

Afectividad negativa en nuevas madres durante el confinamiento por la COVID-19

Negative affectivity in new mothers during the COVID-19 lockdown

Alma Patricia González^{1a}, Diana Gabriela Camacho-Osuna^{1b}, Raymundo López-Martínez^{2c}, Yaira María José Rocha-Sánchez^{3d}, Carlos Paque-Bautista^{1e}, José Luis Felipe Luna-Anguiano^{2f}, José de Jesús Valderrama-Santillán^{2g}, Gloria Patricia Sosa-Bustamante^{1h}

Resumen

Introducción: el confinamiento por emergencias sanitarias como la enfermedad viral por coronavirus 19 (COVID-19) crea desafíos adicionales a las mujeres embarazadas (ME), los cuales impactan negativamente en la salud mental.

Objetivo: evaluar la presencia de síntomas sugestivos de depresión (SSD), ansiedad (SSA) y estrés (SSE) y los factores asociados en ME primigestas durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19.

Material y métodos: estudio de prevalencia analítico y prolectivo realizado en ME primigestas hospitalizadas, de 14 a 41 años. Se recolectaron los datos clínicos, psicosociales y sociodemográficos de la ME y del expediente clínico, y se aplicó el cuestionario DASS-21. Se empleó prueba de chi cuadrada o exacta de Fisher, razón de momios (RM) y regresión logística.

Resultados: se incluyeron 232 ME con mediana de edad de 23 años (RIC 20-27). La frecuencia de SSD fue de 37.07%, SSA 45.69%, SSE 35.78%. Los factores de riesgo para SSD fueron no tener pareja: RM 2.12 (IC 95% 1.15-3.93), $p = 0.01$ y tener nivel socioeconómico bajo: RM 3.06 (IC 95% 1.70-5.49), $p = 0.0001$. En SSA resultó el desempleo 1.76 (1.04-2.96), $p = 0.03$. Para los SSE, la educación básica mostró una RM 0.49 (IC 95% 0.28-0.88), $p = 0.01$, nivel socioeconómico bajo: RM 1.80 (IC 95% 1.01-3.22), $p = 0.04$, y comorbilidades una RM 2.15 (IC 95% 1.04-4.44), $p = 0.03$.

Conclusión: durante el confinamiento por COVID-19, la frecuencia de SSD, SSA y SSE en ME primigestas fue elevada y los factores asociados fueron no tener pareja, nivel socioeconómico bajo, desempleo y comorbilidades.

Abstract

Background: Confinement due to health emergencies such as the coronavirus disease 19 (COVID-19) creates additional challenges for pregnant women (PW), negatively influencing their mental health.

Objective: To evaluate the presence of symptoms suggestive of depression (SSD), anxiety (SSA), and stress (SSS) and associated factors in PW during confinement due to the COVID-19 pandemic.

Material and methods: Analytical and prolific prevalence study carried out in hospitalized primigravidae PW, aged 14 to 41 years. Clinical, psychosocial, and sociodemographic data from the PM and medical records were collected, and the DASS-21 questionnaire was administered. Chi-square or Fisher's exact test, odds ratio (OR), and logistic regression were used.

Results: 232 PW with a median age of 23 years (20-27) were included. The incidence of SSD was 37.07%, SSA 45.69%, SSS 35.78%. Risk factors for SSD were not having a partner: OR 2.12 (95% CI 1.15-3.93), $p = 0.01$, and having low socioeconomic status 3.06 (95% CI 1.70-5.49), $p = 0.0001$. In SSA, unemployment was 1.76 (1.04-2.96), $p = 0.03$. And for SSS, basic education showed 0.49 (95% CI 0.28-0.88), $p = 0.01$, low socioeconomic status 1.80 (95% CI 1.01-3.22), $p = 0.04$, and comorbidities 2.15 (95% CI 1.04-4.44), $p = 0.03$.

Conclusion: During the COVID-19 lockdown, the frequency of SSD, SSA and SSS in primigravidae PW was high, and associated factors were not having a partner, low socioeconomic status, unemployment, and comorbidities.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Dirección de Educación e Investigación en Salud. León, Guanajuato, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Servicio de Ginecología. León, Guanajuato, México

³Universidad de Guanajuato, División de Ciencias de Salud, Departamento de Medicina y Nutrición. León, Guanajuato, México

ORCID: 0000-0002-3401-7519^a, 0009-0001-1694-5522^b, 0000-0002-9911-3616^c, 0009-0000-9253-8614^d, 0000-0002-2658-0491^e, 0000-0003-3739-8334^f, 0000-0002-0841-9194^g, 0000-0002-8460-4965^h

Palabras clave
Mujeres Embarazadas
Depresión
Ansiedad
Estrés Psicológico
COVID-19

Keywords
Pregnant Women
Depression
Anxiety
Stress, Psychological
COVID-19

Fecha de recibido: 14/11/2024

Fecha de aceptado: 20/03/2025

Comunicación con:

Gloria Patricia Sosa Bustamante

✉ gloria.sosa@imss.gob.mx

☎ 477 717 4800, extensión 31804

Cómo citar este artículo: González AP, Camacho-Osuna DG, López-Martínez R, *et al.* Afectividad negativa en nuevas madres durante el confinamiento por la COVID-19. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2025;63(3):e6658. doi: 10.5281/zenodo.15178479

Introducción

La salud mental materna ha sido señalada como un importante desafío para la salud pública,¹ debido a que los problemas de salud mental (PSM) representan uno de los principales factores de predisposición para el aumento de la mortalidad materna.²

Se estima que la prevalencia mundial de la depresión prenatal es de aproximadamente 20.7%,³ la de síntomas de ansiedad en el periodo prenatal de 29.2% y la de trastorno de ansiedad clínicamente diagnosticado de 8.1%.⁴

El embarazo se considera un periodo de susceptibilidad para de presentar PSM, ya que se vincula con múltiples estresores para la madre, tales como bajos ingresos financieros, embarazo no deseado, apoyo social deficiente, antecedentes obstétricos desfavorables, malestar o enfermedad, cambios fisiológicos, violencia de pareja, el mismo trabajo de parto y sus posibles complicaciones.⁵

Durante la pandemia generada por la enfermedad viral por coronavirus 19 (COVID-19), diversos países indicaron la necesidad de seguir medidas de confinamiento, distanciamiento y aislamiento social para reducir la transmisión del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), lo que provocó cambios en las actividades cotidianas y en los patrones de comportamiento.⁶ Lo anterior originó desafíos adicionales para la atención adecuada de las nuevas madres y situaciones atribuidas a la pandemia que aumentaron la afectividad negativa.⁷

La *afectividad negativa* (AN) es una dimensión del estado de ánimo, caracterizada por la disposición de un individuo para experimentar estados afectivos negativos, como ira, disgusto, nerviosismo, angustia, insatisfacción consigo mismo, sensación de rechazo y, en cierta medida, tristeza.⁸ La AN a su vez está asociada con la susceptibilidad para presentar trastornos del estado del ánimo y de ansiedad.⁹

Estos PSM son perjudiciales tanto para la madre, como para su hijo.^{1,10} Cuando se presentan en la etapa perinatal, frecuentemente afectan el funcionamiento general de las madres, lo que puede impactar en su autocuidado y el de sus bebés, así como en la lactancia materna. Por otro lado, la depresión se ha relacionado con un vínculo madre-hijo débil.^{10,11} Adicionalmente, las medidas de aislamiento social que se llevaron a cabo durante la pandemia intensificaron el estrés materno y la angustia psicológica.¹² Esta última se ha asociado con alteraciones fetales en la bioquímica cerebral, en el crecimiento del hipocampo y con plegamiento cortical acelerado,¹³ lo que en la infancia resulta en problemas de autorregulación emocional y deficiencias en el desarrollo social, del lenguaje, motor y cognitivo.^{10,11}

Bajo este contexto, se destaca que la prevalencia de los PSM en las nuevas madres incrementó durante la pandemia y su identificación tardía puede generar graves complicaciones para la madre y su hijo.¹ El objetivo de este estudio fue identificar durante la pandemia de la COVID-19 la presencia de AN manifestada por los síntomas sugestivos de depresión (SSD), ansiedad (SSA) y estrés (SSE) en mujeres embarazadas (ME) primigestas, además de analizar aquellos factores que se relacionan significativamente con la aparición de dichos síntomas.

Material y métodos

Tipo de estudio y población

Estudio de prevalencia, analítico y prolectivo que se llevó a cabo en el periodo de marzo a agosto del 2021, durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19. Se incluyeron ME primigestas con edades entre los 14 y los 41 años, que estaban en el último trimestre del embarazo y próximas a la resolución de este, hospitalizadas en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Pediatría No. 48 del Centro Médico Nacional del Bajío, el cual pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y está ubicado en la ciudad de León, Guanajuato, México. Se consideró no incluir pacientes que no sabían leer o escribir, que presentaban alguna alteración cognitiva que impidiera la autoadministración del cuestionario o a aquellas mujeres que se encontraban en estado clínico crítico durante su estancia hospitalaria; asimismo, no se incluyeron los cuestionarios incompletos.

Se les aplicaron 2 cuestionarios durante su estancia en el área de hospitalización, el primero de datos clínicos y socio-demográficos, como edad, escolaridad, estado civil, tipo de vivienda, número de personas que habitaban en casa, ocupación y presencia de comorbilidades y nivel socioeconómico, el cual fue tomado del registro en el expediente realizado por trabajo social. Otras preguntas que se realizaron fue si habían sufrido violencia intrafamiliar, diagnóstico de depresión previo al embarazo, si ella o algún familiar presentaron COVID-19 antes de o durante el embarazo, si siguió de forma estricta el confinamiento durante la pandemia y si dejó de realizar actividades por temor a infectarse con SARS-CoV-2. Para el análisis, se consideró como embarazo adolescente y edad materna avanzada a las ME menores de 19 y mayores de 35 años, respectivamente.

Para realizar la pesquisa de AN, se utilizó la versión abreviada del instrumento *Depression Anxiety and Stress Scales* (DASS-21), el cual es un cuestionario autoadministrado y está compuesto por 21 reactivos, divididos en

3 subescalas, de las cuales cada una consta de 7 ítems: depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Ejemplo, ítem 21: “Sentí que la vida no tenía ningún sentido”. Hay 4 opciones de respuesta en formato tipo Likert que van de 0 a 3 puntos respecto a la frecuencia con la que ocurrió esa afirmación durante la semana pasada, donde 0 corresponde a “no se aplicó a mí en absoluto” y 3 a “se aplicó a mí mucho, o la mayor parte del tiempo”.¹⁴

Para evaluar por separado cada subescala, se realizó la suma de las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una, que va de 0 hasta 21 puntos. Dicha puntuación se interpretó de la siguiente manera: 1) Depresión: 5 a 6 depresión leve, 7 a 10 depresión moderada, 11 a 13 depresión severa, 14 o más, depresión extremadamente severa. 2) Ansiedad: 4 ansiedad leve, 5 a 7 ansiedad moderada, 8 a 9 ansiedad severa, 10 o más, ansiedad extremadamente severa. 3) Estrés: 8 a 9 estrés leve, 10 a 12 estrés moderado, 13 a 16 estrés severo, 17 o más, estrés extremadamente severo.¹⁵

En México, estudios previos han aplicado y calculado la validez interna del cuestionario DASS-21 mediante alfa de Cronbach. Morales *et al.* reportaron un valor de 0.907 para el instrumento de manera general y por subescala de 0.735 para depresión, de 0.736 para ansiedad y de 0.819 para estrés,¹⁵ lo cual indica que su consistencia interna es adecuada para aplicarlo en población mexicana.

Las variables de desenlace fueron los SSD, los SSA y los SSE.

Tamaño de muestra

Se calculó la muestra por poblaciones finitas, de acuerdo con el total de la población de 580 ME primigestas, atendidas en un periodo de 3 meses en la unidad hospitalaria y con nivel de confianza de 95% y margen de error de 5% resultaron 232 pacientes.

Análisis estadístico

Los datos se reportaron con frecuencias, porcentajes, medianas y rangos intercuartílicos. Para establecer la distribución de normalidad de las variables numéricas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar variables nominales se empleó prueba de chi cuadrada o exacta de Fisher, de acuerdo con su frecuencia; se utilizó razón de momios (RM) y regresión logística para establecer la asociación entre las variables. Se consideró significación estadística con un valor de $p < 0.05$. Se empleó el paquete

estadístico NCSS *Statistical Software* 2024® y Epidat 3.1.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud con número de registro R-2021-1002-025. Se otorgó consentimiento informado a las participantes y en el caso de menores de edad consentimiento informado de padres o tutores y asentimiento informado por la paciente. Se solicitó valoración por el Servicio de Psicología a las ME que resultaron con alguno de los síntomas estudiados.

Resultados

Se analizaron 232 ME primigestas, cuya mediana de edad fue de 23 años (rango intercuartílico [RIC] 20-27); en el **cuadro I** se describen las características sociodemográficas de la muestra.

En cuanto a las características clínicas, 15.09% de las pacientes presentaba al menos una comorbilidad; de ellas,

Cuadro I Características sociodemográficas de las pacientes

Variable	n = 232
	Mediana (RIC)
Edad (años)	23 (20-27)
	n (%)
Escolaridad	
Primaria	11 (4.74)
Secundaria	83 (35.77)
Preparatoria	94 (40.51)
Licenciatura	44 (18.96)
Estado civil	
Soltera	52 (22.41)
Casada	78 (33.62)
Divorciada	3 (1.29)
En unión libre	99 (42.67)
Ocupación	
Ama de casa	103 (44.39)
Empleada	127 (54.74)
Desempleada	2 (0.86)
Tipo de vivienda	
Propia	90 (38.79)
Rentada	77 (33.18)
Prestada	65 (28.01)
Número de personas que habitan en casa	
1 a 3 personas	86 (37.06)
4 a 6 personas	93 (40.08)
Más de 6 personas	53 (22.84)
Nivel socioeconómico	
Alto	3 (1.29)
Medio	161 (69.39)
Bajo	68 (29.31)

RIC: rangos intercuartílicos

12.06% presentó enfermedad hipertensiva del embarazo, 3.87% se clasificó con diabetes gestacional, 2.15% tenía hipotiroidismo diagnosticado, 0.86 y 0.43% contaba con diagnóstico pregestacional de diabetes mellitus tipo 2 y tipo 1, respectivamente, el 0.43% presentaba anemia aplásica y otro 0.43% presentó poliquistosis renal.

Se encontró que 41.81% de las pacientes que respondieron el cuestionario no presentaron AN y el resto reveló sintomatología positiva asociada con una o varias de las 3 subescalas. En el **cuadro II** se muestra la frecuencia de los síntomas que presentaron las pacientes del estudio, clasificadas según la intensidad de estos. Se observaron SSD en 37.07%, SSA en 45.69% y SSE en 35.78% de ellas.

Se analizó la relación entre las características sociodemográficas y los SSD, SSA y SSE, y se demostró que existe asociación significativa entre no tener pareja y SSD. Vivir dentro del contexto de nivel socioeconómico bajo se asoció con SSD y SSE. El desempleo resultó ser factor de riesgo para SSA. Presentar al menos una comorbilidad se asoció con SSE, y, por el contrario, el nivel de educación básica resultó ser factor protector para los SSE (**cuadro III**).

Además, se analizaron variables psicosociales y se observó que 15.51% de la muestra estudiada no deseaban

el embarazo, 3.88% sufría violencia intrafamiliar y 17.24% tenía diagnóstico de depresión previo a la gestación. El 12.50% se infectó con SARS-CoV-2 previamente o durante el embarazo y 42.24% tuvo algún familiar con COVID-19 durante el periodo de gravidez. Adicionalmente, 56.47% reportó que siguió las indicaciones del confinamiento de manera estricta durante la pandemia y 65.09% admitió haber suspendido actividades cotidianas; incluso 14.22% de las nuevas madres interrumpió su control prenatal por temor a exponerse al virus.

En el **cuadro IV** se muestran los resultados obtenidos al estimar las asociaciones entre las variables psicosociales y los síntomas sugestivos de AN.

El análisis multivariado de los principales factores asociados a SSD, SSA y SSE se muestra en el **cuadro V**.

Discusión

Este estudio mostró que las nuevas madres presentaron AN durante la pandemia de la COVID-19, manifestada por SSD, SSA y SSE en más del 30% de las ME analizadas, y esa presentación fue de una intensidad leve a extremadamente severa.

Se encontró que 37.07% de las ME tenía SSD, 45.69% tenía SSA y 35.78% tenía SSE. Una investigación similar llevada a cabo en Irán durante la pandemia incluyó a 205 ME a las que también se les aplicaron cuestionarios de características sociodemográficas y obstétricas, y el DASS-21 tuvo frecuencias de 32.7, 43.9 y 32.7% de SSD, SSA y SSE, respectivamente. Los datos fueron similares a pesar de que el estudio se realizó mediante un sitio web y la presente investigación se hizo cara a cara y en el grupo de mujeres de primigestas, lo que muestra que un elevado número de ME en ambos estudios presentaron síntomas psicológicos.¹⁶

Los síntomas psicológicos se evaluaron de acuerdo con las características sociodemográficas y en este estudio se mostró que la ausencia de pareja aumenta más de 2 veces el riesgo de manifestar SSD prenatal. Eldeirawi *et al.* concordaron en su investigación al identificar síntomas de depresión más altos en las madres sin pareja.¹⁷ Por su parte, Taylor *et al.* reportaron que el aislamiento de la pandemia y la soledad se relacionaron con la depresión perinatal.¹⁸ De esta manera, se asume que la combinación de mujeres jóvenes, con cambios propios del embarazo que conducen a alteraciones en su estilo de vida, sin pareja, sin apoyo emocional y en aislamiento durante la pandemia puede provocar que se sientan aisladas o solas, lo que puede conducir a SSD.

Cuadro II Frecuencia de SSD, SSA y SSE en ME primigestas mediante DASS-21

Variable	n = 232
	n (%)
Depresión	
Leve	25 (10.77)
Moderada	33 (14.22)
Severa	16 (6.89)
Extremadamente severa	12 (5.17)
Sin depresión	146 (62.93)
Ansiedad	
Leve	22 (9.48)
Moderada	50 (21.55)
Severa	23 (9.91)
Extremadamente severa	11 (4.74)
Sin ansiedad	126 (54.31)
Estrés	
Leve	22 (9.48)
Moderado	19 (8.18)
Severo	30 (12.93)
Extremadamente severo	12 (5.17)
Sin estrés	149 (64.22)

SSD: síntomas sugestivos de depresión; SSA: síntomas sugestivos de ansiedad; SSE: síntomas sugestivos de estrés; ME: mujeres embarazadas

Cuadro III Factores de riesgo sociodemográficos y clínicos para SSD, SSA y SSE en ME primigestas

Depresión				
Variable	Con depresión <i>n</i> = 86	Sin depresión <i>n</i> = 146	RM (IC 95%)	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Embarazo adolescente	26 (11.21)	30 (12.93)	1.67 (0.90-3.08)	0.09
Edad materna avanzada	6 (2.59)	8 (3.45)	1.29 (0.43-3.86)	0.64
Sin pareja	28 (12.06)	27 (18.49)	2.12 (1.15-3.93)	0.01
Educación básica	31 (13.36)	63 (27.16)	0.74 (0.42-1.28)	0.28
Desempleo	43 (18.53)	62 (26.72)	1.35 (0.79-2.31)	0.26
Vivienda ajena	57 (24.57)	85 (36.64)	1.41 (0.80-2.45)	0.22
> 6 personas habitan en casa	22 (9.48)	31 (13.36)	1.27 (0.68-2.38)	0.44
Nivel socioeconómico bajo	38 (16.38)	30 (12.93)	3.06 (1.70-5.49)	0.0001
Con comorbilidades	18 (7.76)	17 (7.33)	2.00 (0.97-4.14)	0.05
Ansiedad				
Variable	Con ansiedad <i>n</i> = 106	Sin ansiedad <i>n</i> = 126	RM (IC 95%)	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Embarazo adolescente	30 (12.93)	26 (11.21)	1.51 (0.82-2.77)	0.17
Edad materna avanzada	5 (2.16)	9 (3.88)	0.64 (0.20-1.98)	0.58
Sin pareja	28 (12.07)	27 (11.64)	1.31 (0.71-2.41)	0.37
Educación básica	41 (17.67)	53 (22.84)	0.86 (0.51-1.47)	0.60
Desempleo	56 (24.14)	49 (21.12)	1.76 (1.04-2.96)	0.03
Vivienda ajena	72 (31.03)	70 (30.17)	1.69 (0.98-2.90)	0.05
> 6 personas habitan en casa	27 (11.64)	26 (11.21)	1.31 (0.71-2.42)	0.38
Nivel socioeconómico bajo	37 (15.95)	31 (13.36)	1.64 (0.93-2.90)	0.08
Con comorbilidades	18 (7.76)	17 (7.33)	1.31 (0.63-2.69)	0.45
Estrés				
Variable	Con estrés <i>n</i> = 83	Sin estrés <i>n</i> = 149	RM (IC 95%)	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
Embarazo adolescente	20 (8.62)	36 (15.52)	0.99 (0.53-1.86)	0.99
Edad materna avanzada	4 (1.72)	10 (4.31)	0.70 (0.21-2.31)	0.77
Sin pareja	24 (10.34)	31 (13.36)	1.54 (0.83-2.87)	0.16
Educación básica	25 (10.78)	69 (29.74)	0.49 (0.28-0.88)	0.01
Desempleo	36 (15.52)	69 (29.74)	0.88 (0.51-1.52)	0.66
Vivienda ajena	51 (21.98)	91 (39.22)	1.01 (0.58-1.76)	0.95
> 6 personas habitan en casa	20 (8.62)	33 (14.22)	1.11 (0.59-2.10)	0.73
Nivel socioeconómico bajo	31 (13.36)	37 (15.95)	1.80 (1.01-3.22)	0.04
Con comorbilidades	18 (7.76)	17 (7.33)	2.15 (1.04-4.44)	0.03

SSD: síntomas sugestivos de depresión; SSA: síntomas sugestivos de ansiedad; SSE: síntomas sugestivos de estrés; ME: mujeres embarazadas; RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Datos analizados con prueba chi cuadrada y el análisis bivariado con RM

Edad materna avanzada (mayor de 35 años)

El nivel socioeconómico bajo se asoció con SSD y SSE. En un estudio transversal se encontró que tener dificultades financieras se relacionó con síntomas depresivos en las ME durante la pandemia.¹⁷ Además, en otro estudio se observó que las ME informaron mayores niveles de estrés a causa

de la pérdida de empleo y la disminución de sus ingresos durante la pandemia.¹⁹ Asimismo, en el presente estudio se encontró asociación significativa de los SSA con el desempleo, lo cual se confirmó por análisis multivariado. Un estudio realizado en China mostró que las ME desempleadas

Cuadro IV Factores de riesgo psicosociales para presentar SSD, SSA y SSE en ME primigestas

Depresión				
Variable	Con depresión n = 86	Sin depresión n = 146	RM (IC 95%)	p
	n (%)	n (%)		
Embarazo no deseado	69 (29.74)	127 (54.74)	0.60 (0.29-1.24)	0.17
Con violencia intrafamiliar	7 (3.02)	2 (0.86)	6.37 (1.29-31.44)	0.01
Diagnóstico previo de depresión	26 (11.21)	14 (6.03)	4.08 (1.99-8.37)	0.0001
Diagnóstico de la COVID-19	18 (7.76)	11 (4.74)	3.24 (1.45-7.26)	0.002
Familiar con la COVID-19	49 (21.12)	49 (21.12)	2.62 (1.51-4.53)	0.0005
Con confinamiento estricto	55 (23.71)	76 (32.76)	1.63 (0.94-2.82)	0.07
Con suspensión de actividades cotidianas	61 (26.29)	90 (38.79)	1.51 (0.85-2.69)	0.15
Interrupción del control prenatal	14 (6.03)	19 (8.19)	1.29 (0.61-2.74)	0.49
Ansiedad				
Variable	Con ansiedad n = 106	Sin ansiedad n = 126	RM (IC 95%)	p
	n (%)	n (%)		
Embarazo no deseado	90 (38.79)	106 (45.69)	1.06 (0.51-2.16)	0.87
Con violencia intrafamiliar	6 (2.59)	3 (1.29)	2.46 (0.60-10.08)	0.30
Diagnóstico previo de depresión	25 (10.78)	15 (6.47)	2.28 (1.13-4.60)	0.01
Diagnóstico de la COVID-19	13 (5.60)	16 (6.90)	0.96 (0.43-2.10)	0.92
Familiar con la COVID-19	49 (21.12)	49 (21.12)	1.35 (0.80-2.28)	0.25
Con confinamiento estricto	65 (28.02)	66 (28.45)	1.44 (0.85-2.43)	0.17
Con suspensión de actividades cotidianas	77 (33.19)	74 (31.90)	1.86 (1.07-3.25)	0.02
Interrupción del control prenatal	21 (9.05)	12 (5.17)	2.34 (1.09-5.03)	0.02
Estrés				
Variable	Con estrés n = 83	Sin estrés n = 149	RM (IC 95%)	p
	n (%)	n (%)		
Embarazo no deseado	70 (30.17)	126 (54.31)	0.98 (0.46-2.06)	0.96
Con violencia intrafamiliar	2 (0.86)	7 (3.02)	0.50 (0.10-2.46)	0.49
Diagnóstico previo de depresión	20 (8.62)	20 (8.62)	2.04 (1.02-4.07)	0.03
Diagnóstico de la COVID-19	17 (7.33)	12 (5.17)	2.94 (1.32-6.51)	0.006
Familiar con la COVID-19	45 (19.40)	53 (22.84)	2.14 (1.24-3.70)	0.005
Con confinamiento estricto	56 (24.14)	75 (32.33)	2.04 (1.16-3.58)	0.01
Con suspensión de actividades cotidianas	65 (28.02)	86 (37.07)	2.64 (1.43-4.89)	0.001
Interrupción del control prenatal	12 (5.17)	21 (9.05)	1.03 (0.47-2.21)	0.93

SSD: síntomas sugestivos de depresión; SSA: síntomas sugestivos de ansiedad; SSE: síntomas sugestivos de estrés; ME: mujeres embarazadas; RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Datos analizados con chi cuadrada y el análisis bivariado se hizo con RM

presentaban mayores niveles de ansiedad y, a diferencia de nuestros resultados, también de depresión.²⁰ De esto se infiere que la pandemia impactó negativamente en múltiples aspectos; por ejemplo, la economía,¹⁷ lo que desencadenó factores estresantes indirectos, independientes de las preocupaciones con respecto al contagio, y contribuyó a generar PSM en las ME primigestas.

En esta investigación, ser ME con educación básica se

identificó como factor de protección para presentar SSE. Al compararlo con otros estudios, se encontró discordancia en los resultados, puesto que encontraron que la educación básica era factor de riesgo para presentar depresión y ansiedad,^{17,20} Esto puede ser debido a la diferencia de ambientes socioculturales, ya que en algunos entornos con menor nivel educativo las ME pueden tener expectativas simples o menor acceso a la información, como la relacionada con la COVID-19 y su efecto en el embarazo. O, por

Cuadro V Análisis multivariado de los principales factores asociados con AN

Depresión*	Coficiente β	RM (IC 95%)	p
Nivel socioeconómico bajo	1.09	2.98 (1.59-5.56)	0.0006
Diagnóstico previo de depresión	1.50	4.49 (2.10-9.63)	0.0001
Familiar con COVID-19	0.86	2.37 (1.31-4.26)	0.0038
Ansiedad†			
Desempleo	0.66	1.95 (1.13-3.35)	0.0159
Diagnóstico previo de depresión	0.90	2.48 (1.20-5.11)	0.0136
Con suspensión de actividades cotidianas	0.59	1.80 (1.02-3.19)	0.0411
Estrés‡			
Nivel educativo básico	-0.69	0.49 (0.27-0.91)	0.0246
Nivel socioeconómico bajo	0.64	1.90 (1.01-3.56)	0.0448
Familiar con COVID-19	0.59	1.81 (1.02-3.23)	0.0420
Con suspensión de actividades cotidianas	0.92	2.51 (1.33-4.72)	0.0043

AN: afectividad negativa; RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%

*Intercepto: coeficiente β -1.01, error estándar 0.20, modelo R^2 0.66, $p < 0.0001$. †Intercepto: coeficiente β -0.85, error estándar 0.25, modelo R^2 0.84, $p = 0.0006$. ‡Intercepto: coeficiente β -0.83, error estándar 0.30, modelo R^2 0.46, $p = 0.0007$

el contrario, puede tornarse como un factor de riesgo en un ambiente desafiante en lo económico y educativo para ME que tienen aspiraciones de superarse.

En otro estudio elaborado por Mei *et al.*, los autores reportaron que las ME con altos niveles educativos tenían menor riesgo de presentar depresión, ansiedad y estrés que aquellas con bajo nivel educativo.²¹ Es probable que esto sea debido a que a mayor educación suelen desarrollar habilidades críticas de análisis y resolución de problemas que se les presentan y así pueden manejar mejor las situaciones estresantes, además de tener mejor conocimiento de salud mental y estrategias de autocuidado.

En este análisis se observó que el 3.88% de las ME incluidas reportaron que sufrían violencia intrafamiliar, y que ellas tenían un riesgo 6 veces mayor para presentar SSD en comparación con quienes no reportaron violencia. Cabe destacar que la pregunta realizada directamente fue “¿Presenta violencia intrafamiliar?” con respuesta solo como sí/no y es posible que las mujeres no tuvieran claro el concepto, ya que podrían considerar normales las acciones violentas, o bien puede ser que no respondieran por vergüenza o temor, ya que la variada comprensión de los actos violentos y el tabú que existe alrededor del tema pueden dificultar los estudios de violencia doméstica e intrafamiliar, como se mostró en un estudio realizado en México, en el que se observó que solo el 62.8% de las mujeres conocía el significado de violencia, lo que resultó ser factor protector.^{22,23} Al igual que en esta investigación, un estudio en ME mexicanas mostró que la violencia de pareja durante la pandemia tuvo una prevalencia de 10.7% en la etapa perinatal y aumentó 3.58 veces el riesgo de presentar síntomas

depresivos.²⁴ Desafortunadamente, el aislamiento social condicionado por la pandemia ha incrementado la violencia intrafamiliar, posiblemente por el contacto intenso entre los miembros de la familia y por el uso de mecanismos de afrontamiento negativos para el manejo de la AN, como el alcoholismo y el abuso de sustancias.²⁵

Los hallazgos de esta investigación mostraron que presentar alguna comorbilidad era factor de riesgo para manifestar SSE. Preis *et al.* mostraron que las ME con antecedente de enfermedad crónica experimentaban mayor nivel de estrés,²⁶ probablemente porque estas condiciones aumentan el riesgo de presentar COVID-19 grave y complicaciones.²⁷

Se analizó también el diagnóstico previo de depresión, el cual resultó ser factor de riesgo para presentar SSD, SSA y SSE, y mediante análisis multivariado se confirmó la asociación con SSD y SSA. De acuerdo con estos hallazgos, en un estudio de corte transversal que también examinó los posibles riesgos psicosociales para la salud mental materna, se encontró que las ME y en puerperio con antecedentes de PSM médicamente diagnosticadas tenían más probabilidad de experimentar síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de la COVID-19,²⁸ lo cual sugiere que las mujeres con PSM preexistentes presentan cierta vulnerabilidad a la exacerbación de sus síntomas.

Este estudio encontró que haber presentado COVID-19 antes o durante el embarazo incrementó el riesgo de experimentar SSD y SSE. De igual manera, Jeong *et al.* encontraron que las madres con COVID-19 presentaban con mayor frecuencia depresión y trastorno de estrés postraumático.²⁹

Esto puede atribuirse al temor de contraer SARS-CoV-2, además de que durante las primeras etapas de la pandemia la incertidumbre en torno a la COVID-19 les generó gran angustia psicológica, ya que debían preocuparse por su bienestar y el de su feto. Adicionalmente, haber tenido un familiar con COVID-19 durante el embarazo resultó ser factor de riesgo para presentar SSA y SSE. Un estudio mostró elevadas tasas de síntomas depresivos en las ME que estaban preocupadas por algún familiar con COVID-19 y en aquellas que informaron hospitalización o defunción de un familiar debido a esta enfermedad,¹⁷ lo que es concordante con los resultados de este estudio.

Otro hallazgo del presente estudio fue la relación entre haber suspendido actividades cotidianas por miedo a infectarse y el aumento del riesgo de presentar SSA y SSE, que se confirmó por análisis multivariado. Asimismo, la relación de la interrupción del control prenatal con una mayor probabilidad de presentar SSA. Un estudio realizado durante la pandemia encontró que el 25.8% del total de su muestra abandonó las citas médicas presenciales y 47% siguió su atención prenatal por medio de telemedicina.¹⁹ Otra investigación observó que las ME tuvieron disminución del afecto positivo durante la pandemia,³⁰ lo que podría potenciar la suspensión de actividades por temor al contagio o debido a la falta de motivación.

Por otro lado, en este estudio se encontró que haber seguido de manera estricta el confinamiento fue factor de riesgo para presentar SSE. De manera similar a estos resultados, Moyer *et al.* observaron que las estrictas políticas que se instituyeron en algunos hospitales con respecto a no poder estar acompañadas en el parto por algún familiar generaron mayor estrés en las ME.¹⁹ Esto pudo incrementar la percepción de soledad y empeorar el estado de salud mental durante el embarazo.

Entre las fortalezas del estudio está que se realizó cara a cara y que se incluyeron tanto adolescentes como adultas y a diferencia de otros estudios, al tener como objetivo la detección de síntomas relacionados con AN y utilizar una herramienta de tamizaje, ha permitido identificar no solo a las ME con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad,

sino también a aquellas con riesgo de presentarlos. En cuanto a las limitaciones, consideramos que faltó indagar más sobre el concepto y los detalles de violencia intrafamiliar, como, por ejemplo, el origen de esta. Además, al ser un estudio transversal, las pacientes con síntomas sugestivos de PSM fueron referidas al servicio correspondiente, pero no se dio seguimiento a largo plazo, por lo que consideramos que a partir de esta investigación podrían surgir nuevos estudios longitudinales que involucren intervenciones como talleres para proporcionar a las ME estrategias de afrontamiento y manejo de los estados afectivos negativos.

Finalmente, se puede decir que durante la pandemia se generó un entorno de tensión para las nuevas madres, que contribuyó al aumento de la AN, identificada por la presencia de SSD, SSA y SSE. La vulnerabilidad mental de las ME debe ser un punto clave en la planificación de estrategias centradas en la salud perinatal que ofrezca un abordaje integral y permita cambiar el curso de los PSM, a partir de intervenciones específicas y el fortalecimiento de los sistemas de apoyo.

Conclusiones

Durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, la presencia de SSD, SSA y SSE en ME primigestas resultó elevada y los factores asociados para SSD fueron no tener pareja y el nivel socioeconómico bajo; para SSA fue el desempleo y para SSE resultó el nivel socioeconómico bajo y la presencia de comorbilidades.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación de las mujeres embarazadas primigestas en el estudio.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Maternal mental health. Geneva: WHO; [sin fecha de publicación]. <https://www.who.int/teams/maternal-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>
2. Glazer KB, Howell EA. A way forward in the maternal mortality crisis: addressing maternal health disparities and mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(5):823-30. doi: 10.1007/s00737-021-01161-0
3. Yin X, Sun N, Jiang N, et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2021;83:101932. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101932
4. Nielsen-Scott M, Fellmeth G, Opondo C, et al. Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;1;306:71-9. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.032
5. Saur AM, Dos Santos MA. Risk factors associated with stress symptoms during pregnancy and postpartum: integra-

- tive literature review. *Women Health*. 2021;61(7):651-67. doi: 10.1080/03630242.2021.1954132
6. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Intern Med*. 2020;1(180):817-8. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.1562
7. Kotlar B, Gerson EM, Petrillo S, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1):10. doi: 10.1186/s12978-021-01070-6
8. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*. 1984;96(3):465-90. doi: 10.1037/0033-2909.96.3.465
9. Sults H, Murd C, Havik M, et al. Negative affect instability predicts elevated depressive and generalized anxiety disorder symptoms even when negative affect intensity is controlled for: an ecological momentary assessment study. *Front Psychol*. 2024;15:1371115. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1371115
10. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519844044. doi: 10.1177/1745506519844044
11. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, et al. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2675. doi: 10.3390/ijerph17082675
12. Stuebe A. Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm. *Breastfeed Med*. 2020;15(5):351-2. doi: 10.1089/bfm.2020.29153.ams
13. Wu Y, Lu YC, Jacobs M, et al. Association of Prenatal Maternal Psychological Distress With Fetal Brain Growth, Metabolism, and Cortical Maturation. *JAMA Netw Open*. 2020;3(1):e1919940. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.19940
14. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995.
15. Morales D, Martínez V, Reyna M. Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de atención primaria durante el confinamiento por coronavirus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(5):387-94.
16. Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, et al. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol*. 2020;8(1):99. doi: 10.1186/s40359-020-00464-8
17. Eldeirawi KM, Persky VW, Zielke C, et al. Economic, Psychological, and Emotional Well-Being of Pregnant Women During the COVID-19 Pandemic. *J Midwifery Womens Health*. 2024. doi: 10.1111/jmwh.13659
18. Taylor BL, Howard LM, Jackson K, et al. Mums Alone: Exploring the Role of Isolation and Loneliness in the Narratives of Women Diagnosed with Perinatal Depression. *J Clin Med*. 2021;10(11):2271. doi: 10.3390/jcm10112271
19. Moyer CA, Compton SD, Kaselitz E, et al. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(6):757-65. doi: 10.1007/s00737-020-01073-5
20. Yang H, Pan Y, Chen W, et al. Prevalence of and relevant factors for depression and anxiety symptoms among pregnant women on the eastern seaboard of China in the post-COVID-19 era: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):564. doi: 10.1186/s12888-023-05059-2
21. Mei H, Li N, Li J, et al. Depression, anxiety, and stress symptoms in pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Psychosom Res*. 2021;149:110586. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110586
22. Soto C, González M, Elías M. *Encuesta nacional sobre violencia doméstica e intrafamiliar*. Primera ed. Paraguay: Centro de Documentación y Estudios; 2003. pp. 1-153. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Paraguay/cde/20121022024836/encuesta.pdf>
23. Cabrales F, Hidalgo R, Sosa G, et al. Factores determinantes de violencia doméstica en mujeres de Guanajuato. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61:S141-7.
24. Navarrete L, Nieto L, Lara MA. Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: Social support as moderator among Mexican women. *Sex Reprod Healthc*. 2021;27:100569. doi: 10.1016/j.srhc.2020.100569
25. Usher K, Bhullar N, Durkin J, et al. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(4):549-52. doi: 10.1111/inm.12735
26. Preis H, Mahaffey B, Heiselman C, et al. Vulnerability and resilience to pandemic-related stress among U.S. women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. *Social Science & Medicine*. 2020;266:113348. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113348
27. Liu H, Chen S, Liu M, et al. Comorbid Chronic Diseases are Strongly Correlated with Disease Severity among COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aging and disease*. 2020;11(3):668-78. doi: 10.14336/AD.2020.0502
28. Liu C, Erdei C, Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Res*. 2021;295:113552. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113552
29. Jeong W, Kim B, Hong SH, et al. Factors associated with COVID-19 infection in pregnant women: Focusing on maternal anxiety. *PLoS One*. 2024;19(10):e0312300. doi: 10.1371/journal.pone.0312300
30. López-Morales H, Del Valle MV, Canet-Juric L, et al. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2021;295:113567. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113567