de un engranaje en el que, dependiendo de la susceptibilidad individual, el momento de aparición de los síntomas y el haber vivido o no acontecimientos traumáticos, puede producirse una disfunción en los circuitos neuronales -en especial en las señales GABAérgicas- que explicaría la aparición de trastornos mentales en el posparto, en especial la depresión ⁽¹³⁾.

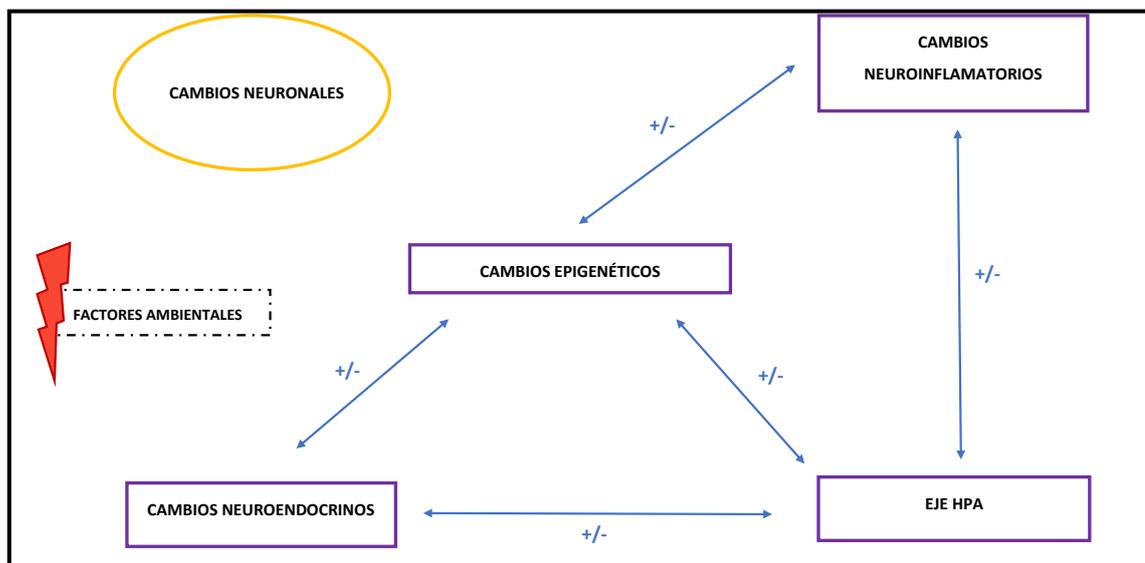


Figura 2. Neurobiología de los trastornos mentales en el posparto.

4.1.1 FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL POSPARTO

En cuanto a los factores ambientales, hacen referencia a cualquier aspecto que actúe como factor estresor, entre los cuales podemos encontrar:

- **Ansiedad y estrés perinatal:** se ha visto que lo que principalmente genera ansiedad en las mujeres embarazadas es el miedo real o anticipado al embarazo y todo lo que ello conlleva junto con una sensación de escaso control sobre la situación ⁽¹⁰⁾. Además, la falta de apoyo social, familiar o marital ^(8, 13, 15, 16) al igual que los trastornos del sueño, aumentan el estrés y la ansiedad: durante los tres primeros meses tras el parto, las madres duermen una media 3-6 horas al día, y se ha visto que la falta de sueño favorece que durante la vigilia aumenten los sentimientos negativos, la ansiedad y los fallos de atención y memoria además de relacionarse directamente con el desarrollo de la depresión y la psicosis posparto ⁽⁸⁾.
- **Acontecimientos traumáticos en edades tempranas de la vida** como violencia familiar o abuso físico o sexual (tanto presentes como pasados) ^(5, 8, 13, 16) alteran la función del eje HPA, lo que supone una mayor vulnerabilidad a sufrir trastornos del estado de ánimo ⁽¹³⁾. Por ejemplo, las mujeres que han experimentado acontecimientos traumáticos tienen 3 veces más probabilidad de presentar una depresión en el posparto ⁽¹⁷⁾.
- La **violencia doméstica** supone un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno mental en el posparto ^(5, 8, 15, 18). Teniendo en cuenta que durante la pandemia aumentaron los casos de violencia doméstica ⁽⁹⁾, cabría esperar un aumento de la prevalencia de los trastornos mentales en el posparto.
- **Antecedentes previos de trastornos psiquiátricos o de depresión durante el embarazo, y antecedentes familiares de depresión**, suponen un factor de riesgo antenatal importante para el desarrollo de un trastorno mental en el periodo perinatal ^(8, 16).
- **Niveles bajos de hormonas esteroideas** que en mujeres genéticamente susceptibles puede desestabilizar su estado de ánimo y hacer que evolucione a un trastorno mental en el posparto, en especial la depresión ^(13, 16, 19).
- Algunos estudios señalan que ser **madre joven** supone un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en el posparto ⁽¹⁵⁾, en especial de la depresión posparto ⁽¹⁷⁾, tal vez debido a la novedad e incertidumbre que supone la maternidad.
- Ser **primípara**, aunque no se ha podido establecer con exactitud por qué, es un predictor significativo de la psicosis posparto ⁽²⁰⁾. Sin embargo, en la depresión posparto, ser múltipara se ha definido como un factor de riesgo ⁽¹⁷⁾.

- Que se trate de un **embarazo no deseado** ^(5, 16, 18), tener un **nivel socioeconómico bajo o desempleo** ^(5, 16), ser **madre soltera** o haber sufrido un **cuadro ansioso, depresivo y de estrés durante el embarazo** ⁽¹⁵⁾, son algunos de los factores de riesgo que se han determinado en la depresión posparto pero que podrían extrapolarse a la aparición de síntomas ansiosos o depresivos en el periodo perinatal debido al estrés que generan.

4.1.2 TIPOS DE TRASTORNOS MENTALES EN EL POSPARTO

Los trastornos mentales en el posparto comprenden principalmente la depresión y psicosis posparto. Afectan no solo a la salud física y emocional de la madre, sino también a la del recién nacido, interfiriendo además en el día a día y en el entorno social de quien lo sufre. Aproximadamente el 10% de las embarazadas y el 13% de mujeres en el posparto sufrirá algún tipo de trastorno mental ⁽¹⁷⁾. Se estima que hasta un 50% de las mujeres con depresión en el posparto no son diagnosticadas ⁽⁶⁾: algunos de estos síntomas como por ejemplo tener dolor de cabeza, hiporexia o cansancio, se subestiman por compartir características con los trastornos somáticos ⁽¹⁸⁾, y por otra parte muchas de estas mujeres no comunican cómo se sienten al personal sanitario o a las personas de su círculo cercano como amigos o familiares ⁽¹⁵⁾. Hasta un 20% de las muertes en el posparto son por suicidio en el contexto de una depresión posparto ⁽¹³⁾. Comprender, diagnosticar y tratar los trastornos mentales en el posparto es fundamental para mejorar la salud de las madres y por consiguiente de las generaciones futuras.

PSICOSIS POSPARTO

La psicosis del posparto es el menos frecuente dentro de los trastornos mentales del posparto. Comprende una alteración en la percepción de la realidad que se presenta en las primeras dos semanas después de dar a luz, aunque algún estudio señala que hasta en el 50% de los casos aparecen entre el primer y tercer día. Con una prevalencia de 1-2 casos por cada 1000 nacimientos, algunos de los factores de riesgo para la aparición de una psicosis en el posparto son tener antecedentes familiares o personales de psicosis posparto o de trastorno bipolar ^(22, 17). Sin embargo, la mitad de las mujeres que presentan un segundo episodio, no tienen factores de riesgo ⁽²²⁾. En cuanto a la fisiopatología, no está del todo clara, pero algunos estudios como el llevado a cabo por Jayne et al. ⁽¹⁷⁾ señalan que se han encontrado niveles anormalmente bajos de células T, sobreactivación de monocitos y macrófagos y mayor prevalencia de patología tiroidea autoinmune en mujeres diagnosticadas con psicosis posparto,

lo cual sugiere un posible trasfondo autoinmune al igual que en la depresión posparto. Por otra parte, en estudios de neuroimagen se ha observado entre otros hallazgos una disminución en el volumen de la corteza cingulada anterior, la cual está implicada en el procesamiento cognitivo y emocional, incluyendo el control de impulsos y la toma de decisiones ⁽¹⁷⁾. Las complicaciones más graves son el suicidio y el infanticidio: los delirios frecuentemente están relacionados con el bebé, siendo la tasa de infanticidio del 4% ^(17, 20). Además, la psicosis en el posparto supone un factor de riesgo para experimentar posteriormente un trastorno mental: hasta el 50-80% sufren algún trastorno dentro del espectro bipolar después de un episodio de psicosis posparto ⁽²⁰⁾, aunque para algunos autores la psicosis en el posparto es una forma de presentación del trastorno bipolar debido a su historia natural y asociación con este trastorno ⁽¹⁷⁾.

BABY BLUES

La tristeza posparto o depresión puerperal menor (*baby blues*), con una prevalencia de hasta el 60-80%, no es un trastorno mental en sí, sino que más bien constituye un conjunto de síntomas leves entre los que predomina la tristeza y la labilidad emocional ⁽²³⁾ que aparecen entre dos y tres días después del parto y que acaban autolimitando. Sin embargo, debe seguirse de cerca a las pacientes con baby blues porque si se alarga en el tiempo, existe el riesgo de que evolucione a una depresión posparto ^(15, 17).

DEPRESIÓN POSPARTO

Con una prevalencia de aproximadamente un 10-20%, la depresión posparto es una de las complicaciones no obstétricas más frecuentes en el puerperio ^(15, 17). Estas altas tasas no se observan solo en nuestro medio, ya que se estima que, en los países en vías de desarrollo hasta el 20-40% de las mujeres sufren depresión posparto ⁽¹⁶⁾. El DSM-V ⁽²⁴⁾ define como depresión posparto todo aquel trastorno depresivo mayor cuyos síntomas aparecen durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después de dar a luz y que tienen una duración mínima de dos semanas. No obstante, este periodo de tiempo resulta bastante controvertido y hay autores que sugieren ampliarlo hasta los 6 meses después de dar a luz, ya que algunos estudios parecen indicar que solo aquellos episodios depresivos de carácter familiar son los que aparecen en las primeras cuatro semanas después del parto ⁽¹³⁾. Además de los factores de riesgo mencionados anteriormente, también se ha identificado la fatiga posparto, que es un desequilibrio entre la actividad y el descanso que no se puede aliviar con un solo período de sueño ⁽²⁵⁾. En este último

caso, diversos estudios han confirmado que a lo largo de los primeros cuatro años la fatiga predice síntomas depresivos y viceversa, estableciéndose una relación bidireccional entre ambos⁽²⁵⁾. Las mujeres con antecedentes de cuadros de depresivos, de depresión en el posparto, o antecedentes familiares de depresión, también tienen más riesgo⁽¹⁶⁾. Haber sufrido un TCA se ha visto que supone también un factor de riesgo para la aparición de depresión posparto y la recurrencia de un TCA en mujeres ya recuperadas⁽²⁶⁾. En cuanto a la fisiopatología, aunque no se ha determinado que existan diferencias en los niveles séricos totales de hormonas en las mujeres con depresión posparto, sí que se ha demostrado que existe una mayor sensibilidad cerebral a los cambios hormonales⁽¹³⁾: en el caso de las hormonas esteroideas sexuales (estradiol, progesterona, testosterona), su papel en la modulación del eje HPA, la neuroplasticidad, la activación inmunológica y la actividad cortical entre otros, se relaciona con los mecanismos disfuncionales implicados en la depresión posparto, ya que los niveles fisiológicos de esteroides gonadales modulan los neurocircuitos involucrados en los estados afectivos normales y patológicos⁽¹⁹⁾:

- Niveles bajos de **oxitocina** en plasma predicen el desarrollo de depresión posparto y empeoran los síntomas en las mujeres que la sufren, además de relacionarse con dificultades en la lactancia⁽¹⁹⁾.

- Las mujeres con depresión posparto, independientemente de que dieran el pecho o no, tenían niveles de **prolactina** (hormona que estimula la síntesis de leche e interfiere en los comportamientos maternos) en sangre más bajos, relacionándose también con puntuaciones más altas en las escalas de síntomas depresivos.

- La **alopregnanolona** es un derivado de la progesterona con efecto ansiolítico y antidepresivo que actúa de forma alostérica en los receptores GABA-A. Niveles bajos de esta hormona se asocian a un mayor riesgo para desarrollar un trastorno de depresión posparto, mientras que niveles elevados han demostrado reducir el riesgo de desarrollarla⁽¹⁹⁾.

- Aunque la implicación del **eje HPA** en la depresión posparto sigue sin establecerse con exactitud, sí se ha visto que en las mujeres que presentan depresión posparto, una hiperactivación del mismo implica niveles alterados de cortisol, ACTH y CRH, sobre todo en aquellas que han sufrido eventos adversos previos^(13, 19).

4.2 CAMBIOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el embarazo supone un periodo estresante para la madre y su entorno debido a los cambios físicos, psicológicos y hormonales que tienen lugar. Así pues, cualquier acontecimiento o situación que añada más tensión, en este caso la pandemia por SARS-CoV-2, requiere especial atención:

- El **ejercicio físico** resulta fundamental en el bienestar psicológico debido a la liberación de diferentes hormonas, entre ellas la serotonina, conocida como la hormona de la felicidad. Durante la pandemia, la cantidad de actividad física que realizaban las mujeres se vio modificada: según un estudio llevado a cabo por Margie H. Davenport et al ⁽⁷⁾, de 900 mujeres (520 embarazadas y 380 en el primer año posparto), el 64% disminuyeron su actividad física, el 15% la aumentaron y el 21% permaneció igual. Aquellas mujeres que practicaban mínimo 150 minutos de actividad física moderada a la semana obtuvieron una menor puntuación en los cuestionarios de screening de síntomas de ansiedad (STAI-State) y depresión (escala EPDS) en comparación con aquellas que no.
- Debido al riesgo de transmisión del virus, se limitó el **acceso a la salud materna sexual y reproductiva**: se suspendieron las clases de preparto, las visitas presenciales se anularon y en los hospitales y centros de salud no se permitían acompañantes, lo cual fue percibido como una falta de apoyo y de cuidado hacia ellas, aumentando su ansiedad ^(6, 21); en un estudio llevado a cabo en USA con 2740 mujeres embarazadas, el 25'8% dejó de asistir a las visitas de control prenatal desde el inicio de la pandemia y solo el 15'2% utilizó videoconsulta y el 31'8% consulta telefónica. Por otro lado, la pandemia también cambió la manera de dar a luz: del 96'4% de las mujeres que tenían pensado dar a luz en el hospital, solo el 87'7% lo acabó haciendo durante la pandemia, y aquellas que finalmente dieron a luz en casa, tenían menores puntuaciones en la escala de ansiedad relacionada con el embarazo (PrAS, Pregnancy-related Anxiety Scale) ⁽¹⁰⁾, probablemente porque esto fue percibido como un mayor control de la situación al tener la posibilidad de poder estar acompañadas durante el parto y en unas condiciones más seguras y naturales.
- Otras preocupaciones relacionadas con la pandemia que les hacían sentir más estresadas eran el miedo a contagiarse y la posible transmisión a sus bebés, quedarse sin comida o no poder conseguirla, perder su trabajo o fuente de ingresos, la falta de confianza en los profesionales sanitarios, los conflictos familiares y un bajo apoyo social ^(10, 21, 27). De hecho, la falta de apoyo social y/o del compañero durante la pandemia ha demostrado ser un factor de riesgo significativo para la ansiedad y depresión perinatal ^(2, 18, 21, 28). Además, en un

estudio transversal en el que participaron 6894 mujeres embarazadas y en el posparto de 64 países diferentes, se determinó que la mayoría de sus preocupaciones tenían que ver con la imposibilidad de ser visitadas por sus familias después de dar a luz (59%), transmitir la enfermedad a sus bebés (59%), no tener apoyo durante el parto (55%) y cambios de última hora en la manera de dar a luz debido a la pandemia (41%) ⁽²⁹⁾.

En conclusión, se ha visto una asociación positiva entre la ansiedad y las preocupaciones relacionadas con la COVID-19 aunque solo en un estudio se señala que a mayor número de factores estresantes relacionados con la COVID-19, mayores síntomas de ansiedad ⁽²¹⁾, lo cual abre una nueva línea de investigación. Igualmente, también se ha determinado la existencia de factores protectores durante la pandemia que disminuyeron los síntomas de estrés, ansiedad y/o depresivos en las mujeres embarazadas: al principio de la pandemia, el conocimiento actualizado de COVID-19 (como el conocimiento del número de casos diarios), pareció aumentar la prevalencia de los síntomas psiquiátricos pero a medida que se tenía más información y los casos confirmados comenzaron a disminuir, disminuyeron también los síntomas citados anteriormente ⁽²¹⁾. Por el contrario, las mujeres que no tenían información sobre el efecto del COVID-19 en el embarazo tenían un mayor riesgo de ansiedad ⁽²¹⁾. El apoyo social y por parte de la pareja también fue un importante factor de protección ^(8, 21).

4.3 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN LA SALUD MENTAL MATERNA

En general, las mujeres en periodo perinatal notificaron más síntomas psiquiátricos durante la pandemia en comparación con antes de la pandemia y como ya se ha comentado anteriormente, estos síntomas tienen una gran importancia al asociarse a una peor salud mental materna que puede tener consecuencias negativas en la madre y en el recién nacido.

Con respecto a la prevalencia de síntomas psicológicos según la fase del periodo perinatal en la que se encontraban, en una revisión sistemática de 81 estudios sobre la salud mental un año después de la pandemia en mujeres embarazadas y en el posparto, cuatro de ellos determinaron que las mujeres que se encontraban en el primer trimestre del embarazo experimentaron más síntomas de ansiedad y depresión en comparación con las mujeres en el segundo o tercer trimestre o en el puerperio. Sin embargo, en otro estudio no se encontraron diferencias en la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre mujeres embarazadas y en el posparto. Asimismo, tampoco se reportaron diferencias entre las mujeres que dieron a luz y las que tuvieron un aborto inducido ⁽²¹⁾.

En cuanto a las mujeres embarazadas y con un test COVID positivo, no presentaron más síntomas depresivos, de ansiedad o estrés en comparación con aquellas que no tenían un test positivo, pero tan solo se testó un 8'8% de las mujeres embarazadas de la muestra (344 mujeres de 3907) y solo el 10'9% de mujeres que daban el pecho (560 de 5134) ⁽²⁸⁾, lo cual hace pensar que los resultados de este estudio no son fiables ya que además, otros estudios señalan que las mujeres embarazadas asintomáticas con un test COVID-19 positivo sí mostraron más síntomas depresivos en comparación con aquellas que tenían un test negativo. De igual modo, las mujeres que dieron a luz durante la pandemia con un diagnóstico positivo de COVID-19 tenían más síntomas de depresión y ansiedad que aumentaron al máximo en el punto crítico de la pandemia y luego disminuyeron a medida que se publicaba más información sobre la COVID-19 ⁽²¹⁾.

Por otro lado, las tasas más altas de síntomas psicológicos perinatales durante la pandemia se concentran mayoritariamente en mujeres nulíparas, que han sido madres jóvenes, madres solteras, con antecedentes de parto traumático o aborto, antecedentes psiquiátricos previos a la pandemia, antecedentes de abuso, jornada laboral completa, alto nivel de estrés en trabajo, pocos ingresos económicos o con menor nivel educativo ⁽²¹⁾, aunque algunos estudios señalan una asociación positiva entre la ansiedad y un alto nivel educativo y una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres multíparas durante la pandemia por COVID-19 ⁽³⁾. Otro grupo de riesgo dentro de las mujeres embarazadas o en el posparto fueron aquellas que tenían alguna enfermedad mental previa, que tuvieron un embarazo no planificado o que no dieron el pecho, ya que presentaron mayores tasas de ansiedad, estrés y síntomas depresivos ⁽²⁸⁾. Conviene subrayar que los efectos de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la salud física y mental a largo plazo están todavía por determinar, de manera que no será hasta dentro de un tiempo que podamos ver su impacto en la prevalencia de los trastornos mentales en el posparto. No obstante, es importante tener en cuenta que muchas mujeres presentan estrés y síntomas ansiosos y depresivos sin llegar a cumplir criterios diagnósticos que permitan clasificarlas dentro de una entidad clínica bien definida e igualmente su salud mental se ve afectada, de hecho, Grigoriadis et al. ⁽¹⁰⁾ han determinado que aquellas mujeres que experimentan un aumento de ansiedad durante el embarazo tienen más riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a posteriori, de ahí la necesidad de evaluar el impacto de la pandemia en la salud mental materna.

4.3.1 SÍNTOMAS ANSIOSOS EN EL PERIODO PERINATAL

La prevalencia de **ansiedad perinatal** antes de la pandemia era de un 15'2% ⁽³⁾, siendo más prevalente en el tercer trimestre: en una revisión sistemática en la que se incluyeron 221.974

mujeres, se demostró que en el tercer trimestre la prevalencia de ansiedad era del 24'6% mientras que en el primer y segundo trimestre era del 18'2% y 19'1% respectivamente ⁽⁶⁾. Esta tendencia parece que ha cambiado durante la pandemia ya que en un estudio se señala que la prevalencia de ansiedad en mujeres embarazadas descendió a lo largo del embarazo ⁽³⁾.

Durante la pandemia, Kamran, Hessami et al. ⁽⁶⁾ demostraron que la ansiedad en el periodo perinatal valorada con la escala STAI experimentó un aumento estadísticamente significativo. En un metaanálisis en el que participaron un total de 10.424 mujeres embarazadas, se concluyó que la prevalencia acumulada de ansiedad era de un 37% ⁽³⁾. Michael, Ceulemans et al. ⁽²⁸⁾ en el primer estudio transversal a nivel europeo sobre la salud mental en mujeres embarazadas y que daban el pecho durante la pandemia por COVID-19, concluyeron que de 3907 mujeres embarazadas y de 5134 en el posparto, el 11% y 10% respectivamente presentaron síntomas de ansiedad moderados-graves. Además, en ambos grupos se vio que trabajar en algo relacionado con la salud implicaba tener más síntomas de ansiedad. Por lo que respecta a la prevalencia de ansiedad en mujeres en el posparto se documentó más estrés en las madres que dieron a luz durante la pandemia, lo cual comportó problemas en el vínculo materno-filial y en el establecimiento de la lactancia y aumentó la ideación autolítica ⁽²¹⁾.

Haohao, Yan et al. ⁽³⁾ concluyeron que aquellas mujeres o bien con un mayor nivel educativo o laboralmente activas presentaban mayores tasas de ansiedad. Una hipótesis para estos resultados es que tal vez las mujeres con estudios superiores son más conscientes de su salud y se preocupan más, o bien que un mayor nivel educativo implica trabajos de mayor responsabilidad. No obstante, Cheryl A. Moyer et al. ⁽¹⁰⁾ a través de una encuesta online en la que participaron 2740 mujeres de 47 estados distintos, vieron que, curiosamente, las mujeres con estudios primarios presentaron valores en la PrAS más elevados, lo cual sugiere que las mujeres con menos estudios son más vulnerables a sufrir ansiedad en cuanto a perder su fuente de ingresos económicos se refiere.

4.3.2 SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL PERIODO PERINATAL

En cuanto a los síntomas de **depresión en el periodo perinatal**, la prevalencia antes de la pandemia era del 11'9% ⁽⁶⁾. En un estudio llevado a cabo en China durante la pandemia, se vio que la prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres embarazadas antes de enero de 2020 aumentó del 26% al 34'2% en febrero de 2020 con un simultáneo aumento de los síntomas de ansiedad ⁽⁶⁾. En un estudio en el que se incluían 12.839 mujeres embarazadas de China y

Canadá, la prevalencia de síntomas depresivos durante el embarazo fue de un 31% y siguió un patrón en U, siendo mayor en el primer y tercer trimestre, y menor en el segundo ⁽³⁾. En un estudio europeo con una muestra de 3.907 mujeres embarazadas, el 15% presentaron síntomas depresivos graves ⁽²⁸⁾. Por lo que respecta a los síntomas depresivos en el posparto, la prevalencia oscila entre el 22% ⁽³⁾ y el 13% en el estudio a nivel europeo ⁽²⁸⁾. Ahora bien, en una revisión sistemática, cuatro estudios declaran que los síntomas depresivos en mujeres embarazadas han descendido de forma significativa durante la pandemia o justo después del inicio de la misma, de manera que las restricciones sociales impuestas pueden haber tenido un efecto positivo en el bienestar mental materno debido a un mayor apoyo familiar y al teletrabajo, aumentando la cohesión familiar; un menor tiempo de estancia hospitalaria, y una reducción de la vida social entre otras causas ⁽²¹⁾. Sin embargo, estos estudios han sido realizados en momentos y poblaciones muy concretas (Nueva Jersey, Nueva York, Israel, Katsushika).

4.3.3 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL PERIODO PERINATAL

La prevalencia de **trastornos del sueño**, concretamente de insomnio, era de un 45'7% entre las mujeres embarazadas antes de la pandemia. En un metaanálisis que incluyó dos estudios con un total de 991 mujeres embarazadas, se determinó que durante la pandemia la prevalencia acumulada pasó a ser del 49% ⁽³⁾.

5. CONCLUSIÓN

En definitiva, la pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un aumento de los síntomas de ansiedad, depresivos y del insomnio durante el embarazo y el posparto, así como con un alto nivel de malestar emocional. Estos síntomas psicológicos se relacionan con unos resultados desfavorables en cuanto al embarazo, la madre y el recién nacido se refiere ^(3, 6, 7, 28): durante la pandemia por COVID-19 se ha reportado un menor apego de la madre a su hijo ⁽²¹⁾, una mayor **morbilidad neonatal** (probablemente por un menor acceso a los servicios sanitarios) y una mayor tasa de **mortalidad neonatal**, siendo mayor en los países con ingresos medios y bajos y disminuyendo en los países con ingresos altos ⁽⁹⁾. En cuanto a la **mortalidad materna**, los resultados son controvertidos: en algunos estudios se ha reportado una mayor mortalidad durante la pandemia, pero solo uno de ellos tiene resultados estadísticamente significativos ⁽⁹⁾, de modo que no se puede concluir que la mortalidad materna haya aumentado durante la pandemia por SARS-COV-2. Además, la controversia respecto a los resultados obtenidos en

cuanto a la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos según la fase del periodo perinatal o el número de hijos se refiere, impide determinar dónde se concentra el mayor porcentaje de afectadas, ya que algunos estudios señalan que la prevalencia es mayor en las mujeres multíparas y en el tercer trimestre ⁽³⁾ mientras que otros apuntan a una mayor prevalencia en primíparas y en el primer trimestre ⁽²¹⁾. En cualquier caso, puede que la manera en que las mujeres perciben los riesgos relacionados con la pandemia, así como su sensación de control y su capacidad y apoyo social para afrontarlos, explique el impacto de la pandemia en su salud mental ^(10, 21).

5.1 ESTRATEGIAS FUTURAS

Los efectos de la pandemia han puesto de manifiesto la necesidad de crear un programa que garantice la seguridad y una atención global de la madre y su bebé. Bien es cierto que en algunos países como por ejemplo España, existen *Guías de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* diferentes según la comunidad autónoma, pero se trata de una medida ausente en muchos otros países, por lo tanto, no es solo necesario la universalización de estrategias como la citada anteriormente, sino también garantizar una revisión continuada de las mismas ya que durante la pandemia por SARS-CoV-2 han habido cambios poco contrastados en los protocolos de atención como el uso de mascarillas durante el parto, la imposibilidad de acompañamiento en las visitas preparto y en el propio parto, separaciones de la madre-bebé en caso de positivos por COVID, etc. que han supuesto una restricción en los derechos de las madres. Además, de cara a futuras pandemias o confinamientos, para evitar las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, sería interesante utilizar la telemedicina como herramienta eficaz para monitorizar la salud mental perinatal: en un estudio de intervención se examinó la efectividad de las clases de teleeducación para el embarazo y la planificación del parto durante la pandemia y se demostró que la ansiedad perinatal disminuyó ⁽²¹⁾.

Por otro lado, hasta un 20% de las mujeres con depresión posparto han pensado en autolesionarse, y en Reino Unido, el suicidio continúa siendo la primera causa de muerte materna en el primer año del posparto ⁽⁷⁾. Dichos datos reflejan la necesidad de una detección precoz de signos y síntomas de ansiedad y depresión perinatal y un screening activo durante todo el embarazo tanto en la sanidad pública como en las consultas privadas.

En cuanto a las mujeres embarazadas con trastornos mentales previos, suponen un colectivo vulnerable por partida doble: presentan una menor fertilidad (probablemente por el aumento

de prolactina que provocan algunos antipsicóticos) y una mayor tasa de abortos en comparación con la población general ⁽²²⁾, así como un mayor riesgo de que empeoren o experimenten recaídas de su trastorno mental de base, no solo debido a las fluctuaciones hormonales o cambios metabólicos propios del embarazo, sino también porque muchas al descubrir que están embarazadas, dejan de tomar la medicación por la teratogenia asociada a los fármacos, miedo o falta de información ⁽⁶⁾. Diseñar un plan específico para las mujeres con trastornos mentales en edad fértil que incluya un estrecho control clínico y farmacológico, una estadificación individual del riesgo de recaída, consejo genético y sobre la contracepción, y búsqueda de medicación alternativa ⁽²²⁾ así como la derivación a unidades específicas de psiquiatría perinatal en casos de elevada complejidad, es algo que debería estar a la orden del día.

Otro punto a destacar es el ejercicio físico durante el embarazo: si en la población no embarazada ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la depresión ligera-moderada ⁽⁶⁾, cabría esperar pues resultados similares en las mujeres embarazadas. De hecho, algunos estudios recientes han demostrado que el ejercicio durante el embarazo y en el posparto reduce los síntomas depresivos ^(6, 7), por lo que fomentar el ejercicio físico dentro de la población embarazada supone un impacto positivo en su salud mental.

Por último, destinar más recursos a investigar los mecanismos inmunológicos subyacentes en los trastornos mentales del posparto permitiría diseñar estrategias de acción dirigidas.

5.2 LIMITACIONES

Las diferencias en cuanto a la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos entre los distintos estudios podrían explicarse por diferentes motivos como la no homogeneidad entre el momento del diagnóstico, los instrumentos diagnósticos utilizados y los puntos de corte empleados ⁽¹⁵⁾. Además, existen factores culturales y sociales que pueden contribuir a la culpabilización de la madre enferma y a la ocultación y minimización del problema de salud mental tanto por ella misma como por su entorno más cercano: el estigma de las enfermedades mentales y la idealización de la maternidad pueden hacer que la madre no informe de manera espontánea de sus síntomas ni busque ayuda de forma activa, relacionándose con un infradiagnóstico o retraso en el mismo. En este caso, son los profesionales de la salud quienes tienen el deber de preguntar específicamente por la presencia de dichos síntomas antes y después del parto, de ahí la importancia como se ha mencionado antes, de hacer un cribado en las gestantes en busca de signos y síntomas que puedan indicar el desarrollo de un futuro trastorno mental.

Por otra parte, la mayoría de estudios recopilaban la información a través de cuestionarios en los que las propias participantes puntuaban la intensidad de sus síntomas. Teniendo en cuenta que la percepción del estrés es algo totalmente subjetivo, sumado al hecho de que muchos de estos cuestionarios fueron respondidos después de haber pasado el confinamiento y el punto álgido de la pandemia, tal vez los resultados obtenidos han subestimado la gravedad de la situación. Igualmente, al ser la mayoría autocuestionarios online, solo participaban aquellas mujeres con acceso a internet lo cual supone un sesgo de inclusión. Todo esto debe hacernos pensar que, si a pesar de lo citado anteriormente la prevalencia de síntomas es alta, es probable que en realidad sea todavía más elevada ya que se está excluyendo a un colectivo numeroso y relevante de la población, que son las mujeres con un nivel socioeconómico bajo, las cuales además reúnen un mayor número de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en el periodo perinatal.

Por último, en general las escalas empleadas como la escala de depresión de Edimburgo (EDS por sus siglas en inglés) y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), valoran los síntomas en un momento puntual, pero teniendo en cuenta que el periodo perinatal comprende más de nueve meses de la vida de una mujer y a lo largo de él existen fluctuaciones en el estado de ánimo -y por tanto en la percepción de los síntomas-, es probable que los resultados obtenidos en los diferentes estudios sean tan solo la punta del iceberg.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Abigail Orús. Coronavirus: muertes en el mundo por continente en 2022 | Statista [Internet]. Statista. 2022 [27 Mayo 2022; 30 Mayo 2022]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>
2. Hossain M, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L. et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*. 2020; 9:636. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093946/>
3. Yan H, Ding Y, Guo W. Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11 (617001). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7723850/>
4. Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. Who.int. 2022 [citado 30 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
5. McCauley M, Brown A, Ofosu B, van den Broek N. "I just wish it becomes part of routine care": healthcare providers' knowledge, attitudes and perceptions of screening for maternal mental health during and after pregnancy: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2019; 19(279). Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2261-x#citeas>
6. Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M, Cozzolino M. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine*. 2020; 1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33135523/>
7. Davenport M, Meyer S, Meah V, Strynadka M, Khurana R. Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Women's Health*. 2020; 1(1). Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2020.00001/full>
8. Doll A, Navas M, Quintero J. Enfermedad mental perinatal. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015; 11(86): 5119-5126. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-enfermedad-mental-perinatal-articulo-resumen-S0304541215002292>
9. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2021; 9(6): e759-e772. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33811827/>

10. Moyer C, Compton S, Kaselitz E, Muzik M. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*. 2020; 23(6): 757-765. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32989598/>
11. Saletti Cuesta L. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra* [Internet]. 2008 [citado 30 Mayo 2022];: 169-170. Disponible en: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14802/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf;jsessionid=9D4911FED54E9AD4306D6647F28EECCE?sequence=1
12. Arias Hurtado Lorena, Carrillo Pineda Marcela. Significados de la maternidad para un grupo de mujeres afrodescendientes. *Index Enferm* [Internet]. 2019 Junio [citado 30 Mayo 2022]; 28(1-2): 13-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100003&lng=es. Epub 09-Dic-2019. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962019000100003
13. Payne J, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2019; 52: 165-180. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30552910/>
14. Esteller M. Epigenética. *Senesciència* [Internet]. 2022 [citado 30 Mayo 2022];(3). Disponible en: <http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/epigenetica-2/>
15. González-González A, Casado-Méndez P, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca R, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *Archivo Médico Camagüey* [Internet]. 2019 [citado 30 Mayo 2022]; 23 (6): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6631>
16. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista médica sinergia* [Internet]. 18 de junio de 2019 [citado 30 de mayo de 2022]; 4(7): e261. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261>
17. Araya Villavicencio S, Barrantes Ortiz I. Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo posparto. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 30 de mayo de 2022];5(12): e618. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/618>
18. Zeng X, Li W, Sun H, Luo X, Garg S, Liu T et al. Mental Health Outcomes in Perinatal Women During the Remission Phase of COVID-19 in China. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.571876/full>

19. Schiller C, Meltzer-Brody S, Rubinow D. The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*. 2015; 20(1): 48-59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363269/>
20. Bergink V, Rasgon N, Wisner K. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *American Journal of Psychiatry*. 2016; 173(12): 1179-1188. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27609245/>
21. Iyengar U, Jaiprakash B, Haitzuka H, Kim S. One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*. 2021; 12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.674194/full>
22. Jones I, Chandra P, Dazzan P, Howard L. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*. 2014; 384 (9956): 1789-1799. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25455249/>
23. Moldenhauer J. Depresión posparto - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado 30 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
24. DSM-V criterios diagnósticos depresión posparto
25. Andrade Rebolledo Daniela, Vicente Parada Benjamín. Fatiga postparto: revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. [Internet]. 2018 Abril [citado 30 Mayo 2022]; 83(2): 161-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200161&lng=es.
26. Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03006-7>
27. Rauf N, Zulfiqar S, Mumtaz S, Maryam H, Shoukat R, Malik A, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Pregnant Women with Perinatal Anxiety Symptoms in Pakistan: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021; 18 (16): 8237. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168237>
28. Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic—A

- multinational cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021; 100(7): 1219-1229. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33475148/>
29. Basu A, Kim H, Basaldua R, Choi K, Charron L, Kelsall N et al. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*. 2021; 16(4): e0249780. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33882096/>
30. STAI. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO [Internet]. *Web.teaediciones.com*. 2022 [citado 30 May 2022]. Disponible en: <https://web.teaediciones.com/stai--cuestionario-de-ansiedad-estado-rasgo.aspx>
31. Camargo L, Herrera-Pino J, Shelach S, Soto-Añari M, Porto M, Alonso M et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8249708/#:~:text=El%20GAD%2D7%20es%20un,pacientes%20contagiados%20de%20COVID%2D19.>
32. Generalitat de Catalunya. Departament dde salut. Protocol del seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3ª revisión. [Internet]. [citado 30 Mayo 2022]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_p art_puerperi/protocol_seguint_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf

7. ANEXO

- **Cuestionario STAI:** tiene como objetivo evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada uno de ellas con 20 preguntas:
 - **Ansiedad como estado (A/E):** evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.
 - **Ansiedad como rasgo (A/R):** señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras (30).

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.</p>		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

- **Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7):** se utiliza para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas dos semanas según el DSM-5 ⁽³¹⁾.

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

- **Escala Edimburgo de depresión posnatal (EPDS):** las preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido durante la última semana ⁽³²⁾.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
a) Igual que siempre
b) Ahora, no tanto como siempre
c) Ahora, mucho menos
d) No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión
a) Igual que siempre
b) Algo menos de lo que es habitual en mí
c) Bastante menos de lo que es habitual en mí
d) Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
a) Sí, la mayor parte del tiempo
b) Sí, a veces
c) No muy a menudo
d) No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
a) No, en ningún momento
b) Casi nunca
c) Sí, algunas veces

d) Sí con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
a) Sí, bastante
b) Sí, a veces
c) No, no mucho
d) No, en absoluto
6. Las cosas me han agobiado
a) Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
b) Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
c) No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
d) No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
a) Sí, la mayor parte del tiempo
b) Sí, a veces
c) No muy a menudo
d) No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada
a) Sí, la mayor parte del tiempo
b) Sí, bastante a menudo
c) No con mucha frecuencia
d) No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
a) Sí, la mayor parte del tiempo
b) Sí, bastante a menudo
c) Solo en alguna ocasión
d) No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño
a) Sí, bastante a menudo
b) A veces
c) Casi nunca
d) En ningún momento