



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

GISEL MARGARITA ROSAS MOLINA

418036310

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Maestra Yarisbeth Quezada Ramírez. Gracias por la paciencia y el conocimiento; sin su guía y su motivación esto no habría sido posible. Gracias por creer en mí y recordarme que la constancia tiene sus frutos. Toda mi admiración, cariño y gratitud para usted.

A mis sinodales, la Maestra Beatriz Espinosa y la Maestra Irian Mena, por permitirme esta oportunidad y contribuir con su experiencia a mi formación académica.

A la UNAM. Gracias por convertirme en un adulto funcional y colmarme de recuerdos gratos.

Dedicatoria

Para mi madre, quien ha sido mi luz y mi motivo para salir adelante. Te amo y jamás podré poner en palabras todo lo que te agradezco. Si estoy hoy aquí es gracias a ti, este logro es tuyo.

Para Rogelio, Jessie, Iván y Maggie. Sin su apoyo no habría sido capaz de llevar este proyecto a la vida. Gracias por recordarme día a día que puedo lograr lo que yo me proponga. Los quiero y los admiro incondicionalmente, sépanse siempre en mis pensamientos.

Índice

Resumen

I. Introducción.....	3
II. Esquema de la investigación.....	4
2.1 Planteamiento del problema	4
2.2 Justificación	5
2.3 Objetivos	6
2.4 Pregunta de investigación.....	6
III. Marco conceptual	6
3.1 Valoración integral de la mujer en la atención prenatal.....	6
3.2 Ansiedad y embarazo	8
3.3 Depresión y embarazo	11
3.4 Embarazo: cambios hormonales y afectivos asociados a la salud mental...	14
IV. Revisión de la literatura.....	14
4.1 Ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19	15
4.2 Ansiedad y depresión en las mujeres gestantes durante la pandemia por COVID-19	16
V. Metodología	20
5.1 Tipo de estudio y diseño	20
5.2 Universo y muestra	20
5.3 Criterios de selección de la muestra	20
5.3.1 Criterios de inclusión.....	20
5.3.2 Criterios de exclusión.....	20
5.3.3 Criterios de eliminación.....	20
5.4 Hipótesis	21
5.5 Operacionalización de variables	21
5.5.1 Variables sociodemográficas	21
5.5.2 Variables de estudio	26
5.6 Recolección de la información	27
5.6.1 Instrumento	27
5.7 Validez y confiabilidad.....	28
5.8 Análisis estadístico.....	29
5.9 Aspectos éticos	29
VI. Resultados	30

6.1 Caracterización de la muestra	30
6.2 Características de la atención prenatal durante la pandemia	33
6.3 Análisis descriptivo.....	35
6.4 Análisis inferencial	41
VII. Discusión	42
VIII. Conclusiones	45
IX. Consideraciones finales.....	46
9.1 Limitaciones	46
9.2 Sugerencias	46
9.3 Impacto del estudio	47
X. Referencias.....	48
XI. Anexos.....	61

Resumen

Antecedentes. La ansiedad y la depresión son las afecciones de salud mental más comunes en la mujer embarazada. La pandemia por COVID-19 ha aumentado la sintomatología ansiosa y depresiva en la población general. Por ello, es indispensable investigar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión llegado este punto de la contingencia, para analizar el impacto que ha tenido sobre la salud mental de las futuras madres.

Objetivo. Estimar los niveles de síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID-19 en gestantes residentes de la Ciudad de México.

Metodología. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestra por conveniencia de 103 mujeres embarazadas entre 18 y 41 años de edad que residían en la Ciudad de México. Se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) de Zigmond y Snaith (1983), integrada por 14 ítems tipo Likert y dividida en dos subescalas para identificar sintomatología ansiosa y depresiva respectivamente. Se realizó análisis descriptivo e inferencial.

Resultados. Se encontró que del total de la muestra 49.5% de las mujeres presentaron sintomatología de ansiedad y 21.4% presentó sintomatología de depresión; la mayoría de las mujeres que resultaron positivo al tamizaje se encontraban en el tercer trimestre de embarazo. En los resultados por trimestre del embarazo se identificó que, de aquellas mujeres que presentaron síntomas de ansiedad, 36.1% se encontraba en el primer trimestre, 15.4% en el segundo y 47.8% en el tercero. Respecto a los síntomas de depresión 13.6% perteneció al primer trimestre, 18.1% al segundo y 68.1% al tercero. Así mismo, se identificó correlación directamente proporcional entre la severidad de los signos de ansiedad y los signos de depresión ($p = 0.00$, $r_s = 0.75$).

Conclusiones. La ansiedad y la depresión son problemas de salud pública que se han agudizado durante la pandemia por COVID-19. Es importante prestar atención a las necesidades de salud mental que las mujeres embarazadas presentan derivado de la pandemia, ya que las problemáticas de salud mental impactan en la calidad de vida de este sector de la población y ponen en riesgo potencial el bienestar presente y futuro de la mujer y del feto. Se requieren estrategias e intervenciones aplicables durante los cuidados perinatales, enfocados no sólo al bienestar fisiológico de la gestación sino también a la salud mental.

Palabras clave. Embarazo, ansiedad, depresión, estrés, salud mental, COVID-19, atención prenatal.

I. Introducción

Grupos de individuos que presentaban neumonía de etiología desconocida fueron reportados en Wuhan, provincia de Hubei, China, durante diciembre de 2019. Más tarde, el patógeno causante sería identificado como una nueva variación en la familia de los coronavirus, denominado Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo 2 (SARS-CoV-2, por sus siglas en inglés). Posterior a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declararía una emergencia sanitaria mundial que desestabilizaría naciones enteras¹.

Desde que fue descubierto en diciembre de 2019, el virus SARS-CoV-2 se ha esparcido alrededor del mundo, así como lo ha hecho la incertidumbre. Los estragos de la pandemia son inusitados, al igual que las secuelas sociales y psicológicas¹.

Las medidas de aislamiento y seguridad personal que forman parte de la respuesta sanitaria a la pandemia por COVID-19 han aumentado los sentimientos de desesperanza, temor y ansiedad en la población en general durante la cuarentena, siendo particularmente comunes en aquellos individuos vulnerables, como lo son las personas con condiciones físicas y/o mentales subyacentes¹.

Se ha descrito que la ansiedad y la depresión son los problemas psicológicos más comunes durante la gestación²; bajo este contexto, las mujeres embarazadas, como población vulnerable, pueden ser motivo de especial atención. Los debates recientes sobre COVID-19 y embarazo se han focalizado en los aspectos fisiológicos-terapéuticos, sin embargo, poco se sabe sobre el estado mental y las necesidades psicológicas de las mujeres embarazadas en torno a la situación sanitaria. Desde este punto de vista, el riesgo de las mujeres a sufrir ansiedad y/o depresión durante el periodo de gestación puede ser particularmente alto debido a las inquietudes inherentes a su condición y la del producto, como lo son la preocupación ante la transmisión vertical de la enfermedad.

Aunque existen estudios conclusivos que niegan la probabilidad de transmisión madre-feto³ del COVID 19, la incertidumbre que viven o vivieron las mujeres gestantes las ha obligado a tomar decisiones alternativas con respecto al cuidado prenatal y las formas de acceder a él, incluyendo los cuidados a la salud mental.

Es importante examinar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres gestantes y las implicaciones que esto conlleva.

II. Esquema de la investigación

2.1 Planteamiento del problema

La salud mental materna es un aspecto esencial que requiere minuciosa atención para preservar el bienestar de la madre y del producto. El embarazo es un estado en el que, naturalmente, el estrés puede tener consecuencias negativas para el feto y la madre, como el aborto, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, y baja puntuación Apgar al nacimiento. Además, la exposición a la depresión y la ansiedad durante el embarazo puede ocasionar cambios en los hábitos maternos, tales como la actividad física, el sueño y la nutrición, lo que traería a la vez alteraciones en el estado general materno y el desarrollo fetal⁴.

En 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclamó los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre los cuales la Salud y el Bienestar forman parte importante de las metas propuestas; en dicho apartado se hace énfasis en mantener y promover la salud materna alrededor del mundo⁵.

Antes de la pandemia ya se reconocía que en la atención prenatal se resta importancia a las necesidades psicológicas maternas, dejando de lado la identificación de síntomas de ansiedad y depresión durante la valoración inicial. A nivel internacional, se calcula que la prevalencia de estos estados emocionales durante el embarazo es del 27% y el 13% respectivamente⁶. En México la

prevalencia reportada antes de la pandemia fue de 47.3% para ansiedad y de 13.1% para depresión⁷.

Esta problemática puede haberse agudizado derivado del contexto singular que vivimos actualmente, pues se agregaron a ella otros factores que determinaron el estado psicológico de las futuras madres: la saturación de los servicios de salud, que dificulta las posibilidades de brindar los cuidados prenatales necesarios, la probabilidad de contagio y el aislamiento. Sin embargo, actualmente no se cuenta con estudios en la población mexicana que reporten la prevalencia en el contexto de la pandemia.

De este modo, es necesario identificar si estas alteraciones mentales han aumentado, y el cómo se comportan en un contexto con nuevas características y mayor incertidumbre. Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres gestantes que viven en la Ciudad de México, durante la pandemia por COVID-19?

2.2 Justificación

Las afecciones psicológicas son una causa común de comorbilidad durante el embarazo^(2,3). Esta situación se vio agudizada por la pandemia de COVID-19. La actuación médica mediante protocolos que no responden del todo a la naturaleza de las pacientes puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento óptimos, lo que a su vez puede traducirse en alteraciones en el proceso de la gestación, el parto y el puerperio, así como en la adaptación a la maternidad.

Las mujeres embarazadas son más propensas a desarrollar ansiedad o depresión durante esta pandemia debido a los cambios anatómicos y psicológicos por los que atraviesa naturalmente la gestación en sí misma. Estudios realizados en Canadá, reportaron un 37% de incidencia de síntomas clínicos de depresión y un 57% de síntomas relevantes de ansiedad en la población gestante durante la pandemia⁸.

Actualmente, existe poca información acerca del impacto psicológico que tiene la pandemia por COVID-19 en las mujeres embarazadas mexicanas. Esta investigación va dirigida a identificar la prevalencia de esta problemática.

2.3 Objetivos

General

Estimar los niveles de síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID-19 en gestantes residentes de la Ciudad de México.

Específicos

- Identificar la prevalencia de síntomas de ansiedad en mujeres gestantes.
- Identificar la prevalencia de síntomas de depresión en mujeres gestantes.
- Examinar la asociación entre los síntomas de ansiedad y síntomas de depresión en mujeres gestantes.
- Conocer las características de la atención prenatal durante la pandemia por COVID-19.

2.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres gestantes que residen en la Ciudad de México, durante la pandemia por COVID-19?

III. Marco conceptual

3.1 Valoración integral de la mujer en la atención prenatal

El cuidado prenatal es entendido como una serie de acciones sistematizadas empleadas para mantener a ambos, el feto y la madre, en el mejor estado de

salud posible de acuerdo con las circunstancias de la gestación⁹. Está encaminado a proporcionar las herramientas y la atención necesarias a la mujer embarazada para que realice su autocuidado y el de su bebé, llevando así un embarazo óptimo y seguro y que pueda culminar en un parto saludable. Una atención prenatal íntegra y eficaz contempla no sólo la atención y cuidados a las alteraciones fisiológicas propias del embarazo, sino que también engloba aspectos como la educación, la preparación para el parto, la salud sexual y la salud mental.

Aguilera y Soothill¹⁰ argumentan que el objetivo fundamental de los cuidados prenatales es conseguir un embarazo de evolución normal, el cual culmine con una madre y un recién nacido sanos.

Lo ideal es que el cuidado prenatal sea precoz, periódico y apropiado, y se inicie desde antes de que ocurra la concepción (cuidado preconcepcional)⁹. Sin embargo, se sabe que la tasa de embarazos no planeados a nivel mundial es alta, por lo cual las parejas no acuden en un tiempo adecuado para recibir cuidados preconcepcionales y/o prenatales. Esto priva en cierta parte al profesional sanitario de reducir los posibles riesgos que puedan presentarse durante la gestación.

Es importante tener conocimiento de la situación real de cada mujer embarazada, con el fin de detectar los posibles riesgos no solo obstétricos y clínicos, sino también psicosociales, involucrando a la mujer en la toma de decisiones, una vez informadas de manera adecuada e individualizada¹¹.

De acuerdo con la OMS¹², el número mínimo de consultas prenatales es ocho, teniendo su primer contacto en la semana 12 de la gestación. Las consultas posteriores se agendarán aproximadamente a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas. No obstante, otros autores^(9,10) señalan que la primera consulta debe realizarse idealmente antes de la décima semana de gestación, pues esto posibilita que la gestante sea captada de manera anticipada y se le brinde una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo

gestacional, además que permite la identificación temprana de riesgos y el tamizaje de posibles complicaciones.

Como primer paso para realizar los cuidados prenatales adecuados, se debe obtener la historia médica personal y reproductiva completa, la historia de salud de la pareja y las conductas de riesgo psicosocial. Se debe realizar un examen físico general y un examen ginecológico. También, se han de realizar exámenes de laboratorio según corresponda⁹.

Aunado a esto, la OMS¹³ también recomienda que se otorgue asesoramiento sobre alimentación sana y nutrición óptima, suplementación con hierro y ácido fólico, actividad física, consumo de sustancias, prevención del paludismo y de la transmisión del VIH, la vacunación contra el tétanos, lactancia materna, vida sexual, mediciones fetales (incluido el uso de ecografías) y recomendaciones sobre cómo tratar síntomas fisiológicos frecuentes en el embarazo como las náuseas o la lumbalgia. En cada consulta subsecuente, es importante llevar la monitorización clínica de la gestación, por lo que en cada nueva consulta se debe obtener información sobre la evolución del embarazo a partir de la consulta previa, realizar exploraciones y pruebas complementarias e informar a la gestante de sus resultados y actualizar la clasificación del riesgo perinatal¹³. Se deben actualizar las intervenciones relativas a la promoción de la salud de acuerdo con la situación específica de cada gestante.

3.2 Ansiedad y embarazo

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, que hace referencia a un estado de agitación o inquietud del ánimo como una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de signos somáticos: se trata de una respuesta adaptativa que se experimenta en mayor o menor medida, de forma cotidiana, y que ayuda a preparar al organismo para responder a ciertas exigencias de la vida¹⁴. La ansiedad es una emoción común y universal¹⁵.

Una proporción significativa de mujeres experimentan signos y síntomas de ansiedad excesiva durante algún momento de su vida, a tal punto que ésta puede interferir con el funcionamiento fisiológico, psicológico y social. El trastorno de ansiedad tiene un curso crónico en las mujeres. En ellas, es más difícil que remita o se cure por sí mismo, y en su curso clínico es más común que presenten recaídas¹⁶. Anteriormente, se afirmaba que el embarazo detenía o disminuía la expresión de este trastorno; hoy se sabe que no es así y que, por el contrario, el embarazo podría agudizar ciertas condiciones de ansiedad preexistentes en la mujer gestante, o incluso ser el detonante para ellas.

Durante el embarazo, los niveles de ansiedad pueden aumentar a causa de diversos factores que escapan al control de la mujer embarazada: la salud de su bebé, el momento del parto, las condiciones de su entorno familiar y social, la situación económica, violencia intrafamiliar, etc¹⁶.

Por otro lado, Pérez y colaboradores¹⁷ encontraron que la prevalencia de los trastornos de ansiedad durante la gestación es relativamente elevada. En México, aunque no existen muchos estudios concluyentes al respecto, es importante tener en cuenta los factores que pueden predisponer a las mujeres gestantes a presentar un trastorno de ansiedad.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales¹⁸, se consideran criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada: a) Ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses; b) Dificultad para controlar la preocupación; c) La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los síntomas siguientes: inquietud o sensación de estar atrapado, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño; d) La ansiedad causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; e) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica; f) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Los trastornos de ansiedad pueden detonar otros padecimientos para la gestante, su compañero y toda la familia; interfieren con la posibilidad de que goce de su embarazo y la relación con su bebé, y afectan negativamente su calidad de vida. Por desgracia, el grave impacto de los trastornos de ansiedad frecuentemente es minimizado por el personal de salud, pues tiende a considerarse como algo que está bajo el control de la paciente con sólo poseer fuerza de voluntad para controlar esos temores o preocupaciones¹⁹.

Existe evidencia de que la ansiedad durante la gestación se puede asociar con algunas alteraciones morfológicas en el producto²⁰, como bajo peso al nacer y cambios en la actividad y desarrollo del feto²¹. Los trastornos de ansiedad también dan lugar a modificaciones en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé a futuro²²; el niño puede ser mucho más ansioso²³, así como presentar signos de hiperactividad²⁴.

En cifras, un estudio realizado por Díaz y Amato²⁵ durante 2013 en Venezuela, encontró que el 39.8% de las embarazadas presentó ansiedad menor y 27.5% ansiedad mayor, lo cual traduce que 67.3% de las embarazadas tuvo algún nivel de ansiedad. También se puede mencionar el estudio de Heron et al.²⁶ realizado en 2004, en el cual se registró, en una población de mujeres gestantes nativas de Inglaterra, que el 21.9% presentaba signos clínicos de ansiedad. Por su parte, Sutter²⁷ también en 2004, identificó que, de una muestra de 497 embarazadas, el 24.1% tenía un trastorno de ansiedad.

Por otra parte, en 512 pacientes que asistieron a dos clínicas obstétricas, se encontró una prevalencia de 2.5% de trastorno de pánico durante el tercer trimestre de la gestación^(28,29). Otro estudio en Taiwán encontró un mayor riesgo de tener parto prematuro si la mujer había tenido episodios de pánico durante el embarazo³⁰.

En México podemos recopilar los siguientes datos. Esquinca³¹ realizó un estudio que incluía embarazadas de bajo y alto riesgo; en él, determinó que el 71.4% del grupo de mujeres con embarazo de alto riesgo cursaba con ansiedad, y el 35% de

las mujeres con embarazo de bajo riesgo también la presentaban. Así mismo, en un análisis que se llevó a cabo por grupos etarios de mujeres embarazadas en una Unidad de Medicina Familiar del Seguro Social durante 2013, la prevalencia de ansiedad fue la siguiente: en el grupo de 12 a 19 años, 41%; en el de 20 a 29 años, 46%; en el de 30 a 34 años, 76%; y en el de 35 a 39 años, 46%³².

Recientemente se encuentra el estudio realizado por Luna y Castañeda⁷ en mujeres gestantes que frecuentaron un hospital público de la Ciudad de México durante agosto a diciembre de 2018, en las cuales se encontró que el 47.3% presentaba síntomas moderados a severos de ansiedad ($\bar{X} = 7.39$, $SD = 5.04$).

3.3 Depresión y embarazo

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, culpa y desesperanza persistentes, a los que en ocasiones pueden añadirse signos somáticos como el insomnio, la pérdida del apetito y el auto-abandono. Ha sido descrita como un trastorno mental que altera el estado anímico, la conducta y los pensamientos del individuo que la padece³³.

Se ha señalado que el embarazo, por sí mismo, representa un estado de bienestar físico y emocional que provee protección a la mujer contra las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, en algunas mujeres, la gestación puede aumentar la vulnerabilidad a desarrollar alteraciones psiquiátricas como la depresión. Se ha encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos, o recaídas en una depresión preexistente³⁴.

Es sabido que el embarazo, a nivel sociocultural, también hace alusión a un estado de volubilidad emocional que tiende a normalizar ciertas conductas que, en otras instancias, podrían catalogarse como patológicas. Los cambios propios de la gestación pueden hacer difícil el diagnóstico de depresión: disminución o aumento del apetito, alteraciones del sueño, fatiga, etc. Se debe considerar que la depresión es un trastorno de etiología multifactorial, y que en su desarrollo hay que tener en cuenta los factores de origen biológico, psicológico y social.

En lo competente a los factores biológicos, se ha sugerido que, en algunas mujeres, la presencia de anticuerpos antitiroideos puede contribuir a una baja de la hormona tiroidea en la sangre y, en consecuencia, producir una disminución del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio¹⁶. Estas pacientes suelen requerir vigilancia más estrecha puesto que, debido a estas condiciones subyacentes, corren un mayor riesgo de presentar cuadros depresivos que pueden exacerbarse.

Así mismo, Maldonado y Lartigue¹⁶ sugieren que los factores psicológicos abarcan desde el antecedente de depresión y otros trastornos psiquiátricos, hasta historia de abuso sexual, físico o emocional, consumo de sustancias psicoactivas, pérdidas tempranas, exposición a altos niveles de estrés y violencia intrafamiliar.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales¹⁸, el trastorno depresivo mayor cuenta con los siguientes criterios diagnósticos: a) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante del interés o el placer por las actividades, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo; b) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; c) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Actualmente, se ha encontrado que la relación entre depresión y embarazo está estrechamente ligada al entorno inmediato de la gestante, más que a factores biológicos o propios del embarazo. El embarazo no planificado o no deseado, embarazo en la adolescencia, maternidad monoparental, tener otros hijos, conflictos de pareja, no contar con apoyo social, bajo nivel de escolaridad y bajo

nivel socioeconómico son algunos de los factores sociales que influyen notoriamente sobre la salud mental de las embarazadas¹⁶.

Existen estudios como el de Martínez y Jácome³⁴ que han demostrado que la depresión, similar a la ansiedad durante el embarazo, aumenta el riesgo de trabajo de parto pretérmino, altera el neurodesarrollo fetal, puede dar lugar a neonatos con una baja puntuación Apgar y bajo peso al nacer. En la mujer embarazada, la depresión se asocia con una pobre alimentación, mala higiene y deficientes cuidados prenatales.

En cuanto a estadísticas, es sabido que la depresión durante la gestación alcanza una prevalencia de hasta el 13%³⁵, y se ha estimado que el 5% de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América sufre depresión mayor¹⁶.

En Colombia, acorde a un análisis realizado por Borda et al.³⁶ la presencia de depresión durante el embarazo osciló alrededor del 19%; en contraste, se registró una prevalencia del 40.1% en Perú³⁷, y del 30.7% en México durante 2009³⁸. Según otra investigación, realizada por Díaz et al.³⁹ en mujeres gestantes de un hospital materno-infantil de Venezuela, 29.7% de las mujeres presentó depresión menor, 16.9% depresión moderada y 19.4% presentó un cuadro de depresión severa.

A nivel nacional, se cuenta con un estudio realizado a mujeres derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a una Unidad Médico-Familiar en Jalisco, México, durante noviembre de 2009 a agosto de 2010; en el estudio se identificó, de acuerdo a grupos etarios, que en el grupo de 12 a 19 años, 75% de las mujeres sufrían depresión; en el de 20 a 29 años, 74%; en el de 30 a 34 años, 65%; y en el de 35 a 39 años, 31%³².

Según datos más recientes obtenidos en la investigación realizada por Luna et al.⁷ en un hospital público de la Ciudad de México, 20.3% de una muestra de 716 mujeres embarazadas resultó positivo para el tamizaje de síntomas de depresión ($\bar{X} = 4.19$, $SD = 3.35$).

3.4 Embarazo: cambios hormonales y afectivos asociados a la salud mental

Durante el periodo gestacional, los niveles de estrógenos y progesterona se ven aumentados⁴⁰, condición que puede predisponer a la mujer a sufrir alteraciones en sus dimensiones cognitivo-afectivas, reportando cambios de humor e inestabilidad emocional^(41,42,43). Existen estudios en los que se asocia a estos cambios hormonales con alteraciones en la fisiología y la estructura cerebral^(16,44), afectando las funciones de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina^(45,46).

Respecto a esto, Bowen et al.⁴⁷ realizó un estudio en el que comparó los niveles de inestabilidad mental entre mujeres embarazadas y mujeres que no lo estaban, encontrando que las mujeres gestantes experimentaban mayores variaciones en su estado ánimo a comparación de aquellas mujeres que no se encontraban cursando un periodo de gestación. Emociones como la depresión, la irritabilidad, la euforia y la ansiedad se encontraban dentro de las alteraciones afectivas con mayor fluctuación.

IV. Revisión de la literatura

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos ELSEVIER, EBSCO host, PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Dialnet, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal (Redalyc), MEDLINE, Nursing and Allied Health y ScienceDirect con las siguientes palabras clave: embarazo, ansiedad, depresión, estrés, salud mental, trastornos afectivos, psiquiatría, COVID-19, prenatal, perinatal. Se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): embarazo, ansiedad, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de adaptación, infecciones por Coronavirus, salud mental, atención prenatal, atención perinatal. En inglés se utilizaron: pregnancy, anxiety, depression, stress, coronavirus infections, SARS-CoV-2, mental health.

4.1 Ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19

En la situación actual de confinamiento global, la mayoría de las personas están expuestas a situaciones estresantes sin precedentes y de duración desconocida, mientras que la angustia psicológica ha ido aumentando entre los seres humanos. A medida que la pandemia del coronavirus se extiende rápidamente por todo el mundo, provoca un grado considerable de estrés en la población y en ciertos grupos particulares: adultos mayores, proveedores de atención y personas con afecciones de salud subyacentes¹.

Las personas están angustiadas por los efectos del virus en la salud y las consecuencias del aislamiento; muchas tienen miedo a enfermarse y morir, o a perder amigos y familiares. Millones de personas se enfrentan a dificultades económicas al haber perdido sus empleos, o porque han dejado de ser una fuente de ingresos segura. La desinformación, los rumores frecuentes sobre el virus y la incertidumbre son motivo común de ansiedad y depresión, las cuales, actualmente, son las enfermedades mentales más frecuentes entre la población mundial⁴⁸. Se estima que la economía global pierde alrededor de un billón de dólares estadounidenses cada año debido a problemas de salud pública como la depresión y la ansiedad⁴⁹.

Un estudio realizado mediante la aplicación de distintas escalas para evaluar los niveles de ansiedad y depresión a 1210 habitantes de 194 ciudades de China, mostró que, durante esta pandemia, el 53.8% de los participantes sufría de un impacto psicológico moderado o severo y más específicamente, 16.5% presentaba síntomas depresivos, 28.8% síntomas de ansiedad, y el 8.1% experimentaba niveles de estrés considerables. La mayoría de los participantes (84.7%) pasaban 20 a 24 horas al día en casa, y el 75.2% se encontraba viviendo estados depresivos y de excesiva preocupación debido a que sus familiares y amigos pudiesen adquirir COVID-19⁵⁰.

En lo que a México respecta, durante abril de 2020, el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad (EQUIDE), perteneciente a la Universidad Iberoamericana, llevó a cabo una encuesta a nivel nacional en la que se investigó la prevalencia de ansiedad y depresión en la población mayor de 18 años. Como resultado de esto, se obtuvo que 32.4% presentaba síntomas severos de ansiedad y estos se manifestaron mayormente en mujeres (19.6%), siendo que en los hombres la prevalencia fue menor (12.8%). En cuanto a la depresión, se reportó que 27.2% de los encuestados presentó síntomas relevantes de depresión, y éstos se manifestaron más en mujeres (34.1%) que en hombres (21.9%)⁵¹.

4.2 Ansiedad y depresión en las mujeres gestantes durante la pandemia por COVID-19

Durante una situación tal como lo es una pandemia, las mujeres en estado de gestación resultan más vulnerables al decline de su salud mental⁵².

La crisis que se vive con el COVID-19 ha generado que en las mujeres gestantes se detonen o agudicen sentimientos de incertidumbre, ansiedad y temor. Además, se ha visto incrementado el riesgo de trastornos de salud mental debido a la escasa evidencia sobre los posibles efectos de la enfermedad y sus tratamientos durante el embarazo⁵³; es importante añadir a estas cuestiones que las mujeres han tenido que adaptarse a las limitaciones sociales que han sido implementadas hoy en día en clínicas y hospitales, como la reducción en las visitas perinatales y la restricción del acompañamiento a las mismas.

Existe evidencia de que las emergencias sanitarias surten efectos negativos sobre la salud mental de las mujeres embarazadas, ya sea que desaten un problema inicial o acentúen una condición que estaba presente desde antes. La pérdida de empleo, el distanciamiento social, el estrés psicológico y económico repercuten directamente en la salud mental de las gestantes. King et al.⁵⁴ añadieron que el estrés traído por la pandemia y las desigualdades sociales y económicas que se viven en cada contexto son también factores detonantes para presentar

sintomatología ansiosa y depresiva. Existen reportes en los que se describe a la violencia intrafamiliar como una situación añadida a la cuarentena⁵⁵.

Aunque la evidencia con la que se cuenta se centra en el segundo y tercer trimestres del embarazo, Morris et al.⁵⁶ realizaron una investigación centrada en conocer la prevalencia de síntomas ansiosos en mujeres con menos de 10 semanas de gestación. En los resultados obtenidos se evidenció que la ansiedad aumentaba en aquellas mujeres más jóvenes, con menor educación y menos ingresos, así como en aquellas que se encontraban sin pareja en el momento; se describió que los ingresos económicos altos figuraron como factor protector para presentar síntomas de ansiedad. Desde otra perspectiva, cuestiones como haber tenido experiencias estresantes en relación al COVID-19 (pérdida de empleo, dificultades para pagar sus arrendamientos, pérdida de alguien cercano, etc.) aumentaron la severidad de los síntomas de ansiedad. En dicha investigación, se identificó que 12.6% de las mujeres entrevistadas presentaron ansiedad en un nivel moderado a severo.

Como ya se mencionó, aunque no se cuenta con una amplia variedad de estudios, existe evidencia de que el estado psicológico de las mujeres gestantes se encuentra alterado debido a la situación que se presenta⁵⁷. Investigaciones reportan haber encontrado un aumento en la ansiedad y depresión clínicas. Según Brik et al.⁵⁸, acorde a su estudio realizado con pacientes embarazadas en un hospital de Barcelona, España, durante la pandemia, se encontró que la prevalencia de síntomas de depresión fue mayor en el primer y segundo trimestres de la gestación; por otra parte, respecto a los síntomas de ansiedad, no se encontraron diferencias extraordinarias. También se encontraron casos de mujeres que interrumpieron los cuidados prenatales por miedo a contraer la enfermedad durante las visitas de rutina. Las madres se sienten ansiosas por el impacto de la COVID-19, el control de la epidemia, la actividad al aire libre y el contacto de persona a persona⁵⁹.

Respecto a la sintomatología de depresión, en China se han obtenido reportes que indican que antes y después de la pandemia por COVID-19, el índice depresivo de

las mujeres en el tercer trimestre de gestación aumentó de un 26% a un 29.6% respectivamente, indicando un aumento del 3.6% después de que la pandemia fuese anunciada⁶⁰. Por otro lado, Hu et al.⁶¹ en su estudio para identificar la prevalencia de depresión durante la pandemia, así como su correlación con las diferentes etapas del embarazo, dieron con que 13.6% de su muestra perteneciente al primer trimestre de embarazo presentaron síntomas relevantes de depresión; 10.8% del segundo trimestre y 9.7% del tercer trimestre.

En Suiza, Chung y Andersson⁵⁷ investigaron el estado mental de 470 mujeres embarazadas, encontrando que el 43.2% de ellas reportaron depresión (Escala Edinburg para Depresión Postnatal, EPDS ≥ 13), 25.7% dieron sintomatología de ansiedad moderada a severa (Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, GAD-7 ≥ 10), y 23.7% presentaban una reacción emocional estresante en respuesta a la pandemia (Escala Revisada del Impacto del Evento Estresante, IES-R ≥ 33).

Mientras tanto, otro estudio elaborado en Canadá reveló que 37% de las participantes tenían síntomas de depresión clínicamente relevantes (EPDS ≥ 13), y 56.6% presentaron síntomas de ansiedad de moderada a severa. Tanto para la depresión como para la ansiedad, los eventos relacionados más importantes fueron el aislamiento social y el no recibir la atención prenatal necesaria. Los investigadores también concluyeron que los resultados obtenidos son altos en comparación con sus registros previos a la pandemia⁸.

Desde otra perspectiva, en Turquía se llevó a cabo una investigación que arrojó los siguientes resultados: la prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres embarazadas durante la pandemia fue de 64.5% y 56.3% respectivamente. Estas cifras se encontraron estrechamente vinculadas con la cantidad de información que poseían las mujeres acerca del COVID-19, sus visitas perinatales y otras características sociodemográficas (escolaridad, ingresos, edad, etc.)⁶². Otro estudio realizado por Durankus et al.⁶³, también en Turquía, identificó que 35.4% de las mujeres embarazadas presentaron un puntaje mayor a 13 en la Escala Edinburg para Depresión Postnatal.

En Inglaterra, los investigadores evaluaron a las participantes durante la pandemia y hallaron que el 21.1% presentaron niveles nulos a mínimos de ansiedad, 35.6% nivel bajo de ansiedad, 21.6% niveles moderados y el 21.7% ansiedad severa. Concluyeron que hubo un aumento de la prevalencia durante la pandemia comparando con sus registros antes del brote de COVID-19⁶⁴. Filippetti et al.⁶⁵, encontraron en su estudio realizado en 150 mujeres del Reino Unido que 47% de la muestra presentaba síntomas depresivos, y 60% presentaba un nivel de ansiedad para tener en cuenta.

En Grecia se estudió a la población gestante durante los primeros días de aislamiento y, a través de la aplicación del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) se hallaron niveles más altos de ansiedad estado (40.9% en el nivel de ansiedad leve, 27.5% en ansiedad moderada y 9.7% en ansiedad alta) a diferencia de la ansiedad rasgo (34.6% en el nivel de ansiedad leve, 10.8% en ansiedad moderada y 1.9% en ansiedad alta). También se halló que el 14.9% de la muestra evidenció depresión durante la primera fase de aislamiento⁶⁶.

Por otra parte, se ha encontrado evidencia de que las mujeres embarazadas se encuentran preocupadas a consecuencia de la pandemia. Orsolini⁶⁷ en Italia encontró una prevalencia de depresión del 45.7%, ligado a que 27.1% de las participantes obtuvieron puntajes relevantes en la *Fear of COVID 19 Scale* (FCV-19-S). De igual forma, reportó que aquellas mujeres que obtuvieron puntajes relevantes en la FCV-19-S, también lo hicieron para la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) y la EPDS. Una correlación estadísticamente significativa fue identificada entre los puntajes de la FCV-19-S y la EPDS, y entre la CAS y la EPDS. Lo mismo ocurrió en Canadá durante 2022, donde se encontraron prevalencias del 41.9% para ansiedad y 29.5% para depresión, encontrando que un puntaje más alto para la escala de ansiedad estaba asociado a un puntaje igualmente elevado para la escala de depresión (EPDS) y los puntajes obtenidos en la escala referente al miedo relacionado al COVID-19 (FCV-19-S)⁶⁸.

Desde otra perspectiva, las mujeres embarazadas han manifestado sentirse inquietas respecto a la atención prenatal, con alrededor del 68% de ellas aceptando sentirse preocupadas respecto al contagio al acudir a sus consultas prenatales⁽⁶⁹⁾.

V. Metodología

5.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal.

5.2 Universo y muestra

El universo se conformó por mujeres gestantes que vivían en la Ciudad de México y se empleó una muestra por conveniencia de 103 mujeres embarazadas.

5.3 Criterios de selección de la muestra

5.3.1 Criterios de inclusión

Estar embarazada, tener más de 18 y menos de 45 años de edad, capaces de leer y escribir español, vivir en la Ciudad de México, llenado del consentimiento informado.

5.3.2 Criterios de exclusión

No estar embarazada, tener menos de 18 o más de 45 años, vivir fuera de la Ciudad de México, no leer ni escribir español, no aceptar el consentimiento informado.

5.3.3 Criterios de eliminación

Respuesta incompleta a los instrumentos del estudio.

5.4 Hipótesis

H₁: Las mujeres embarazadas presentan síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID-19.

H₂: La severidad de los síntomas de ansiedad es proporcional a la severidad de los síntomas de depresión.

H₃: La presencia de síntomas de ansiedad se relaciona a la presencia de síntomas de depresión.

5.5 Operacionalización de variables

5.5.1 Variables sociodemográficas

Variabes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador
Edad	Cantidad de años cumplidos desde el nacimiento a la actualidad.	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento.	Cuantitativa.	Dato crudo.
Lugar de residencia	Zona donde se encuentra el hogar establecido del individuo.	Alcaldía de la Ciudad de México donde reside el individuo.	Cualitativa, nominal.	<ul style="list-style-type: none">• Álvaro Obregón• Azcapotzalco• Benito Juárez• Coyoacán• Cuajimalpa de Morelos• Cuahútemoc• Gustavo A. Madero• Iztacalco• Iztapalapa• Magdalena Contreras• Miguel Hidalgo

- Milpa Alta
- Tláhuac
- Tlalpan
- Venustiano Carranza
- Xochimilco

Trimestre de embarazo	de	Medición que divide en periodos de tres meses la duración total del embarazo.	Número de meses de embarazo transcurridos al momento de la aplicación del instrumento.	Cualitativa nominal.	1: 1 a 3 meses 2: 4 a 6 meses 3: 7 a 9 meses
Semanas de embarazo	de	Medición que divide en periodos de una semana (siete días) la totalidad de la duración del embarazo (40 semanas o nueve meses).	Número de semanas de embarazo cumplidas hasta el momento de la aplicación del instrumento.	Cuantitativa.	Dato crudo.
Presencia de hijos	de	Persona considerada en relación por haber sido concebido, gestado y nacido por la madre.	Si tiene hijos que hayan nacido anteriormente.	Cualitativa nominal.	1: sí 2: no
Número de otros hijos	de	Número de hijos que la mujer haya concebido en cualquier etapa de su vida, nacidos vivos aunque hayan fallecido después del nacimiento.	Número de hijos nacidos vivos y que se encuentren con vida hasta el momento de la aplicación del instrumento.	Cuantitativa.	Dato crudo.

Pareja	Estado social que posiciona a una persona como soltera o en una relación romántica.	Si se encuentra soltera o cuenta con una pareja sentimental.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: no
Trabajo	Situación laboral en la que se encuentra el individuo que lo denomina empleado o desempleado.	Si cuenta con un oficio o profesión que realice regularmente y le otorgue una retribución económica.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: no
Ingreso mensual	Incremento de los recursos económicos que presenta una organización, una persona o un sistema contable, y que constituye un aumento del patrimonio neto de los mismos.	Cantidad de ganancia monetaria que percibe una persona al mes.	Cuantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 4000 pesos • De 4000 a 6000 pesos • De 6000 a 8000 pesos • De 8000 a 10000 pesos • Más de 10000 pesos
Escolaridad	Periodo en el que una persona acude a la escuela para continuar sus estudios.	Grado académico máximo concluido hasta el momento de la aplicación del instrumento.	Cualitativa, nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Universidad • Ninguna
Enfermedades concomitantes	Ocurrencia de uno o más problemas de salud que conviven en el mismo individuo.	Si padece de alguna enfermedad inherente al embarazo, de desarrollo preconcepcional o de reciente adquisición.	Cualitativa, nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes • COVID-19 • Ninguna • Otra

Vacunación para COVID-19	Estado de inmunidad adquirida para COVID-19.	Si ha recibido la vacuna, presenta un esquema incompleto o no ha recibido ninguna dosis.	Cuantitativa.	1: una dosis 2: dos dosis 3: ninguna dosis
¿Vive alguna situación que considere afecta su salud mental?	Situación que vive la mujer gestante en su vida cotidiana o de manera regular y que pueda afectar directa o indirectamente su estado mental y/o emocional.	Estímulos negativos que pueda recibir la mujer durante su periodo gestacional y que puedan afectarle psicológicamente.	Cualitativa, nominal.	Dato crudo.
Características de la atención prenatal durante la pandemia				
Control prenatal	Citas programadas para el control y la vigilancia del embarazo.	Si recibe atención médica regular centrada en la salud materna y fetal.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: no
¿Visitas regularmente el hospital o la clínica para el seguimiento de tu embarazo?	-	Si realiza visitas continuas al hospital o clínica para el seguimiento del embarazo.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: no
¿Sientes incomodidad al visitar el hospital o la clínica para el seguimiento de tu embarazo?	-	Si experimenta incomodidad durante sus visitas de control prenatal.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: a veces 3: no
¿Sigues las normas de protección personal al visitar el hospital o la clínica?	-	Si porta cubrebocas y/u otros aditamentos cuando acude a sus citas de control prenatal, para evitar la propagación del COVID-19.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: a veces 3: no

¿Sigue su médico, enfermera o partera las medidas de aislamiento adecuadas durante sus visitas?	Si el personal que la atiende durante sus consultas porta correctamente el equipo de protección personal para evitar la propagación del COVID-19.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: a veces 3: no
¿Cuenta con información acerca de los efectos del COVID-19 durante el embarazo?	Si conoce/posee información sobre el COVID-19 y sus posibles efectos durante la gestación.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: no
¿Le da su médico, enfermera o partera información detallada sobre los efectos del COVID-19 en la salud materna y fetal?	Si el personal médico y/o de enfermería que la atiende durante sus consultas le brinda información sobre el COVID-19 y el embarazo.	Cualitativa, nominal.	1: sí 2: no

5.5.2 Variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador
Síntomas de ansiedad	Conjunto de síntomas que se caracterizan por alteraciones somáticas y psíquicas, que pueden originarse como una respuesta adaptativa que se agudiza hasta interferir con la vida cotidiana del individuo.	Se evaluó mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Contiene dos subescalas (depresión y ansiedad) de siete ítems cada una. Las opciones de respuesta son tipo Likert, las cuales se puntúan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y máximo de 21 para cada subescala.	Ordinal.	No existen síntomas de ansiedad (0 a 7). Síntomas leves a moderados de ansiedad (8 a 10). Síntomas severos de ansiedad (≥ 11).
Síntomas de depresión	Conjunto de síntomas de predominio afectivo, caracterizados por el sentimiento de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño y/o del apetito, fatiga y falta de concentración.	Se evaluó mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Contiene dos subescalas (depresión y ansiedad) de siete ítems cada una. Las opciones de respuesta son tipo Likert, las cuales se puntúan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y máximo de 21 para cada subescala.	Ordinal.	No existen síntomas de depresión (0 a 7). Síntomas leves a moderados de depresión (8 a 10). Existen síntomas severos de depresión (≥ 11).

5.6 Recolección de la información

Los datos se recolectaron durante el periodo de abril a mayo de 2022, a través de: 1) una ficha de identificación que evaluó datos sociodemográficos e información sobre las características de la atención prenatal durante la pandemia⁶² y 2) la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS por sus siglas en inglés) para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. El instrumento se vació en un formulario de Google y las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio a través de redes sociales; así mismo se realizó una invitación directa y la entrega de un cuestionario en físico a aquellas que aceptaron participar presencialmente.

5.6.1 Instrumento

Para realizar el tamizaje de ansiedad y depresión, se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión creada por Zigmond y Snaith (1983), la cual identifica y mide síntomas de ansiedad y depresión. Se trata de un instrumento autoaplicado, conformado por 14 ítems que consideran dimensiones cognitivo-afectivas, y que omite los aspectos somáticos de los padecimientos⁷⁰.

La HADS se divide en dos subescalas, una para evaluar síntomas de ansiedad (ítems impares: 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13) y otra para evaluar síntomas de depresión (ítems pares: 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14).

Los ítems se miden a través de una escala tipo Likert con opciones que van de cero a tres, cuya sumatoria da un puntaje total mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 por cada subescala. Los ítems 2, 4, 6, 7, 9, 12 y 14 presentan valores invertidos que se transforman para su análisis, de manera que una mayor puntuación total indica una mayor presencia de síntomas emocionales.

La categorización de la severidad de los síntomas se ordena según los puntos de corte: de cero a siete reflejan la ausencia de ansiedad y/o depresión, de ocho a diez indica que existen síntomas leves a moderados (posible caso), y del 11 al 21

apuntan a la presencia de sintomatología médica relevante/severa de ansiedad y/o depresión clínica (caso)⁷¹.

5.7 Validez y confiabilidad

La traducción al español del instrumento y su validación inicial fue realizada por Tejero, Guimerá, Farré y Peri⁷², quienes registraron un coeficiente alfa Cronbach de .81 para la subescala de ansiedad y un coeficiente alfa Cronbach de .82 para la subescala de depresión. A través de diversos estudios^(73,74) la escala ha mostrado su validez y confiabilidad para establecer diagnósticos y medir la severidad de los mismos. En México, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión ha sido validada en mujeres embarazadas^(75,7).

Se utilizó la traducción de Villegas⁷⁵ para mujeres mexicanas embarazadas y en puerperio, la cual mostró un Alfa de Cronbach de 0.80, mientras que respectivamente en sus subescalas obtuvo un coeficiente de 0.71 para ansiedad y de 0.70 para depresión.

Más recientemente, la HADS fue validada por Luna et al.⁷ en mujeres embarazadas residentes de la Ciudad de México durante 2018, que a través de un análisis de factor exploratorio reportó una estructura bifactorial (factor uno: ansiedad, factor dos: depresión), la cual explicó el 53% de la varianza con una correlación positiva ($r = 0.36$). Respecto a la estructura global ($\alpha = 0.81$) y por factor (ansiedad: $\alpha = 0.79$; depresión: $\alpha = 0.79$), se encontró que esta fue aceptable. Por otro lado, el análisis de factor confirmatorio mostró un ajuste formidable.

Para este estudio, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión reportó un Alfa de Cronbach de 0.88 ($\alpha = 0.88$); mientras que por factor se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.84 para la subescala de ansiedad y 0.73 para la subescala de depresión.

5.8 Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron procesados a través del paquete estadístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 26 en español. Se realizó el análisis descriptivo con medidas de tendencia central para variables continuas, mientras que se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman para determinar la relación entre la severidad de los signos de ansiedad y los signos de depresión de acuerdo con el puntaje obtenido en cada subescala.

5.9 Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁷⁶, apelando al título segundo: “De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos”; Capítulo I: “Disposiciones Comunes”; Artículo 13: durante este estudio se buscó en primera instancia la protección a la dignidad, individualidad, los derechos y el bienestar del sujeto de estudio. Artículo 14, Apartado V: se solicitó el debido consentimiento informado a cada mujer embarazada, previa explicación de los propósitos, procedimientos y posibles riesgos del estudio, los cuales se encontraban también de manera escrita en el documento. Artículo 16: se protegió la privacidad de cada una de las participantes, manteniendo cada encuesta en el anonimato. Los datos obtenidos fueron compartidos exclusivamente con el equipo de trabajo de la investigación y no se identificó directamente a ninguna mujer. Los resultados fueron procesados de manera conjunta y no individualmente para su posterior manejo.

Artículo 17, Apartado I: el presente trabajo fue catalogado como “Investigación sin riesgo”, ya que los métodos utilizados para su realización respondieron a técnicas documentales (cuestionarios) y no se realizó ninguna clase de intervención sobre las participantes.

VI. Resultados

6.1 Caracterización de la muestra

La muestra se conformó por 103 mujeres embarazadas que se encontraron en un rango de 18 a 41 años de edad, de las cuales el 5.8% reportó estar cursando el primer trimestre de embarazo, 23.3% se encontraban en el segundo trimestre, y el 70.9% en el tercer trimestre de gestación. De acuerdo con las semanas de gestación, lo mínimo reportado fueron 8 y lo máximo 40 ($\bar{X} = 29.7$). Las participantes procedían de las 16 alcaldías de la Ciudad de México, la delegación Álvaro Obregón obtuvo mayor número de participantes (10.9%), mientras que la zona de menor número fue Milpa Alta (1%).

Del total de la muestra, 54.4% de las gestantes reportaron tener otros hijos y 45.6% de ellas cursaban su primer embarazo; por otro lado, la mayoría de ellas (87.4%) tenía pareja para el momento de la aplicación del instrumento, mientras que el 12.6% eran solteras. El 40.8% de las mujeres embarazadas desempeñaban alguna clase de trabajo, por el contrario, 59.2% se encontraba desempleada o dependía económicamente de alguien más. Los ingresos mensuales de cada mujer variaron desde menos de 4000 pesos (43.7%) hasta más de 10000 pesos (6.8%). La mayoría refirieron tener estudios hasta la preparatoria (48.5%), seguido por universidad (14.6%), secundaria (32%), primaria (3.9%) y ninguna escolaridad (1%). El 84.5% de ellas mencionó no sufrir enfermedades concomitantes en su embarazo; del 15.5% que reportaron alguna condición médica subyacente durante la gestación, además de hipertensión arterial (3.9%) y diabetes (5.8%), en la opción de "otras" (5.8%) se encontró la presencia de patologías que no figuraban en la lista de respuestas, tales como hipotensión, hipotiroidismo y trombosis.

Respecto a la vacunación, el 81.6% de las participantes recibió al menos dos dosis de vacuna contra el COVID-19, 11.7% recibió una y el resto de ellas (6.8%) no había recibido ninguna dosis (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra.

$n = 103$

Variable de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Media y DS	
	26.7 ± 6.37	
Mínimo	18	
Máximo	41	
Alcaldía de residencia		
Álvaro Obregón	11	10.9
Benito Juárez	3	2.9
Coyoacán	3	2.9
Cuajimalpa de Morelos	6	5.8
Cuauhtémoc	10	9.7
Gustavo A. Madero	9	8.7
Iztacalco	10	9.7
Iztapalapa	10	9.7
Magdalena Contreras	6	5.8
Miguel Hidalgo	6	5.8
Milpa Alta	1	1.0
Tláhuac	3	2.9
Tlalpan	9	8.7
Venustiano Carranza	10	9.7
Xochimilco	6	5.8
Trimestre de embarazo		
1 a 3 meses	6	5.8
4 a 6 meses	24	23.3
7 a 9 meses	73	70.9
Semanas de gestación	Media y DS	
	29.7 ± 7.83	
Mínimo	8	
Máximo	40	
¿Tiene más hijos?		
Sí	56	54.4
No	47	45.6

Pareja		
Sí	90	87.4
No	13	12.6
Trabajo		
Sí	42	40.8
No	61	59.2
Ingreso mensual		
Menos de 4000 pesos	45	43.7
De 4000 a 6000 pesos	32	31.1
De 6000 a 8000 pesos	14	13.6
De 8000 a 10000 pesos	5	4.9
Más de 10000 pesos	7	6.8
Escolaridad		
Primaria	4	3.9
Secundaria	33	32
Preparatoria	50	48.5
Universidad	15	14.6
Ninguna	1	1
Enfermedades concomitantes		
Hipertensión arterial	4	3.9
Diabetes	6	5.8
COVID-19	0	0
Ninguna	87	84.5
Otra	6	5.8
Vacunación COVID-19		
Una dosis	12	11.7
Dos dosis	84	81.6
Ninguna	7	6.8

Aunado a lo anterior se indagó acerca de si las participantes consideraban que vivían alguna situación que afectara su salud mental. La mayoría de las participantes respondió de manera negativa o prefirió omitir su respuesta (82.6%). No obstante, se obtuvieron respuestas afirmativas (17.4%), refiriendo situaciones

como: estrés postraumático, falta de empleo, temor, tristeza constante, desesperación, pérdidas perinatales en embarazos anteriores (aborto, óbito, mortinato), embarazo no planeado, productos prematuros en embarazos anteriores, cambios de humor repentinos, amenaza de aborto, problemas familiares, pérdida de la pareja, muerte reciente de alguien cercano y estrés generalizado.

6.2 Características de la atención prenatal durante la pandemia

El 94.2% de las mujeres encuestadas refirió que llevaba control prenatal, sin embargo, cuando se les preguntó si asistían a una clínica u hospital de manera regular para el control de su embarazo, únicamente el 90.3% de las mujeres embarazadas señaló hacerlo. El resto (9.7%) manifestó no realizar visitas regulares.

Del 90.3% que refirió visitar una clínica u hospital, 39.9% aceptó sentir alguna especie de incomodidad al asistir a sus citas periódicas.

Por otro lado, el 100% de la muestra comunicó seguir las medidas adecuadas de protección personal al acudir al lugar de sus revisiones. No obstante, reportaron que el 7.8% del personal que las atendía durante sus consultas no utilizaba correctamente el equipo de protección personal, ya que el 1.9% no se lo colocaba y el 5.8% sólo en algunas ocasiones. Del total de la muestra, 54.4% recibió en algún momento información sobre los efectos del COVID-19 durante el embarazo por parte del personal médico y/o de enfermería, mientras que 45.6% refirió nunca haber recibido información. El 71.8% de ellas señaló que conocía los efectos del COVID-19 en la salud materno-fetal (Tabla 2).

Tabla 2. Características de la atención prenatal durante la pandemia

$n = 103$

Variable de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Control prenatal		
Sí	97	94.2
No	6	5.8
¿Visitas regularmente el hospital o la clínica para el seguimiento de tu embarazo?		
Sí	93	90.3
No	10	9.7
¿Sientes incomodidad al visitar el hospital o la clínica para el seguimiento de tu embarazo?		
Sí	13	12.6
A veces	25	24.3
No	65	63.1
¿Sigues las normas de protección personal al visitar el hospital o la clínica?		
Sí	103	100
No	0	0
¿Sigue su médico, enfermera o partera las medidas de aislamiento adecuadas durante sus visitas?		
Sí	95	92.2
A veces	6	5.8
No	2	1.9
¿Cuenta con información acerca de los efectos del COVID-19 durante el embarazo?		
Sí	74	71.8
No	29	28.2

¿Le da su médico, enfermera o partera información detallada sobre los efectos del COVID-19 en la salud materna y fetal?		
Sí	56	54.4
No	47	45.6

6.3 Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo para conocer la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en 103 mujeres embarazadas que residían en la Ciudad de México. Para esto se cuantificó el puntaje de cada ítem para después recodificar la sumatoria total de cada subescala. En ambas subescalas el puntaje mínimo que se obtuvo fue 0, mientras que lo máximo documentado fue de 17 (Tabla 3).

Tabla 3. Puntajes mínimos y máximos registrados en las sub-escalas para ansiedad y depresión.

	Mínimo	Máximo	Media	DS
Puntaje total de ansiedad	0	17	7.66	4.132
Puntaje total de depresión	0	17	5.48	3.809

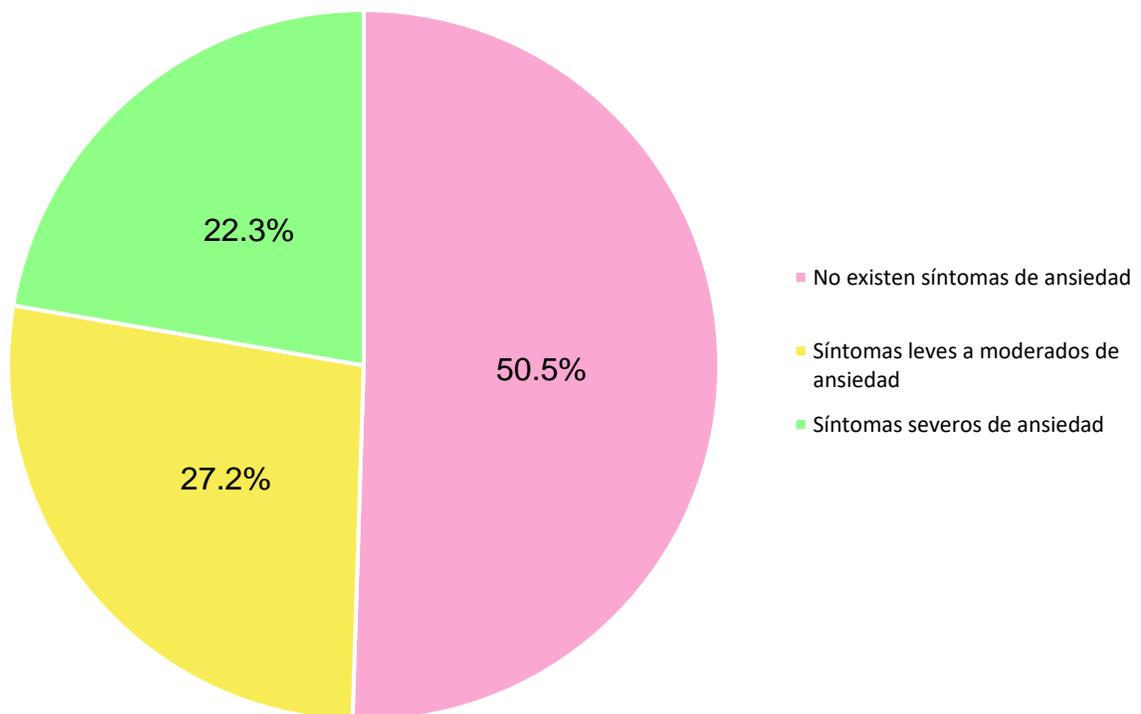
Del total de la muestra, el 49.5% refirió sintomatología de ansiedad y el 21.4% sintomatología de depresión; además, el 99% de ellas obtuvo al menos un punto en alguna de las dos subescalas (102 participantes).

Tabla 4. Estadísticas descriptivas y clasificación del puntaje total por subescala de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

			No caso		Caso probable		Caso	
	M	SD	F	%	F	%	F	%
Ansiedad	7.66	4.13	52	50.5	28	27.2	23	22.3
Depresión	5.48	3.8	81	78.6	9	8.7	13	12.6

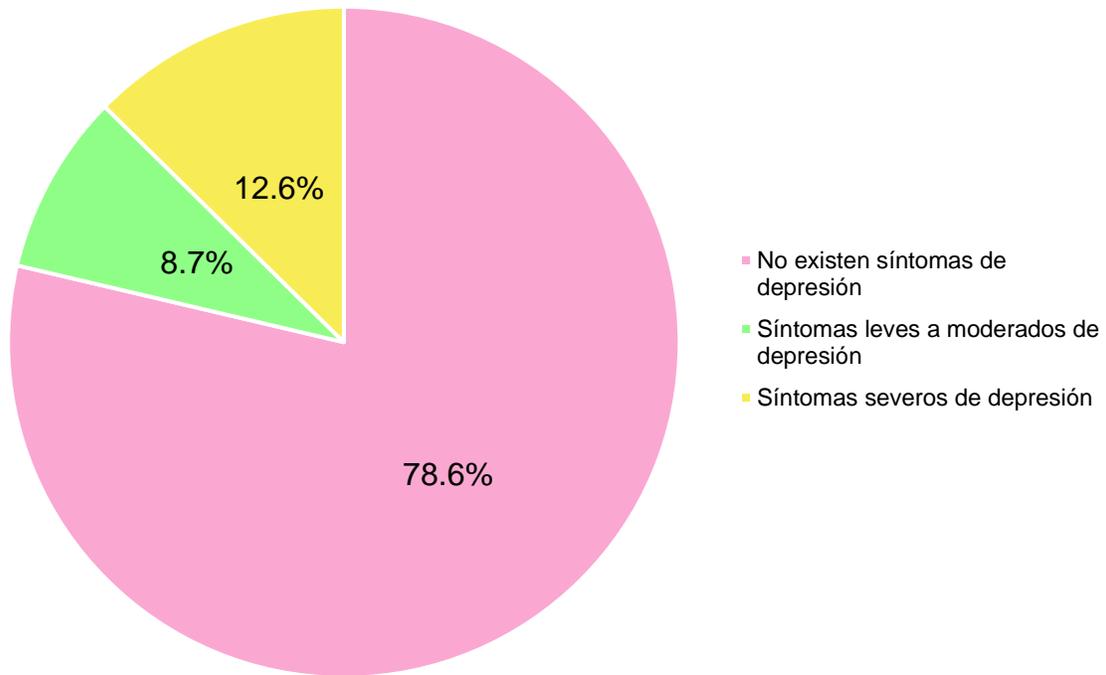
Del 49.5% que presentó síntomas de ansiedad, 27.2% perteneció a la clasificación de un caso probable de ansiedad con síntomas leves a moderados, distinto del 22.3% restante que dio indicios de sufrir un caso clínico severo ($\bar{X} = 7.66$) (Gráfica 1).

Gráfica 1. Clasificación de la incidencia de síntomas de ansiedad.



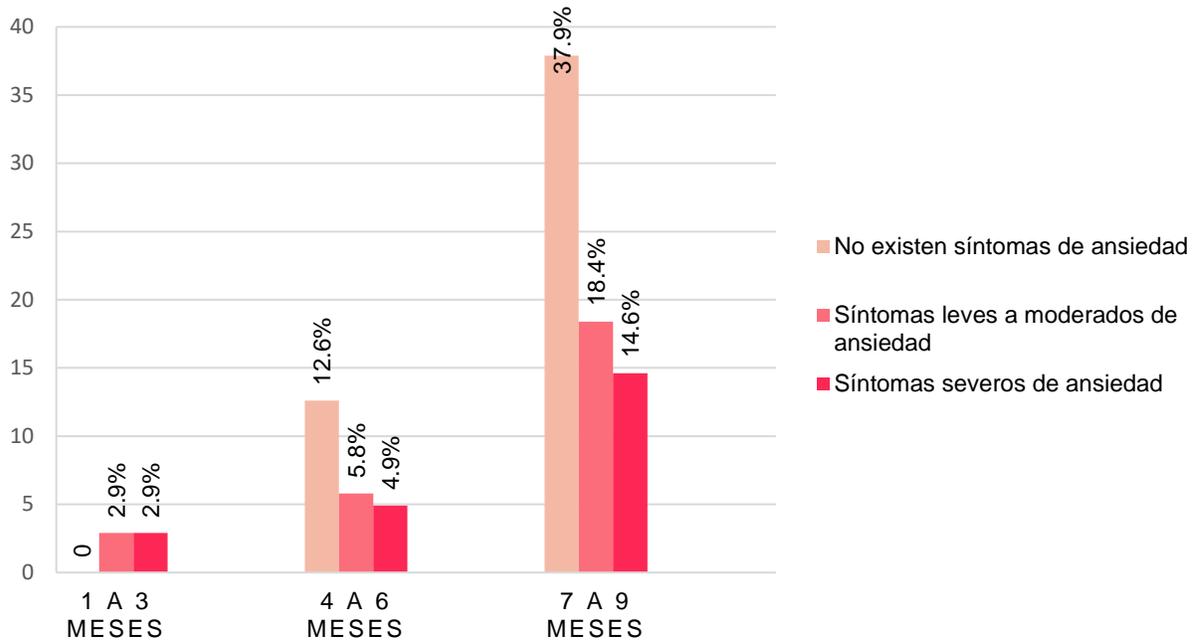
Mientras tanto, en lo que se refiere a sintomatología depresiva (21.4%), el 8.7% se encontró en la clasificación de síntomas leves a moderados, y el 12.6% restante de ellas presentó síntomas que podrían tratarse de un cuadro depresivo (síntomas severos) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Clasificación de la incidencia de síntomas de depresión.

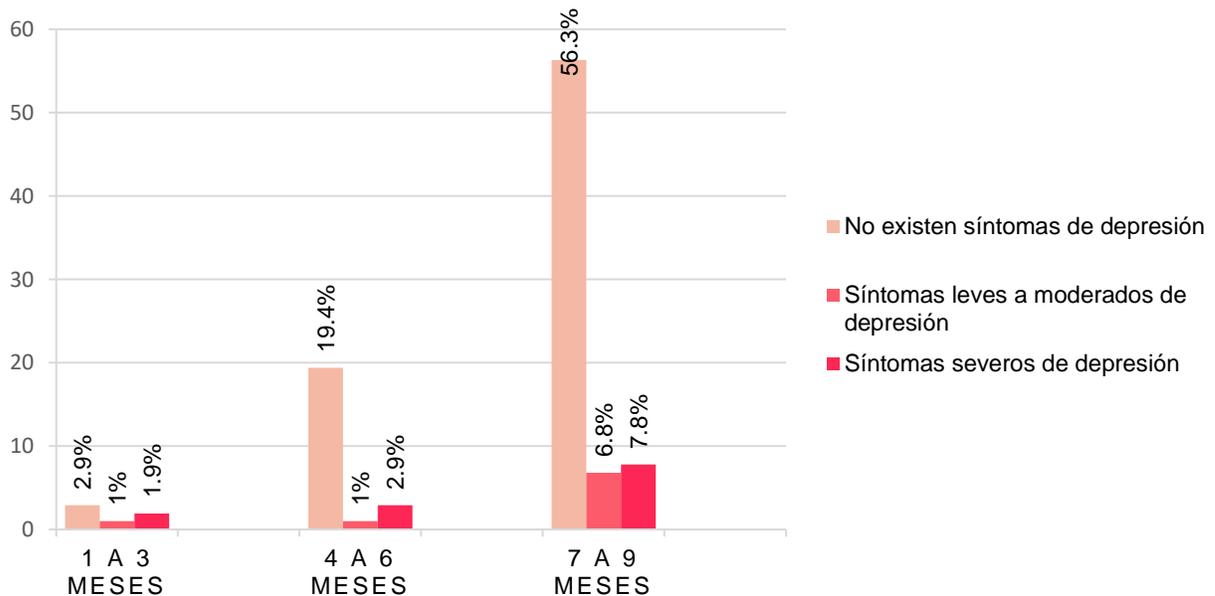


Después de obtener los resultados referentes a la frecuencia con que se presentaron casos de nula, leve-moderada y severa sintomatología de ansiedad y/o depresión, se llevaron a cabo las divisiones por trimestre de gestación. Se identificó por separado el porcentaje de mujeres embarazadas que se encontraban en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación y cuántas de ellas se encontraban en cada clasificación de la subescala de ansiedad (Gráfica 3) y la subescala de depresión (Gráfica 4).

Gráfica 3. Clasificación de síntomas de ansiedad por trimestre de gestación.



Gráfica 4. Clasificación de síntomas de depresión por trimestre de gestación.



Finalmente, se llevó a cabo un análisis por frecuencias y porcentajes de cada ítem presentado en la escala. Encontrando en la subescala de ansiedad que la mayoría de las mujeres se siente tensa o nerviosa de vez en cuando (67%), experimentan sensaciones de miedo desde leve a intenso (51.5%) y tienen la mente llena de

preocupaciones de manera regular (60.2%). Así mismo, 29.1% experimenta sentimientos repentinos de pánico con cierta frecuencia y el 10.7% los presenta muy a menudo (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de cada ítem de la subescala de ansiedad.

Ítem	Opciones de respuesta			
A1. Me siento tensa o nerviosa	Nunca 11 (10.7%)	De vez en cuando 69 (67%)	Gran parte del día 17 (16.5%)	Casi todo el día 6 (5.8%)
A2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	No siento nada de eso 33 (32%)	Sí, pero no me preocupa 17 (16.5%)	Sí, pero no muy intenso 42 (40.8%)	Sí, y muy intenso 11 (10.7%)
A3. Tengo mi mente llena de preocupaciones	Nunca 16 (15.5%)	De vez en cuando 62 (60.2%)	Gran parte del día 19 (18.4%)	Casi todo el día 6 (5.8%)
A4. Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada	Siempre 25 (24.3%)	A menudo 44 (42.7%)	Raras veces 32 (31.3%)	Nunca 2 (1.9%)
A5. Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago	Nunca 44 (42.7%)	Sólo en algunas ocasiones 49 (47.6%)	A menudo 7 (6.8%)	Muy a menudo 3 (2.9%)

A6. Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme	En absoluto 32 (31.3%)	No mucho 50 (48.5%)	Bastante 18 (17.5%)	Realmente mucho 3 (2.9%)
A7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	Nunca 20 (19.4%)	Raramente 42 (40.8%)	Con cierta frecuencia 30 (29.1%)	Muy a menudo 11 (10.7%)

Por otra parte, en lo que corresponde a la subescala de depresión, 49.5% expresó no disfrutar tanto como antes con las cosas que le gustan, y el 34% manifestó sentirse alegre sólo en algunas ocasiones. 39.8% A veces se siente más lenta y 23.3% se siente optimista respecto al futuro algo menos que antes (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de cada ítem de la subescala de ansiedad.

Ítem	Opciones de respuesta			
D1. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	Ciertamente, igual que antes 35 (34%)	No tanto como antes 51 (49.5%)	Solamente un poco 14 (13.6%)	Ya no disfruto con nada 3 (2.9%)
D2. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	Igual que siempre 64 (62.1%)	Actualmente, algo menos 22 (21.4%)	Actualmente, mucho menos 13 (12.6%)	Actualmente, en absoluto 4 (3.9%)
D3. Me siento alegre	Gran parte del día 58 (56.3%)	En algunas ocasiones 35 (34%)	Muy pocas veces 10 (9.7%)	Nunca 0 (0%)

D4. Me siento como si cada día estuviera más lenta	Nunca 31 (30.1%)	A veces 41 (39.8%)	A menudo 22 (21.4%)	Gran parte del día 9 (8.7%)
D5. He perdido interés en mi aspecto personal	Me cuido como siempre lo he hecho 37 (35.9%)	Es posible que no me cuide como debiera 37 (35.9%)	No me cuido como debería hacerlo 22 (21.4%)	Completamente 7 (6.8%)
D6. Me siento optimista respecto al futuro	Como siempre 61 (59.2%)	Algo menos que antes 24 (23.3%)	Mucho menos que antes 12 (11.7%)	En absoluto 6 (5.8%)
D7. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV	A menudo 53 (51.5%)	Algunas veces 31 (30.1%)	Pocas veces 16 (15.5%)	Casi nunca 3 (2.9%)

6.4 Análisis inferencial

La asociación entre ansiedad y depresión mostró que mientras el puntaje para la subescala de ansiedad aumentaba, el puntaje para los signos de depresión también lo hacía, y viceversa ($p = 0.00$, $r_s = 0.75$).

En relación a si existe asociación entre las semanas de gestación y la presencia o no de síntomas de ansiedad y/o depresión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

VII. Discusión

Las variables de interés en la investigación fueron la presencia de síntomas de ansiedad y síntomas de depresión en las mujeres gestantes. En este estudio, sobresale que 49.5% de la muestra presentó sintomatología ansiosa de moderada a severa; esto es similar a los datos obtenidos por Brik et al.⁵⁸ en España, donde las mujeres embarazadas manifestaron sentirse ansiosas en un 48.6%. Así mismo, coincide con lo descrito por Durankus⁶³ en Turquía, en cuyo estudio reporta prevalencias del 21.6% para ansiedad moderada y 21.7% para ansiedad severa en mujeres gestantes. En esta investigación, del 49.5% total que presentó síntomas ansiosos, 22.3% clasificó en la categoría de síntomas leves a moderados y 27.2% en síntomas severos.

Lo anterior contrasta con Morris et al.⁵⁶ en Estados Unidos durante 2022, donde la prevalencia de ansiedad moderada a severa encontrada en la población gestante fue considerablemente más baja (12.6%) y en Canadá durante 2020, donde, al contrario, la incidencia de ansiedad fue mayor (56.6%)⁸. Esto también resultó diferente a lo hallado en Turquía en 2020, donde se registró 64.5% de casos de ansiedad en mujeres gestantes⁶² y a Reino Unido (60%)⁶⁵. Al contrario, en Suiza durante 2022 se encontraron cifras del 25.7%⁵⁷.

Por otro lado, las diferencias encontradas pueden deberse a diversas causas, entre ellas el momento en que cada estudio fue realizado. Resalta que aquellos autores que reportaron una mayor prevalencia de ansiedad en mujeres embarazadas en el contexto de la pandemia, poseen cifras del año 2020^(8,62,65), lo que coincide con el inicio de la pandemia. La enfermedad era desconocida, se carecía de un tratamiento efectivo, el aislamiento social se había decretado alrededor del mundo y el número de decesos iba en aumento. De igual forma, la información acerca del COVID-19 durante la gestación era escasa.

Los estudios que presentaron similitudes con la presente investigación, datan del 2021 al 2022^(64,58), años en los que la pandemia se consideraba más controlada y ya se contaba con tratamientos y vacunas eficientes.

Respecto a los hallazgos en síntomas de depresión, en este estudio se encontró una prevalencia del 21.4% con síntomas moderados a severos. Por el contrario, el resto de las cifras reportadas en otros países difieren considerablemente de lo encontrado aquí, pues las prevalencias fueron en su mayoría más altas, sin importar el año en que fueron recabadas: 43.2% (Suiza)⁵⁷, 37% (Canadá)⁸, 56.3% (Turquía)⁶² y 47% (Reino Unido)⁶⁵; las cifras más cercanas a lo aquí descrito fueron del 29.6% (China)⁶⁰ y el 35.4% (Turquía)⁶². Los países que reportaron menor prevalencia fueron Grecia con un 14.9%⁶⁶ y China en 2022 (9.7%)⁶¹.

México, China y Turquía comparten porcentajes relativamente cercanos tanto en ansiedad⁶² como en depresión^(60,62). Ello podría relacionarse a que han sido clasificados como Países con Ingresos Medianos Altos⁷⁷. Al compartir características sociodemográficas (sobrepoblación, desigualdad económica y social, saturación de los servicios de salud), es posible que las dificultades que se presentaron durante la pandemia hubiesen impactado de maneras similares en la salud mental de las mujeres embarazadas. Aunado a esto, la mayoría de las mujeres participantes en los estudios^(60,62) compartieron características que son consideradas como factores de riesgo para presentar problemas de salud mental, tales como un grado escolar bajo o ingresos económicos precarios^(16,19). Esto concuerda con lo descrito por Gelaye et al.⁷⁸, quien afirma que la prevalencia de padecimientos como la ansiedad y depresión es mayor en los países de medios a bajos ingresos.

Sin embargo, Ho-Fung⁵⁷ ha referido que la presencia de ansiedad y depresión no es diferente según el nivel de ingresos de cada país, esto es sustentado por la literatura^(60,61,62) y los hallazgos aquí presentados (ansiedad 49.5%, depresión

21.4%) que fueron menores^(8,57,65) o similares⁵⁸ a los descritos por algunas investigaciones realizadas en países de ingresos altos.

Aunque otros autores reportan que la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva es mayor en el primer y segundo trimestre de la gestación^(58,61) en esta investigación los síntomas predominaron en el tercer trimestre.

Respecto a la asociación entre la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión, para este estudio la correlación fue estadísticamente significativa ($p = 0.00$, $r_s = 0.75$). El resultado coincide con lo encontrado por diversos estudios^(68,69) en los que se describe que las mujeres embarazadas que habían obtenido puntajes relevantes en las escalas empleadas para medir síntomas de ansiedad, también habían manifestado sintomatología relevante en las escalas usadas para medir depresión.

En cuanto a las características de la atención prenatal que se reciben actualmente las mujeres embarazadas en las instituciones de salud, se distingue que 36.9% admitió sentirse incómoda al menos una vez al realizar sus visitas de rutina, porcentaje similar a lo encontrado en Wuhan (41.9%)⁵⁹ y menor a lo reportado en Israel (68.7%)⁶⁹ y Turquía (68%)⁶². Además, las participantes refirieron que 7.7% del personal de salud encargado de las consultas perinatales no portaba siempre el equipo de protección personal, semejante al 5.7% descrito por Kahyaoglu⁶².

Siguiendo esta idea, preocupa que tanto la ansiedad como la depresión han mostrado una elevación en su incidencia, siendo que anterior a la pandemia se hablaba de prevalencias del 47.3% y 13.1%⁷ respectivamente en mujeres embarazadas, siendo ahora 49.5% y 21.4% reportado en este estudio.

VIII. Conclusiones

La presente investigación se realizó teniendo como objetivo principal el conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres embarazadas que residen en la Ciudad de México durante esta etapa de la pandemia por COVID-19 (agosto 2021 – 2022), encontrando que 49.5% presentó síntomas de ansiedad y 21.4% presentó síntomas de depresión.

La pandemia ha desatado múltiples factores estresantes en la población mundial, la mayoría de ellos ha impactado significativamente en la salud mental. Para las mujeres que cursan un periodo de gestación, esto se ha visto agravado por los riesgos que una infección por COVID-19 y/o el tratamiento de la misma puede tener en el feto, pero además se suman variadas inquietudes: la pérdida del empleo (propio o del principal proveedor), la muerte de seres cercanos, el aislamiento social, presencia de otras enfermedades, el riesgo de la interrupción en los cuidados perinatales y el escaso o nulo contacto con los servicios de salud, etcétera. Esto, sin tomar en cuenta la situación particular que cada mujer gestante enfrenta en su vida cotidiana (estatus socioeconómico, estado emocional, entorno familiar, etcétera). La sintomatología de ansiedad y depresión se ha agudizado a partir del inicio del COVID-19.

Existe un apremio por el control y el manejo oportuno de los problemas de salud mental que el COVID-19 ha traído consigo, urgencia que día con día demanda la presencia de profesionales de la salud con las aptitudes y habilidades necesarias para contener este problema de salud pública. En el ámbito obstétrico, el panorama se ve agravado tanto por la condición fisiológica como por la condición social de las mujeres; es importante que el personal de enfermería sepa identificar los factores de riesgo y la expresión temprana de problemas como lo son la ansiedad y la depresión, para así implementar intervenciones y estrategias adecuadas, personalizadas y a tiempo para evitar que dichas afectaciones psicológicas repercutan en la salud de la madre y/o el feto. La identificación

temprana de la ansiedad y la depresión puede cambiar por completo el curso y el desenlace del embarazo. Actividades como la valoración psicológica, la promoción y educación para la salud, la escucha activa, el apoyo emocional y social, son tareas que pueden y suelen ser ejecutadas por enfermería para la mejora de la paciente.

IX. Consideraciones finales

9.1 Limitaciones

Una circunstancia que pudo haber impactado en este estudio es el momento en que fueron recolectados los datos, puesto que la pandemia se encontraba en un estadio relativamente estable, además que el muestreo fue por conveniencia. Aunado a esto, la mayoría de las participantes se encontraban en el tercer trimestre de la gestación, esto pudo deberse a que evitaran acudir a las visitas prenatales hasta que fuese estrictamente necesario, es decir, cuando el parto estuviese cerca, sobre todo aquellas con el conocimiento de encontrarse cursando un embarazo de bajo riesgo, por lo que sería necesario indagar más sobre esta temática en mujeres que cursen el primer y segundo trimestre de la gestación.

9.2 Sugerencias

Para investigaciones futuras, se sugiere abarcar muestras mayores y, de ser posible, que recopilen información de toda la República Mexicana, pues eso ayudaría a crear un panorama más completo y proporcionaría evidencia que fomente la importancia de la salud mental en las mujeres embarazadas en el país. Así mismo, se recomienda realizar estudios de correlación para identificar los factores de riesgo que se asocian a mayores índices de sintomatología ansiosa y depresiva.

9.3 Impacto del estudio

Esta evidencia pone en manifiesto las necesidades de salud mental que presentan las mujeres embarazadas durante un periodo tan crítico como lo es una pandemia. La calidad de vida se ha visto reducida, el estrés ha aumentado y la crisis económica, social y de salud se mantiene hasta el día de hoy. El embarazo ya no representa sólo una condición que necesite previsiones entorno a los aspectos biológicos, sino que acarrea consigo una serie de situaciones que, dependiendo de la particularidad de la mujer y su entorno, requiere mayores esfuerzos.

Los datos aquí presentados apoyan a visualizar el problema al que la salud pública se enfrenta actualmente, puntuando la necesidad de prestar especial atención a las necesidades psicológicas que tienen las mujeres gestantes; esto para la posterior implementación de intervenciones que ayuden a resolver esta problemática.

Es importante mencionar que para la fecha, no existen estudios que indaguen en la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas y su relación con la pandemia por COVID-19.

X. Referencias

1. Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica* [Internet]. Jul 2020 [Consultado 25 Sep 2021]; 24(3): 578-94. Disponible en: <http://bit.ly/3Gi6WnW>
2. Nagandla K, Nalliah S, Yin LK, Majeed ZA, Ismail M, Zubaidah S, et al. Prevalence and associated risk factors of depression, anxiety and stress in pregnancy. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. Jul 2016 [Consultado 25 Sep 2021]; 5(7): 2380-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20162132>
3. Hijona JJ, Carballo AL, Fernández AC, Bermúdez M, Expósito JF. ¿Existe transmisión materno-fetal del SARS-CoV-2 durante la gestación? (2020). *Revista Clínica Española* [Internet]. Jun 2020 [Consultado 25 Sep 2021]; 221(2021): 93-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.06.001>
4. Dunkel C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. Mar 2012 [Consultado 25 Sep 2021]; 25(2):141-8. Disponible en: bit.ly/3xYvOvs
5. Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos del Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades* [Internet]. Ginebra, Suiza; 2022 [Consultado 25 Sep 2021]. Disponible en: bit.ly/3ICFa51
6. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy Anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord* [Internet]. May 2015 [Consultado 25 Sep 2021]; 1(176): 24-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.039>

7. Luna D, Castañeda DV, Guadarrama AL, Figuerola RP, García A, Ixtla MB, et al. Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican pregnant women. *Salud Mental* [Internet]. May-Jun 2020 [Consultado 25 Sep 2021]; 43(3): 137-46. Disponible en: <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.019>

8. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord* [Internet]. Dic 2020 [Consultado 28 Sep 2021]; (1)277: 5-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>

9. González E, Laílla JM, Fabre E. *Obstetricia* [Internet]. 7ma Edición. España: González E; 2018 [Consultado 28 Sep 2021].

10. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2014 [Consultado 28 Sep 2021]; 25(6), 880-86. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)

11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2018 [Consultado 28 Sep 2021]; 61(5), 510-27. Disponible en: 10.20960/j.pog.00141

12. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Ginebra: Comunicado de prensa; Nov 2016 [Consultado 28 Sep 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3UI3ebx>

13. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Ginebra:

Resumen de orientación; 2016 [Consultado 28 Sep 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3UlcYCP>

14. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade* [Internet]. Mar 2003 [Consultado 28 Sep 2021]; 3(1): 10-59. Disponible en: <http://bit.ly/3tBfi2y>

15. Fernández O, Jiménez B, Alfonso R, Sabina D, Cruz JR. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur* [Internet] Sep 2012 [Consultado 28 Sep 2021]; 10(5): 466-79. Disponible en: <http://bit.ly/3tBUOXk>

16. Maldonado M, Lartigue T. Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. Abr 2008 [Consultado 28 Sep 2021]; 22(2): 100-110. Disponible en: <http://bit.ly/3Ec6JQy>

17. Pérez D, Rodríguez M, Rodríguez A. Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. *AMC* [Internet]. Ago 2020 [Consultado 28 Sep 2021]; 24(4): 503-511. Disponible en: bit.ly/3Xr1oMZ

18. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR [Internet] 5ta Edición. España: Médica Panamericana; 2014 [Consultado 28 Sep 2021].

19. Maldonado JM. Salud Mental Perinatal. Organización Panamericana de la Salud [Internet] 2019 [Consultado 28 Sep 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3Eio2Q7>

20. Hansen D, Lou H, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *The Lancet* [Internet]. Sep 2000

[Consultado 28 Sep 2021]; 356(9233), 875-80. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02676-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02676-3)

21. DiPietro JA, Hilton SC, Hawkins M, Costigan KA, Pressman EK. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental psychology* [Internet] 2002 [Consultado 29 Sep 2021]; 38(5): 659-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.5.659>

22. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British journal of psychiatry* [Internet]. 2002 [Consultado 29 Sep 2021]; 180(6): 502-08. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.502>

23. Simon E, Bögels S, Stoel R., De Schutter S. Risk factors occurring during pregnancy and birth in relation with brain functioning and child's anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. Dic 2009 [Consultado 29 Sep 2021]; 23(8): 1024-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.002>

24. Van den Bergh B, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development* [Internet]. Jul 2004 [Consultado 29 Sep 2021]; 75(4): 1085-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x>

25. Díaz M, Amato R, Chávez JG, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus* [Internet]. Ago 2013 [Consultado 29 Sep 2021]; 17(2): 25-30. Disponible en: <http://bit.ly/3OepFCU>

26. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a

community sample. *Journal of Affective Disorders* [Internet] May 2004 [Consultado 30 Sep 2021]; 80(1): 65-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>

27. Sutter AL, Giaccone V, Glatigny E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European psychiatry* [Internet]. Dic 2004 [Consultado 30 Sep 2021]; 19(8): 459-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>

28. Güler O, Kir F, Murat H, Ozbulut O, Gecici O, et al. The prevalence of panic disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry* [Internet]. Mar 2008 [Consultado 30 Sep 2021]; 49(2):154-58. Disponible en: [10.1016/j.comppsy.2007.08.008](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.008)

29. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Serv* [Internet]. Abr 2001 [Consultado 30 Sep 2021]; 55(4): 407-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.4.407>

30. Chen YH, Lin HC, Lee HC. Pregnancy outcomes among women with panic disorders - Do panic attacks during pregnancy matter? *Journal of Affective Disorders* [Internet] Ene 2010 [Consultado 30 Sep 2021]; 120(1-3): 258-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.025>

31. Esquinca JL. Frecuencia de depresión y ansiedad en embarazo de alto riesgo y embarazo normal. (Trabajo de grado de especialización). México: UNAM [Internet]. 1989 [Consultado 30 Sep 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3AO0SA2>

-
32. Sainz KG, Chávez BE, Díaz ME, Sandoval MA, Robles MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Aten Fam* [Internet]. Ene 2013 [Consultado 30 Sep 2021]; 20(1): 25-27. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30082-7)
33. Zarragoitía I. Depresión: Generalidades y Particularidades [Internet]. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2010 [Consultado 29 Sep 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3u7Bly9>
34. Martínez JF, Jácome N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet] Ene 2019 [Consultado 29 Sep 2021]; 48(1): 58-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
35. Stewart D. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* [Internet]. Ago 2005 [Consultado 01 Oct 2021]; 51(8): 1061-63. Disponible en: <http://bit.ly/3EvQEoW>
36. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, et al. Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2013 [Consultado 01 Oct 2021]; 29(3): 394-405. Disponible en: <http://bit.ly/3EMO9Pt>
37. Luna ML, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 [Consultado 01 Oct 2021]; 26(4): 310-14. Disponible en: <http://bit.ly/3UVa3XB>
38. Asunción M, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza F, et al. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones

de salud de la ciudad de México. *Salud Ment* [Internet]. Jul 2009 [Consultado 01 Oct 2021]; 29(4): 55-62. Disponible en: <http://bit.ly/3GGI4aZ>

39. Díaz M, Amato R, Chávez JG, Ramírez M, Rangel S, et al. Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus* [Internet]. Ago 2013 [Consultado 01 Oct 2021]; 17(2): 25-30. Disponible en: <http://bit.ly/3GyhCyP>

40. Figuero E, Prieto I, Bascones A. Cambios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivo-periodontal. *Av Periodon Implantol* [Internet]. Ago 2006 [Consultado 28 Sep 2021]; 18(2): 101-113. Disponible en: <http://bit.ly/3IT95y6>

41. Davies S, Lum J, Skouteris H, Byrne L, Hayden M. Cognitive impairment during pregnancy: a meta-analysis. *MJA* [Internet]. Ene 2018 [Consultado 28 Sep 2021]; 208(1): 35-40. Disponible en: <https://doi.org/10.5694/mja17.00131>

42. Rehbein E, Kogler L, Kotikalapudi R, Sattler A, Krylova M, Kagan K, Sundström-Poromaa I. Pregnancy and brain architecture: Associations with hormones, cognition and affect. *J Neuroendocrinol* [Internet]. Nov 2021 [Consultado 28 Sep 2021]; 34: e13066. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jne.13066>

43. Li H, Bowen A, Bowen R, Balbuena L, Feng C, Bally J, Muhajarine N. Mood instability during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. Mar 2019 [Consultado 28 Sep 2021]; 23: 29-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00956-6>

44. Rubinow D, Schmidt P, Roca C. Estrogen–Serotonin Interactions: Implications for Affective Regulation. *Biol Psychiatry* [Internet]. Nov 1998 [Consultado 28 Sep 2021]; 44(9): 839-850. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00162-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00162-0)

45. Douma SL, Husband C, O'Donnell ME, Barwin BN, Woodend AK. Estrogen-related Mood Disorders. *Adv Nurs Sci* [Internet]. Oct 2005 [Consultado 28 Sep 2021]; 28(4): 364-65. Disponible en: <http://bit.ly/3ZcJPld>

46. Deecher D, Andree T, Sloan D, Schechter L. From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. Ene 2008 [Consultado 28 Sep 2021]; 33(1): 3-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.10.006>

47. Bowen A, Bowen R, Balbuena L, Muhajarine N. Are pregnant and postpartum women moodier? Understanding perinatal mood instability. *J Obstet Gynaecol* [Internet] Nov 2012 [Consultado 28 Sep 2021]; 34(11):1038-42. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35433-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35433-0)

48. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos Mentales*. Ginebra, Suiza; 2022 [Consultado 01 Oct 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3TXp0Xu>

49. Organización Mundial de la Salud. *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Washington, D.C; 2022 [Consultado 01 Oct 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3Ewb80G>

50. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. Mar 2020 [Consultado 01 Oct 2021]; 17(5); 1729. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

51. Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad. *Ansiedad y Depresión en los Hogares mexicanos frente a los retos del COVID-19*. ENCOVID-

19 [Internet]. México: Universidad Iberoamericana; 2020 [Consultado 01 Oct 2021] 4 p. Disponible en: <http://bit.ly/3Vhc2Fj>

52. Domínguez M, Culsán R, Ortigosa A. Impacto de la pandemia por COVID-19 durante el embarazo. Alteraciones psicológicas. SANUM [Internet]. 2021 [Consultado 01 Oct 2021]; 5(3): 20-31. Disponible en: <http://bit.ly/3V7BqgG>

53. Marañón T, Mastrapa K, Poulut TM, Vaillant LD. COVID-19 y embarazo: Una aproximación en tiempos de pandemia. MEDISAN [Internet]. Jul 2020 [Consultado 01 Oct 2021]; 24(4): 707-27. Disponible en: <http://bit.ly/3iccjuJ>

54. King LS, Feddoes DE, Kirshenbaum JS, Humphreys KL, Gotlib IH. Pregnancy during the pandemic: the impact of COVID-19-related stress on risk for prenatal depression. Psychol Med [Internet]. Mar 2021 [Consultado 01 Oct 2021]; 30: 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S003329172100132X>

55. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel É, et al. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. Jul 2020 [Consultado 01 Oct 2021]; 99(7): 848-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>

56. Morris JR, Jaswa E, Kaing A, Hariton E, Andrusier M, et al. Early anxiety during the COVID-19 pandemic: preliminary finding from the UCSF ASPIRE study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. Mar 2022 [Consultado 10 Abr 2022]; 22(272): 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04595-1>

57. Ho-Fung C, Andersson E, Hsuan-Ying H, Acharya G, Schwank S. Self-reported mental health status of pregnant women in Sweden during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. Mar

2022 [Consultado 10 Abr 2022]; 22(260). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04553-x>

58. Brik M, Sandonis MA, Fernández A, Suy A, Parramon-Puig G, et al. Psychological impact and social support in pregnant women during lockdown due to SARS-CoV2 pandemic: A cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. Feb 2021 [Consultado 01 Oct 2021]; 100(6): 1026-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/aogs.14073>

59. Liu X, Chen M, Wang Y, Sun L, Zhang J, et al. Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BJOG* [Internet]. Ago 2020 [Consultado 20 Oct 2021]; 127(10): 1229-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16381>

60. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Ago 2020 [Consultado 20 Oct 2021]; 223(2): 240.e1–e9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>

61. Hu M, Zhou Y, Xue M, Ren Y, Li S, et al. The prevalence and correlates of peripartum depression in different stages of pregnancy during COVID-19 pandemic in China. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] Feb 2022 [Consultado 10 Abr 2022]; 22(114): 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04428-1>

62. Kahyaoglu H, Kucukkaya B. Anxiety, depression, and related factors in pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A web-based cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. Sep 2020 [Consultado 22 Oct 2021]; 57(2): 860-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppc.12627>

-
63. Durankus F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. Ene 2022 [Consultado 10 Abr 2022]; 35(2): 205-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1763946>
64. Preis H, Mahaffey B, Heiselman C, Lobel M. Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic. *AJOG MFM* [Internet]. Ago 2020 [Consultado 22 Oct 2021]; 2(3): 100155. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100155>
65. Filippetti ML, Clarke A, Rigato S. The mental health crisis of expectant women in the UK: effects of the COVID-19 pandemic on prenatal mental health, antenatal attachment and social support. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. Ene 2022 [Consultado 10 Abr 2022]; 22(68). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04387-7>
66. Dagklis T, Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Pearson R, et al. Impact of the COVID-19 lockdown on antenatal mental health in Greece. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. Nov 2020 [Consultado 23 Oct 2021]; 74(11): 616-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/pcn.13135>
67. Orsolini L, Pompili S, Mauro A, Salvi V, Volpe U. Fear related to COVID-19 pandemic may predispose to perinatal depression in Italy. *Front Psychiatry* [Internet]. Ago 2022 [Consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.977681>
68. Giesbrecht GF, Rojas L, Patel S, Kuret V, MacKinnon AL, et al. Fear of COVID-19, mental health and pregnancy outcomes in the pregnancy during the COVID-19 pandemic study: Fear of COVID-19 and pregnancy outcomes. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. Feb 2022 [Consultado 10 Sep 2022]; 299: 483-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.057>

-
69. Ben-Ari O, Chasson M, Sharkia SA, Weiss E. Distress and anxiety associated with COVID-19 among Jewish and Arab pregnant women in Israel. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Internet]. Jun 2020 [Consultado 23 Oct 2021]; 38(3): 340-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1786037>
70. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. Jun 1983 [Consultado 12 Nov 2021]; 67(6): 361-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
71. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. [Internet] Ago 2003 [Consultado 12 Nov 2021]; 1, 29. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
72. Tejero A, Guimera E, Farré J, Peri J. Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina U. Barcelona*. [Internet] 1986 [Consultado 12 Nov 2022]; 12: 233-238.
73. De las Cuevas Castresana A, García-Estrada JL, González de Rivera . “Hospital Anxiety and Depression Scale” y Psicopatología Afectiva. *An Psiquiatría* [Internet]. 1995 [Consultado 12 Nov 2021]; 11(4): 126-30. Disponible en: <http://bit.ly/3u6wg9f>
74. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología* [Internet] May 2015 [Consultado 13 Nov 2021]; 31(2): 494-503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

75. Villegas GC. Reporte de experiencia profesional. Tesis de maestría en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM [Internet]. 2004 [Consultado 20 Nov 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3BbFrJB>

76. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. México: Reforma publicada en Abril, 2014 [Consultado 22 Nov 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/3ARHylk>

77. Banco mundial. World Bank Country and Lending Groups. [Current Classification by income in XLSX format on internet]. 2022 [Consultado 30 Jul 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3ulZst6>

78. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* [Internet]. Sep 2016 [Consultado 30 Jul 2022]; 3(10):973-82. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)

XI. Anexos

11.1 Instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas durante la pandemia por COVID-19.

Nombre del investigador principal: PSS. LEO. Gisel Margarita Rosas Molina.

A través de este documento le invito a participar en la presente investigación dirigida a mujeres embarazadas que residen en la Ciudad de México. Antes de decidir si participa respondiendo a la encuesta, es importante que conozca por qué se está realizando esta investigación y en qué consistirá su participación. Por favor, tómese el tiempo que usted necesite para leer la siguiente información cuidadosamente.

Objetivo. Conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres embarazadas residentes de la Ciudad de México durante la pandemia por COVID-19.

Relevancia. Las mujeres embarazadas son más propensas a desarrollar ansiedad o depresión durante esta pandemia, debido a los cambios anatómicos y psicológicos por los que atraviesa naturalmente la gestación por sí misma. Actualmente, se estima que un número importante de mujeres atraviesan su embarazo con la presencia de síntomas de depresión y/o ansiedad, situación que hace necesario poner atención en la salud mental de la embarazada y la calidad de los servicios de salud que se le otorgan.

Riesgos. Esta investigación es considerada como “sin riesgo”, ya que implica únicamente el llenado del presente formulario.

Confidencialidad. Toda la información recolectada en este estudio será tratada con estricta confidencialidad; el cuestionario que usted conteste permanecerá en el anonimato y las respuestas no serán compartidas con nadie fuera del equipo de trabajo de la investigación. Los datos serán procesados de manera conjunta y no individual.

Acepto participar en este estudio

No acepto participar en este estudio

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

1

Datos de contacto:
rosasmolinagiselmargarita.leo@gmail.com

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES
EMBARAZADAS QUE RESIDEN EN LA CIUDAD DE MÉXICO DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19**

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

INSTRUCCIONES: Esta sección está diseñada para recolectar los datos sociales, geográficos y económicos. A continuación, lea y responda lo que se le solicita.

1. Edad: _____

2. Alcaldía de residencia:

- Álvaro Obregón
- Azcapotzalco
- Benito Juárez
- Coyoacán
- Cuajimalpa de Morelos
- Cuauhtémoc
- Gustavo A. Madero
- Iztacalco
- Iztapalapa
- Magdalena Contreras
- Miguel Hidalgo
- Milpa Alta
- Tláhuac
- Tlalpan
- Venustiano Carranza
- Xochimilco

3. Aproximadamente ¿en qué mes de embarazo se encuentra?

1 a 3 meses

4 a 6 meses

7 a 9 meses

4. Aproximadamente, ¿en qué semana de embarazo se encuentra?

5. ¿Tiene más hijos?

Sí

No

¿Cuántos? _____

6. ¿Tiene pareja?

Sí

No

7. ¿Trabaja?

Sí

No

8. Aproximadamente, ¿de cuánto es su ingreso mensual?

Menos de 4000 pesos

De 4000 a 6000 pesos

De 6000 a 8000 pesos

De 8000 a 10000 pesos

Más de 10000 pesos

9. Escolaridad:

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

Ninguna

10. Actualmente, ¿padece alguna de estas enfermedades?

Hipertensión arterial

Diabetes

COVID-19

Ninguna

Otra (especifique):

11. ¿Ha recibido vacuna contra el COVID-19?

Una dosis

Dos dosis

Ninguna dosis

2. DATOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN PRENATAL DURANTE LA PANDEMIA

INSTRUCCIONES: Esta sección está diseñada para recopilar información acerca de las características de su control prenatal actualmente. Por favor marque sólo una opción.

1. ¿Lleva control prenatal?

Sí

No

2. ¿Visita regularmente el hospital o la clínica para el seguimiento de tu embarazo?

Sí

No

3. ¿Siente incomodidad al visitar el hospital o la clínica para el seguimiento de tu embarazo?

Sí

A veces

No

4. ¿Sigue las normas de protección personal al visitar el hospital o la clínica?

Sí

A veces

No

5. ¿Sigue su médico/enfermera/partera las medidas de aislamiento adecuadas durante sus visitas?

Sí

A veces

No

6. ¿Cuenta con información acerca de los efectos del COVID-19 durante el embarazo?

Sí

No

7. ¿Le da su médico/enfermera/partera información detallada sobre los efectos del COVID-19 en la salud materna y fetal?

Sí

No

3. ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

INSTRUCCIONES: Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y seleccione la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan demasiado. Seleccione la opción que más se apegue a lo que siente en este momento.

1. Me siento tensa o nerviosa:

Casi todo el día

Gran parte del día

De vez en cuando

Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:

Ciertamente, igual que antes

No tanto como antes

Solamente un poco

Ya no disfruto con nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder:

Sí, y muy intenso

Sí, pero no muy intenso

Sí, pero no me preocupa

No siento nada de eso

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas:

Igual que siempre

Actualmente, algo menos

Actualmente, mucho menos

Actualmente, en absoluto

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones:

Casi todo el día

Gran parte del día

De vez en cuando

Nunca

6. Me siento alegre:

Nunca

Muy pocas veces

En algunas ocasiones

Gran parte del día

7. Puedo estar sentada tranquilamente y sentirme relajada:

Siempre A menudo Raras veces Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lenta:

Gran parte del día A menudo A veces Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago:

Nunca Sólo en algunas ocasiones A menudo Muy a menudo

10. He perdido interés en mi aspecto personal:

Completamente No me cuido como debería hacerlo Es posible que no me cuide como debiera Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme:

Realmente mucho Bastante No mucho En absoluto

12. Me siento optimista respecto al futuro:

Como siempre Algo menos que antes Mucho menos que antes En absoluto

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico:

Muy a menudo Con cierta frecuencia Raramente Nunca

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV:

A menudo Algunas veces Pocas veces Casi nunca

- ¿Vive alguna situación que considere afecta su salud mental?

Especifique: _____