ESCUELA DE DOCTORADO
INTERNACIONAL DE LA USC

Alba
Val Noguerol

Tesis doctoral

DETECCIÓN, FACTORES DE RIESGO Y ABORDAJE DE LA ANSIEDAD PERINATAL

Santiago de Compostela, 2025

Programa de doctorado en Neurociencia y Psicología Clínica

TESE DE DOUTORAMENTO

DETECCIÓN, FACTORES DE RIESGO Y ABORDAJE DE LA ANSIEDAD PERINATAL

Alba Val Noguerol

Directora: Profa. Dra. Mª del Carmen Míguez Varela

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN NEUROCIENCIA E PSICOLOXÍA CLÍNICA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

DECLARACIÓN DE CONFLITO DE INTERESES:

Detección, factores de riesgo y abordaje de la ansiedad perinatal

Dña. Alba Val Noguerol,

Declaro:

No tener ningún conflito de intereses en lo que respecta al contenido presentado en esta Tesis doctoral.

En Santiago de Compostela, a 21 de Enero del 2025

Fdo. Alba Val Noguerol

AGRADECIMIENTOS

Echando la vista atrás y siendo consciente de los años empleados para elaborar esta tesis, me doy cuenta de que son muchas las personas sin las cuales no hubiera sido viable su realización. Todas y cada una de ellas han aportado su grano de arena para hacer posible su consecución.

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero y especial agradecimiento a mi tutora y directora de tesis doctoral, la profesora Dra. M. Carmen Míguez Varela, por la confianza depositada en mí, por su apoyo incondicional y por las grandes dosis de paciencia que ha empleado para orientarme y guiarme en este largo camino. Sus consejos y comentarios fueron invaluables para dar forma y contenido a esta tesis.

Por supuesto, dar las gracias a todas las mujeres que participaron de forma desinteresada en este estudio. Gracias por las horas dedicadas a esta investigación, por atender siempre a mis llamadas y estar dispuestas a colaborar conmigo en todo momento. Gracias por la confianza depositada para compartir sus inquietudes, decepciones y desilusiones; así como por las dosis de energía, sus fotos familiares o el agradecimiento por este trabajo. Sin cada una de ellas la realización de esta tesis doctoral hubiera sido imposible. Me he esforzado al máximo para estar a la altura y deseo haberles proporcionado aquello que necesitaron en cada momento. Este trabajo es mi compromiso por devolverles un mínimo de lo que me han aportado y, también, un primer paso para ayudar a las mujeres que se enfrenten a la maternidad y necesiten ayuda.

También expreso mi agradecimiento al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), a Don Ramón Ares Rico, gerente del área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos y a los jefes de los centros de salud por haber dado su autorización para llevar a cabo este estudio. Como no, dar sobre todo las gracias a las matronas por su colaboración indispensable. Ellas fueron las encargadas de informar a todas las mujeres que pasaban por sus consultas de esta investigación y defender la importancia de la salud mental durante esta etapa. Sin su ayuda esta investigación no hubiera sido posible.

Por último, mi más sentido agradecimiento a mi familia y a mis amigos. Mis padres, mi hermana y mi pareja. Gracias por acompañarme, por escucharme, por animarme a seguir adelante y por respetar mi espacio y aislamiento a lo largo de tantos años. Sin todos vosotros habría sido imposible llegar hasta el final con "cierta" salud mental

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

RESUMEN

La ansiedad perinatal es un problema muy relevante, que en nuestro país ha sido poco investigado. Esta investigación consta de dos estudios. En el primer estudio, se evaluó a una muestra de 317 mujeres embarazadas y, posteriormente, se evaluó longitudinalmente a una muestra de 115 mujeres a los 2, 6 y 12 meses postparto. Los objetivos planteados fueron, en primer lugar, validar la Subescala de Ansiedad de la Escala de Depresión de Edimburgo (EDS-3A) como herramienta de cribado de la ansiedad en el embarazo y el postparto y, en segundo lugar, evaluar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la sospecha de ansiedad y al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) durante el embarazo y el postparto. Para evaluar la ansiedad se utilizaron los cuestionarios EDS-3A, GAD-7, STAI-E y PRAQ-20, así como la entrevista clínica SCID para el TAG. Se recogió información sociodemográfica, relacionada con el embarazo o parto y sobre variables psicológicas. La validación de la EDS-3A permite concluir que el punto de corte más adecuado es ≥ 7, tanto para el embarazo como para el postparto. La prevalencia de sospecha de ansiedad en el embarazo fue del 19,6% con la EDS-3A, del 30,3% con la GAD-7 y del 21,8% con el STAI-E. La prevalencia de la ansiedad específica evaluada con la PRAQ-20 fue del 13,6% y la prevalencia del TAG del 12,3%. En el postparto se ha obtenido una prevalencia media del 13,5% con la EDS-3A, del 24,5% con la GAD-7 y del 16,0% con el STAI-E. La prevalencia del TAG fue del 2,1%. Destacan como variables predictoras de la presencia de ansiedad perinatal la menor satisfacción con la experiencia de embarazo y las variables psicológicas, concretamente, la presencia de sintomatología depresiva elevada, el haber presentado algún trastorno psicológico previo y tener ansiedad rasgo elevada. La EDS-3A demostró ser una escala válida y útil para el cribado de ansiedad durante la etapa perinatal. Los resultados muestran una prevalencia elevada de ansiedad entre las mujeres de Galicia que, si bien esta varía a lo largo del periodo perinatal evaluado, es más elevada en el embarazo que en el postparto.

Teniendo en cuenta la prevalencia hallada, se llevó a cabo un segundo estudio que consistió en el diseño e implementación de una intervención psicológica cognitivo conductual para prevenir la ansiedad y el malestar emocional durante el embarazo y evaluar su eficacia tanto al final del tratamiento como en los distintos seguimientos. La muestra estuvo compuesta por 62 mujeres embarazadas. La intervención psicológica se llevó a cabo a nivel grupal mediante videoconferencia en siete sesiones semanales. Se evaluó a las mujeres en cinco momentos: pre-intervención, post-intervención y en los seguimientos realizados al mes, 3 y 6 meses finalizada la intervención. Los resultados hallados señalaron la eficacia de la intervención para reducir de forma significativa ($p < 0.05$) la sintomatología ansiosa ($d = 0,33$) y la ansiedad específica del embarazo ($d = 0,17$-$0,38$), al final de la intervención y en los seguimientos. El número de mujeres que presentaban TAG también se redujo de forma significativa desde antes de la intervención (11,3%) hasta al final de la misma (0,0%) y en los seguimientos (0,0%). Los resultados proporcionan un apoyo preliminar a la eficacia de la propuesta de intervención para prevenir la ansiedad durante el embarazo.

Se espera que los resultados de esta investigación permitan implementar el cribado de la ansiedad durante el embarazo y el postparto y contribuyan a dotar de herramientas a las futuras madres para afrontar los síntomas de ansiedad y malestar emocional durante la etapa perinatal.

Palabras clave: ansiedad; perinatal; embarazo; postparto; prevalencia; factores de riesgo; detección; Subescala de Ansiedad de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDS-3A); prevención; terapia cognitivo conductual (TCC); intervención psicológica; videoconferencia

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 10
1. SALUD MENTAL Y GÉNERO 11
2. LOS TRASTONOS MENTALES EN EL PERIODO PERINATAL 12
2.1. Psicosis puerperal 14
2.2. Depresión 14
2.3. Ansiedad 15
3. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PERINATAL 16
3.1. Criterios diagnósticos de la ansiedad perinatal 17
3.2. Instrumentos de evaluación de la ansiedad perinatal 19
3.2.1. Instrumentos para el diagnóstico de la ansiedad perinatal 19
3.2.2. Instrumentos para el cribado de la ansiedad perinatal 19
3.2.2.1. Instrumentos generales 19
3.2.2.2. Instrumentos específicos 22
4. LA ANSIEDAD EN EL EMBARAZO 23
4.1. Prevalencia de la ansiedad en el embarazo 23
4.1.1. Prevalencia de la ansiedad en el embarazo con entrevista clínica 24
4.1.2. Prevalencia de la ansiedad en el embarazo con cuestionarios de autoinforme 27
4.1.2.1. Prevalencia de la ansiedad con el STAI 27
4.1.2.2. Prevalencia de la ansiedad con la HADS-A 30
4.1.2.3. Prevalencia de la ansiedad con la GAD 31
4.1.2.4. Prevalencia de la ansiedad con el PRAQ-20 33
4.1.3. Curso de la ansiedad durante el embarazo 34
4.2. Factores de riesgo asociados a la ansiedad durante el embarazo 35
4.2.1. Factores de riesgo sociodemográficos 35
4.2.2. Factores de riesgo obstétricos y relacionadas con el embarazo 37
4.2.3. Factores de riesgo psicológicos 39
5. LA ANSIEDAD EN EL POSTPARTO 44
5.1. Prevalencia de la ansiedad postparto 44
5.1.1. Prevalencia de la ansiedad en el postparto con entrevista clínica 44
5.1.2. Prevalencia de la ansiedad en el postparto con instrumentos de autoinforme 46
5.2. Curso de la ansiedad en el postparto 48
5.3. Factores de riesgo asociados a la ansiedad postparto 49
5.3.1. Factores de riesgo sociodemográficos 49
5.3.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto 50
5.3.3. Factores de riesgo psicológicos 52

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6. CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD PERINATAL 57
6.1. Consecuencias de la ansiedad en el embarazo 57
6.1.1. Consecuencias de la ansiedad antenatal para la madre 57
6.1.2. Consecuencias de la ansiedad antenatal en los/as hijos/as 58
6.2. Consecuencias de la ansiedad en el postparto 60
6.2.1. Consecuencias de la ansiedad postparto para la madre 60
6.2.2. Consecuencias de la ansiedad postparto para los/as hijos/as 61
6.3. Conclusiones 62
7. ABORDAJE DE LA ANSIEDAD PERINATAL 62
7.1. Intervenciones psicológicas terapéuticas para la ansiedad perinatal 63
7.1.1. Intervenciones cognitivo conductuales 63
7.1.2. Intervenciones de terapia cognitivo conductuales basadas en el mindfulness 70
7.1.3. Intervenciones de mindfulness 72
7.1.4. Terapia de aceptación y compromiso 75
7.1.5. Intervenciones que comparan y/o combinan enfoques 75
7.2. Intervenciones psicológicas preventivas para la ansiedad perinatal 88
7.2.1. Intervenciones cognitivo conductuales 88
7.2.2. Intervenciones de terapia cognitivo conductuales basadas en el mindfulness 89
7.2.3. Intervenciones de mindfulness 91
7.2.4. Intervenciones de apoyo de pares 92
7.2.5. Intervenciones que comparan y/o combinan enfoques 92
7.3. Conclusiones 98

ESTUDIO 1. DETECCIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANSIEDAD PERINATAL 101

I. OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS 102
1. OBJETIVOS 103
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 103
3. HIPÓTESIS 105

II. MÉTODO 107
1. PARTICIPANTES 108
2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 109
3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES 112
3.1. Variables evaluadas en el embarazo 112
3.2. Variables evaluadas en el postparto 112
4. PROCEDIMIENTO 113
5. ANÁLISIS DE LOS DATOS 116

III. RESULTADOS 117
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO 118

1.1. Análisis sociodemográfico de la muestra 118
1.2. Análisis de variables relacionadas con el embarazo 120
1.3. Análisis de variables psicológicas 123
2. VALIDACIÓN DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EDS-3A) COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA ANSIEDAD ANTENATAL Y POSTNATAL EN ESPAÑA . 125
3. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD GENERAL Y LA ANSIEDAD ESPECÍFICA EN EL EMBARAZO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 127
3.1. Prevalencia de la ansiedad en el embarazo con diferentes instrumentos 127
3.1.1. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo 128
3.1.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos 129
3.1.1.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo 129
3.1.1.3. Factores de riesgo psicológicos 130
3.1.2. Predictores de la sospecha de ansiedad en el embarazo 132
3.1.3. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo 132
3.1.3.1. Factores de riesgo sociodemográficos 132
3.1.3.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo 133
3.1.3.3. Factores de riesgo psicológicos 134
3.1.4. Predictores del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo 135
4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL POSTPARTO 137
4.1. Análisis sociodemográfico de la muestra 137
4.2. Análisis de variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto 139
4.3. Análisis de variables psicológicas 143
5. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL POSTPARTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 144
5.1. Prevalencia de la ansiedad en el postparto con diferentes instrumentos 144
5.1.1. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto ... 145
5.1.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos 146
5.1.1.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto 146
5.1.1.3. Factores de riesgo psicológicos 148
5.1.2. Predictores de la sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto 149
5.1.3. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto ... 149
5.1.3.1. Factores de riesgo sociodemográficos 149
5.1.3.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto 150
5.1.3.3. Factores de riesgo psicológicos 152
5.1.4. Predictores de la sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto 153
5.1.5. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto . 154
5.1.5.1. Factores de riesgo sociodemográficos 154

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.1.5.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto 154
5.1.5.3. Factores de riesgo psicológicos 156
5.1.6. Predictores de la sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto 158
6. EVOLUCIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO 160
IV. DISCUSIÓN 162
1. VALIDACIÓN DE LA EDS-3A COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO 163
2. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE ANSIEDAD GENERAL Y ESPECÍFICA EN EL EMBARAZO 166
3. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL EMBARAZO 169
4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SOSPECHA DE ANSIEDAD Y AL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DURANTE EL EMBARAZO 170
5. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE ANSIEDAD EN EL POSTPARTO 174
6. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL POSTPARTO 176
7. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SOSPECHA DE ANSIEDAD EN EL POSTPARTO 177
8. TRAYECTORIA DE LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO 181
9. LIMITACIONES, FORTALEZAS E IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO .. 184
V. CONCLUSIONES 186

ESTUDIO 2. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ABORDAR LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO 190
I. OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS 191
1. OBJETIVOS 192
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 192
3. HIPÓTESIS 194
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LA ANSIEDAD Y EL MALESTAR EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO 194
4.1. Contenidos del programa 195
II. MÉTODO 201
1. PARTICIPANTES 202
2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 202
3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES 204
3.1. Variables evaluadas antes de la intervención 204
3.2. Variables evaluadas al finalizar la intervención 205
3.3. Variables evaluadas al mes de la intervención 205
3.4. Variables evaluadas a los 3 meses tras la intervención 205

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.5. Variables evaluadas a los 6 meses tras la intervención (postparto) 205
4. PROCEDIMIENTO 206
5. ANÁLISIS DE LOS DATOS 210
III. RESULTADOS 211
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA 212
1.1. Análisis sociodemográfico de la muestra 212
1.2. Análisis de variables relacionadas con el embarazo 213
1.3. Análisis de variables psicológicas 215
2. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN..... 217
2.1. Eficacia de la intervención 217
2.1.1. Sintomatología ansiosa 217
2.1.2. Sintomatología depresiva 222
2.2. Eficacia de la intervención en función del riesgo de las participantes 224
2.2.1. Evolución de la sintomatología ansiosa 226
2.2.2. Evolución de la sintomatología depresiva 228
2.3. Análisis de la participación, de la adherencia y de la aceptabilidad de la intervención. 232
2.3.1. Tasa de participación y abandonos 232
2.3.2. Adherencia a la intervención 232
2.4. Satisfacción con la intervención 233
IV. DISCUSIÓN 236
1. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA ... 237
2. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA 239
3. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE LAS PARTICIPANTES 240
4. ASISTENCIA, ADHERENCIA Y ACEPTABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN 241
5. LIMITACIONES, FORTALEZAS E IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO.... 242
V. CONCLUSIONES 244
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 247
VII. ANEXOS 284
ANEXO 1. Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia 285
ANEXO 2. Consentimiento informado del estudio 1 286
ANEXO 3. Consentimiento informado del estudio 2 287
ANEXO 4. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y Subescala de Ansiedad (EDS-3A) 288
ANEXO 5. Escala de Ansiedad por Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) 289
ANEXO 6. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) 290
ANEXO 7. Cuestionario de ansiedad específica del embarazo (PRAQ-20) 291
ANEXO 8. Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk 292
ANEXO 9. Cuestionario de satisfacción 293

USC DE COMPOSTELA

I. INTRODUCCIÓN

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. SALUD MENTAL Y GÉNERO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición es válida tanto para hombres como para mujeres, no ocurriendo lo mismo cuando hablamos de enfermedad. Hombres y mujeres no enferman igual, no tienen los mismos síntomas ni reaccionan igual al tratamiento. A pesar de ello, durante siglos la medicina no lo tuvo en cuenta porque su prisma era masculino (Rius, 2013). Hasta hace unas décadas la mujer era invisible para la ciencia, el hombre era el patrón para evaluar los síntomas y la incidencia de las enfermedades, porque en los ensayos clínicos habitualmente no participaban mujeres y ni las estadísticas ni las investigaciones médicas diferenciaban por género. Desde 1993 es obligatorio que todos los ensayos realizados con dinero público incluyan personas de diferente sexo y etnias, el análisis de sus resultados con criterio de género, y la distinción entre hombres y mujeres en las estadísticas relacionadas con la salud (Rius, 2013).

Hombres y mujeres somos diferentes desde un punto de vista biológico, de manera que el riesgo de ciertas enfermedades, sus manifestaciones y su gravedad pueden variar entre ambos. Asimismo, algunas de las diferencias no son tanto por un motivo biológico como por una cuestión social y de género (López, 2021). Estas diferencias quedan plasmadas en varios hechos, tales como que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, o que las enfermedades mentales como la depresión y ansiedad, son más frecuentes en mujeres (OMS, 2015; OMS, 2018). Por lo tanto, para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres debido a sus diferencias biológicas y roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades (OMS, 2002).

A nivel mundial, una de cada ocho personas padece un trastorno mental y del comportamiento (OMS, 2022a), con esto se estima que más de mil millones de personas en el mundo sufren un trastorno mental, constituyendo alrededor del 15% de la carga mundial de la enfermedad. Uno de los trastornos más prevalentes a nivel mundial son los trastornos de ansiedad. La ansiedad es un constructo de los más estudiados en psicología y una de las patologías más frecuentes en las sociedades occidentales, estando presente en un 10% de la población. Se calcula que los trastornos de ansiedad afectan al 5,3% de la población en entornos africanos mientras que lo hace en un 10,4% en los países europeos (Alonso et al., 2018). Se estima que más de 301 millones de personas en el mundo sufren un trastorno de ansiedad (OMS, 2022a), siendo las mujeres más proclives a padecerla que los hombres. Según el estudio sobre enfermedad mental global (The Global Burden Desease, GDB, 2018) se está convirtiendo en una de las principales causas de discapacidad en Europa en el siglo XXI, situándose como la octava causa de discapacidad en el mundo para las mujeres y en la décimo tercera para los hombres.

El género es también un factor determinante en la salud mental (Bacigalupe et al., 2020). A pesar de ello, durante mucho tiempo la perspectiva de género ha estado excluida de las cuestiones relacionadas con la salud mental (Fedeafes, 2014) y, por tanto, ha estado ausente en las investigaciones (Castaño-López et al., 2006). Sin embargo, existe una dimensión de género en el campo de la salud mental (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005). De hecho, las mujeres, en general, presentan una mayor prevalencia de trastornos mentales que los hombres (Bacigalupe et al., 2020; Saénz-Herrero, 2015). Concretamente, el European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) halló que un 25,0% de la población había presentado un trastorno mental en algún momento de su vida y un 9,6% en los últimos 12 meses (Alonso et al., 2004). Estas prevalencias fueron mayores en las mujeres que en los hombres,

USC COMPOSTELA

tanto la prevalencia a lo largo de la vida (28,1% vs. 21,6%) como la prevalencia por año (12,0% vs. 7,1%). El informe Health at a Glance: Europe 2018 (OECD/EU, 2018) estima que una de cada seis personas (17,3%) de los países de la Unión Europea tienen un problema de salud mental, siendo los más prevalentes la ansiedad (5,4%) y la depresión (4,5%) que, junto con los trastornos bipolares, son más comunes entre las mujeres. Según el Eurobarómetro realizado en junio de 2023 (Eurobarometer, 2023), casi una de cada dos personas (46,0% de la población de Europa) habían presentado un problema de salud mental en los últimos 12 meses, siendo los más prevalentes la ansiedad y la depresión.

En la investigación de ESEMeD-España (Haro et al., 2006) se muestra la misma tendencia. En nuestro país, el 19,5% de la población había presentado un trastorno mental a lo largo de su vida y un 8,4% en los últimos 12 meses. De igual modo, la prevalencia fue mayor en las mujeres, tanto la prevalencia-vida (22,93% vs. 15,67%) como la prevalencia-año (11,44% vs. 5,25%). Este estudió también halló que ser mujer era un factor de riesgo para tener un trastorno mental, así como estar separado/a, divorciado/a, viudo/a, desempleado/a, de baja laboral o tener alguna incapacidad. Así mismo, los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2017) confirman que las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuenta que los hombres (14,1% vs. 7,2%), siendo la frecuencia de diagnósticos de depresión o ansiedad superior en las mujeres (19,4%), que en los hombres (8,5%).

Para la mujer, el riesgo de padecer ansiedad se incrementa durante el período perinatal, debido a todos los cambios que se producen durante esta etapa a nivel fisiológico, social y psicológico (O´Hara y Wisner, 2014; van Bussel et al., 2009).

2. LOS TRASTONOS MENTALES EN EL PERIODO PERINATAL

En el año 1858, el psiquiatra francés Louis-Victor Marcé publicó una importante y completa monografía sobre los trastornos mentales del preparto y postparto titulada "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet" (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas y consideraciones médico-legales relacionadas con el tema), que fue considerado el primer tratado de psiquiatría perinatal (Fernández et al, 2011). En este tratado, Marcé describió el embarazo y el puerperio como un periodo de vulnerabilidad psíquica específica. Fue un pionero que habló del riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal en mujeres con trastornos psiquiátricos, del efecto del estado mental materno en el neurodesarrollo fetal, e hizo una completa descripción clínica de la psicosis puerperal. Además, definió la lactancia como un "estado puerperal prolongado" y mencionó que el destete abrupto podría ser causa de descompensación psíquica en algunas madres. Sin embargo, su obra fue prácticamente ignorada durante más de 150 años (Trede et al., 2009) hasta que a finales de los años 70 tres expertos en salud mental perinatal (Channi Kumar, James Hamilton e Ian Brockington) decidieron formar la "Société Marcé Francophone"; una asociación francesa para el estudio de la psiquiatría perinatal y puerperal que lleva su nombre en su honor. Dicha sociedad es un referente en el estudio, comprensión, prevención y tratamiento de los trastornos mentales relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Hoy en día es sabido que el embarazo y el postparto son dos momentos de la vida de la mujer en los que aumenta la vulnerabilidad para desarrollar y/o recaer en ciertos trastornos

USC DE COMPOSTELA

mentales (Higgins et al., 2018; Smith et al., 2011), pues implican importantes cambios biológicos, psicológicos, familiares y sociales a los que deben hacer frente (Biaggi et al., 2016; van Bussel et al., 2009).

Con respecto a los cambios biológicos, la mayoría son debidos a la presencia y fluctuación de determinadas hormonas. Por ejemplo, la hormona Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) solamente se produce en el embarazo. Se encuentra en el plasma y en la orina y sus niveles aumentan drásticamente durante el primer trimestre de gestación. Es la responsable de los episodios de vómitos y náuseas frecuentes en este periodo. Los estrógenos son producidos por la placenta y los ovarios, aumentan sus niveles durante el embarazo y favorecen la aparición de estrías y gingivitis. La progesterona, también elevada durante el embarazo, puede provocar hipersensibilidad mamaria, estreñimiento e interviene en la hiperpigmentación de la piel, dando lugar, entre otras, a las manchas oscuras que aparecen con frecuencia en el rostro de las embarazadas. La prolactina, puede llegar a aumentar de 10 a 20, ayudando a la producción de la leche materna. Sin embargo, puede favorecer la aparición de cambios de humor. Todos estos cambios, tanto físicos como emocionales, pueden ocasionar malestar y, en algunos casos, suponen alteraciones en la imagen corporal y el consecuente temor a no recuperar la imagen previa a la gestación (Mendoza, 2020). Del mismo modo, debido a las molestias físicas puede resultar difícil conciliar y mantener un sueño reparador (Aguilar Cordero et al., 2020).

A nivel psicológico, las mujeres pueden sufrir alteraciones emocionales debido tanto a los cambios hormonales propios de esta etapa, como a las preocupaciones y a la ansiedad por diferentes motivos. Por ejemplo, durante el primer trimestre es habitual que muestren preocupaciones con respecto a la evolución del embarazo y a la salud de su bebé (miedo a la pérdida del feto, a que el bebé presente alguna enfermedad). Durante el tercer trimestre, el miedo más común es el temor al parto, no solo por el dolor, sino también por el miedo a que surjan complicaciones, por la salud del bebé y por la capacidad para cuidarlo adecuadamente (Barja, 2021; Misri et al., 2015). Así mismo, los cambios a nivel social van a ser notables tanto en la relación con la pareja como con familiares, amigos y a nivel ocupacional y profesional, puesto que se van a ver condicionado por los cuidados del bebé (Grant et al., 2012; Maguire et al., 2018). Tras el parto, la mujer debe adaptarse a una vida de cuidado de su hijo/a, reponerse del agotamiento físico y mental y sufrir los cambios hormonales típicos de este período. El parto constituye, para muchas mujeres, un momento de euforia en sus vidas; sin embargo, también es un período de vulnerabilidad psicológica asociado a diversos trastornos, entre los que la ansiedad ocupa un lugar predominante (Zappas et al., 2021).

Los trastornos mentales perinatales hacen referencia a los trastornos psicológicos/psiquiátricos que tienen lugar durante el embarazo y hasta un año después del parto (O´Hara y Wisner, 2014). Si bien la existencia de trastornos mentales durante el puerperio es conocida desde hace tiempo, el estudio y el tratamiento de los mismos asociados a la vida reproductiva de la mujer no han alcanzado la importancia que merecen entre la comunidad científica (García-Estevez y Valdés-Miyar, 2017). Durante años se ha sostenido la creencia de que la maternidad era un factor protector para la salud psíquica de la mujer, por lo que los síntomas psicopatológicos se han considerado inherentes al embarazo o al puerperio y, por consiguiente, no se han diagnosticado ni tratado (Navarro et al., 2017).

Se estima que una de cada cinco mujeres desarrolla un trastorno mental durante el embarazo y/o hasta un año después del parto (National Childbirth Trust, 2017; OMS, 2022b). La depresión y la ansiedad son los trastornos más prevalentes, pero no los únicos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2.1. PSICOSIS PUERPERAL

El término psicosis puerperal hace referencia a una de las formas más graves y menos prevalentes de los trastornos mentales que ocurren en el postparto inmediato (Navarro et al., 2017; Olivares, 2019). Existe consenso en considerar que el parto es un factor desencadenante de episodios afectivos psicóticos, de características clínicas específicas que hacen de la psicosis puerperal una enfermedad diferenciada (Blackmore et al., 2013), pues los cambios fisiológicos cerebrales que ocurren en el parto son un factor clave en su etiología (Navarro et al., 2017).

La psicosis puerperal incluiría episodios afectivos psicóticos, principalmente maníacos, pero también depresivos o mixtos que se inician a los pocos días del parto (dos semanas postparto), aunque no sean necesariamente primeros episodios afectivos o psicóticos. Se caracteriza por un episodio afectivo psicótico de inicio agudo, a las pocas horas o días del parto, con pródromos mínimos (Olivares, 2019). Los síntomas característicos incluyen la presencia de sintomatología afectiva, elación y depresión, con intensas fluctuaciones del humor y una apariencia confusa y perpleja (Friedman et al., 2023; Kamperman et al., 2017). Las ideas delirantes y las alucinaciones suelen centrarse en el/a recién nacido/a, aunque puede faltar la conciencia del embarazo y el parto.

La prevalencia de la psicosis puerperal oscila entre el 0,1% y el 0,2% (Navarro et al., 2017; Olivares, 2019, Osborne, 2018). Es decir, afecta a 1 o 2 gestaciones de cada 1.000. La mayoría de los casos se inicia de manera repentina entre los días 1 y 14 posteriores al parto y puede durar varias semanas o meses (Perry et al., 2021). Es un trastorno que puede provocar consecuencias devastadoras para la madre, el bebé, la pareja e incluso los familiares y allegados (Perry et al., 2021). Entre las consecuencias más graves está el suicidio materno y el filicidio. El riesgo de suicido materno aumenta hasta 70 veces. Además, entre el 20 y 50% de los filicidios cometidos por las madres están asociados a un episodio previo de psicosis puerperal (Olivares, 2019).

2.2. DEPRESIÓN

La depresión es el trastorno mental más prevalente en el periodo perinatal (Alipour et al., 2012). Se estima que su prevalencia oscila entre el 11,9% y el 24,7% (Al-Abri et al., 2023; Mitchell et al., 2023; Woody et al., 2017). En cuanto a la trayectoria de la depresión durante la etapa perinatal, es difícil extraer una conclusión. La mayoría de las investigaciones longitudinales desarrolladas durante el embarazo indican que hay una reducción de la sintomatología depresiva durante el segundo trimestre (Míguez y Vázquez, 2021; Weng, et al., 2016; Yanikkerem et al., 2013; Yu et al., 2017). En cuanto a la evolución durante el postparto aún resulta más difícil sacar conclusiones, pues a mayores de la variedad en los instrumentos y puntos de corte utilizados, hay que sumar el momento temporal escogido para realizar la evaluación. Por ejemplo, Woolhouse et al. (2015) hallaron que la depresión materna es más común a los 4 años postparto que en cualquier momento de los primeros 12 meses postparto. Por el contrario, McCall-Hosenfeld et al. (2016) indican que las mujeres que presentan depresión durante el embarazo tienden a permanecer en este estado durante el primer año posparto o mejoran ligeramente, pero una minoría (1,7%) se deprimen cada vez más durante el transcurso del primer año después del primer parto. En Nueva York, Putnick et al. (2020) llevaron a cabo un estudio de cohortes para identificar las trayectorias de los síntomas depresivos a lo largo del puerperio. Las parturientas fueron evaluadas a los 4, 12, 24 y 36 meses después del parto. Se hallaron 4 trayectorias de síntomas depresivos en el postparto: baja estable (74,7%), caracterizada por síntomas bajos en todos los momentos del postparto; de bajo aumento (8,2%), caracterizada por síntomas inicialmente bajos pero crecientes; media

decreciente (12,6%), caracterizada por síntomas inicialmente moderados pero remitentes; y alta persistente (4,5%), caracterizada por síntomas elevados en todos los momentos del postparto. Los autores concluyen que una cuarta parte de las mujeres experimentan síntomas depresivos elevados a los 3 años del parto, insistiendo en la importancia de evaluar la sintomatología depresiva en varios momentos tras el nacimiento.

La depresión perinatal puede tener consecuencias negativas tanto para las mujeres como para sus hijos/as y familiares (Burke, 2003; Marmorstein et al., 2004), provocando un impacto negativo tanto en el curso del embarazo como en el resultado fetal y neonatal (Alder et al., 2011). Una de las consecuencias más importante es la aparición de ideación y/o conducta suicida. Una revisión realizada por Gelaye et al. (2016), mostró que las mujeres embarazadas tenían mayor ideación suicida que la población general.

Cabe mencionar, también, un trastorno específico del periodo postparto, el llamado *baby blues*, *maternity blues* o depresión postparto leve, que es la manifestación psicopatológica más leve y prevalente en el postparto (Bruno et al., 2018). Se trata de un síndrome afectivo transitorio que suele aparecer entre el segundo y cuarto día tras el parto. Su duración no suele sobrepasar los 15 días y lo habitual es que desaparezca de forma espontánea sin dejar secuelas. Es una fase de labilidad emocional caracterizada por episodios de llanto, irritabilidad, confusión, ansiedad y también euforia (Rai et al., 2015). En la mayoría de los casos, el trastorno no llega a tener una intensidad lo suficientemente grave como para necesitar tratamiento. La prevalencia de los *maternity blues* varía mucho entre los estudios. En una revisión y metaanálisis llevada a cabo por Rezaie-Keikhaie et al. (2020), hallaron que la prevalencia de este síndrome oscilaba entre el 13,7% y el 76,0%.

2.3. ANSIEDAD

La ansiedad es uno de los trastornos más prevalentes durante el período perinatal. Se estima que su prevalencia oscila entre un 2,6% y el 48,1% (Dennis, Falah-Hassani, y Shiri, 2017; Fawcett et al., 2019; Leach et al., 2017; Nielsen-Scott et al., 2022), si bien las tasas de prevalencia varían dependiendo del instrumento de evaluación utilizado y del momento en el que se haya llevado a cabo la evaluación. La ansiedad perinatal constituye un importante problema de salud pública (Blackmore et al.,2016; Dennis, Falah-Hassani, y Shiri, 2017), por el coste económico que conlleva y por las consecuencias que tiene para las mujeres, sus bebés y su familia (Bauer Knapp y Parsonage, 2016; Maguire et al., 2018). Sin embargo, a pesar de la evidencia que sugiere que las tasas de prevalencia de ansiedad son similares, si no mayores, que la depresión perinatal, son relativamente recientes las investigaciones centradas en su estudio y tratamiento (Bauer et al., 2016; Buist et al., 2011; Loughnan et al., 2018; Maguire et al., 2018).

Las tasas de comorbilidad entre ansiedad y depresión oscilan entre el 6,8% y el 75,0% (Cena et al., 2021; Dikmen-Yildiz et al., 2017; Nakić Radoš et al., 2018), lo que nos sugiere que ambos trastornos aparecen de forma conjunta frecuentemente, algo importante a tener en cuenta tanto en la detección como en el tratamiento de la ansiedad perinatal. Además, se ha encontrado que, durante la gestación, tanto la presencia de ansiedad como de depresión (Míguez et al., 2017; Norhayati et al., 2015) suponen un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en el postparto.

Por otro lado, *la ansiedad específica del embarazo* está cobrando gran protagonismo en los últimos años. Durante el embarazo, las mujeres pueden experimentar temores específicos, como el miedo al dolor y la pérdida de control durante el parto, la pérdida del bebé o su propia vida, miedo a su incompetencia como madres, y preocupaciones relacionadas con cambios sociales,

económicos y físicos debidos al embarazo y el nacimiento (Bayrampour et al., 2016; Huizink et al., 2004). La ansiedad relacionada con el embarazo se ha asociado con consecuencias en el embarazo, el curso del parto y los resultados materno-infantiles en el período posnatal (Blackmore et al., 2016). Se ha relacionado con una mayor probabilidad de parto prematuro (Glynn et al., 2008), deterioro de la función cognitiva de los niños (Acosta et al., 2019), bajo peso al nacer (Shahhosseini et al., 2015), vínculo maternal deficiente (Challacombe et al., 2021) y peor salud y desarrollo infantil (Shao et al., 2021; Wang et al., 2021).

Cabe indicar, también, que la pandemia por COVID-19 ha impactado drásticamente sobre la salud de las personas. Las restricciones para limitar el contacto interpersonal y reducir la propagación del virus (Liang y Acharya, 2020) han sido especialmente difíciles para las mujeres embarazadas y puérperas (Brik et al., 2021; Goberna-Tricas et al., 2021). Estas medidas, junto con el miedo a la infección por COVID-19 y su contagiosidad para los recién nacidos, la falta de apoyo social, el aislamiento y los obstáculos percibidos para prepararse para el parto durante la pandemia pudieran dar lugar a un aumento de la angustia psicológica durante el período perinatal (Diamond et al., 2020; Motrico et al., 2020). Diversas revisiones (Sun et al., 2020; Yan et al., 2020; Zhang et al., 2020) informan que la pandemia de COVID-19 ha aumentado la prevalencia de depresión y ansiedad casi al doble en comparación con cohortes prepandémicas. Dichos estudios han informado de un aumento en la prevalencia general de depresión del 22% al 31% y de ansiedad del 32% al 42% en mujeres embarazadas y en el posparto. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo por Davenport et al. (2020) en Canadá, mostró que la prevalencia de la sintomatología ansiosa en el postparto aumentó de un 39,0% antes de la pandemia a un 72,0% durante la pandemia. En la misma línea, Motrico et al. (2022) en España, encontraron que la prevalencia tanto de ansiedad como de depresión se duplicara en comparación con datos previos a la pandemia. Concretamente, la prevalencia de ansiedad perinatal antes de la pandemia se situaba entre el 16,8% y 19,5%, en función de los trimestres, (Soto-Balbuena et al., 2018) frente al 33,3% hallado durante la pandemia.

3. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PERINATAL

Tal como se ha comentado, durante la etapa perinatal la ansiedad es uno de los trastornos mentales más comunes (Dennis, Falah-Hassani, y Shiri, 2017; Falah-Hassani et al., 2017) que puede ocasionar consecuencias negativas en las madres y sus bebés (Maguire et al., 2018). Se dispone de diversos instrumentos para la detección de la ansiedad perinatal según tengan una finalidad de cribado o de diagnóstico. Sin embargo, un aspecto a considerar cuando se realiza un cribado sobre ansiedad en este período es saber qué tipo de ansiedad queremos evaluar para seleccionar los instrumentos adecuados, pues las mujeres experimentan distintos tipos de ansiedad durante esta etapa (ansiedad general y ansiedad específica del embarazo).

Según la American Psychiatric Association (APA, 2013), la ansiedad se define como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, estando ésta a menudo asociada a tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos y evitativos. Esos síntomas incluyen componentes afectivos, cognitivos y comportamentales. Cabe diferenciar entre *ansiedad estado* y *ansiedad rasgo*. La ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo (Spielberg, 1972). El nivel de ansiedad estado debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes, o en circunstancias en que, aun existiendo peligro, éste no es percibido como amenazante. La ansiedad rasgo es una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones). El rasgo de ansiedad

se refiere a la tendencia a reaccionar de forma ansiosa (Spielberg, 1972), y a la disposición a percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad.

La *ansiedad específica o relacionada con el embarazo* es un tipo específico de ansiedad caracterizado por miedos y/o preocupaciones sobre el embarazo. Con el objetivo de clarificar dicho concepto, Bayrampour et al. (2016) llevaron a cabo una investigación en Canadá y observaron que la ansiedad relacionada con el embarazo estaba conformada por respuestas afectivas (ej., miedo), cogniciones (ej., preocupaciones) y componentes somáticos (ej., síntomas físicos de ansiedad). Además, este tipo de ansiedad abarca nueve dimensiones que van desde las preocupaciones por el feto y la madre (ej., aborto espontáneo, imagen corporal) hasta preocupaciones sobre el apoyo, los cuidados del bebé o la economía familiar.

Durante esta etapa, también se han identificado fobias específicas relacionadas con el embarazo, tales como la tocofobia y la fobia al bebé. La tocofobia (miedo a quedar embarazada o al parto) se estima que afecta al 14,0% de las mujeres embarazadas (O´Connell et al., 2017). Otra fobia relacionada con el embarazo es el rechazo al recién nacido durante el primer año de vida, aunque ha habido falta de reconocimiento de este síndrome, en estudios realizados en Gran Bretaña, Nueva Zelanda y Suecia (Brockington et al., 2006; Uddenberg y Englesson, 1978) se halló que ésta oscilaba entre el 12% y el 20%.

3.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANSIEDAD PERINATAL

La ansiedad que aparece durante el embarazo y el postparto es comparable a la ansiedad que tiene lugar en cualquier momento de la vida. Los criterios diagnósticos de ansiedad más utilizados, tanto en la clínica con en la investigación, son los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) y los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE).

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR; APA, 2022), existe una amplia y variada categoría de diagnósticos de ansiedad. En esta categoría se incluyen los trastornos de ansiedad generalizada, las fobias, el trastorno de pánico, la agorafobia, la ansiedad social, la ansiedad por separación y el mutismo selectivo. En su edición anterior, el DSM-IV-TR (APA, 2000), en este apartado también incluía el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo; entidades que en la actualidad (DSM-5-TR; APA, 2022) conforman categorías separadas. Sin embargo, este manual no proporciona criterios específicos para la ansiedad perinatal, a diferencia de lo que ocurre con la depresión, en donde se contempla el especificador de "episodio depresivo mayor con inicio en el período periparto". Esta es otra muestra de la falta de atención a la ansiedad en esta etapa. Al no existir criterios específicos para este tipo de población, las mujeres son evaluadas en base a los criterios de ansiedad generalizada (Pawluski et al., 2017). El DSM-5-TR (APA, 2022) define el trastorno de ansiedad generalizada como ansiedad excesiva, preocupación y aprensión en múltiples dominios. Las preocupaciones son difíciles de controlar y se asocian con tensión muscular, agotamiento, irritabilidad, fatiga, alteraciones del sueño y escasa concentración. Para realizar el diagnóstico, el DSM requiere que los síntomas estén presentes durante al menos 6 meses (Tabla 1). Podría ser más apropiado utilizar el diagnóstico de «trastorno de ajuste por ansiedad», que tendría los mismos síntomas pero que viene precipitado por un evento de vida estresante (en este caso, embarazo/parto) y también puede estar presente durante seis meses.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5-TR.

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto o insatisfactorio)
D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laborar u otras áreas importantes de funcionamiento.
E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni otra afección médica.
F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Con respecto a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2022c), se describen "los trastornos mentales y del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio" en la categoría E.20. En esta categoría, se incluyen los síndromes asociados con el embarazo o el puerperio (con comienzo alrededor de 6 semanas después del parto) que causan una interferencia significativa en la vida de las mujeres. Además, se especifica que si los síntomas cumplen los requisitos diagnósticos de algún trastorno mental específico se debe asignar también ese diagnóstico. Es decir, figuraría tanto el diagnóstico de "trastornos mentales y del comportamiento asociados con el embarazo, parto y puerperio" como el diagnóstico de "trastorno de ansiedad generalizada". Según este sistema de clasificación, el trastorno de ansiedad generalizada se incluiría dentro de los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (B00-B06). La categoría B00 incluye el trastorno de ansiedad generalizada. La CIE-11 utiliza una lista de 20 síntomas divididos en síntomas autonómicos, relacionados con el pecho y abdomen, relacionados con el estado mental, síntomas generales y otros síntomas no específicos. Los síntomas tienen que tener una duración de al menos 6 meses y siempre deben estar presentes como mínimo cuatro síntomas, uno de ellos debe ser del grupo de síntomas autonómicos.

Como se puede observar, hasta la fecha, la ansiedad durante la etapa perinatal no ha recibido ningún código específico en ninguna de las clasificaciones existentes que la identifiquen como tal. Equipos de investigación en salud mental perinatal proponen la inclusión en futuras clasificaciones de un código específico que contemple "de inicio en el embarazo" y de "inicio en el postparto". Esto permitirá su registro en la documentación clínica y su uso para la investigación clínica y epidemiológica (Navarro et al., 2017).

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD PERINATAL

La evaluación de la ansiedad puede tener una finalidad diagnóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos (CIE o DSM), o puede tener como objetivo realizar un cribado con el fin de detectar la presencia y gravedad de los síntomas. A continuación, se describen los instrumentos de evaluación más utilizados para el diagnóstico y cribado de la ansiedad perinatal.

3.2.1. Instrumentos para el diagnóstico de la ansiedad perinatal

La entrevista clínica es el procedimiento esencial para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada. La CIE y el DSM ofrecen un conjunto de criterios consensuados sobre los que apoyarse para orientar la entrevista y el juicio clínico. Hay disponibles varias entrevistas estandarizadas que permiten un diagnóstico fiable para el trastorno de ansiedad generalizada. La más usada es la *Structured Clinical Interview* (SCID) del DSM-IV (SCID; First et al., 1999). Actualmente, ya está disponible la última versión para los trastornos del DSM-5 (First et al., 2016). La SCID es una entrevista semiestructurada que proporciona diagnósticos de acuerdo con los criterios recogidos en el DSM. Presenta diferentes versiones según se utilice en pacientes internados, no internados o población no clínica. Su administración lleva aproximadamente entre 45 y 60 minutos y debe ser realizada por profesionales de la salud mental bien entrenados. Si bien diferentes estudios han utilizado la SCID para el diagnóstico de ansiedad generalizada durante la etapa perinatal (ej., Coelho et al., 2011; Martini et al., 2013; Nath et al., 2018; Uguz et al., 2019), no es lo más común, pues la mayoría de las investigaciones se limitan a ofrecer datos de prevalencia basados en instrumentos de cribado.

3.2.2. Instrumentos para el cribado de la ansiedad perinatal

Además de las entrevistas clínicas, existen multitud de escalas con diferente grado de estructuración, que se utilizan como instrumentos para medir la gravedad de la sintomatología ansiosa. Su objetivo es la evaluación sintomática de la mujer en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen pretensión diagnóstica, pues ésta deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. A continuación, se describirán las principales características de las escalas de evaluación de la sintomatología ansiosa más utilizadas en el periodo perinatal.

3.2.2.1. Instrumentos generales

El *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberg et al., 1970) es una herramienta ampliamente reconocida para evaluar el estado y rasgo de la ansiedad en población general (Stefana et al., 2023). La versión española de este instrumento fue publicada por TEA (Buela-Casal et al., 1982). Permite medir tanto la ansiedad actual (estado), como la predisposición de la persona para padecer ansiedad (rasgo). Es un inventario compuesto por 40 ítems, divididos en dos escalas de 20 ítems, una hace referencia a la subescala Estado (STAI-E) y la otra a la subescala Rasgo (STAI-R). La subescala Estado está compuesta por enunciados que describen cómo se siente la persona en ese momento, ej., "me siento relajada", mientras que la subescala Rasgo evalúa cómo tiende a sentirse la persona en su día a día, es decir, su predisposición a sufrir o no ansiedad. Para responder a los ítems, se utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos, en la que las alternativas de respuesta son: 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y, 3 = mucho. Es el instrumento de ansiedad general más utilizado en muestras de mujeres embarazadas (ej., Cena

et al., 2021 Arch, 2013; Giardinelli et al., 2012; Gourounti et al., 2013; Vázquez y Míguez, 2021) y también durante el período del postparto (ej., Dennis, Falah-Hassani, y Shiri, 2017; Tendais et al., 2014). A pesar de ser una escala ampliamente usada para evaluar la ansiedad perinatal, y una medida válida y fiable para evaluar la ansiedad en el embarazo (Field, 2017; Guardino et al., 2014) y en el postparto (Matthey et al., 2003), no ha sido validada para su uso durante este periodo.

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983) es una herramienta multidimensional que consta de una subescala de depresión (HADS-D) y una subescala de ansiedad (HADS-A), compuesta por siete elementos cada una con 4 opciones de respuesta. La puntuación máxima de cada subescala es 21. Una puntuación mayor a 10 en cada subescala se considera como un caso probable de ansiedad o depresión. Los ítems de la HADS-A miden ansiedad general (ej., tengo sentimientos de pánico; tengo pensamientos preocupantes). Este instrumento fue adaptado al español por Tejero et al. (1986). Aunque ha sido empleada para evaluar la ansiedad perinatal (Ali et al., 2012; George et al., 2013; Rubertsson et al., 2014; van de Loo et al., 2018) no ha sido validada en España para su uso durante esta etapa.

La escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada *(Generalized Anxiety Disorder Anxiety Scale*, GAD-7; Spitzer et al., 2006), está conformada por siete ítems que se contestan a través de una escala tipo Likert (0 a 3) que evalúan los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. Las puntuaciones se asocian a niveles de ansiedad leve (entre 5 y 9 puntos), moderada (entre 10 y 14) y grave (entre 15 y 20). Fue adaptada a población española por García-Campayo et al. (2010). La primera validación para población gestante hispanohablante se llevó a cabo en una muestra peruana en riesgo de sufrir problemas económicos o de salud durante el embarazo (Zhong et al., 2015), y se estableció un punto de corte ≥ 7 para detectar a mujeres con sintomatología ansiosa elevada. Algunos estudios (Savory et al., 2021; Soto-Balbuena et al., 2018) la han empleado para medir los niveles de ansiedad durante la etapa perinatal. La validación española para su uso durante el embarazo ha sido realizada por Soto-Balbuena et al. (2021). Existe una versión breve de esta escala, la GAD-2 (Kroenke et al., 2007), pero no ha sido validada para población gestante. La GAD, tanto en su versión original como breve, se ha recomendado como instrumento de detección breve de la ansiedad perinatal (NICE, 2020; Simpson et al., 2014).

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS; Cox et al., 1987) es un cuestionario de 10 ítem desarrollado inicialmente para identificar la depresión posnatal. Aunque no fue diseñado para detectar ansiedad, diferentes estudios (ej., Coates et al., 2017; Matthey et al., 2013; Phillips et al., 2009; Toler et al., 2018) han encontrado que tres ítems (3, 4, 5) pueden detectar ansiedad durante el período perinatal. Esta subescala es conocida como *Escala de Depresión de Edinburgo - Subescala de Ansiedad* (EDS-3A). Cada uno de los tres ítems tiene cuatro opciones de respuesta (0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y, 3 = mucho). La puntuación total de la subescala va de 0 a 9, y de 0 a 30 para el total de la EPDS. El punto de corte utilizado en la EDS-3A por Matthey et al. (2013) en el período prenatal fue ≥ 5 y en el postparto ≥ 6. En España, la EPDS ha sido validada para la detección de sintomatología depresiva en el postparto (García-Esteve et al., 2003) y en el embarazo (Vázquez y Míguez, 2019). Durante esta investigación se ha validado su uso para evaluar la sintomatología ansiosa en la etapa perinatal. El punto de corte ≥ 7, tanto en el embarazo como en el postparto, identificó a las mujeres embarazadas con ansiedad con una sensibilidad del 61,5% y especificidad del 86,3%, y a las puérperas con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 88,4%.

USC UNIVERSIDADE DE COMPOSTELA

El cuestionario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck y Steer, 1993), es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta cuyo objetivo es detectar la presencia de sintomatología ansiosa y su severidad, por lo que las puntuaciones definen distintos niveles de gravedad. Entre 0-7 indicaría ansiedad mínima, entre 8-15 ansiedad leve, entre 16-25 ansiedad moderada y más de 26 ansiedad grave. La principal limitación que se le atribuye es que cuenta con un contenido somático muy alto, ya que más del 65% de los ítems se relacionan con síntomas fisiológicos de ansiedad (Brunton et al., 2015). En 2003 se publicó la adaptación española de este inventario (Sanz y Navarro, 2003). Si bien es una escala diseñada para su uso en población general, también se ha utilizado en población perinatal (Allison et al., 2011; Harvison et al., 2009; Leigh y Milgrom, 2008).

El Cuestionario de Screening de Ansiedad (*Anxiety Screening Questionnaire*, ASQ-15; Wittchen y Boyer, 1998) fue desarrollado con el objetivo de detectar el trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad, basándose en la Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Consta de 15 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) y está dividido en 3 secciones: 1) motivo de acudir a consulta (ítem 1), 2) otros diagnósticos (ítems 2 a 7) y, 3) trastorno de ansiedad generalizada (ítems 8 a 15). Los autores no proponen ningún punto de corte, se establece un diagnóstico si se contesta de forma afirmativa a alguno de los ítems. En 2002 se publicó la adaptación española de este inventario (Bobes et al., 2002).

La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems (*Depression Anxiety Stress Scale 21*, DASS-21, Lovibond y Lovibond, 1995) es una versión breve de la escala original conformada por 42 ítems. Las tres escalas evalúan de forma autoaplicada la presencia e intensidad de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntuación total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. Fue validada al español en estudiantes universitarios (Bados et al., 2005). A pesar de ser una escala validada para población general, algunos estudios también la han empleado durante la etapa perinatal (Kornelsen et al., 2011; Reid et al., 2009).

Además de los instrumentos mencionados anteriormente, que son los más utilizados en el periodo perinatal, existe un amplio abanico de instrumentos para evaluar la sintomatología ansiosa, como el *General Heath Questionnaire* (GHQ; Goldbergh, 1972), el *Anxiety Screening Questionnaire* (ASQ-15;), *la Symptoms Chescklist-90 Revised* (SCL-90-R; Derogatis y Fitzpatrick, 2004) o el *Medical Outcomes Survey Short Form* (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992). Todos ellos han sido diseñados para su uso en población general y a excepción de la GAD-7 y la EDS-3A, ninguno ha sido validado con muestras de mujeres en el período perinatal. Por lo tanto, utilizar puntos de corte no validados podría afectar al número de mujeres clasificadas con probable ansiedad. Por otro lado, algunos de los cuestionarios mencionados, tal es el caso del BAI, contienen ítems que hacen referencia a síntomas somáticos que se superponen con los síntomas físicos más habituales del embarazo y/o postparto. Es decir, la presencia de ítems que evalúan sintomatología somática dificulta el poder distinguir ente los cambios fisiológicos propios del embarazo y postparto, tales como aumento/pérdida del apetito, insomnio/hipersomnia y/o cansancio.

Así, pues, para el cribado de la ansiedad perinatal, la GAD y la EDS-3A parecen ser los instrumentos más adecuados para evaluarla. En los últimos años, organismos como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2014), las Guía de Práctica Clínica (Beyondblue, 2011), The Healthy Child Program (Department of Health, 2009), y las Directrices NICE (National Institute for Health and Care Excellence Guidelines, 2014), han

USC DE COMPOSTELA

recomendado el cribado universal de la ansiedad perinatal con herramientas estandarizadas y validadas, como parte de una atención obstétrica de calidad. Además, advierten que el instrumento adecuado para el cribado debiera reunir una serie de características como su libre disponibilidad, validez, aceptabilidad, sensibilidad y especificidad. Concretamente, recomiendan el uso de la GAD-7 (NICE, 2014) y de la EPDS (Beyondblue, 2011), pues además de reunir todas las características anteriormente citadas, han sido validada en el período prenatal (Soto-Balbuena et al., 2021; Zhong et al., 2015). Sin embargo, la principal ventaja de la EPDS reside en la posibilidad de utilizar un mismo instrumento para la detección precoz de la sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo.

3.2.2.2. Instrumentos específicos

Al igual que ocurre con la ansiedad generalizada, también se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la ansiedad relacionada con el embarazo, si bien se utilizan en menor medida. A continuación, se describen los más utilizados.

El *Pregnancy Related Anxiety Questionnaire* (PRAQ; van den Bergh, 1990); versión española Vázquez et al. (2018). Esta escala está diseñada para identificar miedos y preocupaciones específicas relacionados con el embarazo y describir cómo se sienten las mujeres en ese momento. Está formada por un total de 55 ítems que se dividen en 5 subescalas: Preocupación por una misma y la relación de pareja durante el embarazo (15 ítems), miedo por la integridad del bebé (6 ítems), miedo al parto (9 ítems), miedo a los cambios (9 ítems), preocupación por la futura relación madre-hijo, padre-hijo y la relación de pareja (16 ítems). Para responder a los ítems se utiliza una escala Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 2 = bastante en desacuerdo, 3 = algo en desacuerdo, 4 = posición central, 5 = algo de acuerdo, 6 = bastante de acuerdo, 7 = totalmente de acuerdo). La puntuación total puede oscilar entre 55 y 406, cuanto más alta sea esa puntuación mayor será el nivel de ansiedad experimentado. En la adaptación española Vázquez et al. (2018) se utilizó un punto de corte ≥ 234 para identificar a aquellas mujeres con niveles elevados de ansiedad específica en el embarazo.

La escala fue revisada por Sikkema et al. (2001), obteniendo como resultado una escala (PRAQ-R) de 34 ítems y tres factores (miedo a dar a luz, miedo a tener un hijo/a con discapacidad física o mental y preocupaciones acerca de la propia apariencia). A su vez, esta escala fue revisada por Huizink et al. (2004), obteniendo una versión corta de 10 ítems y 3 factores (PRAQ-Short). En un estudio más reciente (Huizink et al., 2016) modificaron el ítem 8 de la escala "estoy ansiosa por el parto porque nunca he experimentado uno antes" para hacerla adecuada tanto para mujeres nulíparas como multíparas, nombrando a esta nueva escala PRAQ-R2. En España, Vázquez y Míguez (2021) obtuvieron una versión breve para el PRAQ-55. Para ello, realizaron un estudio longitudinal con una muestra de 569 mujeres españolas. La escala, de 20 ítems (PRAQ-20), tiene un punto de corte ≥ 67 para identificar a aquellas mujeres con elevada ansiedad específica del embarazo.

La *Cambridge Worry Scale* (CWS; Green et al., 2003) es un instrumento multidimensional desarrollado para evaluar el contenido y la intensidad de las preocupaciones experimentadas durante el embarazo. Cuenta con 4 factores de preocupación: aspectos sociales y médicos sobre tener un bebé, cuestiones socioeconómicas, la salud de la madre y el bebé y las relaciones con la pareja, familia y amigos. Contiene 16 ítems en una escala tipo Likert que va de 0 a 5 puntos (0 = ninguna preocupación, 5 = preocupación importante). La adaptación española fue realizada por Carmona Monge et al. (2012). Ha sido aplicada en los estudios de Peñacoba-Puente et al. (2011) y Gourounti et al. (2013).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La *Pregnancy Anxiety Scale* (PAS; Levin, 1991), consta de 10 ítems con un formato de respuesta dicotómico (sí/no), que evalúa la ansiedad durante el embarazo (3 ítems), del parto (4 ítems) y la hospitalización (3 ítems). El tipo de respuesta de esta escala supone una limitación debido a la restricción en las respuestas. Poikkeus et al. (2006) la utilizaron para evaluar la ansiedad específica en mujeres que usaban técnicas de reproducción asistida. La segunda versión del PAS (Côté-Arsenault, 1995) contiene sólo 5 ítems y dos factores: preocupaciones del embarazo y preocupaciones por el bebé. A mayor preocupación, mayor ansiedad.

El *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ – Version A; Wijma et al., 1998). En la literatura de investigación sobre la ansiedad durante el embarazo ha surgido el miedo al parto o tocofobia como una dimensión central de la ansiedad específica del embarazo. La versión A de W-DEQ incluye 33 elementos que preguntan sobre pensamientos y sentimientos relacionados con la proximidad del parto, con seis opciones de respuesta que van desde "nada" a "extremadamente". Varios estudios (ej., Fenaroli y Saita, 2013; Wijman et al., 1998) han corroborado su eficacia en la evaluación de la ansiedad prenatal.

Otros instrumentos, empleados en menor medida, para evaluar la ansiedad específica han sido: el *Prenatal Distress Questionnaire* (PDQ; Yali y Lobel, 1999), la *Pregnancy – Specific Anxiety Scale* (PSAS; Roesch et al., 2004), la *Tilburg Pregnancy Distress Scale* (TPDS; Pop et al., 2011*),* el *Brief Measure of Worry Severity* (BMWS; Gladstone et al., 2005) o el *Matthey Generic Mood Questionnaire* (MGMQ; Matthey et al., 2013).

A la vista de los datos sobre las escalas específicas de cribado de la ansiedad perinatal, el PRAQ parece ser el instrumento más adecuado y el que se ha empleado en más investigaciones. Además, se trata de un cuestionario de libre disponibilidad que ha sido validado para población española (Vázquez y Míguez, 2021).

4. LA ANSIEDAD EN EL EMBARAZO

Se estima que la ansiedad durante el embarazo es más alta en gestantes que en población general (Adewuya et al. 2006; Viswasam et al., 2019). Tradicionalmente se consideraba el embarazo como un momento de felicidad para las mujeres (Dunkel-Sechetter, 2011) y se creía que era un factor protector de la aparición de trastornos mentales. Sin embargo, se ha demostrado que no solo no las protege, sino que es un período de vulnerabilidad para desarrollar un trastorno mental (Hadfield et al., 2022; Smith et al., 2011). Algunos estudios sugieren que la prevalencia de la ansiedad es mayor durante el embarazo que en el período postparto (Goodman y Tyer-Viola, 2010; Lee et al., 2007) y que incluso puede ser más prevalente durante el embarazo que la depresión (Atif et al., 2020; Dennis, Falah-Hassani, y Shiri, 2017). Sin embargo, la investigación dirigida a detectar y tratar la ansiedad en este período ha sido muy escasa (Loughnan et al., 2018), y hay que tener en cuenta que la ansiedad perinatal no reconocida y no tratada puede acarrear consecuencias importantes para las mujeres, sus bebés y su familia (Maguire et al., 2018).

4.1. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL EMBARAZO

El objetivo de este apartado es recoger las tasas de prevalencia de la ansiedad durante el embarazo que se han encontrado en diferentes países europeos. En primer lugar, debido a su relevancia, se comentarán dos revisiones que aglutinan la investigación existente hasta el año 2014.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La primera de las revisiones en investigar sobre los trastornos de ansiedad perinatales fue la realizada por Ross y McLean (2006). Su propósito era conocer la prevalencia y presentación clínica de los trastornos de ansiedad durante el embarazo y el postparto. Para ello realizaron una revisión de los estudios publicados desde 1840 hasta julio de 2005. Hallaron que la prevalencia del trastorno de pánico oscilaba entre un 1,3% y un 2,0%. En cuanto al trastorno obsesivo compulsivo (TOC), su prevalencia durante el embarazo (0,2%-1,2%) es menor que durante el postparto (2,7%-3,9%). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) oscila entre 2,3% y 7,7% durante el embarazo. Con respecto al trastorno de ansiedad generalizada, indican que un 8,5% de las mujeres durante el tercer trimestre de embarazo cumple criterios diagnósticos. Los autores concluyen que la revisión está limitada por la escasa calidad de la evidencia disponible sobre esta temática.

Años más tarde, Goodman et al. (2014) publicaron una revisión con el objetivo de conocer la literatura existente sobre los trastornos de ansiedad durante el embarazo. Con dicha revisión querían responder a cuánto de común eran los trastornos de ansiedad durante el embarazo, si el embarazo afectaba al inicio y curso de los trastornos de ansiedad y cuáles eran los factores de riesgo para sufrir un trastorno de ansiedad durante el embarazo. Revisaron 1640 artículos publicados hasta octubre de 2013 e incorporaron 57 estudios a la revisión. El instrumento de evaluación más empleado para diagnosticar la ansiedad fue la entrevista clínica del DSM, y el trastorno más investigado fueron los ataques de pánico, seguidos del TOC y el TAG. De los 57 estudios, 20 aportaban información sobre prevalencia, 16 sobre el curso, 10 sobre trastornos comórbidos, 10 sobre factores de riesgo y 22 sobre consecuencias. Se halló que la prevalencia de los trastornos de ansiedad oscilaba entre el 4,4% y el 39% durante el embarazo. La prevalencia del TAG oscilaba entre un 0,0% y un 10,5%.

A continuación, se comentarán los resultados hallados en los estudios publicados en los últimos 20 años sobre la prevalencia de la ansiedad en el embarazo en Europa. Se proporcionarán de forma separada los datos de prevalencia obtenidos con entrevistas clínicas (Tabla 2) de aquellos obtenidos con cuestionarios de autoinforme (Tablas 3, 4 y 5).

4.1.1. Prevalencia de la ansiedad en el embarazo con entrevista clínica

A continuación, se aportan los datos hallados en estudios que han investigado la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) durante el embarazo utilizando como instrumento diagnóstico la entrevista clínica (Tabla 2). Nos centraremos en el TAG porque es uno de los trastornos más prevalentes en población general (Dershowitz, 2024; Remes et al., 2016; Somers et al., 2006), lo que nos hace suponer que también lo será en población gestante.

En Turquía, Uguz et al. (2010) evaluaron a 309 mujeres embarazadas. Para ello, utilizaron la Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV, SCID-I; First et al., 1997). Hallaron una prevalencia del 3,6% para el trastorno de ansiedad generalizada. En este mismo país y con la misma entrevista, Uguz et al., (2019) hallaron que el 7,9% de las mujeres embarazadas sufrían un trastorno de ansiedad generalizada.

En Alemania, Martini et al. (2013) llevaron a cabo un estudio prospectivo y longitudinal para conocer la evolución de los síntomas ansiosos durante el periparto (entre los 10 días previos al parto y los 10 días posteriores al mismo). Para ello utilizaron la Composite International Diagnostic Interview for Women (CIDI-V; Martini et al., 2009) y la aplicaron a una muestra de mujeres durante el primer (n = 306), segundo (n = 293) y tercer trimestre (n = 278) de embarazo. Basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV para detectar ansiedad generalizada, hallaron tasas de prevalencia del 1,3%, 0,3% y 1,8% para el primer, segundo y

USC DE SANTIAGO

tercer trimestre de embarazo, respectivamente. El mismo grupo de investigación (Martini et al., 2015) se interesó por conocer la incidencia y la recurrencia de los trastornos de ansiedad y depresión durante el período periparto. Para ello, aplicaron la CIDI-V, a una muestra de 306 mujeres embarazadas. Los datos de incidencia hacen referencia a las participantes que nunca han cumplido los criterios diagnósticos para el trastorno en cuestión y que se ven afectadas por primera vez durante el periodo de evaluación. Los casos recurrentes/persistentes se refieren a todas las mujeres que han cumplido los criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad y/o depresión antes del embarazo y que se ven afectadas por primera vez durante el periodo de evaluación específico. Un 16,5% de las participantes informaron de trastornos de ansiedad incidentes durante todo el periodo del estudio. Además, un 56,0% de las mujeres con antecedentes de ansiedad informaba de un trastorno de ansiedad durante el periodo del periparto. Concretamente, la incidencia del trastorno de ansiedad generalizada fue del 0,7% (n = 2) de las mujeres embarazadas y del 2,9% (n = 8) en el período del periparto. La recurrencia fue del 18,6% (n = 6) para el embarazo y del 21,2% (n = 7) para el periodo periparto.

En Portugal, Tendais et al., (2014) administraron la SCID a 148 mujeres durante el embarazo. Hallaron que un 10,8% (n = 16) de las gestantes cumplía los criterios diagnósticos del DSM-IV para un trastorno de ansiedad generalizada.

Coelho et al. (2011), en Reino Unido, se interesaron por conocer la presencia del TAG durante el segundo trimestre de embarazo. Para ello, reclutaron a 246 mujeres que se encontraban en la semana 20 de gestación, y se las entrevistó con la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I; First et al., 1995). Hallaron que un 22,7% (n = 56) de las gestantes cumplía los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad generalizada. En el mismo país, Nath et al. (2018) utilizaron la entrevista clínica SCID en el embarazo y hallaron una prevalencia del 5,0% para el trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del DSM-IV.

En Italia, Borri et al. (2008) realizaron un estudio con el fin de conocer la prevalencia de los trastornos del eje I durante el tercer mes de embarazo (semanas 12 y 15 de gestación). Para ello, administraron la SCID y los criterios del DSM-IV a 1066 mujeres. Hallaron que los trastornos de ansiedad eran el diagnóstico más común en esta etapa (n = 378; 35,5%). Concretamente, el TAG estaba presente en un 1,9% de la muestra (n = 20). En otro estudio, Giardinelli et al. (2012) entrevistaron con la SCID a 590 mujeres en el tercer trimestre del embarazo siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV y encontraron una prevalencia del 1,4% para el trastorno de ansiedad generalizada.

En Malta, Felice et al. (2007), utilizaron la Clinical Interview Schedule (CIS-R; Lewis et al., 1992) para evaluar la morbilidad psiquiátrica prenatal. Entrevistaron a 239 mujeres embarazadas con la CIS-R y se basaron en los criterios diagnósticos de la CIE-10 para ansiedad. Hallaron que, para una edad gestacional de 18,6 semanas, un 4,4% de las gestantes sufría algún trastorno de ansiedad, estando presente el TAG en un 0,4% de la muestra. Además, especificaron que la mayoría de los síntomas de ansiedad de las mujeres estaban relacionados con el inicio del embarazo y, por lo tanto, no cumplían los criterios de una duración de 6 meses.

En Francia, Sutter-Dallay et al. (2004), evaluaron a 497 mujeres en su tercer trimestre de embarazo para conocer si las mujeres que sufrían ansiedad durante el embarazo tenían mayor riesgo de sufrir depresión en el postparto. Para ello utilizaron la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Lecrubier et al., 1997) basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV para estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad. Hallaron una prevalencia del 24,1% para algún trastorno de ansiedad y, en concreto, del 8,5% para el TAG.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En Suecia, Zar et al. (2002) investigaron la prevalencia del miedo extremo al parto y de los trastornos de ansiedad en 439 mujeres con una edad gestacional de 32 semanas. Para ello, utilizaron la Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised (ADIS-R; Di Nardo et al., 1983) y se basaron en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Hallaron que 104 mujeres presentaban un diagnóstico de ansiedad, el 31,0% de tipo grave, el 40,0% moderado y el 29,0% de tipo leve. El trastorno de ansiedad generalizada estaba presente en el 0,9% de las gestantes. En el mismo país, Andersson et al. (2003) realizaron un estudio para determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos durante el segundo trimestre del embarazo. Para ello utilizaron la Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD; Spitzer et al., 2000) y se basaron en los criterios del DSM-IV para estimar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada. Hallaron una prevalencia del 6,6% para cualquier trastorno de ansiedad y del 0,3% para el trastorno de ansiedad generalizada.

A la vista de los datos presentados, la entrevista clínica SCID y los criterios del DMS-IV son los más utilizados para el diagnóstico de ansiedad generalizada. En cuanto a los datos de prevalencia, en el primer trimestre, el trastorno de ansiedad generalizada oscila entre el 1,3% hallado por Martini et al. (2013) en Alemania y el 1,9% hallado por Borri et al. (2008) en Italia. En el segundo trimestre, se encontraron datos que oscilan entre el 0,3% (Andersson et al., 2003; Martini et al., 2013) en Suecia y Alemania, respectivamente, y el 22,7% (Coelho et al., 2011) en Reino Unido. Finalmente, en el tercer trimestre, la prevalencia oscila entre el 0,9% (Zar et al., 2002) en Suecia y el 8,5% (Sutter-Dallay et al., 2004) en Francia. Para la totalidad del embarazo, la prevalencia del TAG osciló entre el 0,3% (Felice et al., 2007) hallado en Malta y el 7,9% (Uguz et al., 2019) en Turquía.

Tabla 2. Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo con entrevista clínica por trimestre y país.

Trimestre	Estudio	País	Instrumento	Ansiedad (%)
1	Martini et al. (2013)	Alemania	CIDI-V	1,3
	Borri et al. (2008)	Italia	SCID	1,9
2	Martini et al. (2013)	Alemania	CIDI-V	0,3
	Coelho et al. (2011)	Reino Unido	SCID	22,7
	Andersoon et al. (2003)	Suecia	PRIME-MD	0,3
3	Martini et al. (2013)	Alemania	CIDI-V	1,8
	Sutter-Dallay et al. (2004)	Francia	MINI	8,5
	Zar et al. (2002)	Suecia	ADIS-R	0,9
Embarazo	Uguz et al. (2019)	Turquía	SCID-I	7,9
	Nath et al. (2018)	Reino Unido	SCID	5,0
	Martini et al. (2015)	Alemania	CIDI-V	0,7 (Incidencia) 18,6 (Recurrencia)
	Tendais et al. (2014)	Portugal	SCID	10,8
	Uguz et al. (2010)	Turquía	SCID-I	3,6
	Felice et al. (2007)	Malta	CIS-R	0,3

SCID-I: entrevista clínica estructurada del DSM-IV-TR; PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders; ADIS-R: Anxiety Disorders Interview Schedule Revision for DSM-IV; MINI: Mini International Neuropsichiatric Intervew; CIS-R: Revision Version of the Clinical Interview Schedule; SCL-anxiety: Subescala de ansiedad de Hopkins Symptom Check List; CCEI: Crown-Crisp Experiental Index Anxiety subscale; CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

4.1.2. Prevalencia de la ansiedad en el embarazo con cuestionarios de autoinforme

4.1.2.1. Prevalencia de la ansiedad con el STAI

El STAI proporciona dos tipos de medidas de ansiedad: la ansiedad rasgo (STAI-R) y la ansiedad estado (STAI-E). En primer lugar, nos centraremos en los estudios que evaluaron la ansiedad estado.

En Italia, Cena et al. (2020) estimaron la prevalencia de la ansiedad estado en el período prenatal. Fueron evaluadas 1142 mujeres embarazadas mediante el STAI-S (≥ 40) y una entrevista clínica. La prevalencia de la ansiedad fue del 24,3%. Posteriormente, hicieron una división en trimestres de 13 semanas, que mostró que la prevalencia de la ansiedad prenatal era elevada en el segundo trimestre (36,5%) y disminuía en el tercero (22,8%). El mismo grupo de investigación (Cena et al., 2021) publicó un estudio con el objetivo de evaluar la comorbilidad de la sintomatología ansiosa y depresiva durante el tercer trimestre de embarazo. Para ello, evaluaron a 934 mujeres embarazadas con el STAI-S (≥ 40) y/o la EPDS-3A (≥ 6) para identificar a las mujeres que presentaban niveles elevados de ansiedad. Hallaron que un 19,0% de las mujeres presentaba niveles elevados de sintomatología ansiosa.

En Eslovenia, Nakić Radoš et al. (2018) pretendían examinar el curso de la ansiedad durante el embarazo, inmediatamente después del parto y a las 6 semanas tras el parto. Para ello, evaluaron a 272 mujeres en el tercer trimestre de embarazo, a los 2 días y a los 6 meses tras el parto. La prevalencia de ansiedad en el embarazo fue del 35,3%, utilizando el STAI-S (≥ 40).

En Grecia, Gourounti et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con 163 embarazadas que se encontraban entre las 11 y 26 semanas de gestación y hallaron una prevalencia de ansiedad del 44,4% con el STAI-S utilizando un punto de corte ≥ 43. Concretamente, la prevalencia fue del 46,9% en las mujeres que se encontraban entre las 11-14 semanas de gestación y del 43,8% en las que se encontraban entre las 15-26 semanas.

En Francia, Ibanez et al. (2012) analizaron la relación entre la depresión y la ansiedad de las mujeres embarazadas y los resultados neonatales. Para ello reclutaron a 1719 mujeres antes de la semana 20 de gestación. Utilizando el STAI-S con un punto de corte ≥ 37, hallaron un 7,9% (n = 135) de prevalencia.

En Portugal, tres estudios aportan datos sobre la prevalencia de la ansiedad antenatal, utilizando metodologías diferentes. Por un lado, Figueiredo y Conde (2011) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de conocer la ansiedad y la depresión en mujeres y hombres desde el inicio del embarazo hasta después del parto. Se evaluaron 260 parejas portuguesas (N=520) y se hallaron unas tasas de prevalencia del 13,1%, 12,2% y 18,2% (STAI ≥ 45) en el primer, segundo y tercero trimestre de embarazo, respectivamente. Por otro lado, Tendais et al. (2014) quisieron examinar la validez del STAI-S para detectar trastornos de ansiedad en el embarazo y el postparto. Para ello, seleccionaron a 90 mujeres que presentaban sintomatología ansiosa (STAI-S ≥ 45) durante el embarazo, así como a 58 mujeres que ejercían de control. En un segundo momento, se administró una entrevista clínica (SCID) para establecer un diagnóstico del DSM-TR. Hallaron una prevalencia de 23,6% ansiedad estado (STAI-S ≥ 45) en el embarazo. Por último, Canário y Figueiredo (2017) llevaron a cabo un estudio longitudinal con el objetivo de analizar los cambios en los síntomas de ansiedad y depresión desde el inicio del embarazo hasta los 30 meses postparto en función del sexo y la paridad. Para evaluar la ansiedad utilizaron el STAI-S y obtuvieron unas puntuaciones medias de 36,04; 34,68 y 36,24 para el primer, segundo y tercer trimestre de gestación.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En España, Vázquez and Míguez (2021) realizaron un estudio longitudinal con una muestra de 569 mujeres embarazadas que fueron evaluadas en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo. Se halló que la sintomatología ansiosa variaba a lo largo del embarazo. La prevalencia con el STAI (≥ 32) fue del 10% en el primer trimestre, 5,3% en el segundo y 7,2% en el tercero.

A continuación, se presentan las investigaciones que aportan datos de prevalencia de la ansiedad rasgo.

En Hungría, Bödecs et al. (2009) hallaron que el 14,6% de las gestantes mostraban niveles altos de ansiedad rasgo (STAI-T > 52). El mismo grupo de investigación (Bödecs et al., 2013) analizó la prevalencia de la sintomatología ansiosa con una muestra de 503 embarazadas en su primer trimestre de gestación. Utilizando el STAI-T, hallaron una prevalencia para la ansiedad rasgo media o subclínica (STAI-T entre 48 a 52) del 9,8% mientras que el 4,4% sufrían una ansiedad clínica (STAI-T > 52). Por tanto, el 14,2% de las embarazadas presentaban sintomatología ansiosa de carácter subclínico a clínico.

En Grecia, Koutra et al. (2014) evaluaron a 438 mujeres que se encontraban en su tercer trimestre de embarazo. Utilizando el STAI-T con un punto de corte ≥ 48 hallaron una prevalencia del 17,8% de ansiedad rasgo.

Varios estudios (Canals et al., 2002; Dayan et al., 2002; Giardinelli et al., 2012; González-Mesa et al., 2019; Kavlak et al., 2013; Kiepura y Kmita, 2020; Podvornik et al., 2014) se han centrado en estudiar tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo.

En Polonia, Kiepura y Kmita (2020) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de depresión y ansiedad prenatal. Reclutaron a 169 mujeres primíparas entre las 24-37 semanas de gestación. Para evaluar los niveles de ansiedad emplearon el STAI y usaron como punto de corte el sten. Las puntuaciones sten dividen una escala en diez unidades. Con una puntuación sten ≥ 7 (STAI-S), hallaron que el 7,7% de la muestra presentaba niveles elevados de ansiedad estado y el 4,0% ansiedad rasgo (STAI-T ≥ sten 8).

En Eslovenia, Pdovornik et al. (2014) llevaron a cabo un diseño transversal con una muestra de 348 mujeres en diferentes trimestres del embarazo. Su objetivo era evaluar la prevalencia de la depresión y la ansiedad en mujeres embarazadas. Empelando el STAI con un punto de corte ≥ 45, hallaron que un 15,7% de las embarazadas presentaba niveles elevados de ansiedad estado y un 12,5% de ansiedad rasgo. Concretamente, entre las 10-13 semanas de gestación el 18,0% presentaba niveles elevados de ansiedad estado y un 11,1% de ansiedad rasgo. Durante las semanas 16 y 26 de gestación, la ansiedad estado era menor (15,4%) y la ansiedad rasgo aumentaba a un 12,1%. En el último trimestre de embarazo (>29 semanas de gestación), la prevalencia de la ansiedad estado se situó en 14,5% y la del rasgo en 14,0%.

En Turquía, Kavlak et al. (2013) evaluaron a 195 mujeres de forma transversal con el objetivo de conocer los niveles de ansiedad y los factores relacionados en gestantes turcas con bajos ingresos. Utilizaron el STAI para evaluar la sintomatología ansiosa y obtuvieron unas puntuaciones medias de 40,67 y 46,40 para la ansiedad estado y rasgo, respectivamente.

En Italia, Giardinelli et al. (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el período perinatal en una muestra de 590 mujeres embarazadas en su tercer trimestre de gestación. Se utilizó el STAI con una puntuación de corte > 40 para evaluar tanto el estado como el rasgo de ansiedad y hallaron una prevalencia del 20,5% y del 25,3%, respectivamente.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En Francia, Dayan et al. (2002), realizaron un estudio en Francia con 634 mujeres embarazadas y encontraron puntuaciones medias del 36,4 para la ansiedad estado y de 38,8 para la ansiedad rasgo.

Tabla 3. Prevalencia de la ansiedad durante el embrazo según el STAI por trimestre y país.

Trimestre	Estudio	País	Instrumento	Ansiedad (%)
1	Vázquez y Míguez (2021)	España	STAI-S ≥ 32	10,0
	González-Mesa et al. (2019)	España	STAI > 45	20,5 (Estado) 20,2 (Rasgo)
	Canário y Figueiredo (2017)	Portugal	STAI-S (punt. media)	36,04
	Podvornik et al. (2014)	Eslovenia	STAI ≥45	18,0 (Estado) 11,1 (Rasgo)
	Bödecs et al. (2013)	Hungría	STAI-T > 52 STAI-T 48 a 52	4,4 9,8
	Gourounti et al. (2013)	Grecia	STAI-X ≥ 43	46,9
	Figueiredo y Conde (2011)	Portugal	STAI-S ≥45	13,1
	Bödecs et al. (2009)	Hungría	STAI-T > 52	14,6
	Canals et al. (2002)		STAI (punt. medias)	15,3 (Estado) 16,3 (Rasgo)
2	Vázquez y Míguez (2021)	España	STAI-S ≥ 32	5,3
	Cena et al. (2020)	Italia	STAI-S ≥ 40	36,5
	Canário y Figueiredo (2017)	Portugal	STAI-S (punt. media)	34,68
	Figueiredo y Conde (2011)	Portugal	STAI-S ≥ 45	12,2
	Gourounti et al. (2013)	Grecia	STAI-X ≥ 43	43,8
	Podvornik et al. (2014)	Eslovenia	STAI ≥ 45	15,4 (Estado) 12,1 (Rasgo)
	Dayan et al. (2002)	Francia	STAI (punt. medias)	36,4 (Estado) 38,8 (Rasgo)
3	Vázquez y Míguez (2021)	España	STAI-S ≥ 32	7,2
	Cena et al. (2021)	Italia	STAI-S ≥ 40 EPDS-3A ≥ 6	19
	Cena et al. (2020)	Italia	STAI-S ≥ 40	22,8
	Nakić Radoš et al. (2018)	Croacia	STAI-S ≥ 40	35,3
	Canário y Figueiredo (2017)	Portugal	STAI-S (punt. media)	36,24
	Podvornik et al. (2014)	Eslovenia	STAI ≥ 45	14,5 (Estado) 14,0 (Rasgo)
	Koutra et al. (2014)	Grecia	STAI-T ≥ 48	17,8
	Giardinelli et al. (2012)	Italia	STAI > 40	20,5 (Estado) 25,3 (Rasgo)
	Figueiredo y Conde (2011)	Portugal	STAI-S ≥45	18,2
	Canals et al. (2002)	España	STAI (punt. medias)	14,7(Estado) 16,4 (Rasgo)

STAI: inventario de ansiedad estado-rasgo; STAI-S/X/Y: subescala de ansiedad estado de la STAI; STAI-T: subescala de ansiedad rasgo de la STAI; EDS-3A: subescala de ansiedad de la Escala de Edimburgo para depresión postparto.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En España, dos estudios aportan datos al respecto. Por un lado, Canals et al. (2002) evaluaron a una muestra de 96 mujeres embarazadas residentes en Tarragona en el primer y tercer trimestre de embarazo utilizando el STAI. Se llevaron a cabo seis evaluaciones: antes de la concepción, en el primer trimestre de embarazo (10 semanas), en el tercer trimestre (30 semanas), a los 3 días y al mes después del parto. Las puntuaciones medias de la ansiedad estado fueron de 15,3 y del rasgo de 16,3 durante el primer trimestre. Para el tercer trimestre, las puntuaciones se situaron en 14,7 y 16,4, para el estado y rasgo, respectivamente. Por otro lado, González-Mesa et al. (2019) analizaron los factores culturales que influyen en la ansiedad prenatal evaluando simultáneamente a una cohorte de mujeres en su primer trimestre de embarazo en Turquía y España. En España, con una muestra de 264 embarazadas y utilizando el STAI con un punto de corte > 45 para detectar ansiedad severa, hallaron una prevalencia de ansiedad estado del 20,5% y del rasgo del 20,2%. La ansiedad leve (0 a 30) se observó en un 56,8% y 31,4% para el estado y rasgo, respectivamente. Por último, la ansiedad moderada (30 a 44) se detectó en el 14,7% de las gestantes para el estado y el 19,7% para el rasgo.

Tabla 4. Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo según el STAI por país.

	Estudio	País	Instrumento	Ansiedad (%)
Embarazo	Cena et al. (2020)	Italia	STAI-S ≥ 40	24,3
	Kiepura y Kmita (2020)	Polonia	STAI-S (sten 7 o superior) STAI-R (sten 8 o superior)	7,7 4,0
	Tendais et al. (2014)	Portugal	STAI-S ≥ 45	23,6
	Gourounti et al. (2013)	Grecia	STAI-X ≥ 43	44,4
	Kavlak et al. (2013)	Turquía	STAI (punt. medias)	40,67(Estado) 46,40 (Rasgo)
	Ibanez et al. (2012)	Francia	STAI-S ≥ 37	7,9
	Podvornik et al. (2014)	Eslovenia	STAI ≥ 45	15,8 (Estado) 12,5 (Rasgo)

STAI: inventario de ansiedad estado-rasgo; STAI-S/X/Y: subescala de ansiedad estado de la STAI; STAI-T: subescala de ansiedad rasgo de la STAI.

4.1.2.2. Prevalencia de la ansiedad con la HADS-A

En Rumanía, Rachita et al. (2023) realizaron un estudio transversal para evaluar la prevalencia de la ansiedad durante el tercer trimestre de gestación. Para ello, evaluaron con la HADS-A a 215 mujeres embarazadas, hospitalizadas para dar a luz. Empleando un punto de corte ≥ 6, encontraron que el 88,4% de las mujeres presentaban niveles elevados de ansiedad en los momentos previos al parto.

En los Países Bajos, van de Loo et al. (2018) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el que evaluaron a 2897 mujeres. Su objetivo era investigar la aparición de síntomas de depresión y ansiedad al principio y al final del embarazo, así como los cambios que se producían durante la gestación en dicha sintomatología Utilizando un punto de corte ≥ 8 hallaron que el 17,9% de las mujeres entre las semanas de gestación 10 y 12 presentaban niveles elevados de sintomatología ansiosa, frente al 14,2% de las mujeres que estaban en una edad gestacional de 34 semanas.

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En Reino Unido, Dikmen-Yiliz et al. (2017) reclutaron a 950 mujeres entre las semanas 26-35 de gestación con el objetivo de evaluar la prevalencia y el curso de la ansiedad durante el período perinatal. Utilizando la HADS-A con un punto de corte ≥ 10, hallaron una prevalencia de sintomatología ansiosa elevada del 29,6%.

Rubertsson et al. (2014), en Suecia, realizaron un estudio para conocer la prevalencia de los síntomas de ansiedad durante el primer trimestre del embarazo. Para ello, evaluaron a 916 mujeres entre las semanas 8-12 de gestación. La prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 15,6% (HADS-A ≥ 8) al principio del embarazo. Utilizando este mismo criterio, Makara-Studzinska et al. (2013), llevaron a cabo una investigación en Polonia para determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo. Las tasas de prevalencia de sospecha de ansiedad fueron del 27,4%, 23,9% y del 29,9%, en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo, respectivamente.

En Bélgica, van Bussel et al. (2009) llevaron a cabo un estudio longitudinal reclutando a mujeres que se encontraban entre la semana 8 y 15 de gestación. Utilizando puntuaciones medias encontraron que durante el primer (n = 403), segundo (n = 330) y tercer trimestre (n = 298), las gestantes obtenían una puntuación media de 5,03, 5,00 y 5,43, respectivamente.

En Noruega, Berle et al. (2005), emplearon la HADS-A con un punto de corte > 8 para examinar los efectos de los trastornos ansiosos y depresivos durante el embarazo en los resultados neonatales, y hallaron que el 10,4% de las mujeres evaluadas (N = 680) presentaban niveles elevados de sintomatología ansiosa.

4.1.2.3. Prevalencia de la ansiedad con la GAD

Para estimar la prevalencia de la ansiedad prenatal, algunos investigadores también han empleado la GAD-7 y la GAD-2. Concretamente, en Reino Unido, Savory et al. (2021) llevaron a cabo un estudio de cohortes para evaluar los problemas de salud mental durante las primeras semanas de embarazo y hallaron que un 8,3% de las mujeres presentaban altos niveles de ansiedad (GAD-7 ≥ 10). En este mismo país, Nath et al. (2018), utilizando dos ítems de la misma escala (GAD-2 ≥ 3), hallaron que un 23,0% de las mujeres presentaban niveles elevados de ansiedad durante el embarazo.

En España, Soto-Balbuena et al. (2018) llevaron a cabo un estudio longitudinal con el objetivo de estimar la incidencia y la prevalencia de la ansiedad a lo largo de los tres trimestres del embarazo. Para ello, evaluaron a un total de 385 gestantes atendidas en los servicios de atención prenatal del Hospital Universitario Central de Asturias. Utilizando la GAD-7 con un punto de corte ≥ 7 encontraron una prevalencia del 19,5%, 16,8% y 17,2%, para el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, respectivamente.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 5. Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo según la HADS-A y la GAD por trimestre y país.

Trimestre	Estudio	País	Instrumento	Ansiedad (%)
1	van de Loo t al. (2018)	Países Bajos	HADS-A ≥ 8	17,9
	Soto-Balbuena et al. (2018)	España	GAD-7 ≥ 7	19,5
	Rubertsson et al. (2014)	Suecia	HADS-A ≥ 8	15,6
	Makara-Studzinska et al. (2013)	Polonia	HADS-A ≥ 8	27,4
	van Bussel et al. (2009)	Bélgica	HADS-A	5,0
2	Soto-Balbuena et al. (2018)	España	GAD-7 ≥ 7	16,8
	Makara-Studzinska et al. (2013)	Polonia	HADS-A ≥ 8	23,9
	van Bussel et al. (2009)	Bélgica	HADS-A	5,0
3	Rachita et al. (2023)	Rumanía	HADS-A ≥ 6	88,4
	van de Loo et al. (2018)	Países Bajos	HADS-A ≥ 8	14,2
	Soto-Balbuena et al. (2018)	España	GAD-7 ≥ 7	17,2
	Makara-Studzinska et al. (2013)	Polonia	HADS-A ≥ 8	29,9
	van Bussel et al. (2009)	Bélgica	HADS-A	5,4
Embarazo	Dikmen-Yiliz et al. (2017)	Reino Unido	HADS-A ≥ 10	29,6
	Berle et al. (2005)	Noruega	HADS-A > 8	10,4
	Savory et al. (2021)	Reino Unido	GAD-7 ≥ 10	8,3
	Nath et al. (2018)	Reino Unido	GAD-2 ≥ 3	23,0

HADS-A: subescala de ansiedad de la HADS; GAD-7: escala de ansiedad generalizada; GAD-2: subescala de dos ítems de la GAD-7.

A la vista de los datos aportados por los estudios incluidos en esta revisión, es evidente la gran variabilidad existente, no solo en cuanto a las tasas de prevalencia aportadas, sino también, en la metodología empleada. Además, las diferencias culturales y la percepción de salud mental, así como la forma de expresar y/o manifestar la sintomatología ansiosa en particular, dificultan el poder adoptar un criterio único para identificar a las mujeres con niveles elevados de ansiedad. No obstante, podemos resumir algunos de los principales hallazgos encontrados.

En cuanto a la metodología utilizada, los estudios transversales son los más utilizados. Solamente seis estudios, llevados a cabo en España (Soto-Balbuena et al., 2018; Vázquez y Míguez, 2020), Portugal (Canário y Figueiredo, 2017; Figueiredo y Conde, 2011), Polonia (Makara-Studzinska et al., 2013) y en Bélgica (van Bussel et al., 2009) recogen los datos de forma longitudinal y en cada trimestre del embarazo. Concretamente, es en el tercer trimestre de embarazo en donde se han llevado a cabo la mayoría de las evaluaciones para establecer la prevalencia de la ansiedad. En otros casos, las prevalencias corresponden a cohortes de mujeres evaluadas una sola vez en cualquier momento de la gestación.

Con respecto a los instrumentos de evaluación, los cuestionarios de autoinforme más utilizados son el STAI y la HADS-A, aunque con distintos puntos de corte, incluso en estudios procedentes del mismo país como es el caso de Italia y Grecia. Además, en algunos estudios emplean medias, en vez de puntos de corte, como es el caso de Canário y Figueiredo (2017) en Portugal, Dayan et al. (2002) en Francia, y van Bussel et al. (2009) en Bélgica; o estaninos en Polonia (Kiepura y Kmita 2020).

Teniendo en cuenta los estudios que han utilizado cuestionarios de autoinforme (Tablas 3, 4 y 5), la prevalencia de sintomatología ansiosa en el primer trimestre oscila entre el 4,4% (Bödecs et al., 2013) en Hungría y el 46,9% (Gourounti et al., 2013) en Grecia. En el segundo trimestre, los valores oscilarían entre el 5,3% (Vázquez y Míguez, 2021) en España y el 43,8% en Grecia (Gourounti et al., 2013). En el tercer trimestre, la prevalencia de ansiedad se encontraría entre el 7,2% (Vázquez y Míguez, 2021) en España y el 88,4% (Rachita et al., 2023) en Rumanía. Relativo al rasgo de ansiedad, solamente un estudio (Podvornik et al., 2014) aporta datos de prevalencia para el primer y segundo trimestre, situándose su prevalencia en un 11,1% y 12,1%, respectivamente. Para el tercer trimestre, la prevalencia osciló entre el 14,0% (Podvornik et al., 2014) hallado en Eslovenia y el 25,3% (Giardinelli et al., 2012) en Italia.

Por otro lado, para la totalidad del embarazo (Tablas 4 y 5) la prevalencia de sintomatología ansiosa hallada con instrumentos de autoinforme osciló entre el 7,9% (Ibanez et al., 2012) hallado en Francia y el 44,4% (Gourounti et al., 2013) en Grecia. Cabe destacar, que Kiepura y Kmita (2020), en Polonia, hallaron una prevalencia menor (7,7%), empleando estaninos como punto de corte.

4.1.2.4. Prevalencia de la ansiedad con el PRAQ

Respecto a la prevalencia de la *ansiedad específica durante el embarazo*, existe menos literatura. En este apartado se recogen las tasas de prevalencia que se han encontrado en países europeos (Tabla 6). Al igual que con la ansiedad general, las tasas de prevalencia varían en función de los instrumentos, puntos de corte y momentos de evaluación utilizados.

En Bélgica, van Bussel et al. (2009) llevaron a cabo un estudio longitudinal. Utilizando puntuaciones medias encontraron que en el primer (n = 403), segundo (n = 330) y tercer trimestre (n = 298), las gestantes obtenían una puntuación media de 135,5, 147,5 y 148,1, respectivamente.

En los Países Bajos, Koelewijn et al. (2017) evaluaron con el PRAQ-55 a 6443 gestantes con el objetivo de identificar asociaciones entre la ansiedad durante la primera mitad del embarazo y el proceso del parto. Utilizando el percentil 90 como punto de corte para identificar a mujeres con ansiedad elevada, hallaron una prevalencia del 11,0%.

En Alemania, Stojanow et al., (2017) llevaron a cabo una investigación con el fin de conocer los temores relacionados con el embarazo y el parto en mujeres de diferentes grupos de riesgo. Para ello, realizaron un estudio prospectivo con 589 mujeres embarazadas y hallaron una prevalencia del 16,6%, tomando como punto de corte una media > 5 en un cuestionario semiestandarizado elaborado para el estudio.

En España, solamente se han hallado dos estudios que evalúen la ansiedad específica del embarazo. Vázquez et al. (2018) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de adaptar el PRAQ-55 a población española y analizar su validez y fiabilidad. Utilizaron el percentil 85 (puntuación ≥ 234) como punto de corte para identificar a aquellas mujeres con una ansiedad elevada, hallando que el 19,1% de las gestantes experimentaban ansiedad específica del embarazo. Posteriormente, Vázquez y Míguez (2021), realizaron una investigación con el objetivo de obtener una versión breve en español del PRAQ. Para ello, llevaron a cabo un estudio longitudinal en una muestra de 569 mujeres embarazadas. Empleando la versión breve del PRAQ (PRAQ-20) con un punto de corte ≥ 67, obtuvieron que el 18,1%, 16,5% y 12,1% de las gestantes, presentaban niveles elevados de ansiedad específica durante el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, respectivamente. En este mismo estudio, para facilitar la utilidad clínica de la escala, se redujeron las opciones de respuesta de cada ítem de 7 a 5, lo que hizo

USC DE COMPOSTELA

variar el punto de corte para el total de la escala. Empleando el punto de corte nuevo (≥ 165) para el PRAQ-55, hallaron que la ansiedad específica del embarazo mostraba su pico máximo en el primer trimestre de embarazo (16,0%), disminuyendo progresivamente en el segundo (15,6%) y tercer (13,5%) trimestre de embarazo.

Tabla 6. Prevalencia de la ansiedad específica del embarazo por trimestre y país.

Trimestre	Estudio	País	Instrumento	Ansiedad (%)
1	Vázquez y Míguez (2021)	España	PRAQ-20 ≥ 67	18,1
	Vázquez y Míguez (2021)	España	PRAQ-55 ≥ 165	16,0
	Vázquez, Pereira, y Míguez (2018)	España	PRAQ-55 ≥ 234	19,1
	van Bussel et al. (2009)	Bélgica	PRAQ-55 (punt. medias)	135,5
2	Vázquez y Míguez (2021)	España	PRAQ-20 ≥ 67	16,5
	Vázquez y Míguez (2021)	España	PRAQ-55 ≥ 165	15,6
	van Bussel et al. (2009)	Bélgica	PRAQ-55 (punt. medias)	147,5
3	Vázquez y Míguez (2021)	España	PRAQ-20 ≥ 67	12,1
	Vázquez y Míguez (2021)	España	PRAQ-55 ≥ 165	13,5
	Koelewijn et al. (2017)	Países Bajos	PRAQ-55 ≥ P90	11,0
	Stojanow et al. (2017)	Alemania	Cuestionario *M* > 5	16,6
	van Bussel et al. (2009)	Bélgica	PRAQ-55 (punt. medias)	148,1

PRAQ: Pregnancy Related Anxiety Questionnare; M = media

Teniendo en cuenta los estudios que han evaluado la ansiedad específica del embarazo para la totalidad del embarazo, la prevalencia osciló entre el 11,0% (Koelewijn et al., 2017) en Ámsterdam y el 19,1% (Vázquez et al, 2018) en España. Por otro lado, solamente se cuenta con un estudio (Vázquez y Míguez, 2021) que evalúe la prevalencia de ansiedad específica del embarazo por trimestres, hallando que la prevalencia oscilaba entre el 16,0% y el 18,1% en el primer trimestre, entre el 15,6% y el 16,5% para el segundo trimestre, y entre el 12,1% y el 13,5% para el tercer trimestre.

4.1.3. Curso de la ansiedad durante el embarazo

Resulta difícil extraer una conclusión sobre la trayectoria de la ansiedad a lo largo del embarazo. Esto se debe a que los datos varían en función del instrumento empleado y del punto de corte utilizado. Además, son pocos los estudios que evalúan la ansiedad en los diferentes trimestres del embarazo. Concretamente, usando el STAI-E, las investigaciones realizadas en Portugal (Canário y Figueiredo, 2017; Figueiredo y Conde, 2011) encontraron que la ansiedad seguía un patrón con forma de "V", siendo mayor al inicio y al final del embarazo, y reduciéndose en el segundo trimestre. Concretamente, Canário y Figueiredo (2017) observaron que los mayores niveles de ansiedad se producían en el primer trimestre, y Figueiredo y Conde (2011) observaron que el momento de mayor ansiedad era en el tercer trimestre. En España, Vázquez y Míguez (2021) también hallaron esta trayectoria, detectando los niveles más altos de ansiedad durante el primer trimestre. Podvornik et al. (2014), en Eslovenia, observaron que la ansiedad iba disminuyendo progresivamente desde el inicio de la gestación hasta su final (\).

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En Italia, Cena et al. (2020), evaluando el segundo y tercer trimestre de embarazo, hallaron que el mayor nivel de ansiedad se producía en el segundo trimestre.

Los datos obtenidos con la HADS-A también mostraron gran variabilidad. En Polonia, Makara-Studzinska et al. (2013), encontraron una trayectoria en forma de "V", al igual que en Portugal. En Bélgica, van Bussel et al. (2009) observaron que la ansiedad se mantenía estable en el primer y segundo trimestre y sufría un ligero aumento en el tercero (_/). En los Países Bajos, van de Loo et al. (2018), evaluando el inicio y el final del embarazo, observaron que la ansiedad era mayor en las primeras semanas de gestación que en las últimas.

Empleando la GAD-7 (≥ 7), en España, Soto-Balbuena et al. (2018) encontraron que un 19,5% de las mujeres presentaba síntomas de ansiedad en el primer trimestre, reduciéndose la misma hasta un 16,8% en el segundo y volviendo a aumentar en el tercero (17,2%), hallándose una vez más la evolución en forma de "V".

Respecto a la evolución del TAG, cabe destacar que solamente un estudio (Martini et al., 2013) muestra su evolución a lo largo de los diferentes trimestres del embarazo, obteniendo una tasa de 1,3% para el primero, 0,3% para el segundo y 1,8% para el tercero.

En cuanto a la evolución de la ansiedad específica del embarazo, los datos obtenidos con el PRAQ mostraron variabilidad. En Bélgica, van Bussel et al. (2009) observaron que la ansiedad aumentaba paulatinamente desde primer hasta el tercer trimestre de gestación (/). En cambio, en España (Vázquez y Míguez, 2021; Vázquez et al., 2018) encontraron que la ansiedad específica disminuía de forma progresiva a lo largo del embarazo (\), independientemente de la versión del PRAQ empleada.

4.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO

Diversos estudios han investigado qué factores de riesgo se relacionan con la presencia de ansiedad perinatal (Leach et al., 2017). En este apartado se exponen los factores de riesgos que se han asociado con la ansiedad durante el embarazo (Tabla 7).

4.2.1. Factores de riesgo sociodemográficos

A continuación, se expondrán aquellas variables sociodemográficas de las mujeres que más se han relacionado con la presencia de ansiedad y/o sospecha de ansiedad durante el embarazo.

La *edad* de la mujer, a pesar de ser una variable tenida en cuenta en todos los estudios no siempre es analizada en relación con la presencia de ansiedad en el embarazo. En este sentido, los resultados aportados por los estudios son inconsistentes. Distintas investigaciones han encontrado una relación significativa entre tener menor edad y presentar ansiedad durante el embarazo (Adewuya et al., 2006; Bayrampour et al., 2015; Bödecs et al., 2013; Faisal-Cury y Menezes, 2007; Lee et al., 2007; Qiao et al., 2009; Rubertsson et al., 2014; van de Loo et al., 2018). En concreto, una edad inferior a 20 años (Bödecs et al., 2013; Qiao et al., 2009) a 25 (Adewuya et al., 2006; Bayrampour et al., 2015; Rubertsson et al., 2014) o a 30 años (van de Loo et al., 2018) han sido asociadas con mayor riesgo de ansiedad prenatal. En cambio, otros estudios hallaron lo contrarios, es decir, que lo que se asociaba con ansiedad prenatal era tener mayor edad (Ali et al., 2012; Bödecs et al., 2013; Dunkel-Schetter et al., 2016; Insan et al., 2020). En concreto, Ali et al. (2012) y Bödecs et al. (2013) hallaron que una edad mayor de 30 años y mayor de 35 años, respectivamente, se asociaba con mayor por riesgo de ansiedad. Los posibles efectos de las dificultades de concebir junto con la ansiedad ante complicaciones obstétricas y del embarazo asociadas con la edad materna avanzada (Cleary-Goldman et al., 2005; Treacy et al., 2006) han sido expuestas como posible explicación. También hay estudios

que indican que la edad no se asociaba con la presencia de ansiedad durante el período prenatal (ej., Cena et al., 2020; Soto-Balbuena et al., 2018).

Por lo que respecta al *nivel educativo*, parece haber consenso entre las investigaciones, pues cuando se ha encontrado asociación, ésta siempre ha sido entre menor nivel educativo y ansiedad antenatal (Arifin et al., 2021; Bödecs et al., 2013; Cena et al., 2020; Faisal-Cury y Menezes., 2007; González-Mesa et al., 2019; Insan et al., 2020; Podvornik et al., 2014; Qiao et al., 2009; van de Loo et al., 2018). En particular, en un estudio realizado en Bangladés (Nasreen, et al., 2011) se encontró que la ansiedad prenatal está inversamente relacionada con el alfabetismo. Para interpretar este hallazgo, debe tenerse en cuenta que un bajo nivel de educación a menudo se relaciona con otras desventajas socioeconómicas, como los ingresos bajos (Cena et al., 2020).

Otro factor que se ha estudiado es el *nivel socioeconómico*. En este caso, los diferentes estudios también coinciden en que encontrarse en una situación socioeconómica desfavorable está asociado a la presencia de ansiedad prenatal (Bayrampour et al., 2015; Bodecs et al., 2013; Cena et al., 2020; Faisal-Cury y Menezes, 2007; Lee et al., 2007; Makara-Studzińska et al., 2013; Podvornik et al., 2014). Se ha planteado que, durante el embarazo, un nivel socioeconómico bajo suele ir acompañado de mayor estrés relacionado con dificultades socioeconómicas, lo que a su vez es un factor de riesgo para presentar ansiedad prenatal (Fisher et al., 2012). Así mismo, Dunkel-Schetter et al. (2016) hallaron que haber tenido pocos ingresos durante la infancia y/o juventud también influía en la posibilidad de presentar ansiedad durante el embarazo, actuando como un factor estresante.

Un factor relacionado con la situación socioeconómica es la *situación laboral*. A este respecto, el no tener un trabajo remunerado la mujer (Alqahtani et al., 2018; Bodecs et al., 2013; Cena et al., 2020; Dunkel-Schetter et al., 2016; Faisal-Cury et al., 2007; González-Mesa et al., 2019; Makara-Studzińska et al., 2013; Rubertsson et al., 2014) ha sido asociado con ansiedad antenatal. En la misma línea, ser ama de casa también se ha asociado con ansiedad prenatal (Marchesi et al., 2009). Una posible explicación podría ser el hecho de que el no trabajar y/o ser ama de casa implica tener menor red de apoyo social y un cierto aislamiento (Giardinelli et al., 2012). En Polonia, (Makara-Studzińska et al., 2013) encontraron que el tipo de trabajo realizado también influía en la posibilidad de presentar ansiedad. Concretamente, hallaron que los trabajos más físicos aumentaban la probabilidad de presentar ansiedad durante la etapa perinatal. Por otro lado, Dunkel-Schetter et al. (2016) encontraron que tener un trabajo altamente estresante aumentaba la probabilidad de desarrollar ansiedad antenatal. Por el contrario, Arifin et al. (2021) y Waqas et al. (2015) hallaron que trabajar era un factor de riesgo para desarrollar ansiedad durante la etapa prenatal. Una posible explicación es que las mujeres trabajadoras, que tenían múltiples tareas o estaban insatisfechas con su trabajo, tenían una percepción y pensamientos más negativos sobre el embarazo (Arifin et al., 2021). Por otro lado, Waqas et al. (2015) indican que este hallazgo puede explicarse por tratarse de una muestra oriental, con menor nivel educativo y socioeconómico, el propio estrés laboral y el entorno social. En muchas familias paquistaníes las mujeres trabajadoras están muy estigmatizadas, pues el hogar se considera el lugar apropiado para las mujeres, al igual que ser una esposa obediente y una madre amorosa.

Otro de los factores asociados a la ansiedad durante el embarazo está relacionado con el *estado civil*. Estar soltera, no cohabitar con la pareja o no tener pareja estable (Bödecs et al., 2013; Dunkel-Schetter et al., 2016; Faisal-Cury y Menezes, 2007; Juarez Padilla et al., 2021; Makara-Studzińska et al., 2013; van de Loo et al., 2018) se ha asociado con mayor riesgo de ansiedad prenatal. La ausencia de pareja puede suponer un peor apoyo social. No obstante, los

USC DE COMPOSTELA

hallazgos también indican la necesidad de tener en cuenta la calidad de la relación. De hecho, los estudios señalan que es mejor ser madre soltera que tener una relación de pareja conflictiva y en la que se carece de apoyo (Biaggi et al., 2016). Mantener una *relación insatisfactoria y/o conflictiva con la pareja* se ha asociado con mayor riesgo de ansiedad durante el embarazo (Bayrampour et al., 2015; Giardinelli et al., 2012; Juarez Padilla et al., 2021; Lee et al., 2007; Makara-Studzińska et al., 2013; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Umuziga et al., 2020). Los cambios fisiológicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo influyen en las mujeres, que buscan apoyo en su pareja. En consecuencia, la falta de apoyo puede aumentar la probabilidad de ansiedad prenatal (Biaggi et al., 2016). Así mismo, las mujeres con poco apoyo suelen recurrir a estrategias de afrontamiento menos eficaces, tales como llorar para resolver situaciones de estrés (González-Mesa et al., 2019). Por otro lado, el ser víctima de violencia de género también se ha asociado con mayor riesgo de presentar ansiedad prenatal (Ali et al., 2012; Nasrren et al., 2011).

El *contexto de pertenencia* de la embarazada, así como el entorno social en el que vive y socializa, también es un factor que puede tener relación con el riesgo de padecer ansiedad durante la gestación. De este modo, ser de una etnia diferente del país en el que se vive y/o ser extranjera y/o no hablar el idioma nativo (Ali et al., 2012; Bayrampour et al., 2015; Faisal-Cury y Menezes, 2007; Giardinelli et al., 2012; Dunkel-Schetter et al., 2016; Rubertsson et al., 2014), tener una relación familiar conflictiva (Bayrampour et al., 2015; Giardinelli et al., 2012), vivir en el rural (Waqas et al., 2015), un mayor número de personas en el hogar (Ali et al., 2012), junto con el aislamiento social (Bödces et al., 2013), se han descrito como variables asociadas a la ansiedad en el embarazo. La explicación que se encuentra detrás de estas situaciones es la falta de apoyo social.

Relacionado con el contexto de pertenencia está la *adherencia al rol femenino*. Juarez Padilla et al. (2021) hallaron que las mujeres que mostraban una mayor adherencia al rol femenino tenían dos veces más probabilidad de experimentar ansiedad prenatal. Una posible explicación es que los sesgos relacionados con el género que experimentan las mujeres, particularmente en una cultura dominada por los hombres, inducen síntomas ansiosos y aumentan el riesgo de otros problemas de salud mental (Jackson et al., 2019). En México, siguen manteniéndose las expectativas de roles de género, como ser la cuidadora principal y ser sumisa a una pareja masculina (DiGirolamo y Salgado de Snyder, 2008). Estas restricciones y expectativas de roles de género pueden aumentar en el embarazo.

4.2.2. Factores de riesgo obstétricos y relacionados con el embarazo

Es cada vez más frecuente tener en cuenta los factores obstétricos y/o relacionados con el embarazo a la hora de buscar variables asociadas con la ansiedad prenatal.

La *planificación del embarazo* es una de las variables más estudiada, habiendo sido hallada por varios estudios la situación de embarazo no planeada o no deseada como factor de riesgo para la ansiedad antenatal (Alqahtani et al., 2018; Cena et al., 2020; Dunkel-Schetter et al., 2016; Martini et al., 2015; Naja et al., 2020; Umuziga et al., 2020; Waqas et al., 2015). Esto puede deberse a los costos asociados a la crianza de un hijo, especialmente cuando el embarazo no es planificado (Cena et al., 2020). Otra explicación puede ser el hecho de que estas mujeres suelen tener entornos psicosociales más inestables y sentir falta de seguridad y de apego con su pareja (Bouchard, 2005). Además, las parejas con embarazos no planeados suelen tener más conflictos maritales (Bouchard et al., 2006), lo que a su vez aumenta el riesgo de ansiedad prenatal. Por otro lado, Roca et al. (2013) hallaron que las mujeres a tratamiento por un problema de salud mental con un embarazo no planificado tenían un mayor riesgo de

interrumpir el tratamiento después de la confirmación del embarazo. Es posible que los efectos combinados de la interrupción del tratamiento, junto con el estrés por la influencia de los medicamentos en el embarazo y el miedo a la recaída durante la etapa perinatal, contribuyan al malestar emocional entre las mujeres con embarazos no planificados (Bayrampour et al., 2015).

En lo referente a la *paridad* los resultados son contradictorios. Por un lado, algunos estudios han hallado que ser multípara se asocia con mayor riesgo de ansiedad prenatal (Cena et al., 2020; González-Mesa et al., 2019; Podvornik et al., 2014). Una posible explicación es que el cuidado y el estrés relacionado con la crianza de los/as hijos/as que experimentan estas mujeres (por ejemplo, las expectativas de poder hacer frente al nuevo hijo/a, los gastos económicos de tener un hijo/a más pueden hacerlas más vulnerables a la ansiedad (Cena et al., 2020). Sin embargo, otros estudios (Adewuya et al., 2006; Ali et al., 2012; Arifin et al., 2021; Bayrampour et al., 2015; Dunkel-Schetter et al., 2016; Rico, Rodríguez et al., 2010; Lee et al., 2007) hallaron que ser nulípara se asociaba con mayor riesgo de ansiedad antenatal. Una posible explicación es la incertidumbre que genera la primera gestación con respecto al bebé, al embarazo y al nacimiento, así como la maternidad después del nacimiento (Dunkel-Schetter et al., 2016) frente a la experiencia de las mujeres que ya han experimentado el embarazo y el parto y, por tanto, saben qué esperar.

Por último, las variables relacionadas con la *historia obstétrica* previa y actual de la mujer también han sido relacionadas con la ansiedad prenatal. De este modo, la historia de pérdidas perinatales es un importante factor de riesgo para presentar ansiedad en la etapa perinatal (Leach et al., 2017). Diversos estudios han encontrado que la existencia de abortos previos (Alqahtani et al., 2018; Cena et al., 2020, Faisal-Cury y Menezes 2007; Naja et al., 2020; Waqas et al., 2015), las complicaciones en un parto y/o embarazo anterior, así como las que puedan existir en el curso de la gestación actual (Adewuya et al.,2006; Ali et al., 2012; Dunkel-Schetter et al., 2016; Rico et al., 2010; Podvornik et al., 2014; van de Loo et al., 2018), tardar más de 12 meses en lograr el embarazo (van de Loo et al., 2018) se han asociado con mayor riesgo de ansiedad durante el embarazo. Igualmente ocurre con el antecedente de cesárea o de episiotomía (Rubertsson et al., 2014; Waqas et al., 2015). Una posible explicación podría ser que estos eventos resulten muy estresantes durante el embarazo (Podvornik et al., 2014; Teixeira et al., 2009). Así mismo, la presencia de síntomas físicos como náuseas intensas, vómitos y el cansancio extremo se asocian con mayor riesgo de ansiedad prenatal (Uguz et al., 2012; van de Loo et al., 2018). Esto podría ser por la falta de actividad física, pues ser físicamente activo reduce los síntomas ansiosos (van de Loo et al., 2018). Por otro lado, tener anemia durante el embarazo y el síndrome de hipertensión inducida por el embarazo también son un factor de riesgo para desarrollar ansiedad prenatal (Kang et al., 2016).

Con respecto a los *tratamientos de fertilidad* los datos son contradictorios. Por un lado, algunos estudios (Giardinelli et al., 2012; González-Mesa et al., 2019) hallaron que someterse a métodos de reproducción asistida se asociaba con niveles elevados de ansiedad prenatal (Giardinelli et al., 2012; González-Mesa et al., 2019). Esto podría estar relacionado con la experiencia negativa de infertilidad que afecta la autoestima y la confianza en sí mismas de las mujeres (Hammarberg et al., 2008). Así mismo, estos autores señalan que las mujeres que se han sometido a una fecundación in vitro confían menos en su propia capacidad y en la de sus familiares para cuidar de un bebé y casi nunca piden ayuda pues creen que tienen menos derecho a ello porque el embarazo ha sido buscado. Sin embargo, otros estudios, como el de Cena et al. (2020), encontraron que recurrir a técnicas de reproducción asistida no constituía un factor de riesgo. Los autores explican este hallazgo en base a la planificación del embarazo, es decir, someterse a técnicas de reproducción asistida supone estar buscando el embarazo y disponer de una buena salud económica para enfrentarse a la crianza de un/a hijo/a.

4.2.3. Factores de riesgo psicológicos

A continuación, se expondrán las variables psicológicas que más se han relacionado con la ansiedad prenatal. Destacan entre estas variables los antecedentes de enfermedad mental, la baja percepción de apoyo social y los factores vitales estresantes.

Los *antecedentes de problemas de salud mental*, se han asociado con mayor riesgo de ansiedad prenatal. Concretamente, los antecedentes personales de ansiedad y/o depresión o haber estado a tratamiento psiquiátrico previamente al embarazo o en algún momento de la vida (Bayrampour et al., 2015; Rico et al., 2010; Juarez Padilla et al., 2021; Martini et al., 2015; Rubertsson et al., 2014, van de Loo et al., 2018) o de trastornos psicológicos en general (Giardinelli et al., 2012; Naja et al., 2020; Savory et al., 2021) se han asociado con ansiedad antenatal. Varios estudios (ej., Bayrampour et al., 2015; Bayrampour et al., 2018; Rubertsson et al., 2014) han encontrado que la historia previa de ansiedad y/o depresión es el mayor factor de riesgo para recaer en un trastorno ansioso durante el periodo prenatal. Curiosamente, solo dos estudios (Rico et al., 2010; Rubertsson et al., 2014) hablan de la historia previa de ansiedad, sin tener en cuenta la depresión, como factor de riesgo para desarrollar ansiedad prenatal, señalando que es el factor que más contribuye (Rubertsson et al., 2014) a desarrollar ansiedad en el período prenatal. Esto puede deberse a la frecuente comorbilidad de ambos trastornos (Cena et al., 2021; Fadzil et al., 2013). Además, tanto la depresión como la ansiedad antenatal comparten factores de riesgo (Cena et al., 2021; Heron et al., 2004). Varios estudios indicaron que la prevalencia de ansiedad y depresión en el continente europeo y en países con ingresos altos se situaba entre el 18,0% (Yin et al., 2020) y el 19,9% (Dennis, Falah-Hassani, y Shiri, 2017). Cena et al. (2021) encontraron que más del 6,8% de las mujeres italianas embarazadas presentaban síntomas comórbidos de ambas patologías. Por lo tanto, los trastornos depresivos y de ansiedad durante el embarazo probablemente no sean entidades clínicas independientes (Tendais et al., 2014).

En cuanto al efecto de la psicopatología de la pareja o en la familia, como factor de riesgo para presentar ansiedad prenatal, sólo se ha encontrado un estudio (van de Loo et al., 2018) que evalúe dicho efecto, hallando que los antecedentes familiares de depresión solamente influían en los síntomas de ansiedad al inicio del embarazo, aumentado la probabilidad de su presencia.

En relación al *apoyo social*, las investigaciones coinciden en que la ausencia o la baja percepción de apoyo social (Arifin et al., 2021; Bayrampour et al., 2015; Bödecs et al., 2013; Dunkel-Schetter et al., 2016; Rico et al., 2010; Juarez Padilla et al., 2021; Lee et al., 2007; Makara-Studzinska et al., 2014; Martini et al., 2015; Naja et al., 2020; Nasreen et al., 2011; Savory et al., 2021; Soto-Balbuena et al., 2018; Waqas et al., 2015) y concretamente la falta de apoyo social de la pareja (González-Mesa et al., 2019; Makara-Studzinska et al., 2013) aumentan el riesgo de ansiedad prenatal. En este sentido, los contextos familiares son importantes, si bien difieren sustancialmente entre culturas (González-Mesa et al., 2019). Se ha visto que el apoyo social es crucial para el bienestar de la futura madre (Giardinelli et al., 2012). Por un lado, los entornos familiares nucleares son comunes en los países occidentales, mientras que las estructuras familiares extensas son más frecuentes en otros lugares como Asia y/o Países Árabes (Cankorur et al., 2015; Senturk et al., 2011). Algunos autores (Arifin et al., 2021; Fisher et al., 2012; Golbasi et al., 2010) hallaron que las mujeres que vivían en un entorno familiar nuclear tenían mayor riesgo de desarrollar ansiedad prenatal frente a aquellas que lo hacían en el contexto de un hogar multigeneracional. Esto puede deberse a que las mujeres se sienten aisladas y con menor apoyo social del que recibirían un entorno familiar más amplio. En cambio, vivir en una familia extensa se ha identificado como un factor protector para la ansiedad prenatal. No obstante, González-Mesa et al. (2019) hallaron lo contrario, pues las mujeres que

USC DE COMPOSTELA

vivían en familias más grandes, con mayor número de hijos/as y más familiares viviendo en el mismo hogar, tenían mayor riesgo de sufrir ansiedad antenatal. El 40,0% de estas mujeres afirmaron haber tenido un apoyo familiar insuficiente a pesar de las creencias sobre la fortaleza de las relaciones familiares tradicionales. Otros autores (Cena et al., 2020; Podkvornik et al., 2015; Umuziga et al., 2020) también encontraron que las mujeres con hijos/as informaban de niveles más altos de ansiedad durante el embarazo. Cena et al. (2020) proponen como posible explicación el aumento de los gastos con la llegada de un nuevo miembro a la familia, y Podvornik et al. (2014) explican sus resultados en base a las exigencias y cambios físicos que supone el embarazo, especialmente el tercer trimestre, pudiendo resultar agotadores para las mujeres que ya tienen el desafío de cuidar a sus familias. Además, las mujeres embarazadas por segunda vez o más, son más conscientes de las exigencias del periodo postnatal.

Los niveles altos de *estrés* percibido durante el embarazo y los *eventos vitales adversos* juegan un papel en el inicio de la ansiedad antenatal (Dunkel-Schetter et al., 2016; Juarez Padilla et al., 2021; Soto-Balbuena et al., 2018; van de Loo et al., 2018; Umuziga et al., 2020). En concreto, Van de Loo et al. (2018) hallaron que el promedio de síntomas de ansiedad aumentaba entre un 1,5 y 1,8 tanto al inicio como al final del embarazo cuando las gestantes sufrían eventos vitales negativos. En la misma línea, Juarez Padilla et al. (2021) encontraron que los eventos vitales estresantes cuadriplicaban la posibilidad de experimentar síntomas ansiosos durante el embarazo. Por otro lado, Soto-Balbuena et al. (2018) concluyeron que los acontecimientos vitales estresantes fueron los predictores que mejor explicaron la varianza asociada con la ansiedad durante los tres trimestres del embarazo. Específicamente, con respecto al apoyo social, los resultados indican una asociación entre los cambios en la frecuencia con la que se ve a familiares o amigos y los síntomas de ansiedad durante los tres trimestres. Es decir, cuanto menos vean a sus familiares o amigos, más probabilidad de desarrollar ansiedad prenatal. Por otra parte, varios estudios indican que estar expuesta a violencia doméstica antes o durante el embarazo (especialmente si es perpetrada por la pareja) y tener historia de abuso, son factores de riesgo para desarrollar durante el período prenatal síntomas de ansiedad o trastorno de estrés postraumático (Ali et al., 2012; Bayrampour et al., 2018; Biaggi et al., 2016; Martini et al., 2015; Nasreen et al., 2011; Waqas et al., 2015).

Dentro de las variables psicológicas que se relacionan con la ansiedad prenatal, también se encuentran factores relacionados con la *personalidad*. Entre los factores de la personalidad que incrementan el riesgo de experimentar dificultades psicológicas durante el embarazo, destacan los estilos cognitivos negativos como pesimismo, ira y rumiación, tendencia a estar nerviosa, preocupada o callada, baja resiliencia, autoestima y autoeficacia, y altos niveles de neuroticismo o psicoticismo (Akiki et al., 2016; Bayrampour et al., 2015; Juarez Padilla et al., 2021; Lee et al., 2007; Martini et al., 2015; Naja et al., 2020). Entre ellos destaca la autoestima. En un estudio longitudinal (Lee et al., 2007) informaron que la autoestima era el mejor predictor de ansiedad prenatal en todas las etapas del embarazo, señalando que las mujeres con baja autoestima podían sentirse menos preparadas para abordar los desafíos y los factores estresantes del embarazo. En la misma línea, varios estudios (Makara-Studzinska et al., 2013; Martini et al., 2015; Savory et al., 2021) han encontrado relación entre tener baja autoestima y presentar ansiedad antenatal. Una posible explicación es que las mujeres con baja autoestima parecen tener pocos recursos para hacer frente a los múltiples cambios y estresores que se producen durante el embarazo y, por tanto, son más propensas a desarrollar síntomas de ansiedad durante el embarazo (Lee et al., 2007). Por el contrario, formas de afrontamiento activas y tener alta autoestima y autoeficacia se han identificado como factores protectores (Edwards et al., 2008; Zeng et al., 2015). Otra variable destacada es el optimismo. Bayrampour et al. (2015) encontraron que las mujeres embarazadas que eran menos optimistas tenían un riesgo cuatro veces mayor de

USC DE SANTIAGO

desarrollar síntomas de ansiedad crónicos en comparación con las más optimistas. El optimismo podría reducir el estrés al influir en las estrategias de afrontamiento y el ajuste cognitivo a diversos factores estresantes. Por otro lado, Dunkel-Schetter et al. (2016) señalaron que el optimismo reducía los niveles de ansiedad durante el embarazo.

Otras variables que se han relacionado con la ansiedad prenatal han sido la poca participación en la toma de decisiones en el hogar, el menor compromiso con el embarazo, un mayor riesgo percibido de complicaciones en el parto, menor control percibido (Dunkel-Shetter et al., 2016) y considerar que el embarazo tiene un impacto negativo en la vida (Alqahtani et al., 2018).

Tabla 7. Factores de riesgo asociados a la ansiedad durante el embarazo.

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Adewuya et al. (2006) Nigeria	- Edad < 25 años*	- Primiparidad*	
Lee et al. (2007) China	- Menor edad* - Nivel socioeconómico bajo* - Baja satisfacción marital*	- Nulípara*	- Baja autoestima* - Bajo apoyo social percibido*
Faisal-Cury et al. (2007) Brasil	- Menor edad - Menor nivel educativo* - Estar soltera* - Bajos ingresos de la mujer* - Bajos ingresos de la pareja o de la familia - No ser de raza blanca* - Desempleo	- Abortos previos	
Qiao et al. (2009) China	- Edad < 20 años* - Bajo nivel educativo*		
Rico et al. (2010) España		- Número de hijos/as* - Embarazo de riesgo*	- Historia previa de ansiedad
Nasreen et al. (2011) Bangladés	- Analfabetismo* - Mala economía* - Mala relación con la pareja*		- Falta de apoyo práctico* - Violencia física de la pareja* - Violencia durante el embarazo*
Ali et al. (2012) Pakistán	- Edad > 30* - Etnia - Mayor número de personas que viven en el hogar	- Nulípara* - Resultados adversos en embarazos previos* - Número total de embarazos	- Participación en la toma de decisiones en el hogar* - Violencia doméstica*
Giardinelli et al. (2012) Italia	- Relación insatisfactoria con la pareja* - Relación insatisfactoria con la familia*	- Recurrir a técnicas de reproducción asistida*	- Historia previa de trastornos psiquiátricos*
Bödecs et al. (2013) Hungría	- Desempleo - Edad < 20 años - Edad > 35 años - Menor nivel educativo - Nivel socioeconómico bajo		- Menor confianza social y reciprocidad

*Variables predictoras de la ansiedad antenatal

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 7. Factores de riesgo asociados a la ansiedad durante el embarazo (Cont.)

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Makara-Studzinska et al. (2013) Polonia	- Estar soltera - Desempleo - Tipo de trabajo - Peor situación financiera y de vivienda - Mala relación con la pareja		- Bajo apoyo social - Baja autoestima
Rubertsson et al. (2014) Suecia	- Edad < 25 años* - No hablar el idioma nativo - Nivel de educación secundaria - Desempleo		- Historia previa de depresión - Historia previa de ansiedad* - Miedo al parto*
Podvornik et al. (2014) Eslovenia	- Menor nivel educativo - Menores ingresos	- Complicaciones en embarazos previos - Complicaciones en el embarazo actual - Multípara	
Bayrampour et al. (2015) Canadá	- Edad < 25 años - Ingresos bajos - Etnia no caucásica - Tensión en la pareja* - Ser inmigrante*		- Optimismo bajo* - Bajo apoyo social* - Alto estrés percibido* - Antecedentes de abuso/negligencia - Historia de trastornos psiquiátricos*
Martini et al. (2015) Alemania	- Relación de pareja insatisfactoria*		- Historia previa de ansiedad y/o depresión* - Trauma sexual* - Baja autoestima* - Bajo apoyo social*
Waqas et al. (2015) Pakistán	- Ser del rural - Trabajar - Género de los hijos previos	- Abortos previos - Nº previo de partos por cesárea y de episiotomías - Embarazo no planificado	- Bajo apoyo social - Antecedentes por acoso
Dunkel-Schetter et al. (2016) Canadá	- Mayor edad* - Estar soltera - Menor nivel socioeconómico - Ingresos bajos en edad temprana* - Ser inmigrante* - Lengua materna distinta al francés* - Desempleo - Alto estrés laboral*	- Nulípara* - Embarazo no deseado* - Mayor riesgo médico*	- Mayor estrés* - Bajo apoyo social* -Baja autoestima* - Menor optimismo* - Menor compromiso con el embarazo* - Mayor riesgo percibido de complicaciones en el parto* - Menor control percibido*
Alqahtani et al. (2018) Arabia Saudí	- Desempleo*	- Abortos recurrentes* - Embarazo no planeado*	- Impacto negativo del embarazo *
van de Loo et al. (2018) Países Bajos	- Edad < 30 años* - No vivir en pareja* - Bajo o medio nivel educativo*	- Tardar > 12 meses en lograr el embarazo* - Infecciones durante el embarazo - Fatiga extrema*	- Historia de depresión* - Eventos vitales negativos* - Familia con historia de depresión
Soto-Balbuena et al. (2018) España	- Problemas financieros		- Cambios en las relaciones sociales* - Acontecimientos vitales estresantes

*Variables predictoras de la ansiedad antenatal

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 7. Factores de riesgo asociados a la ansiedad durante el embarazo (Cont.)

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
González-Mesa et al. (2019)			
Mujeres españolas	- Menor nivel educativo*		- Bajo apoyo de la pareja*
Mujeres turcas	- Religión* - Desempleo*	- Nº de hijos/as* - Recurrir a técnicas de reproducción asistida*	- Bajo apoyo de la pareja* - Falta de interés de la pareja por el embarazo*
Insan et al. (2020) Muestra británica			
Muestra asiática	- Mayor edad* - Menor nivel educativo*		
Cena et al. (2020) Italia	- Menor nivel educativo* - Desempleo* - Dificultades económicas*	- Embarazo no planificado* - No recurrir a técnicas de reproducción asistida* - Antecedentes de aborto* - Multiparidad*	
Umuziga et al. (2020) Ruanda	- Relación de pareja insatisfactoria	- Embarazo no planificado	- Experiencia de eventos vitales estresantes*
Naja et al. (2020) Qatar		- Antecedentes de muerte fetal* - Embarazo no deseado* - Embarazo no planificado*	- Historia de enfermedad mental* - Bajo apoyo social* - Baja resiliencia*
Arifini et al. (2021) Malasia	- Menor nivel educativo* - Trabajar*	- Nulípara*	- Bajo apoyo social*
Juarez Padilla et al. (2021) México	- Estar soltera - Relación de pareja insatisfactoria - Adherencia al rol femenino tradicional*		- Síntomas depresivos durante el embarazo* - Bajo apoyo social - Baja resiliencia - Mayor número de eventos vitales estresantes*
Savory et al. (2021) Reino Unido			- Historia de problemas psiquiátricos* - Baja autoestima* - Poco apoyo familiar*

*Variables predictoras de la ansiedad antenatal

En cuanto a los factores de riesgo de la ansiedad específica del embarazo, las investigaciones que han estudiado la relación entre ansiedad específica del embarazo y variables asociadas (Akinsulore et al., 2021; Arch, 2013; Brunton, Simpson, et al., 2020; Brunton, Wood, et al., 2020; Ding et al., 2015; Naja et al., 2020; Nath et al., 2019; Madhavanprabhakaran et al., 2015; Westerneng et al., 2017) indican que los factores de riesgo para la ansiedad específica del embarazo son los mismos que los encontrados para la ansiedad general.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5. LA ANSIEDAD EN EL POSTPARTO

El postparto es un período de transición desafiante para las madres, lo que las hace susceptibles a presentar un trastorno mental (Liu et al., 2020; Vesga-López et al., 2008). En este periodo, la depresión ha sido el principal problema salud mental que ha recibido atención (Toler et al., 2018). Sin embargo, la ansiedad durante el postparto puede ser incluso más prevalente que la depresión (Zappas et al., 2021), pero a menudo los profesionales y las mujeres la infravaloran porque resulta difícil diferenciar entre los síntomas normales del embarazo y el postparto, y aquellos que pueden estar indicando un problema más grave. Como consecuencia, pocas investigaciones se han centrado en detectarla y tratarla (Clinkscales et al., 2023). Sin embargo, se estima que entre un 15,0% y un 40,0 % (Field, 2018; Liu et al., 2020) de las mujeres experimentan ansiedad postparto, y aproximadamente el 20,0% presentarán un nivel de ansiedad que requiera de intervención (Leach et al, 2017).

5.1. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL POSTPARTO

A continuación, se comentarán los resultados hallados en los estudios publicados en los últimos 20 años sobre la prevalencia de ansiedad en el postparto en Europa. Se aportarán de forma separada los datos de prevalencia obtenidos con la entrevista clínica (Tabla 8) y con instrumentos de autoinforme (Tabla 9).

5.1.1. Prevalencia de la ansiedad en el postparto con entrevista clínica

En la revisión sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad perinatales Ross y McLean (2006), se observó que la prevalencia del TOC durante el postparto oscilaba entre el 2,7% y el 3,9% y el TAG se situaba entre el 4,4% y el 8,2%. Una revisión (Goodman et al., 2016) que aglutina la investigación sobre los trastornos de ansiedad durante el postparto hasta el año 2016, pretendía responder a cuánto de comunes eran los trastornos de ansiedad en el postparto, cuáles eran los factores de riesgo para sufrir un trastorno de ansiedad durante el postparto, si los trastornos de ansiedad en el postparto tenían consecuencias para las madres y/o sus hijos/as y cuáles eran los tratamientos basados en la evidencia para tratar dichos trastornos. Revisaron 160 estudios hasta agosto del 2015 e incorporaron 58 a la revisión. El instrumento de evaluación más empleado para diagnosticar ansiedad fue la entrevista clínica del DSM-IV, y el trastorno más investigado fue el TOC, seguido del trastorno de pánico y el TAG. De los 58 estudios, 13 aportaron información sobre prevalencia y 5 sobre incidencia. Se halló que la prevalencia de los trastornos de ansiedad oscilaba entre el 0,03% y el 3,5% durante el postparto. La prevalencia del TAG se situó entre el 0,6% y el 12,3%.

En Alemania, Reck et al. (2008) llevaron a cabo un estudio longitudinal durante 3 meses postparto, con el objetivo de conocer la prevalencia de la ansiedad y la depresión durante este período y la comorbilidad entre ambas. Para ello, evaluaron a 1024 mujeres utilizando la Anxiety-SCID-Screening (Wittchen et al., 1997) basada en los criterios del DSM-IV. Hallaron que la prevalencia de los trastornos de ansiedad ascendía hasta el 11,1% entre las 2 y 12 semanas tras el parto. Concretamente, se encontró que el TAG estaba presente en el 2,3% de las puérperas.

Por otro lado, en el mismo país, Martini et al. (2013) utilizaron la CIDI-V basada en los criterios diagnósticos del DSM para detectar ansiedad generalizada, y hallaron tasas de prevalencia para el TAG del 0,4%, 1,8% y 1,9%, a los 2 (n = 281), 4 (n = 283) y 16 (n = 267) meses tras el parto. El mismo grupo de investigación (Martini et al., 2015), aplicaron la misma

entrevista a una muestra de 306 mujeres para conocer la incidencia y recurrencia del TAG. No hallaron incidencia del TAG durante los 2 meses tras el parto, pero cuatro mujeres presentaron TAG a los 4 meses postparto y dos a los16 meses. En cuanto a la recurrencia, se informó de un caso tanto a los 2 como 4 meses tras el parto y de dos casos a los 16 meses postparto.

En Reino Unido, Ban et al. (2012) estimaron la prevalencia de la depresión, la ansiedad y las enfermedades mentales graves maternas. Para ello, utilizaron los datos de la base de datos de The Health Improvement Network (THIN) de registros electrónicos anónimos de pacientes que cubren 446 consultorios generales en todo el Reino Unido. Entre las 116457 mujeres evaluadas, un 3,7% presentó ansiedad durante los 9 meses tras el parto. Por otro lado, Prenoveau et al. (2013) llevaron a cabo un estudio prospectivo en el cual evaluaron a 296 mujeres a los 3, 6, 10, 14 y 24 meses tras el parto. Su objetivo era examinar el curso y la relación del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor en mujeres durante los 2 años postparto. Empleando la SCID hallaron una prevalencia del 58,8% para el trastorno de ansiedad generalizada desde el nacimiento hasta los 24 meses tras el parto.

En Malta, Buhagiar et al. (2024a) llevaron a cabo un estudio transversal para conocer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos desde el nacimiento hasta un año tras el parto. Para ello, evaluaron a 243 mujeres y les aplicaron la entrevista MINI. Hallaron que un 16,8% de las puérperas cumplían los criterios para un trastorno de ansiedad. Concretamente, el 8,2% presentaba un trastorno de ansiedad generalizada.

En Portugal, Tendais et al. (2014) administraron la SCID a 99 puérperas para establecer un diagnóstico del DSM-IV-TR. Hallaron que un 14,1% de las mujeres cumplían los criterios de un trastorno de ansiedad durante el postparto. Concretamente, el 3,0% presentaban un trastorno de ansiedad generalizada a los 3 meses de dar a luz.

En España, Navarro et al. (2008) evaluaron a 405 mujeres a los 6 meses del parto. Su objetivo era determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos del DSM-IV en una muestra de madres españolas. Empleando la SCID hallaron que el 4,0% de las puérperas padecían un trastorno de ansiedad. Concretamente, 0,6% presentaban un trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 8. Prevalencia de la ansiedad postparto con entrevista clínica por país.

Estudio	País	Instrumento (momento)	Ansiedad (%)	
Reck et al. (2008)	Alemania	SICD (2-12 semanas)	2,3%	
Martini et al. (2013)		CIDI-V (2 meses)	0,4%	
		(4 meses)	1,8%	
		(16 meses)	1,9%	
Martini et al. (2015)			Incidencia	Recurrencia
		CIDI-V (2 meses)	n = 0	n = 1
		(4 meses)	n = 4	n = 1
		(16 meses)	n = 2	n = 2
Prenoveau et al. (2013)	Reino Unido	SCID (24 meses)	58,8%	
Ban et al. (2012)		Criterio médico (9 meses)	3,7%	
Buhagiar et al. (2024a)	Malta	MINI (12 meses)		
Tendais et al. (2014)	Portugal	SCID (3 meses)	3,0%	
Navarro et al. (2008)	España	SCID (6 meses)	0,6%	

SCID-IV-P: Structured Clinical Interview for DSM-IV—patient edition; SCID: entrevista clínica estructurada del DSM-IV-TR; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; MINI: Mini International Neuropsichiatric Intervew.

A la vista de los datos, cabe destacar la escasez de estudios que han utilizado una entrevista clínica para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada y, por tanto, la dificultad para extraer conclusiones. No obstante, la SCID sigue siendo el instrumento más utilizado, si bien en lo referente a los momentos de evaluación no existe uniformidad. Si atendemos a la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada durante todo el periodo postparto la prevalencia oscilaría entre el 0,4% (Martini et al., 2013) a los 2 meses postparto en Alemania y el 58,8% (Prenoveau et al., 2013) durante los 24 meses en Reino Unido.

5.1.2. Prevalencia de la ansiedad en el postparto con instrumentos de autoinforme

A continuación, se comentarán los estudios que han utilizado instrumentos de autoinforme para evaluar la sintomatología ansiosa durante el postparto (Tabla 9). Los datos se presentarán en función del instrumento de medida empleado. Primero se mostrarán los datos hallados con el STAI, tanto rasgo como estado, a continuación, los encontrados con la HADS-A, la GAD, la EDS-3A y, por último, los obtenidos con la ASQ-15.

En Grecia, Giakoumaki et al. (2009) hallaron una prevalencia de la ansiedad estado del 22,9% y de la ansiedad rasgo del 24,6%, en una muestra de 235 mujeres evaluadas con el STAI ≥ 40 entre los 2 y 3 días tras el parto. Esta prevalencia se redujo a los 3 meses postparto situándose en el 12,6% y al 14,3% para el estado y rasgo de ansiedad, respectivamente.

En Croacia, Nakić Radoš et al. (2018) evaluaron a 272 mujeres a los 2 días y 6 semanas postparto empleando el STAI como herramienta de cribado. Utilizando un punto de corte ≥ 40 para la ansiedad estado hallaron una prevalencia del 17,0% y 20,0%, respectivamente.

En Italia, Cena et al. (2021) evaluaron a 307 puérperas. Encontraron que un 34,2% (STAI-S ≥ 40) de las mujeres experimentaban ansiedad postparto. Más específicamente, la prevalencia fue del 34,5% entre las semanas 1-24 postparto y del 30,8% después de las 24 semanas postparto.

En Portugal, varios estudios aportan datos sobre la prevalencia de la ansiedad postparto, utilizando metodologías diferentes. Por un lado, Figueiredo y Conde (2011) hallaron una prevalencia del 4,7% utilizando el STAI-S con un punto de corte ≥ 45 en una cohorte de 260 mujeres a los 3 meses postparto. Por otro lado, Tendais et al. (2014) hallaron una prevalencia del 14,1% de ansiedad estado (STAI-S ≥ 45) a los 3 meses postparto. Asimismo, Canário y Figueiredo (2017) llevaron a cabo un estudio longitudinal con el objetivo de analizar los cambios en los síntomas de ansiedad desde el inicio del embarazo hasta los 30 meses postparto. Obtuvieron unas puntuaciones medias en el STAI-S de 35,76; 30,84 y 34,45 entre el primer y tercer día tras el parto, los 3 meses y los 30 meses postparto, respectivamente.

En Reino Unido, Dikmen-Yiliz et al. (2017) evaluaron a 950 mujeres a las 4-6 semanas y 6 meses postparto utilizando la HADS-A (≥ 10) como instrumento de cribado. Hallaron una prevalencia de ansiedad del 24,6% y del 16,2%, respectivamente. Además, encontraron que los casos de nueva aparición fueron más evidentes entre las 4-6 semanas postparto, situándose en el 13,7%. Empleando el mismo instrumento de evaluación, en Bélgica, van Bussel et al. (2009), utilizando puntuaciones medias encontraron que entre las 8-12 semanas tras el parto (n = 263) y entre las 20-25 semanas postparto (n = 202), las puérperas obtenían una puntuación media de 4,44 y de 4,11, respectivamente.

En Malta, Buhagiar et al. (2024a) empleando la GAD-7 encontraron que una prevalencia de ansiedad del 11,2% (≥ 13) a lo largo del primer año tras el parto.

En Reino Unido, Fellmeth et al. (2022) se interesaron por conocer la prevalencia de la ansiedad postnatal con diferentes instrumentos de evaluación: la GAD-2, la EDS-3A y una

pregunta directa (¿Experimentó alguno de los siguientes síntomas después del nacimiento de su bebé?). Para ello, evaluaron a 4611 mujeres a los 6 meses de dar a luz. Encontraron una prevalencia del 15,0% (GAD-2 ≥ 3), del 28,8% (EDS-3A ≥ 6) y del 17,1% (pregunta directa).

En Alemania, Reck et al. (2008) empleando la ASQ-15 (Wittchen y Boyer, 1998), basada en los criterios del DSM-IV, hallaron que un 32,5% de las mujeres presentaban niveles elevados de ansiedad entre las 2 y 6 semanas tras el parto.

Tabla 9. Prevalencia de la ansiedad postparto con instrumentos de autoinforme por instrumento y país.

Estudio	País	Instrumento (momento)	Ansiedad (%)
Giakoumaki et al. (2009)	Grecia	STAI ≥ 40 (2-3 días) STAI ≥ 40 (3 meses)	22,9 (estado) 24,6 (rasgo) 12,6 (estado) 14,3 (rasgo)
Nakić Radoš et al. (2018)	Croacia	STAI-S ≥ 40 (2 días) STAI-S ≥ 40 (6 semanas)	17,0 20,0
Cena et al. (2021)	Italia	STA I-S ≥ 40 (1-24 semanas) STA I-S ≥ 40 (> 24 semanas)	34,5 30,8
Figueiredo y Conde (2011)	Portugal	STAI-S ≥ 45 (3 meses)	4,7
Tendais et al. (2014)		STAI-S ≥ 45 (3 meses)	14,1
Canário y Figueiredo (2017)		STAI-S (1-3 días) STAI-S (3 meses) STAI-S (30 meses) (punt. medias)	35,76 30,84 34,45
van Bussel et al. (2009)	Reino Unido	HADS-A (8-12 semanas) HADS-A (20-25 semanas) (punt. medias)	4,44 4,11
Dikmen-Yiliz et al. (2017)		HADS-A ≥ 10 (4-6 semanas) HADS-A ≥ 10 (6 meses)	24,6 16,2
Buhagiar et al. (2024a)	Malta	GAD-7 ≥ 13 (12 meses)	11,2
Fellmeth et al. (2022)	Reino Unido	GAD-2 ≥ 3 (6 meses)	15,5
Fellmeth et al. (2022)	Reino Unido	EDS-3A ≥ 6 (6 meses)	28,8
Fellmeth et al. (2022)	Reino Unido	Pregunta directa (6 meses)	17,1
Reck et al. (2008)	Alemania	ASQ-15 (2-6 semanas)	32,5

STAI: inventario de ansiedad estado-rasgo; STAI-S: subescala de ansiedad estado de la STAI; HADS-A: subescala de ansiedad de la HADS; GAD-7: escala de ansiedad generalizada; GAD-2: subescala de dos ítems de la GAD-7; EDS-3A: subescala de ansiedad de la Escala de Edimburgo para depresión postparto. ASQ-15: Anxiety Screening Questionnaire.

La escasez de estudios y la variabilidad en la metodología utilizada por las diferentes investigaciones es un obstáculo a la hora de sacar conclusiones sobre los datos de prevalencia. Con respecto al instrumento de evaluación, el STAI es la herramienta de cribado más utilizada. Los puntos de corte utilizados con este instrumento son el ≥ 40 o el ≥ 45, siendo el más frecuente el ≥ 40.

Con respecto a los momentos temporales escogidos para evaluar la depresión, estos abarcan desde el postparto inmediato, concretamente desde las primeras 72 horas (Canário y Figueiredo, 2017; Giakoumaki et al., 2009; Nakić Radoš et al., 2018) hasta los dos años y medio (Canário y Figueiredo, 2017), si bien el seguimiento a tan largo plazo es anecdótico. La mayoría de los estudios evalúan hasta los 3 meses postparto (Giakoumaki et al. 2009; Figueiredo y Conde, 2011; Tendais et al., 2014).

Los rangos de prevalencia obtenidos con el STAI (≥ 40) oscilan, a las primeras 72 horas, entre el 17,0% (Nakić Radoš et al., 2018) en Croacia y el 22,9% (Giakoumaki et al. 2009) en Grecia. A los 3 meses, la prevalencia oscila entre el 4,7% (Figueiredo y Conde, 2011) en Portugal con un punto de corte ≥ 45 y el 12,6% (Giakoumaki et al. 2009) en Grecia utilizando un punto de corte ≥ 40.

En resumen, queda patente que es necesaria la realización de estudios que evalúen la prevalencia de la ansiedad durante el postparto, que incluyan más momentos de evaluación a lo largo de esta etapa y confirmen con una entrevista clínica los datos de prevalencia hallados con instrumentos de autoinforme.

5.2. CURSO DE LA ANSIEDAD DURANTE EL POSTPARTO

Resulta difícil extraer una conclusión sobre la trayectoria de la ansiedad durante el postparto. Esto se debe en gran medida a la escasez de estudios que evalúan la ansiedad durante este período, así como los diferentes instrumentos y puntos de corte empleados, y la carencia de estudios longitudinales. Si nos centramos en los estudios que han empleado el STAI, las investigaciones realizadas en Grecia (Giakoumaki et al., 2009) y en Portugal (Canário y Figueiredo, 2017) encuentran una reducción en los niveles de ansiedad en los primeros días tras el parto hasta los 3 meses. En la misma línea, Cena et al. (2021), en Italia, encontraron que la sintomatología ansiosa era más elevada en las primeras 24 semanas tras el parto y disminuía a partir de este momento. Por el contrario, Nakić Radoš et al. (2018), en Croacia, observaron que la ansiedad iba aumentando desde las primeras 48 horas tras el parto hasta las 6 semanas del mismo.

Los datos obtenidos con la HADS-A (Dikmen-Yiliz et al., 2017; van Bussel et al., 2009), tanto a nivel de porcentajes como de medias, indican que los niveles de ansiedad son mayores en las primeras semanas tras el parto y disminuyen a medida que nos alejamos del alumbramiento.

Respecto a la evolución del TAG, solamente el estudio de Martin et al. (2013), en Alemania, muestra su evolución a lo largo del postparto, obteniendo una tasa del 0,4% a los 2 meses postparto, del 1,8% a los 4 meses y del 1,9% a los 16 meses. Esto indica que el TAG muestra un patrón ascendente (/) desde el postparto inmediato hasta los 16 meses tras el parto.

Se puede concluir que, aunque hay un mayor interés por el estudio de la ansiedad durante la etapa perinatal, la investigación sigue siendo limitada y el mayor peso ha recaído en el periodo prenatal. El instrumento de cribado más utilizado es el STAI, si bien los puntos de corte utilizados varían de un país a otro. La SCID es la entrevista clínica predominante para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del DSM-IV. No obstante, incluir una entrevista clínica en los estudios es algo excepcional.

En cuanto a los momentos temporales escogidos por los investigadores para llevar a cabo las evaluaciones, los 3 meses postparto es el más habitual, si bien existe gran variabilidad. Así mismo, los estudios longitudinales que incluyen evaluaciones de seguimiento son prácticamente inexistentes, así como los seguimientos en el tiempo más allá de los 3-6 meses postparto.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANSIEDAD POSTPARTO

En este apartado se expondrán los factores de riesgo que han sido asociados a la ansiedad postparto en estudios publicados en los últimos años (Tabla 10). Estos factores se han agrupado en cuatro categorías: factores de riesgo sociodemográficos, factores relacionados con el embarazo, parto y postparto, factores relacionados con la salud y factores psicológicos.

5.3.1. Factores de riesgo sociodemográficos

Los factores de riesgo sociodemográficos que más se han estudiado en relación con la ansiedad posparto vienen siendo, en general, los mismos que en la ansiedad durante el embarazo. A continuación, se mencionarán los datos más relevantes de cada uno de ellos.

Con respecto a la *edad* de la madre los resultados son contradictorios. Existen estudios que han asociado tener menor edad con la aparición de sintomatología ansiosa durante el postparto. Concretamente, tener una edad entre 16-24 años (Yelland et al., 2010) o entre 25-34 años (Fellmeth et al., 2022) o simplemente ser más joven (Weisman et al., 2010). Sin embargo, en otras investigaciones se ha hallado lo contrario, a mayor edad, mayor riesgo. En concreto, tener una edad > 36 (van der Zee-van den Berg et al., 2021) o una edad comprendida entre 35-45 años (Ban et al., 2012). Ban et al. (2012) indicaron que el efecto de la edad estaba mediado por la situación socioeconómica, señalando que una situación socioeconómica más desfavorecida aumentaba el riesgo de presentar problemas de salud mental a medida que aumenta la edad materna. A raíz de los datos encontrados, podría resumirse que la ansiedad postparto ha sido vinculada o bien a las mujeres de menor edad o a las de mayor edad. Si bien los estudios no aportan explicaciones a estos hallazgos, puede que variables culturales, relacionadas con el rol de la mujer en la sociedad y la maternidad influyan en los mismos, pues en algunas sociedades ser madre joven es la norma y lo que se espera de las mujeres, mientras que en otras es lo contrario.

Con respecto al *nivel educativo*, existe más consenso entre investigadores, pues el tener un menor nivel de estudios se ha asociado con la presencia de ansiedad postparto (Britton, 2008; Dadhwal et al., 2023; Juarez Padilla et al., 2020; Shlomi-Polachek et al., 2014; van der Zee-van den Berg et al., 2021; Yelland et al., 2010). Una posible explicación es que las madres con un nivel educativo bajo pueden sentir gran ansiedad porque se ven menos capaces de afrontar las nuevas demandas y expectativas de la maternidad (Britton, 2008). Sumado a esto, se encuentra el hecho de que un menor nivel de estudios a menudo va acompañado por desventajas socioeconómicas, aspecto que favorece la aparición de sintomatología ansiosa. Sin embargo, Liu et al. (2020) y Cena et al. (2021), encontraron que la ansiedad se asociaba con un mayor nivel de estudios. Los autores indican que estos hallazgos deben ser interpretados con cautela, ya que la muestra fue reclutada en una ciudad con niveles de estudios e ingresos más altos que la población general (Liu et al., 2020). Así mismo, Cena et al. (2021) señalan que su muestra incluye a mujeres de mayor edad y multíparas, sugiriendo que las condiciones económicas y educativas podrían afectar más a las mujeres jóvenes y con un menor número de embarazos. Es interesante también señalar que Dadhwal et al. (2023) hallaron que un menor nivel educativo de la pareja también se asociaba con ansiedad postnatal.

Del mismo modo, encontrarse en una *situación económica desfavorable* (Ban et al., 2012; Bener et al., 2008; Dadhwal et al., 2023; Liu et al., 2020, Wenzel et al., 2005) favorece la aparición de ansiedad postparto. Es evidente que el nivel educativo y la situación financiera están íntimamente relacionados entre sí, siendo las variables sociodemográficas más analizadas en los estudios y en las que existe mayor unanimidad a la hora de establecer una asociación. Por otro lado, Nakić Radoš et al. (2018) encontraron que el desempleo de la pareja era un factor

de riesgo para desarrollar ansiedad postparto, indicando como posible explicación la relación existente entre la situación económica y laboral.

Otra de las variables más estudiadas por los investigadores es la referente a las *relaciones interpersonales*, concretamente la relación de la puérpera con su pareja y el entorno familiar más cercano. En este sentido diversos estudios han asociado con mayor riesgo de ansiedad el estar soltera y/o no tener pareja (Gheorghe et al., 2021; Giakumaki et al., 2009; Navarrete et al., 2012; Yelland et al., 2010) o estar separada, divorciada o viuda (Gheorghe et al., 2021). Por un lado, el nacimiento del bebé implica una carga adicional de trabajo para los padres y, consecuentemente, la relación de pareja sufre y se reduce el tiempo libre (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011). Por otro lado, es comprensible que la percepción de falta de apoyo se asocie con ansiedad postparto, pues el apoyo social brinda a la mujer recursos emocionales y sociales para afrontar el estrés y adaptarse al nuevo rol de madre (Dadhwal et al., 2023).

Por otro lado, Dadhwal et al. (2023) encontraron que el riesgo de experimentar ansiedad durante el postparto aumentaba cuando la mujer estaba expuesta a violencia por parte de la pareja, ya fuese física o psicológica.

En relación con lo anterior, relaciones *familiares conflictivas* (Sawyer et al., 2010) o una *relación insatisfactoria con la pareja* (Bener et al., 2012; Britton, 2008; Dadhwal et al., 2023), aumentan el riesgo de ansiedad postparto. Investigaciones indicaron que las tensiones matrimoniales se producían en el posparto cuando la pareja no brindaba apoyo y no participaba en la crianza de los hijos (Kendall-Tackett, 2007).

Por último, variables como *la raza/etnia* (Fellmeth et al., 2022; Liu et al., 2020), el país de origen (Fellmeth et al., 2022; Yelland et al., 2010), ser inmigrante (Dennis, Brown, et al., 2017; van der Zee-van den Berg et al., 2021) y hablar un idioma diferente al materno (van der Zee-van den Berg et al., 2021) se han asociado con mayor riesgo de ansiedad. En todos los casos esta asociación se produjo por no ser originaria, ni hablar la lengua, ni ser de la raza y/o etnia del país en el cual se reside. Una posible explicación radica en que estas situaciones suelen ir acompañadas de más pobreza y menor nivel educativo, así como desigualdades en el acceso y utilización de servicios de salud. En la misma línea, Gheorghe et al. (2021) hallaron que el sentimiento de pertenencia a la comunidad es un factor importante para reducir el estrés durante esta etapa, lo que enfatiza la importancia de contar con un apoyo social adecuado después del parto.

5.3.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto

En cuanto a la *paridad* los resultados son contradictorios. Por un lado, hay estudios que asocian la primiparidad se ha asociado con ansiedad postparto (Cena et al., 2021; Dadhwal et al., 2023; Giakumaki et al., 2009; Paul et al., 2013). Algunos autores (Cena et al., 2021) sugieren que estos hallazgos pueden deberse a que las mujeres multíparas son más hábiles en el ejercicio de la crianza y esto puede mejorar su autoeficacia, que a su vez es protectora contra la ansiedad. En la misma línea, Morse et al. (2002) y Tam y Chung (2007) indican que el primer embarazo es un período de estrés ya que las madres no sólo tienen que adaptarse a un nuevo rol, sino que también se enfrentan a múltiples factores estresantes como el agotamiento físico, la sobrecarga de tareas y las demandas de roles. Por otro lado, los estudios que han asociado la multiparidad con mayor riesgo de ansiedad (Dennis et al., 2016) esgrimen como posible explicación las mayores exigencias psicológicas, emocionales y sociales que supone el cuidado del recién nacido/a junto a la crianza de sus hermanos mayores (Grant et al., 2008).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

El *embarazo no planificado*, al igual que ocurría con la ansiedad prenatal, es uno de los factores cuya asociación con la ansiedad postparto ha sido más frecuentemente hallada por los investigadores (Bener et al., 2012; Britton, 2008; Nakić Radoš et al., 2018; Liu et al., 2020). Bayrampour et al. (2015), señalan que los embarazos no planificados son más comunes entre las mujeres con problemas de salud mental. Por lo tanto, la suma de los efectos de la interrupción del tratamiento al enterarse del embarazo, el estrés sobre la influencia de los medicamentos en el embarazo y el miedo a la reaparición de los síntomas durante la etapa perinatal puede contribuir a aumentar la ansiedad entre estas mujeres.

Por otro lado, Fellmeth et al. (2022) encontraron que las mujeres que estaban *menos contentas con su embarazo y/o tenían sentimientos encontrados* sobre el mismo, tenían mayor probabilidad de experimentar ansiedad postparto.

El *tipo de parto* es uno de los factores de riesgo más estudiados por los investigadores en relación con la ansiedad postnatal. En este sentido, existe bastante consenso, pues los partos por cesárea (Bener et al., 2012; Clout y Brown, 2015; Paul et al., 2013; Weisman et al., 2010), inducidos (Ponti et al., 2022) o partos vaginales asistidos (Weisman et al., 2010) son los que se han asociado con mayor frecuencia de ansiedad postparto. Algunos autores relacionan este hecho a una sensación de fracaso debido a la incapacidad para presenciar y participar en el evento del nacimiento (Garel et al., 1988).

Por otro lado, se ha encontrado que los *partos prematur*os (< 27 semanas) (Farr et al., 2014; van der Zee-van den Berg et al., 2021) o las *pérdidas perinatales previas* (Giannandrea et al., 2013) aumentan la probabilidad de experimentar ansiedad postparto. Concretamente, la presencia de mayor ansiedad tras partos prematuros puede estar relacionada con una sensación de pérdida de control (van der Zee-van den Berg et al., 2021).

Las *experiencias negativas sobre el parto* (Bell et al., 2016; Giakoumaki et al., 2009; Liu et al., 2020; van der Zee-van den Berg et al., 2021) o *emociones negativas sobre el parto* (Weisman et al., 2010) se han asociado consistentemente con ansiedad postparto. Como posible explicación se ha planteado que las experiencias traumáticas del parto son responsables de los síntomas psicológicos adversos posparto (Pantlen y Rohde 2001). Otros factores como el dolor percibido durante el parto (Weisman et al., 2010), el miedo al nacimiento, el miedo a la muerte durante el parto (madre y feto), la sensación de falta de control durante el parto y menos confianza en sí misma y en el personal médico (Shlomi-Polachek et al., 2014), también se han asociado con ansiedad postnatal. Es importante señalar que los acontecimientos del parto y la percepción que las mujeres tienen del nacimiento, se ven mediados por la atención y el apoyo recibido durante el parto. Las mujeres pueden tener recuerdos negativos duraderos de su experiencia de parto cuando no se sintieron apoyadas, cuidadas o respetadas durante el parto (Stadlmayr et al., 2006). Así mismo, una mayor duración de la estancia hospitalaria tras el parto y el no haber acudido a clases de educación prenatal, parece ser un factor que aumenta la probabilidad de experimentar ansiedad postnatal (Britton, 2008).

Relacionado con los cuidados, se ha visto que la *preparación al alta hospitalaria* (Dennis, Brown et al., 2017) y el *número de cuidadores tras el parto* (Liu et al., 2020) afectan al nivel de ansiedad de las puérperas. Concretamente, Liu et al. (2020) encontraron que las parturientas que tenían un único cuidador tenían más riesgo de presentar sintomatología ansiosa postnatal, en comparación con aquellas que tenían dos o más cuidadores. Además, las que eran cuidadas por sus propias madres presentaban menos ansiedad que las que fueron atendidas por sus suegras. Explican este hallazgo por el hecho de que el número de cuidadores/as sirve como recurso de apoyo que facilita la adaptación al rol de madre (Ding et al., 2018).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Otra variable estudiada ha sido la *lactancia materna*. A pesar de que hay pocos estudios, la investigación parece indicar que la insatisfacción con la lactancia materna (Dennis, Brown et al., 2017) y las dificultades para amamantar (Liu et al., 2020) se han asociado con mayor ansiedad postparto. Las causas subyacentes no están muy claras. Para algunos investigadores el retraso en el inicio y la duración de la lactancia materna puede suponer el no cumplir con las propias expectativas antenatales, lo que conlleva una baja autoeficacia y una reducción en la propia confianza (Dennis, 1999; Ystrom et al., 2008) afectando negativamente al estado emocional de la madre. Así mismo, el no amamantar, también se ha asociado con mayor riesgo de ansiedad postparto. La lactancia produce alteraciones endocrinológicas que amortiguan los síntomas de ansiedad (Lonstein, 2007). Esto puede ocurrir simplemente a través del contacto con los bebés (Lonstein, 2007) o mediante el acto físico de amamantar (Groër, 2005). Las hormonas producidas durante la lactancia pueden disminuir las respuestas de estrés (Groër, 2005). Por otro lado, la lactancia materna juega un papel primordial en el establecimiento del vínculo, así como en el desarrollo físico y emocional del recién nacido. En los casos que la lactancia es difícil de establecer y mantener, la salud física y emocional tanto de la madre como del recién nacido/a puede verse afectada negativamente (Poçan et al., 2013).

La necesidad *de ingreso del bebé en la unidad de cuidados intensivos* (Giakoumaki et al., 2009), los problemas de salud del recién nacido (Clout y Brown, 2015), el temperamento difícil del bebé (Britton, 2011), el llanto excesivo (van der Zee-van den Berg et al., 2021) o experimentar estrés relacionado con el cuidado del recién nacido (Dennis et al., 2016) también se han asociado con mayor riesgo de ansiedad postparto. El estrés parece ser el factor que explica el aumento de la ansiedad que se produce en las madres cuando son separadas de sus hijos/as tras un ingreso en la UCI o ante la dificultad de establecer vínculos con bebés de temperamentos difíciles y/o con excesivo llanto (Burney y Leerkes, 2010; Giakoumaki et al., 2009; van der Zee-van den Berg et al., 2021).

5.3.3. Factores de riesgo psicológicos

A continuación, se presentan los factores de riesgo psicológicos que los estudios han asociado con mayor frecuencia a la ansiedad postparto.

Los antecedentes personales y familiares de trastornos psicopatológicos en general y de ansiedad en particular se han asociado con mayor riesgo de ansiedad postparto. En lo que se refiere a la *historia previa* de trastornos y concretamente de ansiedad, su asociación con la ansiedad postparto ha sido ampliamente documentada (Britton, 2008; Cena et al., 2021; Dennis et al., 2016; Fellmeth et al., 2022; Grant et al., 2008; Navarrete et al., 2012; Nakić Radoš et al., 2018; Reck et al., 2009; Wenzel et al., 2005). Grant et al. (2008) encontraron que las mujeres que experimentaban ansiedad durante el embarazo tenían mayor probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad en los 7 meses posteriores al parto. Por su lado, Britton (2008) y Dennis et al. (2016) hallaron que el nivel de ansiedad previo al alta hospitalaria y el nivel de ansiedad en la primera semana postparto, respectivamente, eran predictores de experimentar ansiedad postnatal. En la misma línea, Nakić Radoš et al. (2018) encontraron que los niveles elevados de ansiedad, tanto rasgo como estado, en el postparto inmediato era un predictor de ansiedad durante las seis semanas tras el parto.

Por otro lado, varios estudios han encontrado que la sintomatología depresiva previa al embarazo, durante el embarazo y/o en el postparto es un factor de riesgo para ansiedad posnatal (Britton, 2008; Cena et al., 2021; Dennis et al., 2017; Gheorghe et al., 2021; Juarez Padilla et al., 2021; Liu et al., 2020; Paul et al., 2013; van der Zee-van den Berg et al., 2021). Gheorghe et al. (2021) encontraron que las mujeres con una historia previa de depresión tenían 3,4 veces

más probabilidad de experimentar ansiedad postnatal. En esta misma línea, Juarez Padilla et al. (2021) hallaron que las mujeres con sintomatología depresiva durante el embarazo y el postparto tenían 4 y 9 veces, respectivamente, más posibilidades de experimentar ansiedad postnatal. Así mismo, Reck et al. (2009) hallaron que las mujeres que sufrían *maternity blues* tenían mayor probabilidad de desarrollar ansiedad en el postparto.

Algún estudio (Wenzel et al., 2005) también ha asociado los antecedentes familiares de trastornos psicopatológicos con mayor riesgo de ansiedad postparto.

Relacionado con el *apoyo social*, se sabe que las fuentes de apoyo pueden ser la pareja, los familiares y los amigos (Alasoom y Koura, 2014). La percepción de falta de apoyo social en general, tanto en el embarazo como en el postparto, se ha asociado con mayor riesgo de ansiedad postparto (Bener, et al., 2012; Britton, 2008; Cena et al., 2021; Dadhwal et al., 2023; Dennis, Brown et al., 2017; Juarez Padilla et al., 2021; Liu et al., 2020; Navarrete et al., 2012; Sawyer et al., 2010; van der Zee-van den Berg et al., 2021). Concretamente, el apoyo social en el postparto parece estar más relacionado con la salud mental que durante el embarazo (Sawyer et al., 2010). Juarez Padilla et al. (2021) encontraron que las mujeres con bajo apoyo social durante el postparto tenían el doble de posibilidades de experimentar ansiedad durante el postparto.

En particular, la falta de apoyo social de la pareja (Cena et al., 2021; Dennis, Brown et al., 2017; van der Zee-van den Berg et al., 2021), se ha asociado con mayor riesgo de ansiedad postparto. Además, tener apoyo de la pareja tendría un mayor efecto protector en comparación con el apoyo de la familia (Faleschini et al., 2019).

En cuanto al apoyo de la familia, Liu et al. (2020) indicaron que el número de cuidadores tras el parto estaba relacionado con la percepción de apoyo social. A más número de cuidadores menor riesgo de sufrir ansiedad. Este hallazgo podría explicarse por el hecho de que el número de cuidadores también sirve como un recurso de apoyo, lo que fortalece la autoestima de las nuevas madres, brinda apoyo emocional y permite a la parturienta adaptarse mejor al rol de maternidad (Ding et al., 2018). En China, la atención posparto de la nueva madre y del recién nacido suele ser proporcionada por un miembro femenino de la familia (generalmente la madre o la suegra) o trabajadores del servicio de maternidad (niñeras y matronas de maternidad) (Kang et al., 2016; Liu et al., 2015). La intimidad y el apoyo emocional proporcionado por los cuidadores puede ayudar a amortiguar el estrés durante esta etapa (Fisher et al., 2012; Ding et al., 2018).

Recibir apoyo social durante momentos de estrés puede ser un factor de protección frente al inicio de la ansiedad (Dennis, Brown et al., 2017). El apoyo social emocional mejora la capacidad de afrontar acontecimientos estresantes de la vida, y el apoyo social estructural en forma de ayuda con las tareas domésticas o el cuidado infantil puede eliminar algunos factores estresantes que experimentan las mujeres en el postparto (Leahy-Warren et al., 2011). Por tanto, proporcionar apoyo social permite a la parturienta adaptarse mejor al rol de madre (Ding et al., 2018). Además, también se encontró que las mujeres que tenían mayores síntomas de ansiedad postparto eran mujeres que informaban de una baja sensación de pertenencia a la comunidad (Gheorghe et al., 2021). Este sentimiento de pertenencia parece estar estrechamente relacionado con el apoyo social.

La mayoría de los estudios han hallado que el *estrés* (Britton, 2008, Farr et al., 2014; Juarez Padilla et al., 2021) y los *eventos vitales estresantes* (Britton, 2008; Dennis et al., 2016; Dennis et al, 2017; Yelland et al., 2010) se han asociado a un mayor riesgo de sufrir ansiedad postnatal. No obstante, la consideración de los distintos autores con respecto a lo que es un evento estresante o una situación de estrés es variable. Tal es así que la falta de planificación del embarazo, la falta de asistencia a clases prenatales, duración de la estancia hospitalaria tras el

parto fueron considerados por Britton (2008) como eventos estresantes. Por otro lado, Farr et al. (2014) hallaron que las mujeres con mayor número de eventos estresantes acaecidos durante el embarazo tuvieron mayor riesgo de ansiedad postparto. Concretamente, las mujeres que experimentaron acontecimientos vitales estresantes (ej., enfermedades, problemas económicos, accidentes, pérdida del empleo o violencia por parte de la pareja) antes del embarazo tenían casi cinco veces más probabilidades de experimentar ansiedad después del parto (Juarez Padilla et al., 2021). En la misma línea, Yelland et al. (2010) encontraron que la probabilidad de experimentar sintomatología ansiosa era el doble si las mujeres experimentaban uno o dos eventos vitales estresantes, pero se multiplicaba por cinco si sufrían más de 3 factores estresantes, tales como la separación y/o divorcio, mudarse, la pérdida del trabajo, la muerte de un familiar o amigo cercano, así como, los problemas financieros, legales o conflictos graves entre los miembros de la familia.

Por otro lado, Dennis et al. (2016) consideraron como eventos estresantes la violencia en la familia, el consumo de sustancias por parte de algún familiar, los conflictos en la relación de pareja, el estrés relacionado con el nacimiento y el cuidado de los niños/as y la pérdida, la reincorporación y/o satisfacción con el trabajo; señalando que a mayor número de eventos estresantes mayor probabilidad de desarrollar ansiedad postnatal.

Otros factores de riesgo como las actitudes negativas hacia el bebé, el feto y/o la paternidad (Britton, 2008; Weisman et al., 2010), la falta de control sobre las emociones negativas (Weisman et al., 2010), la baja autoeficacia (van der Zee-van den Berg et al., 2021) o la baja autoestima o personalidad vulnerable (Dennis et al., 2017), también han sido asociadas con mayor probabilidad de experimentar sintomatología ansiosa postparto. Si bien en este caso los estudios no aportan explicaciones a estos hallazgos.

Tabla 10. Factores de riesgo asociados a la ansiedad postparto.

ESTUDIO	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y PARTO	FACTORES PSICOLÓGICOS
Wenzel et al. (2005) EE.UU.	- Nivel socioeconómico bajo		- Historia previa de trastornos psiquiátricos - Historia familiar de trastornos psiquiátricos
Grant et al. (2008) Australia			- Ansiedad prenatal*
Britton (2008) EE.UU.	- Menor nivel educativo* - Menores ingresos familiares - Menor satisfacción marital	- Embarazo no planificado - No asistencia a clases de educación prenatal - Duración de la estancia hospitalaria postparto	- Historia de problemas psiquiátricos - Estado de ánimo depresivo* - Eventos estresantes - Estrés percibido* - Ansiedad previa al alta hospitalaria* - Baja autoestima - Bajo apoyo social
Reck et al. (2009) Alemania			- Maternity blues*
Giakoumaki et al. (2009) Grecia	- Soltera	- Primiparidad - Ingreso del bebé en la UCI - Experiencia negativa del parto	Giakoumaki et al. (2009) Grecia

* Variables predictoras de la ansiedad postparto

Tabla 10. Factores de riesgo asociados a la ansiedad postparto (Cont.).

ESTUDIO	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y PARTO	FACTORES PSICOLÓGICOS
Weisman et al. (2010) Israel	Ser joven*	- Parto por cesárea* - Parto vaginal asistido - Emociones negativas hacia el parto* - Dolor percibido durante el parto	- Poco control sobre las emociones negativas* - Actitudes hacia el bebé*
Sawyer et al. (2010) África	- Relación marital y/o familiar conflictiva		- Falta de apoyo
Britton (2011) EE.UU.		- Temperamento difícil del bebé*	
Bener et al. (2012) Qatar	- Insatisfacción marital* - Dificultades financieras	- Embarazo no planeado* - Parto por cesárea*	- Falta de apoyo familiar*
Ban et al. (2012) Reino Unido	- Mayor edad - Nivel socioeconómico bajo		
Navarrete et al. (2012) México	- No tener pareja		- Sintomatología ansiosa - Bajo apoyo social
Giannandrea et al. (2013) EE.UU.		- Pérdidas perinatales previas	
Paul et al. (2013) EE.UU.		- Primiparidad* - Parto por cesárea*	- Sintomatología depresiva elevada*
Farr et al. (2014) EE.UU.		- Parto prematuro*	- Eventos estresantes durante el embarazo*
Shlomi Polachek et al. (2014) Israel	- Menor nivel educativo	- Miedo al parto - Miedo a la muerte durante el parto (madre y feto) - Falta de control durante el parto - Falta de confianza sobre una misma y el personal médico	
Clout y Brown (2015) Australia		- Parto por cesárea* - Problemas de salud de bebé*	
Bell et al. (2016) Reino Unido		- Percepción negativa de la experiencia de parto*	
Dennis, Brown et al. (2016) Canadá		- Multiparidad* - Estrés del cuidado infantil*	- Sintomatología ansiosa a la semana postparto* - Historia de problemas psiquiátricos* - Alto estrés percibido*
Dennis, Brown et al. (2017) Canadá	- Emigrar en los últimos 5 años - Dificultad para manejar los ingresos y la vivienda	- Afrontamiento del embarazo tanto de la mujer como de su pareja - Preparación al alta hospitalaria - Satisfacción con la lactancia	- Estrés percibido* - Estrés por el cuidado de otros niños - Falta de apoyo social de la pareja* - Baja autoestima - Mayor neuroticismo - Eventos vitales estresantes - Sintomatología depresiva

* Variables predictoras de la ansiedad postparto

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 10. Factores de riesgo asociados a la ansiedad postparto (Cont.).

ESTUDIO	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y PARTO	FACTORES PSICOLÓGICOS
Nakić Radoš et al. (2018) Croacia	- Desempleo de la pareja	- Embarazo no deseado	- Historia de depresión - Ansiedad estado y rasgo en el postparto inmediato* - Ansiedad específica del embarazo - Estilo de afrontamiento evitativo - Niveles elevados de estrés - Bajo apoyo social de la familia, pareja y amigos
Juarez Padilla et al. (2020) México	- Menor nivel educativo*		- Bajo apoyo social* - Eventos vitales estresantes postparto - Síntomas depresivos postparto
Liu et al. (2020) China	- Etnia - Mayor nivel educativo - Nivel socioeconómico bajo	- Insatisfacción con la experiencia de parto* - Fatiga extrema* - Embarazo no planeado - Menor número de cuidadores de la parturienta y del recién nacido - Suegra como cuidadora de la parturienta - Dificultades para amamantar	- Bajo apoyo social percibido de la familia* - Bajo apoyo social percibido de los amigos - Sintomatología depresiva*
Gheorghe et al. (2021) Canadá	- Soltera, separada, divorciada o viuda*		- Historia de depresión* - Sensación de falta de pertenencia a la comunidad*
van der Zee-van et al. (2021) Países Bajos	- Edad > 36* - Ser extranjera* - Hablar un idioma extranjero en casa* - Menor nivel educativo*	- Parto prematuro* - Experiencia de parto negativa* - Experiencia negativa de la primera semana postparto* - Llanto excesivo del bebé*	- Historia de depresión* - Depresión durante el embarazo* - Falta de apoyo de la pareja* - Baja autoeficacia*
Cena et al. (2021)	- Mayor nivel educativo	- Primiparidad*	- Ansiedad o depresión durante el embarazo* - Falta de apoyo de la pareja*
Ponti et al. (2022) Italia		- Parto inducido	
Fellmeth et al. (2022)	- Menor edad (25 a 34 años) - Raza blanca - Ser extranjera	- Menos contentas y/o sentimientos encontrados con el embarazo	- Ansiedad prenatal*
Dadhwal et al. (2023) India	- Menor nivel educativo de la madre* - Menor nivel educativo de la pareja - Nivel socioeconómico bajo - Insatisfacción conyugal*	- Primiparidad	- Falta de apoyo de la pareja y/o suegros* - Violencia por parte de la pareja - Falta de apoyo de los amigos - Historia de abuso de sustancias en la familia

* Variables predictoras de la ansiedad postparto

USC DE COMPOSTELA

6. CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD PERINATAL

Los problemas de salud mental durante el embarazo y el postparto pueden requerir de atención sanitaria debido a las potenciales consecuencias que puede tener en el bienestar del bebé y la propia vida de la mujer. No obstante, este tipo de problemas no suelen reconocerse ni diagnosticarse (Clinkscales et al., 2023). El coste humano de los trastornos mentales perinatales queda reflejado en los datos recogidos en diferentes países. Por ejemplo, en EE.UU. un modelo matemático estimó que el coste social de los trastornos perinatales no tratados desde la concepción hasta los cinco años posparto fue de 14 mil millones de dólares para todos los nacimientos que ocurrieron en 2017 (Luca et al., 2020), y más de la mitad de los costes ocurrieron durante la concepción hasta el nacimiento. En la misma línea, en Reino Unido, los costes a largo plazo de los trastornos de salud mental perinatal llegan a los 8,1 mil millones de libras por año, principalmente debido al impacto en los niños (Bauer et al., 2016). A todo esto, hay que añadir que la enfermedad mental perinatal está asociada a mayor morbilidad psiquiátrica y mayor probabilidad de desarrollar enfermedades mentales recurrentes a largo plazo (Meltzer-Barody y Stuebe, 2014).

La ansiedad puede acarrear consecuencias no solo para las mujeres que la padecen, sino también parar sus hijos/as y sus familiares (Maguire et al., 2018; Dennis, Falah-Hassani et al., 2017), provocando un impacto negativo tanto en el curso del embarazo como en el resultado fetal y neonatal (Domínguez-Solís, et al., 2021; Rees et al., 2019).

6.1. CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD EN EL EMBARAZO

A continuación, se comentarán las principales consecuencias de la ansiedad prenatal tanto para la madre como para su descendencia.

6.1.1. Consecuencias de la ansiedad antenatal para la madre

Para la gestante y futura madre, la ansiedad antenatal aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo (Biaggi et al., 2016) y puede tener consecuencias tanto a nivel obstétrico como afectar a distintas esferas de la salud física y mental a largo plazo.

Con respecto a las consecuencias obstétricas y la salud física, entre las mujeres con ansiedad prenatal es más frecuente la presencia de náuseas y vómitos persistentes, acidez estomacal y dolores musculares (Andersson et al., 2004; Soto-Balbuena et al., 2022). También se ha encontrado que estas mujeres tienen más visitas al obstetra, principalmente relacionadas con el miedo al parto, y muestran preferencia por la cesárea electiva (Andersson et al., 2004; Rubertsson et al., 2014; Zhang et al., 2013). Así mismo, son mujeres que tienen mayor probabilidad de tener un peor autocuidado prenatal, accediendo más tarde a los servicios perinatales, asistiendo a las citas prenatales con memos frecuencia y no realizando exploraciones periódicas (Kim et al., 2006; Redshaw y Henderson, 2013). En relación a esto, son mujeres que tienen una nutrición y ganancia de peso inadecuada durante el embarazo (Marcus et al., 2009), y en las cuales el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias es más frecuente (Arch, 2013; Marcus, 2009). Relacionado con el consumo de alcohol, Arch (2013), halló que la ansiedad prenatal era el predictor más fuerte del consumo de alcohol durante el embarazo, lo cual parece deberse al miedo a tener un hijo/a con discapacidad o por el impacto relacionado con el embarazo en la propia apariencia. Complicaciones obstétricas como la preeclampsia, el aborto espontáneo, el desprendimiento de placenta, sufrir anemia durante el embarazo, padecer el síndrome de hipertensión inducida por el embarazo, que acarrean una

gran morbi-mortalidad materna y neonatal, también son más frecuentes entre las mujeres con ansiedad durante el embarazo (Biaggi et al., 2016; Domínguez-Solís et al., 2021; Farr et al., 2013; Kang et al., 2016; Soto-Balbuena et al., 2022; Staneva et al., 2015; Zhong et al., 2015). Así mismo, las madres identificadas con posible ansiedad tienen una 1,23 veces más probabilidad de sufrir complicaciones durante el parto (Dowse et al., 2020).

Con respecto a la salud mental, la ansiedad antenatal es uno de los predictores más fuertes para desarrollar depresión postparto (Atif et al., 2020; Alder et al., 2011; Alipour et al., 2012; Navarrete et al., 2012; Míguez et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2018; Norhayati et al., 2015; Sainz et al., 2013; Smith et al., 2020; Sutter-Dallay et al., 2004; Verrealut et al., 2014), incluso cuando se controlan los niveles de depresión prenatal (Fawcett et al., 2019). Así mismo, también se ha encontrado que las mujeres con sintomatología ansiosa tienen mayor probabilidad de presentar desórdenes de la conducta alimentaria, mayor riesgo de suicidio y tocofobia (Callanan et al., 2022; Soto-Balbuena et al., 2022).

6.1.2. Consecuencias de la ansiedad antenatal en los/as hijos/as

Las repercusiones de la ansiedad perinatal a corto y largo plazo en la salud del feto y del neonato están ampliamente documentadas (Stein et al., 2014). Sin embargo, analizar las consecuencias de la ansiedad perinatal en la descendencia no está exento de complicaciones, pues distinguir los efectos de la ansiedad antenatal de los de la ansiedad postparto no es posible en muchos casos (Field, 2017). En este sentido, algunos autores establecen las consecuencias de la ansiedad prenatal a partir de resultados perinatales, los cuales se sabe que predicen problemas a largo plazo.

Se ha visto que el riesgo de parto prematuro aumenta con la ansiedad prenatal (Austin et al., 2017; Biaggi et al., 2016; Campbell et al., 2018; Ding et al., 2014; Dunkel-Schetter, 2011; Grigoriadis et al., 2018; Staneva et al., 2015; Zhong et al., 2015). El parto prematuro, a su vez, contribuye al desarrollo de problemas cognitivos, emocionales y del comportamiento en los/as niños/as (Li et al., 2009). Además, el bajo peso al nacer (Bayrampour et al., 2018; Ding et al., 2014; Grigoriadis et al., 2019) y una menor edad gestacional (Dunkel Schetter y Taner, 2012; Field, 2017; Grigoriads et al., 2018) también se han asociado con la ansiedad prenatal y junto con la prematuridad, constituyen las principales causas de morbi-mortalidad en el neonato y en la infancia.

Por otro lado, las mujeres con ansiedad durante el embarazo presentan altos niveles de cortisol, lo que resulta también en niveles de cortisol fetal y neonatal elevados (Field, 2017), retraso en el crecimiento fetal y prematuridad (Field, 2010). Estas alteraciones, a su vez, influyen en el desarrollo del temperamento infantil (Peltola et al., 2016). En este sentido, se ha observado que los niños expuestos a niveles elevados de cortisol materno durante la gestación muestran una menor respuesta vasovagal (Peltola et al., 2016; Rash et al., 2015; Tibu et al., 2014), más enfermedades y problemas de salud durante el primer año de vida (Beijers et al., 2010) y un desarrollo cognitivo más deficiente durante los primeros años de vida (O'Connor, et al., 2002; Field, 2017; Solchany, 2001).

Así mismo, la ansiedad prenatal ocasiona problemas de sueño (Field et al., 2003) tales como una latencia de sueño más larga (Morales-Muñoz et al., 2018) o despertares nocturnos más prolongados durante el primer año de vida (Cai et al., 2023), y temperamentos más difíciles (Henrichs et al., 2009).

Otras complicaciones en el periodo neonatal e infantil que han sido halladas por distintas investigaciones en relación con la ansiedad antenatal fueron las puntuaciones más bajas en el

USC DE COMPOSTELA

test de Apgar (Biaggi et al., 2016; Dowse et al., 2020; Karamoozian y Askarizadeh, 2015), y la reducción de la densidad de la materia gris en niños de seis a nueve años (Buss et al., 2010). Así mismo, se halló que los bebés de madres ansiosas tenían menor circunferencia craneal (Grigoriadis et al., 2018).

Por otro lado, se ha encontrado que la ansiedad materna prenatal está relacionada con problemas emocionales en los hijos/as (Rees et al., 2019). Concretamente, se asocia con trastornos de ansiedad y conductas internalizantes (Martini et al., 2010). Un estudio prospectivo realizado en Inglaterra (O'Connor et al., 2002) encontró que en niños de 4 años los síntomas de ansiedad prenatal se asociaban con más problemas emocionales en niñas y niños, más problemas de conducta en las niñas y más problemas de hiperactividad/atención en los niños. En la evaluación de 6,75 años de esta cohorte, la ansiedad materna prenatal predijo problemas de conducta e hiperactividad/atención tanto en niños como en niñas (O'Connor et al., 2003). El efecto de la ansiedad prenatal parece continuar hasta los 15 años, en dónde se encuentra que estos jóvenes siguen presentando problemas de conducta internalizantes (O'Donnell et al., 2014). Los autores interpretaron estos hallazgos como efectos de la programación fetal.

Así mismo, algunos autores (ej., Blackmore et al., 2016; Brunton et al., 2022; Wang et al., 2021) investigaron si la ansiedad general durante el embarazo y la ansiedad específica del embarazo suponían las mismas consecuencias para madres e hijos/as. En la tabla 11 se muestran los hallazgos encontrados.

Tabla 11. Comparación entre consecuencias de la ansiedad general y la ansiedad específica del embarazo.

CONSECUENCIAS ANSIEDAD PRENATAL	ANSIEDAD GENERAL	ANSIEDAD ESPECÍFICA DEL EMBARAZO
MADRES		
Peor salud física (ej., náuseas, vómitos, autocuidado prenatal…)	✓	
Mayores niveles de cortisol	✓	✓
Ganancia de peso inadecuada	✓	✓
Mayor consumo de alcohol y tabaco	✓	✓
Partos inducidos	✓	✓
Cesárea electiva	✓	✓
Mayor número de calmantes durante el parto		✓
Complicaciones durante el parto	✓	✓
Problemas de salud mental (ej., desarrollo de depresión y ansiedad postparto)	✓	✓
HIJOS/AS		
Parto prematuro, bajo peso al nacer, menor edad gestacional	✓	✓
Aumento de los niveles de cortisol fetal y neonatal	✓	✓
Más problemas de salud	✓	✓
Peor desarrollo cognitivo	✓	✓
Problemas de sueño y temperamentales	✓	
Reducción de la sustancia gris	✓	✓
Aumento del tamaño de la amígdala		✓
Menor circunferencia craneal	✓	
Conductas internalizantes	✓	✓
Conductas externalizantes	✓	✓
Problemas en el vínculo materno-filial	✓	✓

Como puede comprobarse tanto la ansiedad general como la ansiedad específica del embarazo ocasionan consecuencias similares tanto para las mujeres como para su descendencia.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6.2. CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD EN EL POSTPARTO

La literatura sobre los efectos de los estados emocionales postnatales se ha centrado principalmente en la depresión postparto (Field, 2018), lo que hace que exista poca investigación respecto a la ansiedad durante este período. Además, las mujeres con síntomas posnatales también suelen ser sintomáticas durante el embarazo, lo que dificulta aislar los efectos de la exposición prenatal de la exposición posnatal (Heron, et al., 2004). Por ello, es difícil extraer conclusiones sobre las consecuencias que la ansiedad postnatal tiene para madres e hijos/as. A continuación, se comentan las principales consecuencias estudiadas de la ansiedad postparto tanto para la madre como para su descendencia.

6.2.1. Consecuencias de la ansiedad postparto para la madre

A nivel psicológico, las mujeres que habían presentado un trastorno ansioso previo, tenían mayor probabilidad de suicidarse o de haber estado ingresadas por intentos de suicidio en el postparto (Grigoriadis et al., 2017; Khalifeh et al., 2016).

Con respecto al vínculo y a las interacciones materno-filiales, los estudios muestran que la ansiedad materna interfiere en el desarrollo de un vínculo e interacciones adecuadas entre madres e hijos/as (Dubber et al., 2015; Della Vedova et al., 2023). Por ejemplo, Tietz et al. (2014) hallaron que las mujeres que presentaban un trastorno ansioso según el DSM-IV a los 4 meses postparto, tenían menos vínculos afectivos con sus bebés. Por otro lado, Stein et al. (2012) observaron que las madres con ansiedad postparto respondían menos a las vocalizaciones de sus bebés durante sus interacciones. A su vez, sus hijos/as mostraban menos tono emocional y mayor retraimiento. Además, las madres ansiosas eran menos sensibles, menos receptivas y mostraban menos competencia en la crianza de los hijos (Britton, 2005). En la misma línea, Farré-Sender et al. (2018) encontraron que la ansiedad interfería en la construcción de la relación materno-filial. Parece que las preocupaciones recurrentes hacen que las madres se muestren menos receptivas e interactúen menos con sus bebés (Stein et al., 2014). Así mismo, Ierardi et al. (2019) observaron que la ansiedad materna era el mayor predictor de un menor nivel de sensibilidad ante las demandas del bebé. Las madres con síntomas ansiosos perciben, en mayor proporción (Britton, 2011), a sus hijos/as como "difíciles", refiriendo más episodios de llanto.

En cuanto a la lactancia materna, las madres con síntomas ansiosos tienen menor intención de amamantar, son más propensas a interrumpir la lactancia más temprano, tienen mayores dificultades para amamantar y la composición de la leche materna puede verse afectada debido a la ansiedad (Fallon et al., 2016; Grigoriadis et al., 2019). Concretamente, se ha observado que las mujeres ansiosas son más propensas a reducir la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses tras el parto (ej., Adedinsewo et al., 2014; Britton, 2007; Zanardo et al., 2009) e interrumpen la lactancia antes de los 3 meses postparto (ej., Britton, 2007; Brown y Arnott, 2014). Así mismo, una mayor ansiedad se asocia a menor probabilidad de iniciar la lactancia materna y aumento del uso de fórmula antes del alta hospitalaria (ej., Britton, 2007; Brown y Arnott, 2014; Gagnon et al., 2005). Por otro lado, las madres con síntomas ansiosos perciben mayores dificultades a la hora de amamantar (Richter y Reck, 2013; Papinczak y Turner, 2000) e informan de niveles más bajos de autoeficacia con la lactancia (Dennis, 2006), actitudes negativas y menor preferencia por la misma (Galler et al., 1999; Galler et al., 2006). Así mismo, la presencia de sintomatología ansiosa en el postparto altera la liberación de oxitocina y prolactina, hormonas que promueven el reflejo de eyección de la leche (Lonstein, 2007; Stuebe, et al., 2012). La inhibición de este reflejo, puede provocar una reducción de la producción de leche materna (Chen et al., 1998). Además, la ansiedad también genera niveles elevados de

cortisol y glucosa, hormonas que disminuyen el volumen de leche en el postparto inmediato (Chen et al., 1998). Por último, en cuanto a la composición de la leche, los estudios indican que la ansiedad reduce la cantidad de inmunoglobulinas que proporcionan inmunidad al bebé (Kawano y Emori, 2015), analgésicos opioides, implicados en la formación del apego (Zanardo et al., 2001) y niveles elevados de sodio, que están relacionados con problemas de pérdida de peso neonatal (Manganaro et al., 2007).

6.2.2. Consecuencias de la ansiedad postparto para los/as hijos/as

Con respecto a la salud física, la ansiedad postparto se relacionó con mayor probabilidad de una estancia hospitalaria más prolongada del bebé tras el parto (Dowse et al., 2020) y con un mayor número de problemas de salud infantil entre los cuatro y seis meses posteriores al parto (Clout y Brown, 2015). Estos resultados pueden reflejar que las madres angustiadas son más propensas a interpretar la salud y el sueño de su bebé como poco óptimos. Por otro lado, Farr et al. (2013) hallaron que los bebés de madres ansiosas tenían más probabilidades de acudir a los servicios médicos durante el primer año postparto.

Por otro lado, Goldberg et al., (2013) hallaron que la ansiedad postparto a los 6 meses se asociaba con despertares más frecuentes y más largos y mayor duración del llanto después de despertar; mientras que la ansiedad postnatal a los 12 meses estaba relacionada con una mayor angustia de los niños a la hora de acostarse.

En cuanto al desarrollo cognitivo-conductual, la ansiedad postparto se ha asociado a consecuencias en el desarrollo del niño, concretamente en el desarrollo socioemocional, del lenguaje, cognitivo y motor (Ali et al., 2013; Gobel et al., 2018). Relativo al desarrollo socioemocional, Polte et al., (2019) hallaron que los niños/as de madres ansiosas tenían 2,5 veces más probabilidades de presentar problemas a nivel socioemocional durante los 2 primeros años de vida. También se ha encontrado que son niños/as menos competentes socialmente y más inmaduros (Barnett et al., 1991). Por otro lado, Dufford et al. (2021) encontraron que los hijos/as de mujeres con ansiedad posnatal mostraban menor conectividad entre diferentes áreas cerebrales, concretamente, entre la amígdala izquierda y la corteza cerebral derecha, lo que tenía como consecuencia un peor desarrollo cognitivo.

Con respecto a la salud mental, los niños de madres con ansiedad presentan más problemas internalizantes (Barker et al., 2011), especialmente sintomatología ansiosa (Barker et al., 2010). Por otro lado, Glasheen et al. (2013) hallaron que los hijos varones expuestos a niveles altos de ansiedad prenatal y postnatal tenían mayor probabilidad de sufrir trastornos de conducta. Hallazgos similares fueron encontrados por O'Connor et al. (2002) que observaron que el riesgo de problemas emocionales era un 50% mayor en los niños de 4 años expuestos a mayores síntomas de ansiedad postnatal, y las niñas expuestas tenían un riesgo 45% mayor de problemas de conducta. A los 6 años, el riesgo de problemas emocionales en los niños aumentaba en un 60%, pero ya no había un riesgo elevado de problemas emocionales en las niñas (O'Connor et al., 2003). Sin embargo, la tasa de problemas de conducta en las niñas expuestas a los 6 años fue el doble que en las niñas no expuestas. Así mismo, Morales-Munoz et al. (2023) hallaron que los hijos/as de madres con ansiedad postparto tenían mayor probabilidad de experimentar síntomas psicóticos a los 12-13 años de edad.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6.3. CONCLUSIONES

Revisar las consecuencias de presentar ansiedad durante la etapa perinatal nos ha permitido conocer los posibles efectos adversos de la misma durante este período, tanto sobre las madres como sobre los hijos/as y la extensión de los resultados negativos en el tiempo.

Respecto a las madres, se ha asociado con un aumento de la probabilidad de desarrollar depresión en el postparto (NICE, 2018), mayor riesgo de preeclampsia, complicaciones obstétricas y problemas de vinculación (Farré-Sender et al., 2018; Field, 2017). En cuanto a los recién nacidos, se asocia con menor edad gestacional, menor peso al nacer y desarrollo cognitivo pobre, entre otras (Gobel et al., 2018).

Por otro lado, la ansiedad tiene consecuencias negativas independientemente de que se presente en el embarazo y/o en el postparto. Por ejemplo, durante el embarazo las mujeres ansiosas tienen mayor probabilidad de tener un peor autocuidado prenatal (Kim et al., 2006; Redshaw y Henderson, 2013) y durante el postparto tienen mayores dificultades para amamantar (Grigoriadis et al., 2019). Los hijos/as de madres con ansiedad tienen niveles de cortisol fetal y neonatal elevados (Field, 2017), influyendo en el desarrollo del temperamento infantil (Peltola et al., 2016). Asimismo, se observa un peor desarrollo cognitivo (Dufford et al., 2021).

También se ha podido observar que la ansiedad influye tanto en la salud física (ej., más náuseas, mayor número de complicaciones obstétricas, menor peso al nacer, mayores niveles de cortisol) como en la mental (ej., mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental, más problemas emocionales, peor desarrollo cognitivo).

Además, se ha hallado que las consecuencias de la ansiedad perinatal afectan más allá del embarazo, el parto y el postparto inmediato, extendiéndose hasta la niñez/adolescencia de la descendencia, y durante años en la vida de las madres (Grigoriadis et al., 2017; Morales-Munoz et al., 2023).

A la vista de los datos presentados, queda patente que la exposición a la ansiedad durante el embarazo y el postparto genera consecuencias negativas para la madre, el embarazo y el hijo/a. De ahí la importancia de detectar e intervenir de forma precoz y adecuada sobre la ansiedad perinatal, pues es esencial para promover el bienestar de madres e hijos/as y prevenir los efectos adversos asociados a la misma.

7. ABORDAJE DE LA ANSIEDAD PERINATAL

Si bien hay gran cantidad de evidencia sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, particularmente la terapia cognitivo conductual (TCC), para los trastornos de ansiedad en población general (Hofmann y Smits, 2008; Stewart y Chambless, 2009), el período perinatal presenta consideraciones específicas para el tratamiento de la ansiedad (ej., temores al parto, pensamientos intrusivos de daño al bebé), que hace necesario que se desarrollen tratamientos psicológicos adaptados a esta etapa. Sin embargo, aunque se ha investigado muchos sobre la prevención y tratamiento de la depresión durante la etapa perinatal, la investigación relacionada con la ansiedad sigue siendo limitada (Loughnan et al.,2018, Marchesi et al., 2016). Hay que tener en cuenta que las intervenciones de elección en este período son las psicológicas, debido al posible impacto de las intervenciones farmacológicas sobre el feto y la lactancia materna (Loughnan et al., 2018; Taylor et al., 2016). Además, durante este período las mujeres prefieren las intervenciones psicológicas (Simhi et al., 2019).

En una revisión reciente, que evalúa la eficacia de las intervenciones psicológicas para reducir la ansiedad (Clinkscales et al., 2023) se encontró que la terapia cognitivo conductual y las terapias basadas en el mindfulness eran efectivas para reducir los síntomas tanto de ansiedad como de ansiedad y depresión comórbidas en los períodos prenatal y postnatal. Además, los resultados apoyan una amplia variedad de métodos de intervención y modos de administración, incluidos el presencial, en línea, grupales y autoguiados, lo que sugiere que las intervenciones psicológicas pueden adaptarse para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres en este período. Otra revisión (Callanan et al., 2022) halló que las intervenciones psicológicas aplicadas durante la etapa prenatal mejoraban la sintomatología ansiosa.

Las intervenciones que abordan la ansiedad perinatal han sido clasificadas de diferente forma. Por ejemplo, Evans et al. (2018) han diferenciado entre: 1) intervenciones centradas en mente-cuerpo (yoga, meditación); 2) intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, terapia interpersonal y técnicas para mejorar el apoyo social y bienestar; 3) terapia de apoyo (social, emocional, práctico) y 4) programas educativos. Por su lado, Loughnan et al. (2018) han diferenciado entre intervenciones de TCC basadas en el mindfulness, TCC de grupo cara a cara, programas de TCC a través de internet y programas psicológicos combinados con fármacos.

En la presente revisión hemos dividido las intervenciones en función de su finalidad, es decir, en preventivas y terapéuticas. Entendemos por intervenciones preventivas aquellas que van destinadas a todas las mujeres con la intención de prevenir la aparición de un trastorno de ansiedad y/o sintomatología ansiosa durante el embarazo y el posparto. Las intervenciones terapéuticas son aquellas que van destinadas a mujeres que presentan algún tipo de sintomatología ansiosa o cumplen criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad, pudiendo ser ésta diagnosticada a través de entrevistas clínicas o medidas de autoinforme.

A su vez, tanto los programas terapéuticos como preventivos, pueden ser divididos en función del tipo de intervención que se aplica. Aquí se engloban los programas de terapia cognitivo conductual (TCC), las intervenciones de TCC basadas en el mindfulness, el mindfulness, la terapia interpersonal (TIP), los programas educativos, la terapia de apoyo de pares, las terapias de aceptación y compromiso (ACT) y los libros de autoayuda.

7.1. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS TERAPÉUTICAS PARA LA ANSIEDAD PERINATAL

En este apartado se abordará las características de diferentes intervenciones psicológicas terapéuticas para tratar la ansiedad perinatal (Tablas 12, 13, 14, 15 y 16), divididas en función del tipo de intervención aplicada.

7.1.1. Intervenciones cognitivo conductuales

En Australia, Austin et al. (2008) evaluaron la efectividad de una intervención grupal de terapia cognitiva para mujeres embarazadas con síntomas entre leves y moderados de depresión durante el embarazo y/o en riesgo de desarrollar depresión o ansiedad en el período prenatal. Fueron incluidas en el estudio 277 mujeres con puntuaciones en la EPDS > 10 y/o puntuaciones > 23 en ANQR (Antenatal Risk Questionnaire), o que informaran de historia de depresión previa. Fueron evaluadas con la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para depresión y ansiedad, la EPDS y el STAI estado. Posteriormente, eran asignadas al GI o al GC, empleando una tabla de aleatorización. De las 277 participantes, 191 mujeres recibieron la intervención grupal cognitivo conductual (TCC) y 86 formaron el grupo control. Las participantes de grupo intervención recibieron 6 sesiones semanales de terapia cognitivo-

conductual de 2 horas y una sesión de seguimiento. Las sesiones estaban centradas en la prevención y el manejo del estrés, la ansiedad y el mal humor en el embarazo y el cuidado del bebé. Las mujeres asignadas a la condición de control recibían un folleto que contenía información sobre los factores de riesgo para la ansiedad y la depresión postparto, desencadenantes de la angustia durante el posparto, estrategias para prevenir y/o manejar dichos problemas y una lista de servicios locales de apoyo postparto y cómo acceder a estos servicios. Las evaluaciones se realizaron antes del tratamiento y a los 2 y 6 meses tras el parto. El 26% de las mujeres que participaron en el estudio cumplían los criterios para un diagnóstico de ansiedad antes de la intervención. Este porcentaje se redujo hasta el 18% a los dos meses después del parto y hasta el 16% a los cuatro meses, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa, ni tampoco hubo una diferencia significativa entre las condiciones de los dos grupos. Los autores indican que, si bien se observó una modesta reducción en las puntuaciones de depresión en el GI, ambas condiciones de control e intervención fueron igualmente beneficiosas.

En Alemania, Bittner et al. (2014) evaluaron si un programa grupal cognitivo conductual (TCC) en mujeres embarazadas con niveles elevados de ansiedad era: 1) evaluado positivamente por las participantes, 2) podía reducir los síntomas ansiosos y depresivos a corto y a largo plazo y, 3) tenía impacto sobre los factores de riesgo para desarrollar ansiedad y/o depresión. Para ello, informaron a los profesionales de obstetricia sobre la investigación y se les pidió que distribuyeran información sobre el estudio y evaluaran a las mujeres que se encontraran entre la semana 10 y 15 de gestación. Posteriormente, se contactaba telefónicamente con aquellas mujeres que cumplían los criterios de inclusión y se les pedía que formasen parte del estudio. Después de la aleatorización, el grupo intervención quedó conformado por 39 mujeres y el grupo control por 79. Los componentes del programa eran: psicoeducación, introducción a estrategias cognitivo-conductuales, realización de ejercicios/juego de roles y relajación muscular progresiva. El programa, impartido por un psicólogo, se desarrolló a lo largo de 8 sesiones de 90 minutos cada una, en grupos de 4 a 6 mujeres. Las evaluaciones fueron realizadas antes, a la semana y a las 4 semanas de finalizar la intervención. De las 39 mujeres que iniciaron la intervención, solamente 21 completaron la intervención y los seguimientos posteriores. El grupo control quedó conformado por 53 participantes de las 79 asignadas a esta condición. No se pudo demostrar el efecto de la intervención, si bien ambos grupos mostraron una disminución de la ansiedad y síntomas depresivos, así como de la sensibilidad a la ansiedad. Los autores concluyen que los resultados no apoyan la eficacia de un programa grupal de TCC para mujeres embarazadas con niveles bajos de ansiedad y depresión.

En Canadá, Green et al. (2015) llevaron a cabo un estudio piloto para evaluar una intervención de TCC grupal diseñada para abordar la ansiedad perinatal. Se reclutó a 10 mujeres canadienses con una media de 6 meses de gestación o que habían dado a luz en el año anterior con un diagnóstico de trastorno de ansiedad según la SCID-IV. Se llevaron a cabo dos grupos de tratamiento con cinco mujeres cada uno. La intervención consistió en seis sesiones semanales de dos horas de duración, impartidas por un psicólogo. El programa de TCC grupal para la ansiedad *"Beating the Blues Before Birth"* incluía psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, relajación, experimentos conductuales y entrenamiento en asertividad. También se incluyeron estrategias relacionadas con la depresión (ej., activación conductual). Hubo una reducción significativa en los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, comparando las medidas pre-tratamiento (M=64,8) con las de post-tratamiento (M=54,9) de acuerdo con el PSWQ (Penn State Worry Questionnaire). Las participantes

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

calificaron la intervención como altamente satisfactoria. La TCC grupal resultó ser un tratamiento efectivo para reducir la sintomatología ansiosa.

En Australia, Milgrom et al. (2015) pretendían comprobar la viabilidad del programa de TCC *"Beating the Blues Before Birth"* como terapia individual. Para ello, realizaron un estudio piloto en el que reclutaron a 54 mujeres con una gestación inferior a 30 semanas y un diagnóstico de trastorno depresivo según la SCID-IV. Del total de la muestra, 27 recibieron la intervención y 27 el cuidado habitual. La intervención era desarrollada por un psicólogo en 8 sesiones individuales semanales de aproximadamente una hora de duración. Siete de las sesiones fueron diseñadas para ayudar a las madres a desarrollar habilidades eficaces de afrontamiento y una sesión era destinada a la pareja. La sesión de pareja proporcionó información a los compañeros y les brindaba una oportunidad para participar en el proceso terapéutico. El contenido de las sesiones fue el siguiente: sesión 1, comprensión y gestión de la depresión prenatal; sesión 2, recuperar actividades agradables y relajación en el día a día; sesión 3, asertividad y autoestima diciéndole a los demás lo que pienso y cómo me siento; sesión 4, expectativas poco realistas de crianza y habla dedicada a uno mismo; sesión 5, desarrollo de un estilo de pensamiento más útil; sesión 6, incluida la pareja; sesión 7, desafiando a mi crítico interno y sesión 8, ponerlo todo junto, viajando.

Las mujeres asignadas a la condición de cuidado habitual eran remitidas a otros servicios sociosanitarios por la matrona, como se hace normalmente cuando no hay programas especializados disponibles. El médico de cabecera de cada participante y/o los profesionales de la salud designados eran informados del diagnóstico de la mujer y de su participación en el estudio. Después de la intervención, tanto la depresión (M=30,7; M=12,8) como la ansiedad (M=22,4; M=10,4) se redujeron en el grupo intervención. En el grupo control la reducción de la sintomatología depresiva había sido más moderada (de M=30,8 a M=18,4) que en el grupo intervención. En el grupo control los niveles de ansiedad se mantuvieron elevados en los diferentes momentos (M=20,6; M=17,4). Solamente se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos para la ansiedad. En el grupo de intervención, la mejora de las puntuaciones de depresión mostró una relación sesiones-respuesta, es decir, asistir a un mayor número de sesiones, obtuvo mayor reducción en la sintomatología. A los 9 meses de la intervención se seguían manteniendo los efectos de la intervención en depresión (M=12,6) y especialmente en ansiedad (M=7,6), no ocurriendo esto en el grupo control. Los autores indican que el estudio apoya la viabilidad de la TCC individual y su eficacia para reducir síntomas ansiosos y depresivos durante el embarazo.

En Irán, Karamoozian y Askarizadeh (2015) realizaron un estudio cuasi-experimental para evaluar el efecto de la TCC para el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión durante el embarazo. Reclutaron a 30 embarazadas primíparas en el cuarto o quinto mes gestación con puntuaciones >12 en la EPDS. Después de realizar las medidas pre-tratamiento las mujeres fueron asignadas aleatoriamente al grupo control (n=15) y al grupo intervención (n=15). El grupo intervención era entrenado durante 12 sesionas semanales de 90 minutos de duración en TCC para el manejo del estrés. Las sesiones se dividían de la siguiente manera:

- Sesión 1: Evaluación, entrevista clínica y relajación. Invitación a la cooperación, aportar seguridad, introducción a los métodos terapéuticos, el impacto de los factores psicológicos en la salud materna y fetal, y relajación muscular gradual para 16 grupos musculares.

- Sesión 2-4: Estresores, respuestas de estrés y relajación. Efectos físicos del estrés, relación entre pensamientos y emociones, pensamientos negativos, distorsiones cognitivas y relajación muscular de 8 grupos musculares.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Sesión 5-6: Reemplazar los pensamientos negativos por pensamientos racionales y relajación. Se enseña la diferencia entre el habla interna lógica e ilógica y se aplica la relajación muscular de 4 grupos musculares.

- Sesión 7-8: Técnicas eficientes de afrontamiento y relajación. Se explica el concepto de afrontamiento eficiente, los diferentes tipos de técnicas de afrontamiento (centrado en la emoción o en el problema), las estrategias de afrontamiento que no son eficaces y relajación progresiva.

- Sesión 9-10: Respuestas de afrontamiento efectivo y relajación. Uso de estrategias de afrontamiento frente al estrés y meditación con un mantra.

- Sesión 11: Manejo de la ira, entrenamiento en expresividad y relajación. Definición de ira, estilos eficaces de comunicación, habilidades de comunicación interpersonal, componentes de la comunicación expresiva y respiración diafragmática.

- Sesión 12: Resumen. Evaluación sobre los logros alcanzados, revisión de las habilidades entrenadas en las sesiones anteriores y pensamientos surgidos.

Después de la intervención, se hallaron diferencias significativas en sintomatología depresiva y en ansiedad entre el grupo experimental (M=171,6) y el control (M=251,2), respecto al miedo a dar a luz (GI: M=32,6; GC: M=45,4) y el miedo a tener un bebé discapacitado (GI: M=15,7; GC: M=23,7) evaluados con el PRAQ-55. Estos datos indican la efectividad de la TCC de manejo de estrés para reducir la ansiedad específica del embarazo y la depresión durante la etapa prenatal.

Salehi et al. (2016), en Irán, investigaron los efectos de la TCC en comparación con la lectura interactiva para reducir la ansiedad durante en el embarazo. Para ello, reclutaron a 91 mujeres entre la semana 13-26 de gestación que presentaran niveles moderados de ansiedad (una puntuación < 75) según la STAI. Las participantes fueron asignadas a 3 grupos: TCC (n = 31; GI^1), lecturas interactivas (n = 30; GI^2) y grupo control (n = 30), el cuál recibía el cuidado prenatal rutinario. Las participantes fueron evaluadas antes de la intervención y 4 semanas tras finalizar la misma. La TCC fue desarrollada en 3 grupos de entre 12-13 participantes. Cada grupo recibía 4 sesiones grupales de consejo de 120 a 150 minutos cada una con una frecuencia de dos sesiones por semana. En la primera sesión, se les explicó a las participantes lo que era la ansiedad y sus características. Después, se ofreció una definición común de ansiedad y se explicó el estado de ansiedad, pensamientos, sentimientos y ciclo entre pensamientos, emociones y conducta. Como tarea, se pidió a las mujeres que escribieran su ciclo de pensamientos, sentimientos y conducta. Se invitaba a las gestantes a examinar pensamientos negativos y situaciones con carga emocional en sus vidas y a aplicar las técnicas alternativas trabajadas en el grupo para afrontarlas. En las sesiones 2 y 3 involucraron a las participantes a identificar su ansiedad. La cuarta sesión se centró en un repaso de las sesiones anteriores y en la forma en que las participantes podían seguir aplicando lo que habían aprendido.

En el grupo de lectura interactiva se llevaron a cabo cuatro conferencias (2 sesiones/semana) de 120 a 150 min. cada una. En la primera sesión, la matrona que aplicó la TCC, describió las características de las lecturas interactivas. En las conferencias discutieron el concepto de ansiedad y si el embarazo era estresante. El ciclo de estado, pensamientos, sentimientos y conducta se describió al final de la sesión y se pidió a las gestantes que estudiaran este ciclo para la próxima sesión. En la segunda sesión, se registró el debate sobre el contenido de la primera conferencia y se explicaron las causas de ansiedad. La tercera sesión abarcó los efectos de la ansiedad en la madre, el bebé y el embarazo, y la cuarta se centró en formas de controlar y manejar la ansiedad.

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

A las cuatro semanas de la intervención, los datos mostraron una reducción significativa tanto en ansiedad estado como rasgo en los dos grupos de intervención en comparación con el grupo control (GI^1:M= 32,3; GI^2:M= 36,2; GC: 38,0 para el rasgo de ansiedad y GI^1:M= 33,2; GI^2:M= 37,5; GC: 38,9 para ansiedad estado). También se observó que la TCC era más efectiva que las lecturas interactivas para reducir la ansiedad, aunque las diferencias no fueron significativas. Los autores concluyen que tanto la TCC como las lecturas interactivas tienen efectos beneficiosos para reducir la ansiedad durante el embarazo; indicando que el estado psicológico de las mujeres embarazadas debería ser evaluado en los servicios de cuidado prenatal y ofrecer técnicas a las gestantes para manejar la ansiedad materna.

En Australia, Loughnan, Sie, et al. (2019) probaron la eficacia y aceptabilidad del programa *MUMentum Pregnancy,* aplicado a través de internet, en reducir los síntomas de ansiedad, depresión y angustia en el embarazo. Para ello reclutaron de forma online a 77 mujeres que presentaban un trastorno de ansiedad generalizado y/o depresión y que se encontraban entre las semanas 13 y 30 de gestación. Fueron asignadas al grupo intervención 43 mujeres y 44 recibieron el cuidado usual. La intervención constaba de tres lecciones que debían ser completadas en cuatro semanas. Las lecciones introducían a las mujeres en las habilidades básicas de la TCC para ayudar a manejar la ansiedad y los síntomas depresivos. El contenido del programa se presentó en forma de un cuento ilustrado, en el que dos personajes aprenden a autocontrolar sus síntomas de ansiedad y depresión. Para realizar la intervención, cada participante accedía a una plataforma con su usuario y contraseña individual e iba realizando las lecciones. Al comienzo de cada lección las gestantes completaban la escala de angustia psicológica (Kessler-10). Solamente había contacto de los profesionales con las participantes si presentaban síntomas severos de depresión o ideación suicida. El grupo control no tenía acceso a la plataforma virtual, durante la duración de la intervención podían acceder a los servicios de salud si lo necesitaban. Al igual que el grupo de intervención, únicamente recibían atención profesional cuando las puntuaciones en angustia o depresión eran severas o existía ideación suicida. Finalizada la intervención se le proporcionó acceso al programa *MUMentum Pregnancy*. En ambos grupos las participantes eran excluidas del estudio si durante el proceso de intervención comenzaban algún tratamiento farmacológico.

Los efectos del programa se evaluaron a la semana y las 4 semanas de finalizar la intervención. De las 77 mujeres reclutadas, 59 (GI=23; GC=36) cumplimentaron los cuestionarios al final de la intervención y 51 (GI=18; GC=33) a las 4 semanas. Los datos obtenidos indicaron que se habían producido reducciones significativas en ansiedad entre el grupo control (M=9,4) y el grupo intervención (M= 7,7) a la semana de la intervención. En cambio, al mes de la intervención, si bien el grupo de intervención mostró una reducción importante de los síntomas, las diferencias no fueron significativas (GI: M= 5,8; GC: M=9,2). Si bien en cuanto a la depresión también se encontraron diferencias entre el grupo control y el grupo de intervención, siendo mayor la reducción en el grupo de intervención, éstas no fueron significativas. Los autores concluyen que el estudio proporciona apoyo preliminar de la eficacia y aceptabilidad de la TCC breve y aplicada por internet para la ansiedad y depresión en embarazadas, aunque se requiere de otros estudios que permitan corroboran sus hallazgos e investigar si la reducción de los síntomas persiste a largo plazo.

En el mismo país, Loughnan, Butler, et al. (2019), también evaluaron la eficacia de un programa online durante el postparto, el *MUMentum Postnatal*, para mujeres que presentaban síntomas elevados de depresión y/o ansiedad en el postparto. Las participantes fueron reclutadas mediante anuncios publicados en redes sociales, foros en línea y folletos distribuidos en hospitales de maternidad. Las que cumplían los requisitos de inclusión (N = 131) eran asignadas aleatoriamente al grupo experimental (n = 69) o al grupo control (n = 62). Después de la

aleatorización se facilitaban unas claves para iniciar sesión en una cuenta virtual y complementar los cuestionarios iniciales. Las asignadas a la condición experimental iniciaban en ese momento la intervención, que consistía en 3 lecciones telemáticas que tenían que completarse en 6 semanas. El contenido se centró en la psicoeducación y habilidades cognitivo-conductuales clave, como el desafío del pensamiento, la resolución de problemas y la exposición gradual. Solamente había contacto de los profesionales con las participantes si presentaban puntuaciones elevadas de angustia o ideación suicida. A las participantes del grupo control no se les impidió recibir algún servicio o atención de maternidad habitual.

Los efectos del programa se evaluaron a la semana y a las 4 semanas tras finalizar la intervención. A la semana cumplimentaron los cuestionarios 50 mujeres del grupo intervención y 47 del grupo control. Pasando a ser 37 y 42, respectivamente, a las 4 semanas de la intervención. Los resultados intragrupo indicaron que las participantes del grupo experimental mostraban diferencias significativas en los niveles de ansiedad después del tratamiento (M = 6,66) respecto a antes (M = 12,08). También encontraron diferencias significativas para depresión, angustia, apego y calidad de vida. Los efectos también eran significativos entre las medidas pretest y 4 semanas después de la intervención, a excepción del bienestar psicológico y social. Los resultados intergrupo indicaron que las participantes del grupo experimental tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en ansiedad, depresión y angustia que el grupo control, a la semana de la intervención. En el seguimiento, las participantes del grupo experimental mostraron mayores diferencias para la ansiedad durante el seguimiento que después del tratamiento. Los autores concluyen que el estudio proporciona evidencia preliminar de la eficacia y aceptabilidad de *MUMentum Postnatal* para el tratamiento de la ansiedad y/o depresión postparto.

En los Países Bajos, Burger et al. (2020) evaluaron la efectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC) en mujeres que experimentaban síntomas moderados de depresión o ansiedad. Las mujeres eran reclutadas en las consultas de seguimiento del embarazo y debían encontrarse entre la semana 10 y 12 de gestación. Posteriormente eran asignadas a la condición de control o de intervención. En total 282 mujeres conformaron la muestra, 140 fueron asignadas al grupo intervención y 142 al grupo control. A las mujeres del grupo intervención se les aplicó el protocolo de tratamiento que constaba de 10 a 14 sesiones individuales, de las cuales de 6 a 10 estaban previstas para realizarse durante el embarazo. Las sesiones se programaron desde las 20 semanas de gestación hasta los 3 meses postparto. Las participantes del grupo control recibían el cuidado habitual.

La ansiedad y depresión maternas se evaluaron a las 24 y 36 semanas de gestación y a las 6 semanas y 3, 6, 12 y 18 meses posparto. Los datos se analizaron sobre las participantes que completaron todos los seguimientos (GI=94; GC=98). No hubo diferencias significativas entre los niveles medios de ansiedad y depresión entre los dos grupos, a excepción de las medias registradas en la semana 24 de gestación, momento en el cual el grupo sometido a TCC mostró niveles medios más altos, para la ansiedad (GI: 47,7; GC:43,2) y para la depresión en comparación con el grupo control. Estos datos indicaron que la TCC aplicada durante la etapa perinatal no mejoró los síntomas maternos entre las mujeres con depresión o ansiedad prenatal.

Atif et al. (2020) desarrollaron un estudio en Pakistán para seleccionar un enfoque basado en la evidencia que se adapte a la población y al sistema de prestación de servicios de salud. Recopilaron datos cualitativos a través de entrevistas y discusiones de grupos focales sobre la intervención cognitivo-conductual *"Happy Mother, Healthy Baby*", compuesta por seis sesiones grupales y de dos a seis sesiones de refuerzo diseñadas para ser aplicadas individualmente. Dirigidas por personal experto (psicólogos/psiquiatras/o personal formado

USC DE COMPOSTELA

para la intervención), las sesiones grupales tienen una duración de 60 minutos y las de refuerzo de 30 minutos. Las cinco primeras sesiones se realizaban semanalmente lo antes posible durante el embarazo y la última sesión era aplicada en el tercer trimestre de gestación. En la primera sesión se explicaban las normas de la intervención. En la segunda se mostraban los pasos para pensar y actuar de forma saludable y se explicaba cómo aplicar estos pasos para controlar el estés y mejorar el bienestar. La tercera tenía como objetivo mejorar el apoyo social de la gestante, lo que hace necesario la asistencia de miembros importantes de la familia a la sesión. La cuarta se centraba en el apego de la madre con su hijo y de las ansiedades que rodean al parto. Durante la quinta se revisaban las sesiones para ayudar a la mujer a identificar sus niveles de ansiedad y desarrollar un plan en función de las habilidades aprendidas en las sesiones anteriores para enfrentarse a situaciones ansiosas. En caso necesario, podían añadirse entre 2 y 6 sesiones de refuerzo. Estas sesiones se aplicaban entre la sesión cinco y la última. En la última sesión se examinaban los problemas que pueden surgir a la mujer en el postparto y se identificaban técnicas aprendidas que puedan ayudarle en ese momento. En este estudio se presentan resultados cualitativos de la intervención. A los terapeutas se les preguntó acerca de sus experiencias de entrenamiento, supervisión y problemas encontrados en la intervención. A las participantes se les preguntó sobre la utilidad de la intervención y las dificultades surgidas sobre los contenidos del *"Happy Mother, Healthy Baby*". Los terapeutas estaban satisfechos con la formación sobre el programa, su supervisión e indicaban que las participantes se habían involucrado en la intervención y se mostraron receptivas a la misma. Todas las mujeres que participaron en el estudio indicaron que la intervención les resultó útil e indicaban que mejorara su bienestar. Señalaban que la intervención les permitiera tomar mayor conciencia de sus sentimientos, manejar mejor el estrés y cuidarse. Los autores indican que se requieren estudios de eficacia antes de recomendar esta terapia en la atención perinatal.

En Ámsterdam, Heller et al. (2020) examinaron la efectividad de una intervención a través de internet *"MamaKits online"* para mujeres con niveles moderados o severos de ansiedad o depresión. Incluyeron a mujeres con menos de 30 semanas de gestación que presentaran una puntuación >16 en la CES-D y >8 en la HADS-A. Las gestantes fueron distribuidas en dos grupos, 79 para el grupo intervención y 80 para el grupo control. El programa *"MamaKits online"* es una intervención basada en la resolución de problemas y consiste en cinco módulos que deben ser completados por las participantes de forma semanal. Cada módulo contiene psicoeducación, ejemplos de otras madres con síntomas depresivos o de ansiedad que están realizando la intervención y tareas para casa. La intervención consta de 3 pasos: 1) las participantes describen lo que realmente les importa, 2) escriben todas sus preocupaciones y problemas actuales, y 3) hacen un plan para el futuro, en el que describen cómo van a tratar de lograr las cosas que más les importan. Después, clasifican los problemas en tres tipos: problemas sin importancia (no relacionados con las cosas que les importan), problemas que potencialmente se pueden resolver, y problemas que no se pueden resolver (por ejemplo, la pérdida de un ser querido). La intervención consiste en un enfoque estructurado para resolver problemas potencialmente solucionables. Después de cada módulo los profesionales de la psicología proporcionaban feedback a través del correo electrónico. El grupo control recibía el cuidado usual. Para evaluar los resultados de la intervención se evaluó a las gestantes antes de la aleatorización, al terminar la intervención, a las 36 semanas de gestación y a las 6 semanas tras el parto. Las participantes que iniciaron la intervención después de 24 semanas de gestación no se evaluaron en la semana 36 porque era poco tiempo para esperar cualquier cambio. Si bien las gestantes que formaban parte del grupo intervención habían reducido su sintomatología ansiosa y depresiva respecto al grupo control a lo largo de todas las evaluaciones, esta no era estadísticamente significativa. El grupo intervención presentaba medias de 11,4; 8,4; 7,9 y 7,1;

en el pretest, al terminar la intervención, en las 36 semanas de gestación y a las 6 semanas tras el parto, respectivamente. El grupo control presentaba medias similares al grupo intervención: 11,9; 8,6; 7,9; 7,9, respectivamente, para cada momento de medida. Los autores indican que a pesar de que no se encontró una reducción significativa de los niveles de depresión y ansiedad, las intervenciones realizadas a través de internet son una modalidad alternativa de tratamiento. Sugieren, también, que se necesitan investigaciones para ver si la intervención podría tener más éxito si se ofrece en otros momentos del embarazo y/o comprobar si está bien adaptada a población gestante.

En Canadá, Green et al. (2020) evaluaron la eficacia de un protocolo cognitivo conductual grupal (Green, Frey, Donegan, y McCabe 2019) para tratar la ansiedad perinatal. Reclutaron a 96 mujeres embarazadas o que habían dado a luz en los últimos 6 meses con un diagnóstico de trastorno de ansiedad según la SCID-IV. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a la condición experimental (N = 51) o a la condición de control (N = 45). La intervención consistió en seis sesiones semanales de dos horas de duración, impartidas por un psicólogo. El programa de TCC grupal incluía psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en asertividad. También se incluyeron componentes relacionados con el abordaje de la depresión (ej., activación conductual). El grupo control era asignado a una lista de espera.

Al finalizar el tratamiento, se hallaron diferencias significativas en los niveles de sintomatología ansiosa entre el grupo experimental (M = 41,6) y el grupo control (M = 47,2). Así mismo, las participantes del grupo experimental informaron de niveles estadísticamente inferiores de sintomatología ansiosa (48,6 vs. 41,6) en comparación con las participantes de la lista de espera (46,2 vs. 47,2). Al comparar el porcentaje de mujeres que se situaban por encima del punto de corte clínico para ansiedad, también se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control. En concreto, un 68,2% de las participantes del grupo experimental y un 61,9% de las en lista de espera superaron el punto de corte en la línea base. Tras la finalización de la intervención, solamente el 36,4% de las participantes del grupo experimental superaron el punto de corte, mientas que lo hacían un 59,5% de la lista de espera. Posteriormente, realizaron un seguimiento a los 3 meses con las mujeres que habían completado la intervención (n = 44), y observaron una reducción significativa entre las medias postratamiento y el seguimiento a 3 meses (42,3 vs. 38,8). Además de las medidas de autoinforme, un especialista clínico evaluó los niveles de ansiedad y encontró una diferencia significativamente mayor en los síntomas de ansiedad entre el grupo experimental en comparación con el grupo control (11,3 vs. 16,5) entre antes y después de la intervención. La mejoría también se apreció entre las medidas postratamiento y el seguimiento a 3 meses (11,1 vs. 9,0). Estos datos proporcionan apoyo empírico a la efectividad de la TCC grupal para mujeres con ansiedad perinatal.

7.1.2. Intervenciones de terapia cognitivo conductuales basadas en el mindfulness

En EE.UU. Goodman, Guarino et al. (2014) llevaron a cabo un estudio piloto para evaluar el programa *"CALM Pregnancy",* una intervención de terapia cognitiva basada en la atención plena. Reclutaron a 25 mujeres con un diagnóstico clínico de trastorno de ansiedad generalizada (GAD) y/o que cumplían con los criterios que indicaban un nivel elevado de síntomas de ansiedad. La intervención consistía en 8 sesiones semanales de TCC basada en el mindfulness, la cual combina técnicas de mindfulness y cognitivas para afrontar los síntomas de ansiedad, de dos horas de duración en tres grupos de entre 6 y 12 mujeres. El contenido del programa se adaptó al tipo de ansiedad que experimentan habitualmente las embarazadas (ej., el parto). También se incluyeron contenidos relacionados con la depresión. El programa constaba de una

presentación inicial, ejercicios y debates grupales y prácticas de meditación. Además, las participantes tenían que realizar tareas diarias para casa que duraban alrededor de 30 a 40 minutos (ej., meditar). El programa fue aplicado por un terapeuta con formación y experiencia en mindfulness. Las medidas tomadas en el pretest y postest mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad de acuerdo con el PSWQ (de M= 59,3 a M= 50,5) y el BAI (de M= 12,1 a M= 6,4). De las 16 mujeres que presentaban diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, únicamente una seguía manteniendo este diagnóstico después del tratamiento. Además, también se pudieron observar mejoras significativas en los niveles de depresión, la escala de autocompasión y la escala de atención plena. Estos datos permiten afirmar que el "*programa CALM Pregnacy"* es un tratamiento efectivo para tratar la ansiedad en mujeres embarazadas.

En Irán, Zemestani y Fazeli Nikoo (2019), examinaron los efectos de la TCC basada en la atención plena (MBCT) en mujeres embarazadas que presentaban depresión y ansiedad comórbida. Se reclutaron 38 gestantes en los servicios médicos y de obstetricia y se asignaron aleatoriamente a la condición experimental (n = 19) y de control (n = 19). Las participantes del grupo experimental recibían 8 sesiones grupales semanales de dos horas de duración de la MCBT, impartidas por un profesional. Esta intervención incluía prácticas de atención plena, escaneo corporal, yoga consciente y meditación sentada. Cada sesión incluyó presentaciones didácticas, ejercicios grupales destinados al desarrollo de habilidades cognitivas y prácticas formales de meditación. Se alentaba a la práctica diaria de atención plena (30´) con la ayuda de audios grabados y a la práctica de la respiración. Las mujeres del grupo control recibían el cuidado habitual. Para cumplir con los principios éticos, después de un mes de seguimiento, recibieron dos sesiones psicoeducativas sobre la depresión y la ansiedad y sus efectos sobre la madre y el desarrollo del feto. El grupo MBCT (n = 15) tuvo una disminución significativa de las puntuaciones de ansiedad desde el inicio hasta el postratamiento. Además, las puntuaciones de ansiedad se mantuvieron significativamente más bajas que las del grupo control (n = 18) en el seguimiento de un mes. Los resultados proporcionaron evidencia preliminar de que la MBCT puede ser eficaz para reducir los síntomas depresivos y de ansiedad y mejorar el uso de estrategias adaptativas de regulación de las emociones y el bienestar psicológico.

En el mismo país, Yazdanimehr et al. (2016) examinaron la efectividad de la TCC combinada con mindfulness (MiCBT) sobre la depresión y la ansiedad en mujeres embarazadas. Para ello, las matronas informaron del estudio a las mujeres embarazadas con una edad gestacional entre 1 y 6 meses. Seleccionaron a aquellas mujeres que tenían una puntuación superior a 13 en la EPDS y una puntuación superior a 16 en el BAI. Posteriormente, se formaron dos grupos de 40 participantes cada uno. El grupo experimental recibía la MiCBT, implementada en 8 sesiones de 90 minutos por un psicólogo especialista en mindfulness. Los contenidos de cada sesión fueron los siguientes: Sesión 1. Descripción de la MiCBT y de los contenidos de las próximas sesiones; sesión 2. Los principios básicos de la atención plena, los componentes de la TCC y la respiración consciente; sesión 3. Respiración consciente (continuación), ejercicios de escaneo corporal y conciencia de sensaciones viscerales; sesión 4. Ejercicios de escaneo corporal (continuación), técnicas de terapia conductual (como resolución de problemas) y la relación del mindfulness con la TCC; sesión 5. Ejercicios de escaneo corporal (continuación); sesión 6. Habilidades interpersonales, asertividad y juego de roles; sesión 7. Aceptación y gestión del sufrimiento en la vida diaria; sesión 8. Revisión y evaluación. Las participantes del grupo control recibían la atención prenatal de rutina, al final del estudio, recibieron un manual sobre las sesiones impartidas en la intervención.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO

Los efectos de la intervención fueron analizados sobre 63 participantes (GI: 30 y GC: 33). Se compararon las medias de depresión y ansiedad en 3 momentos, antes de la intervención,

inmediatamente al finalizar la intervención y un mes después. Se observó que las puntuaciones medias de ansiedad tanto al final de la intervención (10,86 vs 20,54) como al mes (10,80 vs 20,78) fueron significativamente más bajas ($p < 0,001$) en el grupo experimental que en el grupo control. Los resultados de este estudio indicaron que la MiCBT es eficaz para aliviar la depresión y la ansiedad de las mujeres embarazadas incluso un mes después de implementarla.

7.1.3. Intervenciones de mindfulness

En Australia, Woolhouse et al. (2014) realizaron un estudio piloto con el objetivo de explorar la viabilidad de una intervención basada en el mindfulness para reducir la depresión, la ansiedad y el estrés prenatal. Este estudio consta de dos partes: 1) un ensayo no aleatorizado dirigido a mujeres con riesgo de experimentar problemas de salud mental y 2) un ensayo aleatorizado de la población de mujeres embarazadas. Del total de la muestra reclutada, 20 eran mujeres que presentaban riesgo de experimentar algún problema de salud mental y 32 no presentaban riesgo.

El programa *MindBabyBody* es un programa de 6 sesiones semanales con una duración aproximada de dos horas de terapia grupal con mindfulness y es impartido por un profesional de la salud mental (psicólogo/psiquiatra). En él, se presenta a las participantes el enfoque y las estrategias de atención plena, incluyendo prácticas de atención plena formales e informales, movimiento consciente y ejercicios cognitivos. En cada sesión se incluye una práctica formal de meditación, una discusión sobre las prácticas de atención plena en el hogar, una secuencia de movimientos conscientes, un tema de discusión semanal y un espacio de respiración. Se enfatiza la importancia de la práctica en el hogar para reforzar las habilidades aprendidas.

El grupo control recibió el cuidado habitual, que implica citas regulares con las matronas en las cuales se observa la rutina en la vida de la gestante y se hace un seguimiento de la salud mental y física por parte de los profesionales de atención primaria, con derivación a profesionales especializados cuando proceda. Los resultados se muestran tanto para el grupo con riesgo de padecer algún problema de salud mental como para las mujeres sin riego. Concretamente, en el grupo de riesgo sólo 11 mujeres completaron la intervención y el seguimiento. En el grupo aleatorizado, de las 17 mujeres que recibieron la intervención, 13 completaron el programa y el seguimiento y de las 15 que recibieron el cuidado habitual, completaron el seguimiento 10.

En el grupo no aleatorizado se observaron mejoras significativas en la escala de depresión y en la escala de ansiedad estado ($M = 49,7$ pretest; $M = 39,3$ postest). En el grupo aleatorizado, el grupo que recibió intervención mejoró en todos os parámetros después de la intervención, presentando reducciones significativas para ansiedad en la subescala de la DASS-21 ($M = 8,6$ pretest; $M = 4,6$ postest). No se encontraron diferencias significativas después de la intervención entre el grupo de intervención y el grupo control en ninguna de las variables evaluadas. Los datos para la ansiedad estado fueron los siguientes: GI: $M = 35,9$; GC: $M = 34,8$ (pretest); GI: $M = 32,8$; GC: $M = 33,0$ (postest) y, en ansiedad general GI: $M=8,6$; GC: $M=7,0$ (pretest); GI: $M=4,6$; GC: $M=4,8$ (postest). Los autores indican que los resultados deben interpretarse con precaución, ya que el estudio fue diseñado para probar la viabilidad y la aceptabilidad de las medidas de resultados en lugar de los cambios en el resultado. Los hallazgos muestran algún efecto para las mujeres que participaron en la intervención de *MindBabyBody*. Se aprecian mejoras significativas en depresión, ansiedad y atención plena en las mujeres con riesgo y en la ansiedad y mindfulness en el ensayo aleatorizado. Si bien, el grupo control no mostró ningún cambio significativo en el ensayo aleatorizado, no hubo diferencias entre el grupo de intervención y el grupo de cuidado habitual.

USC

En EE.UU., Guardino et al. (2014), realizaron un estudio piloto aleatorizado con el objetivo de validar el entrenamiento en mindfulness durante el embarazo para reducir los niveles de estrés y, como consecuencia, disminuir la ansiedad general y la ansiedad relacionada con el embarazo. Para ello, seleccionaron a 47 mujeres embarazadas que se encontraran entre la semana 10 y 25 de gestación, dispuestas a participar en un curso de mindfulness y que presentaran niveles elevados de estrés o ansiedad específica del embarazo. Se asignaron de forma aleatoria 24 al grupo de intervención y 23 al grupo control. La intervención consistía en seis sesiones semanales de entrenamiento en mindfulness. Las participantes fueron entrenadas en mindfulness y sus aplicaciones a la vida diaria a través de meditaciones grupales dirigidas por personal entrenado, conferencias sobre prácticas de atención plena y debates en los cuáles las gestantes compartían sus experiencias y el terapeuta abordaba las dudas que surgieran. Al comienzo de las sesiones, a cada participante se le entregó un CD con grabaciones de meditaciones guiadas para usar en casa, y se les enviaba como tarea para casa realizar meditaciones diarias que oscilaban entre 5 y 17 minutos. Las participantes aprendieron técnicas de meditación de mindfulness y cómo trabajar con pensamientos y emociones difíciles. Antes del comienzo de las sesiones, las participantes recibieron seis diarios semanales para registrar el tiempo dedicado a la práctica de atención plena en el hogar junto con seis sobres que utilizaban para devolver los diarios al final de cada semana.

El grupo control recibía un libro *"You and Your Baby: Pregnancy"* en el que se hablaba de cada trimestre del embarazo y se incluía información sobre el parto, la alimentación y el propio cuidado en el postparto y el del bebé. A través de esta lectura las mujeres tenían la oportunidad de aprender sobre aspectos importantes de un embarazo saludable, incluyendo el manejo de estrés.

Los resultados indicaron que había una disminución significativamente mayor en los niveles de ansiedad, medidos a través de la Pregnancy-Specific Anxiety (PSA), en el grupo de intervención que en el grupo control entre el pretest (GI: M= 11,6 GC: M= 10,7) y el postest inmediato (GI: M= 7,7; GC: M= 9,0). Estos efectos no se mantuvieron a las seis semanas (GI: M= 9,2; GC: M= 9,0) en ambos grupos. Relativo a la ansiedad relacionada con el embarazo, medida con la Pregnacy-Related Anxiety Scale (PRA), los análisis mostraron una disminución significativa en el grupo de intervención, pero no en el grupo control, entre el pretest (GI: M= 24,4; GC: M= 23,2) y el postest inmediato (GI: M= 22,7; GC: M= 22,7). Sin embargo, estos efectos no se mantuvieron en el seguimiento a las seis semanas (GI: M= 20,7; GC: M= 20,2). La ansiedad relacionada con el embarazo disminuyó significativamente tanto en el grupo de intervención como en el grupo control desde el inicio hasta el seguimiento de la semana 6. Ambos grupos también experimentaron disminuciones significativas en estrés percibido, ansiedad general y aumento de la atención plena al comparar sus puntuaciones iniciales con las dos evaluaciones postratamiento. La disminución de la ansiedad relacionada con el embarazo en el grupo de intervención es notable, por lo que este estudio proporciona indicios de que el entrenamiento de atención plena durante el embarazo puede reducir eficazmente la ansiedad.

En China, Yang et al. (2019) evaluaron la efectividad de una intervención de mindfulness online. Para ello, evaluaron la sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres que acudían a las consultas de seguimiento del embarazo y se encontraban ente la semana 24 y 30 de gestación. Posteriormente, las enfermeras distribuyeron folletos a mujeres con síntomas leves o moderados de ansiedad o depresión para explicar el objetivo de la intervención de atención plena, es decir, mejorar el manejo de emociones y la capacidad de afrontar el estrés, y les invitaron a participar en el estudio. Las mujeres que no participaron en el estudio eran evaluadas por las enfermeras periódicamente y si se detectaban problemas psicológicos graves eran remitidas a terapia. Formaron el grupo experimental 62 mujeres y 61 formaron el grupo control.

El programa de intervención de mindfulness se realizó a través de una aplicación móvil e incluyó 4 sesiones, cada una de aproximadamente 40 minutos, a lo largo de 8 semanas. Todas las sesiones fueron grabadas y cargadas en la plataforma para que las participantes pudieran acceder. Las participantes pudieron revisar textos, imágenes y audios adicionales relacionados con el curso. El contenido de cada sesión incluyó una breve revisión de la práctica de mindfulness de la sesión anterior, una introducción a la práctica de mindfulness actual y la asignación de tareas para la próxima semana. También se organizaba una reunión telemática en dónde las participantes podían compartir experiencias. Las participantes del grupo control recibieron la atención habitual: educación relacionada con el parto, la lactancia materna, la nutrición y la crianza de los hijos. Como estas mujeres presentaban síntomas leves o moderados de depresión o ansiedad fueron remitidas a recibir asesoramiento psicológico si era necesario. Las enfermeras brindaron habilidades de manejo de emociones a través de conferencias y enseñaron a las mujeres a identificar síntomas de depresión y ansiedad.

Tras finalizar la intervención, el grupo de intervención quedó conformado por 52 participantes y el control por 50. Los resultados indicaron que el grupo experimental había reducido de forma significativa las puntuaciones en ansiedad (de 5,52 a 2,97) y depresión. No se observaron cambios en las puntuaciones de las mujeres del grupo de control. Las puntuaciones tras la intervención tanto de depresión como ansiedad (GI: 2,97; GC: 5,26) fueron significativamente más bajas en el grupo de intervención que en el grupo de control. Los autores concluyen que los hallazgos contribuyen a la viabilidad y aceptabilidad de las intervenciones de atención plena en línea durante el embarazo.

Townshend et al. (2018), en Australia, investigaron la eficacia del *Caring for Body* and *Mind in Pregnany* (CBMP) para reducir los niveles de depresión y ansiedad perinatal y estrés de las mujeres embarazadas. La muestra estuvo conformada por 109 gestantes en riesgo de sufrir depresión y ansiedad. La CBMP se basó en la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), teoría del apego, funcionamiento reflexivo y transición a la maternidad. Al igual que la MBCT, tuvo una duración de 8 semanas, aunque se añadió algún componente adicional como el body-baby scan, las metáforas o la visualización de vídeos. También se enseñaba la autocompasión y se prescribían 30 minutos de práctica de meditación en casa. Se observó una mejora significativa en las puntuaciones de atención plena y autocompasión.

En China, Yang et al. (2022) investigaron si agregar un componente de aceptación al *monitoring training* (MT) podía ayudar a mejorar la salud mental de las mujeres embarazadas, comparando los efectos entre el entrenamiento de atención plena y el entrenamiento en atención plena con énfasis en el entrenamiento de aceptación. Para ello, reclutaron a 149 gestantes de menos de 32 semanas con síntomas depresivos o ansiosos, que fueron asignadas al azar a varias modalidades de una intervención online con una duración de 4 semanas. La primera modalidad se basaba en el *monitoring training* (MT), la segunda en el *monitoring with an emphasis on acceptance training* (MAT) y la tercera consistía en un curso de regulación emocional que funcionaba de grupo control. La MT se utilizó para fomentar una conciencia continua en las experiencias momentáneas y se trabajaban dos habilidades: la concentración y la claridad, que consistía en entrenar a las participantes a monitorear los sentidos, detectar sensaciones corporales sutiles y pensamientos fugaces. Las participantes de la condición MAT aprendieron habilidades de concentración y se entrenaba en aceptación a través de 3 estrategias: a) acoger mentalmente las experiencias corporales físicas y emocionales; b) mantener la relajación corporal global y c) utilizar un tono de voz natural para etiquetar las experiencias presentes, en particular los pensamientos o emociones negativas. Las participantes de los grupos de intervención recibieron sesiones de mindfulness semanales de hora y media durante 4 semanas. Se esperaba que las participantes practicaran mindfulness 20 minutos diarios y se realizó un

grupo telemático para compartir experiencias. Durante las semanas 2 y 4 el psicólogo contactaba con las participantes para resolver problemas y fomentar la adherencia.

El grupo control recibía un curso, de la misma duración que los grupos de intervención, de gestión de emociones sin la práctica de atención plena. Los temas incluidos eran: 1) identificar la ansiedad y la depresión durante el embarazo y comprender sus efectos sobre el feto; 2) aprender sobre la dieta y el ejercicio más adecuados durante el embarazo; 3) comunicarse con el cónyuge para crear un ambiente familiar feliz y dominar las técnicas de relajación durante el parto; y 4) emplear habilidades de manejo de emociones para afrontar los pensamientos negativos.

Los resultados de la intervención fueron evaluados a las dos semanas de finalizarla. En este momento la muestra quedó conformada por 108 mujeres (MAT=37, MT=37 y GC=34). Los datos mostraron una reducción significativa tanto de la sintomatología ansiosa (de 7,20 a 2,60) como depresiva tras la intervención en el grupo MAT. Las puntuaciones de ansiedad (de 6,96 a 5,48) y depresión también disminuyeron de forma significativa en el grupo MT. Las participantes de la condición MAT tuvieron menores niveles de ansiedad y depresión en comparación con la condición MT y el grupo control (media GAD-7: 2,60; 5,48; 6,50; respectivamente). No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de depresión y ansiedad entre el grupo control y el grupo MT. Los autores concluyen que un programa de entrenamiento de mindfulness en línea de 4 semanas es efectivo para reducir los síntomas ansiosos y depresivos, así como para mejorar la autorregulación afectiva. La atención plena centrada en la aceptación mostró mejores efectos en comparación con el entrenamiento exclusivo de atención plena.

7.1.4. Terapia de aceptación y compromiso

Waters et al. (2020) llevaron a cabo un estudio en Reino Unido con el objetivo de evaluar la aceptabilidad y efectividad de una intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) dirigida al embarazo y a la paternidad. Para ello, se llevó a cabo un estudio piloto dirigido a 74 mujeres con trastornos del estado de ánimo y/o ansiedad durante el embarazo y/o postparto, que habían dado a luz en los últimos 12 meses y estaban motivadas para acudir a una terapia de grupo. La intervención de ACT era aplicada por terapeutas formados y desarrollada en 8 sesiones semanales de dos horas de duración en grupos de 6 a 10 mujeres. La intervención tenía como objetivo aumentar la flexibilidad psicológica a través de la práctica de técnicas y ejercicios experienciales basados en los principios de la ACT. Entre las habilidades de ACT se incorporó un módulo sobre autocompasión. A las participantes también se les proporcionaba un CD con ejercicios de atención plena e imágenes guiadas, además de folletos que resumían el contenido de las sesiones semanales. Se observó una reducción significativa en los síntomas depresivos y en la angustia (16,5 en el pretest y de 10,3 en el postest) y un aumento de la flexibilidad psicológica. Se concluye que la ACT es factible y eficaz, aunque se necesita un ensayo aleatorizado para establecer la eficacia de la ACT de forma grupal.

7.1.5. Intervenciones que comparan y/o combinan enfoques

Field et al. (2013) llevaron a cabo un estudio en EE.UU. con el objetivo de comparar la efectividad de la terapia de apoyo de pares y de la terapia interpersonal (TIP) en la depresión prenatal. También evaluaron los efectos de las intervenciones sobre los niveles de ansiedad y cortisol debido a que niveles altos en estos parámetros suelen estar presentes de forma comórbida con la depresión prenatal. En el estudio se incluyeron 44 mujeres con depresión

USC DE COMPOSTELA

evaluadas con la SCID, 22 recibieron terapia de apoyo de pares (GI^1) y 22 la TIP (GI^2). Ambos grupos recibieron 12 sesiones de tratamiento semanales diferenciándose en la duración, 20 minutos para la terapia de apoyo de pares y una hora en la TIP. Los grupos eran llevados a cabo en el mismo horario y estaban conformados por el mismo número de mujeres (8). Las mujeres del grupo de apoyo de pares realizaban debates sobre diversos temas con la participación activa de todos los miembros del grupo. El personal que dirigía el grupo no estaba entrenado y permanecía en silencio durante los debates. Las sesiones de terapia interpersonal se centraron en experiencias propias del embarazo y los problemas en las relaciones personales. Entre las técnicas se incluyeron técnicas exploratorias, fomento del afecto, clarificación, análisis de la comunicación y cambio de comportamiento. Esta terapia era dirigida por un terapeuta entrenado en TIP.

Las evaluaciones se realizaron antes del tratamiento (M=22 semanas de gestación) y al finalizar el mismo (M=34 semanas de gestación). Las medidas de ansiedad realizadas con el STAI, indicaron que se reducían de forma significativa los niveles de ansiedad en ambos grupos, pasando de GI^1: M=41,3; GI^2: M=48,5 antes de la intervención a GI^1: M=38,7; GI^2: M=43,2. La reducción de la sintomatología ansiosa fue mayor en el grupo de apoyo de pares que en el grupo que recibió la TIP, al contrario de lo que esperaban los autores. A su vez, se observaron reducciones significativas en los niveles de depresión y cortisol. Los resultados demuestran que las dos formas de intervención son efectivas para reducir la sintomatología depresiva, ansiosa y los niveles de cortisol, siendo la terapia de apoyo de pares más eficaz para reducir dicha sintomatología.

En Australia, Thomas et al. (2014), llevaron a cabo un estudio piloto con el objetivo de examinar la aceptabilidad y efectividad de un programa grupal de intervención prenatal diseñado para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa severa y mejorar el apego materno en mujeres embarazadas con depresión y ansiedad actual o emergente. Las medidas de ansiedad, depresión y apego eran tomadas antes e inmediatamente después del tratamiento. En la última sesión, las mujeres y sus parejas también completaban una evaluación sobre su experiencia en el programa. El programa, aplicado por un psicólogo, consistía en seis sesiones de 2 horas desarrolladas quincenalmente, incluyendo dos sesiones con las participantes y sus parejas. Tenía cuatro componentes: 1) estrategias de cuidado personal; 2) un componente psicoeducacional centrado en la monitorización del estado de ánimo, detección y planificación de contingencias para la ansiedad emergente y depresión en el embarazo y el posparto (incluida la información sobre apoyos disponibles); 3) un componente de terapia interpersonal (TIP) que aborda el apoyo social, comunicación de pareja, transiciones de roles y saber identificar los signos de advertencia en la pareja; y 4) un componente de relación padre-infante que aborda necesidades de apego infantil, capacidad de respuesta positiva de los padres y la vinculación con los lactantes. De las 48 mujeres reclutadas, 37 completaron la intervención y, de éstas, 30 cumplimentaron los cuestionarios en el pretest y el postest. Los resultados mostraron que había una reducción significativa de los niveles de depresión, de ansiedad medido estado con la STAI-S (M=52,8; M=44,5) y en el apego materno. Los datos obtenidos de la evaluación del programa indicaban que las parejas habían mejorado su conocimiento sobre los problemas y recursos de salud mental a disposición de la familiar y recomendarían este programa a otros padres. Todo ello permite indicar la efectividad y aceptabilidad de la intervención en muestras clínicas en las mujeres y sus parejas.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 12. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Austin et al. (2008) **Australia**	277 mujeres con síntomas moderados o en riesgo de desarrollar depresión o ansiedad perinatal GI: 191 GC: 86	MINI	6 sesiones semanales de 2 horas (y una sesión de seguimiento posterior) de terapia cognitivo-conductual.	GI: TCC grupal centrada en la prevención y el manejo del estrés, la ansiedad y el mal humor en el embarazo y el cuidado del nuevo bebé. GC: Recibía un folleto informativo sobre la salud mental en el postparto.	**Pretest (%)** / **Postest (%)** 2MPP / 4MPP **GI** 27,7 / 18,3 / 16,2 **GC** 22,1 / 17,4 / 16,3 **Total** 26,0 / 18,1 / 16,2	No hubo reducciones significativas en los niveles de ansiedad intergrupo e intragrupo. Se observó una reducción modesta en las puntuaciones de depresión en el GI.
Bittner et al. (2014) **Alemania**	Mujeres entre la semana 10-15 de gestación que presentaban síntomas elevados de ansiedad (STAI > 36) o depresión (BDI-V >20) o/y PDQ > 14. GI: 39 GC: 79	STAI	8 sesiones grupales de 90 minutos cada una.	GI: terapia cognitivo conductual grupal. GC: cuidado habitual	**Pretest** / **Postest** (1semana) / (4semanas) **GI** M=38,0 / M=35,0 / M= 34,4 **GC** M=38,0 / M=36,9 / M= 35,7	No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que la TCC grupal no es eficaz para las mujeres embarazadas que presentan bajos niveles de ansiedad o depresión.
***Green et al. (2015)** **Canadá**	10 mujeres en período perinatal (embarazo – 12 meses postparto) con TA (SCID-IV)	PSWQ	Inicio a partir del 6º mes de embarazo 6 sesiones (1 sesión semanal) de 2 horas cada una.	Terapia cognitivo conductual grupal	**Pretest** (1 semana antes de la intervención) / **Postest** (1 semanas tras la intervención) **M= 64,8** / M= 54,9	Existen reducciones significativas en ansiedad y depresión después de aplicar el programa. Esto indica que la TCC es un tratamiento efectivo para reducir dicha sintomatología.

Tabla 12. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal (Cont.)

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
***Milgrom et al. (2015)** **Australia**	54 embarazadas (<30 semanas gestación) con EPDS≥13 y un TD según SCID-IV GI: 27 GC: 27	BAI	Inicio en el embarazo 8 sesiones (1 sesión semanal) de una hora cada una	GI: terapia cognitivo conductual individual *Beating the Blues Before Birth* GC: cuidado usual	**Pretest** (1 semana antes); **Postest** (última sesión); **Postest** (9 meses tras intervención) **GI** 22,4 — 10,4 — 7,6 **GC** 20,6 — 17,4 — 14,1	EL GI mostró reducciones en los niveles de ansiedad y depresión tras la intervención. Además, se encontraron diferencias significativas entre grupos en los niveles de ansiedad. Esto indica la efectividad del programa.
***Karamoozian y Askaruzadeh (2015)** **Irán**	30 embarazadas primíparas (4°-5° mes de gestación) con EPDS>12 GI: 15 GC: 15	PRAQ-55	Inicio en el 2° trimestre del embarazo 12 sesiones (1 sesión semanal) de 90 minutos cada una	GI: terapia cognitivo-conductual de control de estrés GC: cuidado usual	**Pretest**; **Postest** (última sesión) **GI** M = 233,2 — M = 171,6 **GC** M = 233,2 — M = 251,2	Los resultados muestran que la terapia fue efectiva. Se encontraron diferencias significativas tras la intervención entre GI-GC en la reducción de ansiedad específica del embarazo.
***Salehi et al. (2016)** **Irán**	91 embarazadas nulíparas (13-26 semanas de gestación) con un nivel bajo a moderado de ansiedad (STAI < 75) GI[1]: 31 GI[2]: 30 GC: 30	STAI-T STAI-S	Inicio en el 2° trimestre de embarazo 4 sesiones (2 sesiones/semana) de 120-150 minutos	GI[1]: terapia cognitivo conductual grupal (GCBT) GI[2]: clases interactivas GC: cuidado habitual	**Pretest**; **Postest** (4 semanas tras la intervención) **STAI-T** **GI[1]** M = 38,5 — M = 32,3 **GI[2]** M = 40,8 — M = 36,2 **GC** M = 37,7 — M = 38,0 **STAI-S** **GI[1]** M = 38,0 — M = 33,2 **GI[2]** M = 41,1 — M = 37,5 **GC** M = 38,3 — M = 38,9	La TCC y las lecturas interactivas fueron efectivas para reducir la ansiedad prenatal a las 4 semanas de la intervención. La TCC fue más efectiva que las lecturas.

Tabla 12. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal (Cont.)

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
***Loughnan, Sie, et al. (2019)** **Australia**	77 mujeres (13-30 semanas de gestación) que cumplían criterios de probable TAG y/o depresión mayor y acceso a internet. GI: 43 GC: 44	GAD-7	GI: Acceso a una plataforma virtual en la que tenían que completar tres lecciones de entrenamiento en habilidades en 4 semanas. No tenían que acudir a su centro de salud excepto si había ideación suicida. GC: podían hacer uso de los servicios de salud. Al finalizar el estudio tenían acceso al programa MUMentum.	GI: terapia breve cognitivo conductual aplicada por internet (iCBT): *MUMentum Pregnancy* GC: cuidado usual	**Pretest** / **Postest** (1semana) / **Postest** (4semanas) **GAD-7** **GI** M=12,66 / M=7,49 / M= 5,76 **GC** M=11,84 / M=9,43 / M =9,17	Se observaron diferencias significativas entre GI y GC en la reducción de la ansiedad a la semana de la intervención, pero no al mes. El GI reduce de forma significativa la ansiedad. Las reducciones en sintomatología depresiva no fueron significativas.
***Loughnan, Butler, et al. (2019)** **Australia**	131 mujeres dentro de los 12 meses tras el parto con GAD-7 y/o PHQ-9 ≥ 10 y con acceso a internet. GI: 69 GC: 62	GAD-7	GI: Acceso a una plataforma virtual en la que tenían que completar tres lecciones de entrenamiento en habilidades en 6 semanas. Solamente se contactaba con ella si presentaba ideación suicida. GC: podían hacer uso de los servicios de salud.	GI: terapia breve cognitivo conductual aplicada por internet (iCBT): *MUMentum Postnatal* GC: cuidado usual	**Pretest** / **Postest** (1semana) / **Postest** (4semanas) **GAD-7** **GI** M=12,08 / M=6,66 / M= 5,42 **GC** M=12,26 / M=10,44 / M= 9,52	Se observaron reducciones significativas en los niveles de ansiedad y depresión intergrupo e intragrupo tanto a la semana como al mes de la intervención. Existe evidencia preliminar de la eficacia del programa para el tratamiento de la ansiedad y/o depresión en mujeres durante el postparto.

Tabla 12. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal (Cont.)

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Burger et al. (2020) Países Bajos	282 mujeres embarazadas con puntuaciones moderadas o severas de ansiedad y/o depresión. GI: 140 GC: 142	STAI	Inicio en la semana 20 de gestación y finalización 3 meses tras el parto. 10-14 sesiones individuales	GI: Terapia cognitivo conductual GC: cuidado habitual	**STAI (M)** **GI / GC** **Pretest** 48,6 / 48,5 24 SG 47,7 / 43,2 36 SG 43,2 / 41,5 6 SPP 40,9 / 41,4 3 MPP 43,8 / 41,1 6 MPP 42,1 / 40,8 12 MPP 41,0 / 41,4 18 MPP 40,9 / 40,1	No se encontró mejoría en los niveles de ansiedad y depresión en ningún momento tras la intervención. La TCC aplicada en la etapa perinatal no mejora la sintomatología emocional.
Atif et al. (2020) Pakistán	5 mujeres con HADS-A≥8, no depresión ni problemas médicos.	SCID-5 HADS	Durante el embarazo. 6 sesiones individuales de 60 minutos. Pueden añadirse entre 2 y 6 sesiones de refuerzo de 30 minutos. Las 5 primeras semanales. Estas son seguidas por las sesiones de refuerzo, cuya frecuencia y duración se adaptan a las necesidades de la madre. La última sesión se realiza al final del tercer trimestre.	GI: terapia cognitivo-conductual. "Happy Mother, Healthy Baby" (HMHB)	Los comentarios de las participantes indicaron que la intervención era aceptable, factible y útil. No se aportan datos de los instrumentos de medida de resultado.	

Tabla 12. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal (Cont.)

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Heller et al. (2020) Ámsterdam	159 mujeres < 30 semanas de gestación con CES-D> 16 y/o HADS-A≥ 8 GI: 79 GC: 80	HADS-A (>8)	Inicio antes de las 30 semanas de gestación. GI: cinco módulos presentados semanalmente. Cada módulo consta de información, ejemplos sobre otras madres y tareas para casa.	GI: intervención a través de internet "MamaKits online" basada en la resolución de problemas. GC: cuidado habitual	**Pretest** / **Postest**: Fin; 36 SG; 6 SPP **GI** 11,4 / 8,4 / 7,9 / 7,1 **GC** 11,9 / 8,6 / 7,9 / 7,9	No se hallan diferencias significativas entre los grupos.
***Green et al. (2020) Canadá**	96 mujeres (embarazo – 12 meses postparto) con TA (SCID-IV)	STICSA (rasgo) ≥43 HAM-A	6 sesiones (1 sesión semanal) de 2 horas cada una.	Terapia cognitivo conductual grupal	**Pretest** / **Postest**: Fin; 3 meses **STICSA** **GI** 48,6 (68,2%) / 41,6 (36,4%) / 38,8 **GC** 46,2 (61,9%) / 47,2 (59,5%) **HAM-A** **GI** 16,2 / 11,3 **GC** 16,9 / 16,5	La TCC grupal es efectiva para mejorar la ansiedad y los síntomas relacionados, en mujeres con trastornos de ansiedad en el periodo perinatal.

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; STAI: Spielberg State-Trait Anxiety Inventory; STAI-S: subescala ansiedad-estado del STAI; STAI-R: subescala ansiedad-rasgo del STAI; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-A: subescala de ansiedad de la HADS; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; TA: trastorno de ansiedad; SCID-IV: Structured Clinical Interview para el DSM-IV; SCID-5: Structured Clinical Interview para el DSM-5; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; BAI: Beck Anxiety Inventory; PRAQ: Pregnancy Related Anxiety Questionnaire; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada, STICSA: State-Trait Inventory of Cognitive and Somatic Anxiety; HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas (p <0,05).

Tabla 13. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual basadas en el mindfulness para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
***Goodman, Guarino et al. (2014) EEUU**	GI: 24 mujeres (6-27 semanas de gestación) con BAI≥ 11 y/o PSWQ ≥ 45 y/o GAD (MINI)	PSWQ BAI MINI	Inicio en el 1º y 2º trimestre de embarazo 8 sesiones (1 sesión semanal) de dos horas cada una.	GI: Programa *CALM* (Terapia cognitivo-conductual grupal basada en el mindfulness).	**Pretest** / **Postest** (1 semana tras la intervención) **PSWQ** M= 59,3 / M= 50,5 **BAI** **M= 12,1** / M= 6,4 **MINI** 69,6% / 4,3%	*CALM* es un tratamiento efectivo para mujeres embarazadas con ansiedad. Muestra reducciones significativas en todas las medidas de ansiedad.
***Yazdanimehr et al. (2016) Irán**	63 mujeres entre el primer y sexto mes de gestación y con EPDS > 13 BAI > 16 GI: 30 GC: 33	BAI	8 sesiones de 90 minutos	GI: terapia cognitivo conductual basada en la atención plena GC: cuidado usual. Al final de la intervención recibían un manual sobre las sesiones impartidas en el GI.	**Pretest** / **Postest** (fin) / **Postest** (1 mes) **BAI** **GI** M=19,76 / M= 10,86 / M= 10,80 **GC** M=20,24 / M=20,54 / M= 20,78	La terapia cognitivo-conductual basada en la atención plena puede reducir significativamente la ansiedad de las mujeres embarazadas.
***Zemestani y Fazeli Nikoo (2019) Irán**	38 mujeres entre el primer y sexto mes de gestación, cumpliendo criterios para un TD y TA según el DSM-5 y con BDI-II > 20 y BAI > 22. GI: 19	BAI	8 sesiones grupales semanales de dos horas de duración	GI: terapia cognitivo conductual basada en la atención plena GC: cuidado usual	**Pretest** / **Postest** (fin) / **Postest** (1 mes) **BAI** **GI** M=31,92 / M= 18,15 / M= 19,15 **GC** M=32,66 / M= 33,73 / M= 32,73	Se hallaron niveles de ansiedad significativamente más bajos en el GI que en el GC tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento a un mes. La terapia cognitiva conductual basada en la atención plena puede ser efectiva para reducir los síntomas de

BAI: Beck Anxiety Inventory; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; PRAQ: Pregnancy Related Anxiety Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; TD: trastorno depresivo; TA: trastorno de ansiedad; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; GI: grupo intervención; BDI: Beck Depression Inventory; GC: grupo control; M: media; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).

Tabla 14. Intervenciones psicológicas terapéuticas de mindfulness para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Woolhouse et al. (2014) **Australia**	23 embarazadas (10-34 semanas de gestación) con o sin riesgo de experimentar estrés, ansiedad o depresión. GI: 13 GC: 10	STAI-S ≥ 40 DASS-21≥10	Inicio en el 2º-3er trimestre del embarazo 6 sesiones (1 sesión semanal) de 2 horas de duración	GI: *MindBabyBody*, terapia grupal basada en el mindfulness GC: cuidado habitual	**Pretest** (2 semanas antes de la intervención) / **Postest** (fin) **STAI-S** **GI** M= 35,9 / M= 32,8 **GC** M= 34,8 / M= 33,0 **DASS-21** **GI** M= 8,6 / M= 4,6 **GC** M= 7,0 / M= 4,8	Se hallaron reducciones significativas de los niveles de ansiedad en el GI. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre GC y GI.
***Guardino et al. (2014)** **EEUU**	47 embarazadas (10-25 semanas de gestación) con PSS > 34 y/o PSA >11 GI: 24 GC: 23	STAI-S PRAQ (10 ítems) PSA (4 ítems)	Inicio en el 2º trimestre del embarazo 6 sesiones (1 sesión semanal) de 2 horas cada una	GI: terapia grupal Mindfulness Awareness Practices (MAPS) GC: lectura *You and Your Baby: Pregnancy*	**Pretest** (2 semanas antes) / **Postest** (fin) (6 semanas) **STAI** **GI** M= 45,7 / M= 39,5 / M= 38,1 **GC** M= 44,4 / M= 37,4 / M= 36,2 ***PRAQ** **GI** M= 24,4 / M= 22,7 / M= 20,6 **GC** M= 23,2 / M= 22,7 / M= 20,2 ***PSA** **GI** M= 11,6 / M= 7,6 / M= 2,4 **GC** M= 10,7 / M= 9,0 / M= 9,0	Las participantes de ambos grupos mostraron una disminución en los niveles de estrés y ansiedad. La reducción fue mayor en el GI entre antes y después de la intervención. Sin embargo, los efectos no se mantuvieron a las 6 semanas.

Tabla 14. Intervenciones psicológicas terapéuticas de mindfulness para la ansiedad perinatal (Cont.)

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
***Townshend et al. (2018)** **Australia**	109 mujeres < 30 semanas de gestación, haber tenido un episodio previo de depresión y/o puntuaciones elevadas de depresión, tener factores de riesgo de ansiedad o depresión perinatal.	DASS-21 PASS	8 sesiones (1 sesión semanal) Práctica en casa de 30 minutos	GI: Caring for Body and Mind in Pregnancy (CBMP)	**Pretest** / **Postest** **DASS-21** M= 9,99 / M= 8,49 **PASS** M= 33,95 / M= 27,13	La CBMP redujo significativamente la ansiedad perinatal y las puntuaciones de estrés general.
Yang et al. (2019) **China**	123 mujeres entre la semana 20-34 de gestación con GAD-7 o PHQ-9> 4 y con acceso a internet. GI: 62 GC: 61	GAD-7	La intervención se realizaba a través de una plataforma virtual. Constaba de 4 sesiones, de 40 minutos cada una, desarrolladas a lo largo de 8 semanas. También se realizaba un grupo telemático para que las participantes compartieran experiencias.	GI: terapia online basada en el mindfulness. GC: cuidado habitual combinado con habilidades de manejo de emociones.	**Pretest** / **Postest** (fin) **GAD-7** GI: M= 5,52 / M= 2,97 GC: M= 5,19 / M= 5,26	Se hallaron reducciones significativas en ansiedad y depresión intergrupo y en el GI, al finalizar la intervención. Las intervenciones de atención plena durante el embarazo podrían constituir parte de la atención psicológica prestada a las mujeres durante el embarazo.

Tabla 14. Intervenciones psicológicas terapéuticas de mindfulness para la ansiedad perinatal (Cont.)

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS			CONCLUSIONES
Yang et al. (2022) China	149 mujeres con edad gestacional < 32, con GAD-7 o PHQ-9 > 4 y con acceso a internet. GI: 100 MT= 50 MAT= 50 GC: 49	GAD-7	La intervención se realizada a través de una plataforma virtual. Las participantes recibieron 4 sesiones semanales de mindfulness de hora y media de duración. También se realizó un grupo telemático para compartir experiencias entre las participantes. Durante las semanas 2 y 4 el psicólogo les contactaba para resolver problemas y fomentar la adherencia. MT: entrenamiento centrado en el presente MAT: entrenamiento centrado en la aceptación	GI: terapia online basada en el mindfulness centrada en el presente (MT) GI: terapia online basada en el mindfulness centrada en la aceptación (MAT) GC: curso de gestión de emociones sin la práctica de atención plena.			**GAD (medias)**	Se observaron diferencias significativas en ansiedad y depresión en el grupo MAT. Las diferencias no fueron significativas en el grupo MT ni en el grupo control, ni entre ambos grupos. La atención plena podría ser una técnica prometedora para mejorar los síntomas ansiosos y depresivos.
					Pretest	MT	6,96	
						MAT	7,20	
						GC	6,90	
					Postest (2 semanas)	MT	5,48	
						MAT	2,60	
						GC	6,50	

STAI-S: subescala ansiedad-estado del STAI; DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale; PSS: Perceived Stress Scale; PSA: Pregnancy-Specific Anxiety; PRAQ: Pregnancy Related Anxiety Questionnaire; PASS: Perinatal Anxiety Screening Scale; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

Tabla 15. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia de aceptación y compromiso para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS		CONCLUSIONES
					Pretest (M)	**Postest (M)**	
***Waters et al. (2020)** **Reino Unido**	74 mujeres embarazadas o que habían dado a luz en los últimos 12 meses con depresión o ansiedad moderada o severa (ICD-10)	CORE-OM (>10)	Embarazo y postparto GI: 8 sesiones grupales (6-10 mujeres) semanales de dos horas de duración.	GI: terapia de aceptación y compromiso	**16,52**	10,30	En el postratamiento se observan reducciones significativas en el distrés global. Se necesita un ensayo de control aleatorio para establecer la eficacia de esta intervención.

CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-A: subescala de ansiedad de la HADS; CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure; ICD-10: International Classification of Diseases-10; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

Tabla 16. Intervenciones psicológicas terapéuticas que comparan y/o combinan varios enfoques para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
***Field et al. (2013)** **EEUU**	44 mujeres con depresión (SCID) (20-24 semanas de gestación) GI[1]: 22 GI[2]: 22	SCID-IV STAI-S	Inicio en el 2º trimestre de gestación GI[1]: 12 sesiones (1 a la semana) de 20 minutos. GI[2]: 12 sesiones (1 a la semana) de una hora cada una	GI[1]: Terapia de apoyo de pares. GI[2]: Terapia grupal interpersonal	**Pretest** (1er día) **Postest** (fin) **STAI** **GI[1]** M= 41,3 M= 38,7 **GI[2]** M= 48,5 M= 43,2	Las dos formas de intervención son efectivas para reducir los síntomas de depresión, ansiedad y los niveles de cortisol durante el embarazo.
***Thomas et al. (2014)** **Australia**	GI:37 embarazadas (13-34 semanas de gestación) con depresión o ansiedad en el pasado o que presentan factores de riesgo para experimentar estas patologías.	STAI-S	Inicio en el 2º-3º trimestre de embarazo 6 sesiones (1 sesión cada dos semanas) de dos horas cada una.	GI: Terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal grupal	**Pretest** (1er sesión) **Postest** (fin) **STAI** **M= 52,8** M= 44,5	Se encontraron reducciones significativas en ansiedad y depresión entre el pretest y el postest. Por lo tanto, se demuestra la efectividad del programa.

SCID-IV: Structured Clinical Interview para el DSM-IV; STAI-S: subescala ansiedad-estado del STAI; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; BAI: Beck Anxiety Inventory; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).

7.2. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PREVENTIVAS PARA LA ANSIEDAD PERINATAL

Los esfuerzos por prevenir la ansiedad durante la etapa perinatal han sido escasos, a pesar de su importancia para que en un futuro no se desarrolle un trastorno de ansiedad. Se han encontrado 9 estudios, publicados en los últimos 20 años, destinados a la prevención de la ansiedad (Tablas 17, 18, 19 y 20). A continuación, se describirán dichas intervenciones en función del tipo de enfoque utilizado.

7.2.1. Intervenciones cognitivo conductuales

En Rumanía, Anton y David (2015) investigaron la eficacia de la terapia racional emotiva conductual (TREC) en la prevención de la angustia durante el embarazo e inmediatamente después del postparto. Participaron en el estudio aleatorizado 48 mujeres, 25 formaron el grupo control y 23 el grupo experimental. Todas las participantes eran evaluadas en una primera sesión individual en dónde se les informaba a qué grupo pertenecían. La intervención estaba compuesta por 9 sesiones, una a la semana, con una duración de 90 minutos cada una. La primera sesión era individual y las siguientes en grupo. Al grupo experimental se le aplicaba la TREC que utilizaba técnicas clásicas de reestructuración centradas en las creencias irracionales relacionadas con varios sucesos activadores (ej., cambios físicos debidos al embarazo, el momento del parto, miedos relacionados con la salud del bebé). El objetivo de la sesión individual era darles la oportunidad de hablar de sus problemas. El grupo control recibió el cuidado habitual, pudiendo participar en las clases que las participantes quisieran relacionadas con el embarazo. Al final del estudio recibieron una guía sobre aspectos psicológicos para su adaptación al puerperio.

Los resultados fueron analizados en función de las diferencias entre las evaluaciones realizadas al inicio de la intervención, en la mitad (5 semanas) y al finalizar (9 semanas). Las medidas obtenidas a las 5 semanas de iniciarse el tratamiento indicaban que no había diferencias significativas en depresión, emocionalidad negativa y ansiedad entre el grupo control y el grupo intervención a la mitad del tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento se encontraron diferencias significativas en las medias de ansiedad (GI: M= 32,5; GC: M= 38,4), depresión y emocionalidad negativa. Estos resultados indican que la intervención es efectiva en la reducción de la emocionalidad negativa, ansiedad y depresión. Además, los hallazgos mostraron que había diferencias significativas entre las medidas pretratamiento, mitad del tratamiento y postratamiento en todas las variables en el grupo experimental, presentando éste medias en ansiedad de 42,2; 39,1; 35,6, respectivamente. Estos hallazgos no se encontraron en el grupo control. También evaluaron a las madres a los 3 meses tras el parto, encontrando diferencias significativas entre las que pertenecían al grupo control y al grupo experimental en emocionalidad negativa y ansiedad, pues el grupo control mostraba una media de ansiedad, con el STAI, de 39,4 y el grupo experimental de 32,5. Los autores indican que estos resultados corroboran la efectividad de la TREC como terapia preventiva perinatal para la ansiedad estado, depresión y emocionalidad negativa, que se extienden más allá del final del tratamiento (3 meses postparto).

En Australia, Milgrom et al. (2011) evaluaron la eficacia de un programa prenatal de autoayuda basado en la TCC dirigido a mujeres que presentaban factores de riesgo para presentar problemas de adaptación en el postparto, con el propósito de reducir los síntomas de depresión y/o ansiedad postnatal. La muestra estaba formada por 143 mujeres con o sin síntomas de depresión, ansiedad y estrés que se encontraban entre la semana 20-32 de gestación. Las gestantes que formaban parte del grupo intervención (n = 71) recibían el programa

USC DE COMPOSTELA

"Towards Parenthood", que consiste en un libro de autoayuda de nueve unidades, ocho para leer durante el embarazo y una para leer después del nacimiento. Las participantes debían leer cada semana el material que se les indicaba, posteriormente revisaban el contenido con un profesional en una sesión telefónica de apoyo. Las llamadas duraban aproximadamente media hora y en ellas se resolvían las dudas surgidas durante la lectura de la unidad. A continuación, se describe el contenido de cada unidad:

Unidad 1. Hacia la maternidad: Su objetivo es nutrir la relación madre-bebé.

Unidad 2. Hacia la paternidad: Específica para la pareja de la mujer, tiene como propósito fomentar la relación padre-bebé, sensibilizar sobre los cambios/desafíos que se avecinan y la importancia de movilizar apoyos.

Unidad 3. ¡Estamos esperando! Su función es prepararse para la paternidad facilitando expectativas realistas de los próximos cambios y el desarrollo de habilidades para resolver problemas.

Unidad 4. Cuidarte a ti misma es cuidar a tu bebé. Enfocada en fomentar el autocuidado, afrontamiento del estrés y autoestima.

Unidad 5. De amantes a padres: gestionando el cambio en las relaciones: Navegar por roles cambiantes fomentando la comunicación, la asertividad, la intimidad y la reflexión sobre las experiencias familiares.

Unidad 6. Mantener equilibrio en tu vida: Su objetivo es dotar de estrategias conductuales para hacer frente a la depresión y a la ansiedad.

Unidad 7. Pensando sano, estoy sano: Adquisición de estrategias cognitivas para afrontar la depresión y ansiedad.

Unidad 8. Cuidar a su bebé recién nacido: Fomentar el desarrollo de expectativas realistas sobre el cuidado del recién nacido.

Unidad 9. ¡Bienvenido "al club"! Sesión postparto para reflexionar sobre la experiencia del nacimiento y la realidad de la paternidad y reforzar las estrategias de afrontamiento discutidas.

Las mujeres del grupo control (n = 72) recibieron el cuidado habitual. Después de la finalización del estudio se les aplicó el programa *"Towards Parenthood".* Ambos grupos fueron evaluados antes de la intervención y a las 12 semanas de dar a luz. Las participantes del grupo intervención (n = 47) presentaban niveles significativamente más bajos de depresión frente a las participantes (n = 42) de la condición control (GI:12,8%; GC:38,1%) tras la intervención. También se encontró esta diferencia significativa en ansiedad (GI: 6,4%; GC: 26,2%) y estrés (GI: 10,6%; GC: 31,0%). Por otro lado, los padres que habían recibido el tratamiento tenían una mejor relación con sus bebés. Estos hallazgos corroboran la eficacia de la intervención para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en la etapa perinatal.

7.2.2. Intervenciones de terapia cognitivo conductuales basadas en el mindfulness

Dun et al. (2012) exploraron la efectividad de una TCC grupal basada en el mindfulness en mujeres embarazadas australianas. Para ello, seleccionaron a 9 mujeres entre la semana 12 y 28 de gestación y les aplicaron un programa de 8 sesiones semanales. El contenido de las sesiones era el siguiente: 1) Piloto automático: comprometerse a aprender a tomar conciencia de cada momento; 2) Lidiar con las barreras e introducción del modelo cognitivo; 3) Aprender a tomar conciencia intencionadamente de la respiración; 4) Permanecer en el presente teniendo una perspectiva más amplia y relacionándose de manera diferente con la experiencia; 5) Fomentar una actitud de aceptación para ver qué pasa y si hay que cambiar algo; 6) Relacionarse con los

USC DE COMPOSTELA

pensamientos negativos; 7) Gestión de señales de peligro, control y actividades placenteras y; 8) Revisión y planificación de la práctica regular de mindfulness. El programa era aplicado por profesionales formados en mindfulness. Las mujeres del grupo control (n = 9) tenían una edad gestacional de entre 17 y 29 semanas y recibían atención prenatal usual. Ambos grupos eran evaluados antes de la intervención, al finalizar la misma y a las seis semanas tras el parto. Las participantes del grupo intervención experimentaron una disminución de los síntomas de estrés desde la línea base al postratamiento. Por el contrario, las participantes del grupo control apenas sufrieron cambios en las puntuaciones. Los resultados posteriores al parto indican que hasta el 67% de las participantes del grupo intervención experimentaron un cambio positivo en los niveles de estrés y autocompasión, y la mitad de las participantes informaron de cambio positivo en su depresión. Los autores indican que si bien este estudio está limitado por el reducido tamaño muestral ha dado resultados preliminares de los beneficios potenciales de la atención plena en el período perinatal para reducir los niveles de depresión, estrés y ansiedad.

En Australia, Byrne et al. (2013) realizaron un estudio piloto con el propósito de comprobar la viabilidad y eficacia de un programa de educación para el parto basado en el mindfulness. Este programa consistía en un protocolo destinado a reducir el miedo al parto, la ansiedad y el estrés y mejorar la autoeficacia materna. De las 18 mujeres seleccionadas para el estudio, 12 completaron su realización. El programa se desarrolló durante 8 semanas consecutivas y cada sesión duró aproximadamente 2,5 horas. Asistieron mujeres embarazadas y las personas elegidas de apoyo durante el parto (por ejemplo, esposo, pareja, madre, amiga). Las participantes aprendían activamente a través del trabajo en grupo, el juego de roles y la práctica de la toma de decisiones utilizando el modelo BRAIN (beneficios, riesgos, alternativas, intuición, nada) para la toma de decisiones, así como la incorporación diaria de meditaciones en atención plena. Las participantes tenían un CD de tareas con instrucciones de meditación de atención plena y un libro de trabajo para usar entre sesiones. Se fomentó la práctica diaria de las técnicas aprendidas. Los resultados mostraron que las participantes tenían significativamente más autoeficacia, expectativas positivas sobre el nacimiento y menos miedo a dar a luz después de completar el programa. Las puntaciones medias mostraron mejoras significativas en atención plena, miedo al parto, ansiedad (M=9,5; M=3,0) y estrés, pero no en depresión. Este estudio demostró que una intervención combinada de atención plena y educación para el parto era aceptable para las mujeres embarazadas y mejoraba su percepción de control y su confianza al dar a luz.

En Grecia, Tragea et al. (2014) evaluaron los efectos de la relajación en la reducción de la ansiedad y el estrés en mujeres embarazadas en su segundo trimestre de embarazo, así como en aumentar su sensación de control. Asignaron al azar a sesenta mujeres primíparas en su segundo trimestre de gestación para recibir un programa de manejo de estrés de 6 semanas (n= 31) o no recibirlo (n= 29). Las evaluaciones se realizaron antes de la intervención, al finalizarla y a las 6 semanas de seguimiento.

En el grupo de intervención se implementaban técnicas de relajación y en el grupo control las gestantes recibían pautas generales para reducir el estrés. Ambos grupos recibieron inicialmente una breve conferencia sobre el estrés y la eficacia de las técnicas de manejo del mismo, también se les entregó un folleto sobre el estrés que incluía las principales consecuencias en el embarazo. Al grupo de intervención se le entregó un CD de audio (de 20 min de duración) con las técnicas de relajación propuestas (ejercicios de respiración diafragmática en combinación con ejercicios de relajación muscular). Se pidió a este grupo que aplicara las técnicas con la mayor frecuencia posible (1 a 2 veces al día durante 6 semanas). Además, se les entregó un diario para registrar y controlar la frecuencia de la práctica de las técnicas de relajación, que tenían que completar cada vez que las aplicaran. El seguimiento de

las gestantes se realizó semanalmente mediante contacto telefónico o una reunión personal, donde se ponía a prueba la práctica de las técnicas de relajación y se discutían sus beneficios. En aras de la similitud entre los dos grupos, también hubo una comunicación telefónica una vez por semana con el grupo de control. Al final del programa de seis semanas, las mujeres del grupo de control fueron premiadas con un curso de introducción de las técnicas de relajación acompañado por un CD de relajación.

Al final del estudio, significativamente más mujeres en el grupo de control informaron continuar fumando (13,8%), tener sensación de ira (20,7%), trastornos del sueño (41,4%) en comparación con las del grupo de intervención (0,0 %; 0,0% y 16,1%, respectivamente). Las gestantes del grupo de intervención (74,2%) reportaron una mayor de sensación de control durante el último mes, en comparación con las del grupo control (41,4%). Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de estrés, reduciéndose de forma significativa. No se observaron diferencias significativas en ansiedad rasgo y estado.

7.2.3. Intervenciones de mindfulness

En Reino Unido, Warriner et al. (2018) exploraron la utilidad en el Servicio Nacional de Salud de un curso breve basado en el programa Mindfulness Based Childbirth and Parenting (MBCP). Se colgaron carteles en los centros de maternidad para informar de la existencia del curso y se invitó a las gestantes a participar y a asistir acompañadas. Participaron 64 mujeres, 36 asistieron acompañadas por sus parejas. El curso consistía en 4 sesiones de 2,5 horas de duración (10h) que combinaba las enseñanzas prenatales tradicionales con habilidades basadas en la atención plena. Los datos se analizaron sobre 36 mujeres que cumplimentaron los cuestionarios pre y post intervención y revelaron que las puntuaciones medias de ansiedad de las gestantes mejoraron estadísticamente, pasando de 8,53 antes de la intervención a 4,18 después de la intervención ($p<.001$). Los autores indican que el tamaño de la muestra limita la capacidad para sacar conclusiones. Sin embargo, este estudio proporciona una justificación parar investigar los beneficios de MBCP frente a la educación prenatal estándar del Servicio Nacional de Salud.

Zhang et al. (2019) se interesaron por conocer los efectos de una terapia basada en el mindfulness (MSBR), de 8 semanas de duración, sobre el estrés, la ansiedad y la depresión prenatal en mujeres embarazadas chinas. Un total de 63 mujeres fueron captadas en los centros de seguimiento del embarazo y asignadas aleatoriamente al grupo que recibía la intervención ($n = 32$) o al grupo control ($n = 31$). Las participantes del grupo intervención asistieron a 8 sesiones semanales de 90 minutos de duración, impartidas por un psicólogo en grupos de entre 3 y 6 participantes. Cada sesión trataba un tema específico y llevaba asociada una práctica para casa del tema tratado. El grupo control recibía el cuidado prenatal habitual. Tras la intervención, 28 mujeres de la condición de intervención y 30 de la condición de control, cumplimentaron los cuestionarios de evaluación. Los resultados mostraron que las mujeres que participaron en el grupo de atención plena experimentaron menos niveles de estrés y ansiedad tras la intervención (medias de 71,53 a 66,91), mientras que la mejora de la depresión no fue evidente. Los autores concluyen que este estudio sugiere que MBSR es una intervención eficaz para disminuir el estrés y la ansiedad prenatal de las mujeres chinas durante el embarazo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

7.2.4. Terapia de apoyo de pares

En Holanda, Fontein-Kupiers et al. (2016) evaluaron la efectividad del programa de apoyo online *WazzUp Mama?!,* para la angustia maternal en la etapa prenatal. Se reclutaron 433 mujeres que se encontraban entre la semana 4 y 14 de gestación; 215 formaron el grupo control, recibiendo cuidado usual, y 218 recibieron el tratamiento. El programa tenía como objetivo identificar la vulnerabilidad o la presencia y gravedad de la angustia materna durante el embarazo. Cuando la angustia materna estaba ausente o se identificaba vulnerabilidad para experimentarla, el programa estaba diseñado para evitar que se desarrollase. Cuando había angustia materna, tenía como objetivo reducirla. La intervención incluía un programa personalizado a través de una web, que recopilaba información personal (ej., nombre, bienestar emocional, angustia materna, mecanismos de afrontamiento, etc.) y feedback personalizado en función de los datos recopilados. Las pruebas de detección se centraron en tres aspectos: 1) los signos y síntomas de la angustia materna y la identificación de si el estado de ánimo de la encuestada pertenece al embarazo o no, 2) identificar factores de estrés (potenciales), problemas o situaciones difíciles en el pasado o presente que pueden contribuir al desarrollo de la angustia materna, y 3) medición de la angustia materna. El feedback de las pruebas de detección incluyó: consejos para la vida cotidiana con el fin de proporcionar herramientas prácticas, incluida la relajación, consejos sobre cómo afrontar los problemas de forma positiva y eficaz y recursos para la autogestión e información sobre trabajadores sociales locales, grupos de apoyo y atención médica individual y apoyo psicológico. Se capacitó a las matronas sobre cómo utilizar las herramientas para poder detectar a mujeres que presentaran niveles de angustia materna elevados y poder proporcionarles la ayuda necesaria.

Los resultados se analizaron sobre las mujeres que completaron los cuestionarios tras la intervención (GI: 178 y GC: 165). En el grupo control, las puntuaciones medias de depresión, ansiedad (de M= 28,9 a M= 31,6) y angustia aumentaron significativamente desde el inicio hasta la postintervención. Las puntuaciones medias del PRAQ aumentaron (de M= 18,6 a M= 19,4) pero no alcanzaron significación estadística. En el grupo experimental, las puntuaciones medias de depresión disminuyeron en la postintervención en comparación con el pretest, pero no alcanzaron significación estadística. Las puntuaciones medias de ansiedad general (M= 28,7 a M= 26,9), ansiedad relacionada con el embarazo (M= 18,6 a M= 15,0) y angustia materna fueron significativamente más bajas en el postest. Las puntuaciones de angustia materna por encima del punto de corte en el grupo control aumentaron significativamente en un 5,6% del primer al tercer trimestre, mientras que disminuyeron significativamente en un 9,2% en el grupo experimental. Los resultados apoyan la eficacia de la intervención *WazzUp Mama?!*

7.2.5. Intervenciones que comparan y/o combinan varios enfoques

En Canadá, Bowen et al. (2014) llevaron a cabo un estudio para probar la eficacia de la terapia de grupo para reducir la preocupación y los síntomas de depresión. Se invitó a participar en un grupo de relajación a mujeres que se encontraban entre las semanas 15 y 25 de gestación. De las 38 mujeres reclutadas 20 recibieron una terapia grupal basada en el mindfulness (TBM; GI^1) y 18 terapia interpersonal (TIP; GI^2). La terapia de mindfulness incluía aprender habilidades de atención plena, con una adaptación para aumentar la conciencia corporal y una mayor sensación de paz y aceptación del cuerpo cambiante, mayor conciencia de los patrones emocionales y estados mentales específicamente relacionados con su embarazo, y estrategias para encontrar más comprensión y compasión por sí mismos. El grupo estaba orientado a conectarse con otras mujeres y discutir los desafíos particulares a los que se enfrentaban en ese momento relacionados con su embarazo. El grupo TIP comprendía componentes de

psicoeducación y apoyo e incluía conflictos interpersonales, transiciones de rol exclusivos de la paternidad. Una matrona respondía a preguntas sobre el trabajo de parto y el nacimiento que estaban causando ansiedad a las mujeres. Ambos grupos eran dirigidos por psicólogos especialistas en cada tipo de terapia.

Las evaluaciones fueron realizadas antes de recibir la intervención, al finalizar la misma y a las 4 semanas del postparto, esta última a través de contacto telefónico. No hubo diferencia en los síntomas de depresión, ansiedad (de GI^1: M= 47,3; GI^2: M= 47,8 a GI^1: M= 46,6; GI^2: M= 44,8 a GI^1: M= 44,4; GI^2: M= 44,2) y preocupación (de GI^1: M= 33,7; GI^2: M= 34,2 a GI^1: M= 30,2; GI^2: M= 28,3 a GI^1: M= 16,7; GI^2: M= 17,2) desde el inicio de la terapia, la finalización de la misma y el posparto, entre los dos grupos de psicoterapia. Sin embargo, con los dos grupos de psicoterapia (TIP y TBM) combinados hubo una disminución significativa en los síntomas de ansiedad desde el inicio (M= 47,5) hasta el posparto (M= 44,3). Por otro lado, las mujeres que habían participado en alguno de los grupos de psicoterapia (es decir, TIP o TBM) experimentaron una disminución significativa en los síntomas de depresión desde el embarazo hasta el posparto. La preocupación también disminuyó desde la línea base hasta la sesión final y en el posparto en comparación con las mujeres en el grupo de control. Participar en grupos de terapia basada en el mindfulness o terapia interpersonal ofreció una alternativa a los medicamentos para disminuir los síntomas de depresión y preocupación en las mujeres embarazadas y en el posparto. Las mujeres experimentaron un efecto positivo por asistir a grupos de relajación durante el embarazo, que se extendió a su experiencia de parto y al posparto temprano. Se concluye que se necesitan estudios longitudinales con diferentes modalidades de intervención para determinar cuáles son los mejores enfoques terapéuticos.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 17. Intervenciones psicológicas preventivas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
INTERVENCIONES DE AUTOAYUDA						
***Milgrom et al. (2011) Australia**	143 embarazadas (20-32 semanas de gestación); 43 con EPDS y/o RAC ≥13, 100 con EPDS y/o RAC <13 GI: 71 GC: 72	Subescala de ansiedad del DASS ≥8	Inicio en el 2º-3º trimestre del embarazo 8 capítulos (1 capítulo semanal) de 30 minutos cada uno. Posterior a cada lectura se comentaba el contenido con un profesional.	GI: "Towards Parenthood" libro de ejercicios de autoayuda acompañado de sesiones telefónicas de apoyo con un psicólogo GC: cuidado habitual	**Pretest** / **Postest** (12 SPP) **GI** 40,8% / 6,4% **GC** 31,9% / 26,2%	Se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión y estrés entre GI y GC tras la intervención. Estos hallazgos corroboran la eficacia del programa.
INTERVENCIONES DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA						
***Anton y David (2015) Rumanía**	48 embarazadas sin enfermedad mental previa ni haber acudido psicoterapia GI: 23 GC: 25	STAI-S (puntuaciones medias)	9 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Primera sesión individual, las siguientes grupales.	GI: programa de 8 sesiones de REBT GC: cuidado usual	**Pretest** / **Mitad ttº** (5semanas) / **Postest** (fin) / **Postest** 3MPP **GI** M= 42,22 / M= 39,11 / M= 35,58 / M= 32,46 **GC** M= 44,60 / M= 44,60 / M= 41,38 / M= 39,4	El GI reduce de forma significativa la ansiedad, la depresión y la emocionalidad negativa a mitad del tratamiento y al final del mismo. Las diferencias en el GI siguen siendo significativas en ansiedad y emocionalidad negativa a los 3 meses postparto.

DASS-21; Depression, Anxiety and Stress Scale; STAI-S: subescala ansiedad-estado del STAI; REBT: Rational Emotive and Behavioral Therapy; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; SPP: Semana Postparto; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).

Tabla 18. Intervenciones psicológicas preventivas terapia cognitivo conductual basadas en el mindfulness para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
INTERVENCIONES DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADAS EN EL MINDFULNESS						
Dun et al. (2012) Australia	GI: 10 mujeres (12-28 semanas de gestación) GC: 9 mujeres (17-29 semanas de gestación)	DASS-21	8 sesiones grupales	GI: Terapia cognitivo-conductual basada en el mindfulness. GC: cuidado habitual.	**Pretest** / **GI (n= 4)** / **GC (n= 5)** Estrés 3 0 Ansiedad 1 0 Depresión 0 1 **Postest** / **GI (n= 6)** / **GC (n= 5)** Estrés 4 1 Ansiedad 2 1 Depresión 2 0	La disminución de las medidas de depresión, estrés y ansiedad en el GI no son significativas.
***Byme et al. (2013) Australia**	12 nulíparas (18-28 semanas de gestación)	DASS-21	Inicio en el 2º trimestre del embarazo 8 sesiones (1 sesión semanal) de 180 min cada una	Educación para el parto basada en mindfulness (MBCE)	**Pretest** / **Postest** **(inicio)** (fin) (3-12SPP) **M= 8,3** M= 6,0 M= 3,0	Se observaron diferencias significativas ente el pretest y postest en autoeficacia y miedo al parto. Además, en el postparto se apreciaron diferencias significativas en ansiedad.
***Tragea et al. (2014) Grecia**	60 primíparas (14-28 semanas de gestación) GI: 31 GC: 29	STAI-S STAI-T	Inicio en el 2º trimestre del embarazo 1-2 sesiones diarias no presenciales de 20 min durante 6 semanas	Terapia cognitiva grupal basada en mindfulness (MBCT)	**Pretest** (1ª semana intervención) / **Postest** (última semana intervención) **STAI-S** **GI: M= 38,0** GI: M= 34,5 **GC: M= 40,0** GC: M= 38,0 **STAI-E** **GI: M= 37,0** GI: M= 33,2 **GC: M= 68,0** GI: M= 34,5	No existen diferencias significativas en la reducción de los niveles de ansiedad entre grupos. Se observaron diferencias en control y estrés percibido. Las gestantes del GI sentían mayor control y menos estrés.

DASS-21; Depression, Anxiety and Stress Scale; STAI-S: subescala de ansiedad-estado del STAI; STAI-T: subescala de ansiedad-rasgo del STAI; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).

Tabla 19. Intervenciones psicológicas preventivas de mindfulness para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
				INTERVENCIONES DE MINDFULNESS		
***Warriner et al. (2018) Reino Unido**	64 mujeres embarazadas	GAD-7	4 sesiones semanales de 2,5 horas (10 horas)	GI: Mindfulness- Based Childbirth and Parenting (MBCP) Combina la enseñanza prenatal tradicional con habilidades basadas en la atención plena	**Pretest**: **M= 8,53** **Postest** (2 semanas): M= 5,08	Se observaron diferencias significativas entre las medidas pre y postest para ansiedad, depresión, estrés y preocupación. Esta intervención prenatal resulta prometedora para implementarse dentro del sistema nacional de salud.
Zhang et al. (2019) China	63 mujeres entre las semanas 14 y 28 de gestación. GI: 32 GC: 31	STAI	8 sesiones semanales de 90 minutos.	GI: Mindfulness-based stress reduction (MBSR) Terapia grupal (3 a 6 mujeres) GC: cuidado habitual	**Pretest** / **Postest** **GI**: M = 71,53 / M = 66,91 **GC**: M = 71,29 / M = 72,13	Este estudio proporciona evidencia preliminar de que MBSR es adecuado para disminuir el estrés y la ansiedad prenatal en mujeres chinas embarazadas.

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder; STAI: Spielberg State-Trait Anxiety Inventory; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas (p<0,05).

Tabla 20. Intervenciones psicológicas preventivas de apoyo de pares y que comparan/combinan enfoques para la ansiedad perinatal.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	DURACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
INTERVENCIONES DE APOYO DE PARES						
***Fontein-Kuipers et al. (2016) Holanda**	433 embarazadas (4-14 semanas de gestación) GI: 218 GC: 215	STAI-T ≥ 41 PRAQ-10 >90 percentil	Inicio en el 1º trimestre del embarazo	GI: programa de apoyo online *"WazzUp Mama?!"* GC: cuidado usual	**Pretest** (1º trimestre) / Postest (3º trimestre) **STAI** **GI** M= 28,7 / M= 26,9 **GC** M= 28,9 / M= 31,6 **PRAQ** **GI** M= 18,6 / M= 15,0 **GC** M= 18,6 / M= 19,4	Se produjeron reducciones significativas en los niveles de ansiedad y ansiedad específica del embarazo entre el primer y el tercer trimestre. Los resultados avalan la eficacia de la intervención.
INTERVENCIONES QUE COMPARAN Y/O COMBINAN VARIOS ENFOQUES						
Bowen et al. (2014) Canadá	38 mujeres (15-25 semanas de gestación) GI[1]: 20 GI[2]: 18	STAI CWS	Inicio en el 2º trimestre de embarazo 6 sesiones (1 a la semana)	GI1: Terapia basada en el mindfulness GI2: Terapia interpersonal	**Pretest** (inicio) / **Postest** (fin) / 4SPP **STAI** **GI[1]** M = 47,3 / M = 46,6 / M = 44,4 **GI[2]** M = 47,8 / M = 44,8 / M= 44,2 **CWS** **GI[1]** M = 33,7 / M = 30,2 / M = 16,7 **GI[2]** M = 34,2 / M = 28,3 / M= 17,2	No hay diferencias en sintomatología ansiosa, depresiva o en las preocupaciones entre los dos grupos de psicoterapia. Se apreció una reducción significativa de los niveles de depresión si se combinan ambos grupos de psicoterapia.

STAI: Spielberg State-Trait Anxiety Inventory; STAI-T: subescala ansiedad-rasgo del STAI; PRAQ-10: Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire; CWS: Cambridge Worry Scale; GI: grupo intervención; GC: grupo control; M: media; SPP: Semana Postparto; *: estudios que han demostrado diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$).

7.3. CONCLUSIONES

Revisar las intervenciones psicológicas aplicadas hasta este momento para tratar la ansiedad perinatal ha permitido conocer qué terapias se han empleado, quién las aplica, cuál es su duración, qué aspectos abordan y cuáles son los más efectivas.

Con respecto al tipo de programas que se han aplicado para tratar la ansiedad perinatal, estos pueden clasificarse en terapéuticos o preventivos. Los primeros son el tipo de programas más empleados, concretamente son programas terapéuticos 23 de los 31 programas revisados (ej., Austin et al., 2008; Field et al., 2013; Green et al., 2015; Loughnan, Sie et al., 2019; Waters et al., 2020, Yang et al., 2022). Los programas preventivos no son tan comunes, de hecho, únicamente se han encontrado 9 programas en los últimos 20 años (Milgrom et al., 2011; Dun et al., 2012; Byrne et al., 2013; Tragea et al., 2014; Bowen et al., 2014; Anton y David, 2015; Fontein-Kuipers et al., 2016; Warriner et al., 2018; Zhang et al., 2019). Esto posiblemente esté relacionado con el hecho de que la ansiedad durante la etapa perinatal ha recibido escasa atención y apenas se realizan cribados para detectarla.

En cuanto al modelo de terapia que se emplea para tratar la ansiedad durante esta etapa, ésta es diversa. Se han encontrado programas de terapia cognitivo conductual (TCC) (ej., Atif et al., 2020; Green et al., 2015; Green et al., 2020; Loughnan, Butler et al., 2019; Salehi et al., 2016), intervenciones de TCC basadas en el mindfulness (ej., Bowen et al., 2014; Dun et al., 2012; Goodman, Guarino et al., 2014; Yazdanimehr et al., 2016), terapias basadas en la atención plena o mindfulness (ej., Tonwshend et al., 2018; Wholhouse et al., 2014; Zhang et al., 2019; Yang et al., 2022) terapia interpersonal (TIP) (Bowen et al., 2014; Field et al., 2013), programas educativos (Byrne et al., 2013), terapia de apoyo de pares (Fontein-Kuipers, 2016; Field et al., 2013), terapias de aceptación y compromiso (ACT) (Waters et al., 2020) y libros de autoayuda (Guardino et al., 2014; Milgrom et al., 2011). También se ha encontrado un programa (Thomas et al., 2014) que ha combinado la TCC y la TIP. A pesar de la diversidad de los tipos de terapia que se han aplicado en este ámbito, se puede observar que la terapia más aplicada es la TCC, presente en 15 de los 31 estudios revisados.

Referente a quién imparte los programas, a excepción del programa de Field et al. (2013), en dónde la terapia de apoyo es impartida por personal no entrenado, en el resto de estudios analizados todas las intervenciones son aplicadas por profesionales de la salud mental (psicólogos/psiquiatras), u otros profesionales formados (ej., matronas, profesores de meditación).

Otro aspecto importante a tener en cuenta en los programas de intervención es su duración. Los programas tienen una duración de entre cuatro y 14 sesiones, siendo lo más común encontrar programas de ocho sesiones. Concretamente, se han encontrado 12 programas compuestos de ocho sesiones (ej., Dun et al., 2012; Goodman, Guarino et al., 2014; Milgrom et al., 2015; Waters et al., 2020; Zhang et al., 2019) nueve programas que incluyen seis sesiones (ej., Austin et al., 2008; Atif et al., 2020; Bowen et al., 2014; Green et al., 2020; Thomas et al., 2014),), seis programas de cuatro sesiones (ej., Loughnan, Butler, et al., 2019; Salehi et al., 2016; Warrinert et al., 2018; Yang et al., 2022), 3 que constan de doce sesiones (Field et al., 2013 y Karamoozian y Askarizadeh, 2015) uno de cinco sesiones (Heller et al., 2020) y uno de nueve sesiones (Anton y David, 2015). Así, pues, lo más común es que los programas que abordan la ansiedad perinatal tengan una duración aproximada de entre seis y ocho sesiones, con una frecuencia de una sesión a la semana.

USC DE COMPOSTELA

Por otro lado, es importante destacar que de los 32 estudios analizados únicamente uno (Salehi et al., 2016) está exclusivamente destinado a reducir la ansiedad. Hay cuatro destinados

a reducir la ansiedad junto con el estrés (Byrne et al., 2013; Guardino et al., 2014; Tonwshend et al., 2018 y Tragea et al., 2014) y dos (Warriner et al., 2018 y Zhang et al.,2019) destinados a tratar la ansiedad junto con la depresión y el estrés. En el resto de programas, (ej., Anton y David, 2015; Bowen et al., 2014; Heller et al., 2020; Loughnan, Sie, et al., 2019; Yang et al., 2022) las intervenciones están diseñadas para tratar ansiedad y depresión. Esto parece indicar que lo más común a la hora de diseñar programas para abordar la ansiedad perinatal es incluir otra sintomatología relacionada con la misma como es la depresión o el estrés. Por tanto, lo lógico es que los enfoques actuales se centren en diseñar programas transdiagnóstico.

Centrándonos en la eficacia, la TCC es la que ha obtenido más resultados positivos, pues siete de los 19 programas que emplean la TCC muestran una disminución significativa de la ansiedad durante la etapa perinatal (Green et al., 2015; Green et al., 2020; Karamoozian y Askarizadeh, 2015; Loughnan, Sie, et al., 2019; Loughnan, Butler, et al., 2019; Milgrom et al., 2015; Salehi et al., 2016). Además, también se ha observado que estos programas reducen la presencia de sintomatología depresiva, la cual presenta gran comorbilidad con la ansiedad perinatal.

En cuanto al formato de aplicación, la mayoría de los programas se han llevado a cabo de forma presencial. Únicamente 5 (Heller et al., 2020; Loughnan, Sie, et al., 2019; Loughnan, Butler, et al., 2019; Yang et al., 2019; Yang et al., 2022), se han desarrollado de forma telemática u online.

Por tanto, queda patente que los programas de intervención terapéuticos han sido los más prevalentes en la práctica clínica. A pesar de ello, estos programas presentan la desventaja de excluir a aquellas madres que no cumplen criterios diagnósticos para un trastorno mental o que no presentan sintomatología severa en las escalas de autoinforme. Esto nos impide saber si los mismos programas serían efectivos en población subclínica o con sintomatología leve. Por el contrario, los programas preventivos contrarrestan estas desventajas al ir dirigidos a toda la población gestante. Estos programas pretenden aumentar la conciencia sobre la salud mental perinatal, proporcionando información sobre factores de riesgo, y herramientas para enfrentarse al malestar durante esta etapa.

Las principales limitaciones halladas a lo largo de la revisión realizada hacen referencia a que, aunque se ha visto que la ansiedad perinatal es un problema prevalente, existe poca investigación relacionada con la prevención de la misma. Además, muchos de los programas presentan limitaciones a nivel metodológico. La mayoría de las investigaciones emplean estudios piloto (ej., Byrne et al., 2014; Green et al., 2015; Milgrom et al., 2015; Waters et al., 2020), lo que implica que muchas veces el tamaño muestral sea pequeño y no permita corroborar la efectividad de las intervenciones aplicadas. Por otra parte, en la mayoría de las investigaciones no se realizan seguimientos a largo plazo, únicamente utilizan medidas inmediatamente posteriores a la intervención (ej., Field et al., 2013; Thomas et al., 2014; Tragea et al., 2014; Woolhouse et al., 2014) o seguimientos en el primer mes tras la intervención (ej., Goodman, Guarino et al., 2014; Green et al., 2015; Loughnan, Sie, et al., 2019; Salehi et al., 2016), lo que no permite conocer si los resultados se mantienen a lo largo del tiempo. Únicamente siete intervenciones (Anton y David, 2015; Austin et al., 2008; Bowen et al., 2014; Byrne et al., 2013; Heller et al., 2020; Milgrom et al., 2011; Milgrom et al., 2015) proporcionan datos sobre la efectividad después del alumbramiento y solamente uno (Burguer et al., 2020) proporciona datos posteriores al año de la intervención.

Teniendo en cuenta lo anterior, queda de manifiesto que la investigación en este ámbito es muy limitada, y carente en el ámbito español, en dónde no se ha hallado ningún programa de

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

este tipo. Así pues, es necesario comprobar la efectividad de programas de intervención de la ansiedad prenatal, tanto a corto como a largo plazo.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ESTUDIO 1: DETECCIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANSIEDAD PERINATAL

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

I. OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

1. OBJETIVOS

El objetivo principal de la presente investigación es determinar la prevalencia de la ansiedad durante el embarazo y el postparto en una muestra de mujeres en Galicia, y evaluar qué factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y psicológicos se relacionan con la misma.

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

1. Validar la EDS-3A como instrumento de cribado de la ansiedad en el embarazo y en el postparto y proponer un punto de corte.
2. Evaluar la prevalencia de la ansiedad en el embarazo con diferentes instrumentos de autoinforme, la EDS-3, el STAI, y la GAD-7, en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo. La ansiedad específica del embarazo se evaluará mediante el PRAQ-20.
3. Evaluar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada durante el embarazo con la entrevista clínica estructurada SCID en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo.
4. Identificar las variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y psicológicas asociadas a la presencia de ansiedad en el embarazo.
5. Evaluar la prevalencia de la ansiedad, con la EDS-3, el STAI y la GAD-7, a los dos, a los seis y a los 12 meses postparto.
6. Evaluar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada con la entrevista clínica SCID a los dos, a los seis y a los 12 meses postparto.
7. Identificar las variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y/o el parto y psicológicas asociadas a la presencia de ansiedad en el postparto.
8. Analizar la trayectoria de la ansiedad en el embarazo y el postparto

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y uno de los más incapacitantes (González-Blanch et al., 2021) que afecta a las mujeres en doble proporción que a los hombres (Bacigalupe et al., 2020). Dos momentos en la vida de una mujer en los que aumenta la vulnerabilidad a presentar ansiedad son el embarazo y el postparto (Alipour et al., 2012; O´Hara y Wisner, 2014), puesto que el nacimiento de un/a hijo/a conlleva en la mujer un intenso cambio físico y psicológico (Wenzel y Stuart, 2011), así como cambio en sus roles familiares y sociales (Grant et al., 2012). La importancia de la detección de este trastorno radica en que repercute no sólo sobre la mujer que lo padece, si no que su impacto se extiende a los/as hijos/as afectando a su desarrollo (Ding et al., 2014, Zhong et al., 2015), así como a sus familias, contribuyendo al deterioro de las relaciones conyugales y familiares (Maguire et al., 2018).

Por todo ello, resulta de gran importancia tener conocimiento de cuál es la prevalencia de la ansiedad desde el inicio del embarazo, con el objetivo de dar a conocer la magnitud real del problema. Esto permitiría articular medidas de prevención e intervención adecuadas en caso de ser necesario.

La disponibilidad de estudios en nuestro país es escasa. En España, fundamentalmente se ha estudiado la ansiedad en la etapa prenatal. Los pocos estudios realizados hasta la fecha con el fin de conocer la prevalencia de ansiedad durante el embarazo presentan ciertas limitaciones. En primer lugar, todas las investigaciones han basado sus resultados y conclusiones en datos obtenidos con instrumentos de autoinforme, como el STAI (Canals et al., 2002; González-Mesa et al., 2019; Vázquez y Míguez, 2021) y la GAD-7 (Soto-Balbuena et al., 2018). La prevalencia de la ansiedad en el embarazo obtenida con cuestionarios de autoinforme suele ser significativamente superior a la obtenida con entrevistas clínicas (Giardinelli et al., 2012), pues

su función no es diagnóstica, sino de cribado. En segundo lugar, la mayoría de las evaluaciones llevadas a cabo durante el embarazo se han limitado a un único trimestre, concretamente el primero (Canals et al., 2002; González-Mesa et al., 2019). Por tanto, se puede estar ofreciendo una visión parcial de la situación, puesto que la prevalencia puede variar en los diferentes trimestres. Por todo ello, a través de la presente investigación se trata de solventar estas deficiencias evaluando a mujeres en los tres trimestres del embarazo. Además, en todos los momentos de evaluación se realizará la entrevista SCID.

La importancia de los primeros objetivos planteados, con los cuales se pretende establecer un posible punto de corte para la EDS-3A, determinar la prevalencia de la ansiedad a través de este cuestionario y la entrevista SCID e identificar las variables asociadas a la ansiedad evaluada con ambos instrumentos, se justifica por los siguientes motivos.

En primer lugar, aunque diferentes estudios han confirmado la existencia de la subescala de ansiedad (EDS-3A) en la EPDS, en nuestro país solo disponemos de las validaciones realizadas para la depresión en el postparto (Garcia-Esteve et al., 2003) y para su uso en el embarazo (Vázquez y Míguez, 2019). Por tanto, se hace necesario analizar el comportamiento de la EDS-3A para poder establecer un posible punto de corte en el embarazo, pues en otros países se ha llevado a cabo la validación durante la etapa prenatal (Adhikari et al., 2021; Matthey et al., 2013; Swalm et al., 2010), obteniendo puntos de corte diferentes.

En segundo lugar, como ya se ha comentado, por la escasez de estudios al respecto en nuestro país y más concretamente en nuestra comunidad. De hecho, a día de hoy, no hay datos de prevalencia de ansiedad en cada trimestre del embarazo, proporcionadas con entrevista clínica, que permitan conocer el alcance real de este trastorno, lo cual justificaría el implementar programas y/o protocolos de prevención y actuación específicos. Además, entre los datos de prevalencia de ansiedad durante el embarazo realizados en Europa (Val y Míguez, 2023), es infrecuente utilizar la entrevista clínica, tanto las prevalencias como los factores asociados se establecen en base a datos obtenidos con los instrumentos de cribado.

Así mismo, es importante poder identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de sintomatología ansiosa y/o trastorno de ansiedad generalizada desde el principio del embarazo, pues permitiría ofrecer una ayuda más eficiente de acuerdo a las necesidades reales de las futuras madres, mejorando su percepción de bienestar. Así mismo, se evitaría que este estado ansioso se prolongase al postparto con las consecuencias que ello conllevaría.

Se pretende, asimismo, determinar la prevalencia de la ansiedad en el postparto con la EDS-3A, el STAI, la GAD-7 y la entrevista SCID e identificar los factores de riesgo asociados, así como el curso de la ansiedad durante el periodo postparto. Su importancia viene dada entre otros, por algunos de los motivos argumentados en líneas anteriores, la ausencia en España de un instrumento de autoinforme validado para evaluar la ansiedad postparto y de estudios realizados. Cabe destacar a este respecto la única investigación que aporta datos de la prevalencia de ansiedad postparto en el territorio español (Navarro et al., 2008). En dicho trabajo, se evaluó a 406 mujeres a los seis meses del parto mediante la entrevista clínica del DSM-IV. Los resultados mostraron que un 0,6% de las puérperas presentaba un trastorno de ansiedad generalizada. Hasta la fecha, no se conoce ningún otro estudio en el territorio español, ni con instrumentos de autoinforme ni con entrevista clínica, que ofrezca datos de prevalencia de la ansiedad durante el postparto.

Con respecto al postparto y a los estudios que han utilizado cuestionarios de autoinforme, fuera del ámbito español, existe gran variabilidad en los momentos de evaluación, abarcando desde las 72 horas tras el parto (Canário y Figueiredo, 2017; Giakoumaki et al., 2009; Nakić Radoš et al., 2018) hasta los dos años y medio (Canário y Figueiredo, 2017), si bien ambos momentos de evaluación son excepcionales, siendo el más frecuente los tres meses postparto y

habiendo cinco estudios que recogen los datos de forma longitudinal (Canário y Figueiredo, 2017; Dikmen-Yiliz et al., 2017; Giakoumaki et al., 2009; Nakić Radoš et al., 2018; van Bussel et al., 2009), aunque con gran diversidad entre la cantidad y el momento de realizar las evaluaciones.

Si nos centramos en aquellos estudios que hayan abarcado desde el inicio del embarazo hasta al menos el primer año postparto, solamente el estudio de Canário y Figueiredo (2017) incluye los tres trimestres de gestación y evaluaciones en el 1º-3º días tras el parto, así como a los tres y 30 meses. No obstante, no hay evaluaciones desde los tres meses hasta los dos años tras el parto. Además, los datos de este estudio se han obtenido con un instrumento de autoinforme. Por tanto, es evidente la escasez de estudios que hagan un seguimiento longitudinal y a largo plazo. Concretamente, este sería el primer estudio llevado a cabo en España y Europa que evalúa la prevalencia de la ansiedad durante el embarazo y hasta un año después del parto, utilizando instrumentos de cribado y una entrevista clínica.

Por esta razón, nos hemos planteado como objetivo analizar la trayectoria de la ansiedad durante el embarazo y el postparto, pues se sabe que ésta no es igual de prevalente en todos los momentos (Matthey y Ross-Hamid, 2012). Por todo ello, con este trabajo, se pretende realizar una evaluación en cada trimestre de embarazo y durante el postparto a los dos meses, a los seis y a los 12 meses, lo cual permitiría conocer qué momentos son más vulnerables, en cuáles hay mayor prevalencia y los factores de riesgo asociados a cada período, para poder implementar las medidas de prevención e intervención más adecuadas en cada momento.

Es indudable que prestar atención al estado emocional de las mujeres durante el embarazo debería ser una rutina habitual en la atención prenatal y, sin embargo, esto no es así. El seguimiento y control del embarazo es habitualmente un proceso protocolizado en base a cuestiones de índole médica que desafortunadamente, en ningún momento tiene en cuenta los aspectos psicológicos inherentes a esta etapa en la vida de la mujer. Esto, si cabe, se agrava aún más durante el postparto. En este período la puérpera desaparece totalmente para los servicios de salud, los cuales centran toda su atención en el/a recién nacido/a para los que sí hay unos protocolos y programas específicos de seguimiento que abarcan hasta los 15 años de edad. Esto realza la necesidad de contar con protocolos e intervenciones dirigidos a prevenir y detectar de forma precoz los problemas de salud mental más prevalentes durante el embarazo y el postparto como la ansiedad y/o la depresión. Para ello, es preciso, en primer lugar, conocer la situación actual al respecto.

En función de los resultados obtenidos con esta investigación, se pretende sentar las bases para el desarrollo de un protocolo de prevención y cribado específico que permita mejorar el bienestar psicológico de las mujeres en esta etapa de sus vidas, y, en consecuencia, la de su descendencia.

3. HIPÓTESIS

En función de los objetivos planteados y la justificación realizada anteriormente, las hipótesis de la presente investigación son las siguientes:

1. Las propiedades psicométricas de la EDS-3A de la EPDS indicarán que puede ser un instrumento adecuado para valorar la ansiedad en el embarazo y en el postparto en España.
2. La prevalencia de la ansiedad durante el embarazo se situará entre un 15,0% y un 25,0% y, en el postparto, entre el 10,0% y el 20,0%. La prevalencia de ansiedad específica del embarazo oscilaría entre un 10,0% y un 20,0%.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3. La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada durante el embarazo con la SCID se situará entre un 0,3% y un 7,0%. En el postparto oscilará entre un 1,0% y un 8,0%.
4. La evolución previsible de la ansiedad a lo largo del periodo perinatal sería que la prevalencia será mayor en el primer y tercer trimestre de embarazo y a los dos meses postparto. El porcentaje será menor en el segundo trimestre de embarazo y a partir de los seis meses postparto.
5. Las variables que se relacionarán con la presencia de ansiedad serán:
    - Variables sociodemográficas: tener menor edad, menor nivel educativo, menores ingresos económicos, estar desempleada y no tener y/o no convivir pareja.
    - Variables obstétricas y/o relacionadas con el embarazo: ser nulípara, no haber planificado el embarazo, haberse sometido a algún tipo de tratamiento de fertilidad e historia previa de abortos.
    - Variables psicológicas: tener antecedentes personales de trastornos psicológicos, presentar mayores puntuaciones en depresión, en ansiedad rasgo y percibir un menor apoyo social.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

II. MÉTODO

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. PARTICIPANTES

Se ofreció participar en el estudio a mujeres embarazadas de Galicia que acudían a las consultas de obstetricia y ginecología para el control y seguimiento del embarazo y que tendrían a sus hijos en hospitales públicos del Servizo Galego de Saúde. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, estar embarazada, hablar, entender y saber leer y escribir en español y proporcionar su consentimiento firmado. Eran excluidas aquellas mujeres que cursaran con un embarazo de riesgo o gemelar, estuvieran a tratamiento farmacológico para la ansiedad y/o depresión y que no dieran su consentimiento. En el embarazo se realizó un estudio transversal que permitió recoger información de mujeres que se encontraban en los tres trimestres y, en el postparto, se llevó a cabo un estudio longitudinal con una muestra de mujeres que acababan de dar a luz.

Debido a la situación de la pandemia por COVID-19 no se pudo acudir presencialmente a los diferentes centros de salud y hospitales para captar la muestra, por lo que eran las matronas las que informaban brevemente del objetivo de la investigación a nivel verbal y solicitaban su colaboración. Las matronas informaron que habían ofrecido participar en el estudio a 400 mujeres, de las cuales 55 rechazaron formar parte del mismo. Por tanto, la muestra que captaron quedó conformada por un total de 345 mujeres embarazadas. Posteriormente, las investigadoras contactaban con las mujeres vía telefónica y nuevamente les informaban verbalmente y por escrito sobre el objetivo y la metodología del estudio. De las 345 mujeres contactadas,190 se encontraban en el primer trimestre de gestación, de las cuales 13 rechazaron participar en el estudio y 9 habían sufrido un aborto. En el segundo trimestre se encontraban 76 mujeres, de las cuales 1 rechazó participar en el estudio. En el tercer trimestre se encontraban 79 mujeres, de las cuales rechazaron participar en el estudio 5. Así, pues, la muestra final del estudio quedó conformada por 317 mujeres embarazadas, de las cuales 168 se encuentran en el primer trimestre de gestación, 75 en el segundo y 74 en el tercero.

El 2,8% (n = 9) de la muestra fue derivada a consultas de alto riesgo obstétrico en algún momento a lo largo de la gestación. Los motivos principales de derivación fueron el diagnóstico de hiperémesis gravídica (n = 3), la diabetes gestacional (n = 3) y el crecimiento intrauterino retardado (n = 3). A pesar de esta condición, estas mujeres no fueron excluidas de la investigación, pues los criterios de derivación a esta consulta varían entre las diferentes áreas sanitarias y son modificados periódicamente según las recomendaciones de la evidencia científica en cada momento.

Con respecto al postparto, se invitó a participar a 120 mujeres que se encontraban en los dos primeros meses tras el parto, de las cuales cinco rechazaron formar parte del mismo. Por tanto, la muestra estuvo conformada por 115 puérperas. En la segunda evaluación, a los seis meses postparto, se perdieron siete mujeres que no se consiguió contactar con ellas. Por tanto, la muestra a los seis meses postparto quedó constituida por 108 mujeres. En la última evaluación, realizada a los 12 meses postparto, no se logró contactar con cuatro mujeres. Por tanto, la muestra quedó conformada por 104 mujeres.

Todas las mujeres participaron voluntariamente en el estudio y dieron su consentimiento oral y por escrito. Además, debían estar dispuestas a participar en las posteriores evaluaciones.

El estudio se llevó a cabo en conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki y obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación de Galicia (CEIC). A todas las participantes se les garantizó la confidencialidad de la información recogida durante todo el proceso. La participación fue totalmente voluntaria y gratuita y no recibieron incentivo alguno (económico o de otro tipo) por su participación en el estudio.

USC DE COMPOSTELA

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En primer lugar, se elaboraron tres cuestionarios *ad hoc*, en función del trimestre de embarazo, para este estudio que contenían tanto preguntas abiertas como cerradas sobre variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y variables psicológicas. A mayores, se utilizaron las escalas de evaluación que se comentan a continuación.

La *Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)* de Cox et al. (1987) se trata de un cuestionario de 10 ítems desarrollado inicialmente para identificar la depresión posnatal, que pregunta acerca de cómo se han sentido las mujeres en los últimos 7 días. Mide síntomas cognitivos y emocionales, excluyendo los síntomas somáticos de la depresión, con una única excepción, ya que uno de sus ítems evalúa dificultades para dormir. Cada uno de los ítems tiene cuatro opciones de respuesta, cuyas puntuaciones se sitúan entre 0 y 3, en orden de gravedad de los síntomas (Anexo 4). La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor gravedad. Es la escala más utilizada a nivel internacional para la detección de la sintomatología depresiva en el postparto, aunque también se ha utilizado para su detección en el embarazo (ej., Rubertsson et al., 2011). Su punto de corte fluctúa entre 9 y 13, dependiendo del país. En la validación española (García-Esteve et al., 2003) la puntuación de corte que se recomienda utilizar es de 10/11. Navarro et al. (2017) también recomendaron utilizar esta puntuación para indicar la posibilidad de un trastorno depresivo. Por otro lado, en la validación española de la EPDS para su uso en el embarazo (Vázquez y Míguez, 2019), se indica que el punto de corte más adecuado para el cribado de la depresión antenatal es ≥ 10. Por tanto, teniendo en cuenta ambos criterios, el punto de corte utilizado en este estudio para identificar a las mujeres con probable depresión, tanto en el embarazo como en el postparto, fue ≥ 10.

Con esta muestra, la fiabilidad de la EPDS en el primer trimestre y segundo trimestre de embarazo fue de 0,88. En el tercer trimestre se situó en 0,84. Con respecto al embarazo general fue de 0,87. En el postparto, a los dos meses la fiabilidad fue de 0,89, a los seis meses de 0,85 y al año postparto de 0,88.

La *Escala de Depresión de Edimburgo-Subescala de Ansiedad* (EDS-3A). Aunque inicialmente esta escala no fue diseñada para detectar ansiedad, diferentes estudios (ej., Heller et al., 2022; Lautarescu et al., 2022; Sari, et al., 2021; Smith-Nielsen et al., 2021) han encontrado que tres ítems (ítem 3 `I have blamed myself unnecessarily when things went wrong´; ítem 4 `I have anxious or worried for no good reason´; ítem 5 `I have felt scared or panicky for no very good reason´) pueden detectar ansiedad en mujeres durante el período perinatal. Cada uno de los tres ítems tiene cuatro opciones de respuesta, cuyas puntuaciones se sitúan entre 0 y 3, en orden de gravedad de los síntomas (Anexo 4). La puntuación total de la subescala va de 0 a 9, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad. Durante esta investigación, se ha realizado la validación española de la EDS-3A para detectar sintomatología ansiosa durante el embarazo y el postparto, encontrando que el punto de corte para identificar a mujeres con probable ansiedad se sitúa en ≥ 7. Por tanto, este fue el punto de corte utilizado en este estudio para identificar a las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo y en el postparto.

En el presente estudio la fiabilidad de esta subescala fue de 0,79, 0,76 y 0,78 en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente. En el embarazo en general la fiabilidad fue de 0,78. En el postparto, a los dos y seis meses la fiabilidad fue de 0,79 y al año postparto de 0,69.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La *Escala de Ansiedad por Trastorno de Ansiedad Generalizada* (Generalized Anxiety Disorder Anxiety Scale, GAD-7) de Spitzer et al. (2006). Adaptada al español por García-Campayo et al. (2010), está conformada por siete ítems que evalúan los síntomas de la ansiedad generalizada. Las puntuaciones están asociadas a niveles de ansiedad leve (entre 5 y 9 puntos), moderada (entre 10 y 14) y grave (entre 15 y 20). Para responder a los ítems la persona utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos, en la que las alternativas de respuesta son: 0= nada, 1= algo, 2= bastante y 3= mucho (Anexo 5). En población general el punto de corte recomendado para identificar ansiedad es ≥ 10. El punto de corte para población gestante se ha situado en ≥ 7 (Zhong et al., 2015). La validación española para su uso durante el embarazo ha sido realizada por Soto-Balbuena et al. (2021). La GAD-7 se ha recomendado como medida breve de detección de ansiedad perinatal (NICE, 2020; Simpson et al., 2014). El punto de corte utilizado en nuestro estudio para identificar a las mujeres con probable ansiedad fue ≥ 10, que es el punto de corte recomendado para población general, pues el punto de corte establecido para población gestante se basa en una muestra en riesgo de sufrir complicaciones económicas y problemas de salud durante el embarazo (Zhong et al., 2015).

La fiabilidad del GAD-7 en el presente estudio, fue de 0,91 en el primer trimestre, 0,91 en el segundo y 0,92 en el tercero. Para el embarazo en general se obtuvo un alfa de Cronbach del 0,91. En el postparto, a los dos meses la fiabilidad que se obtuvo fue de 0,92, a los seis meses fue de 0,91 y al año fue de 0,90.

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberg et al., 1970; versión española TEA, 1982). Se trata de un inventario que está compuesto por 40 ítems (Anexo 6). Posee dos escalas de 20 ítems, una hace referencia a la subescala Estado (STAI-E), que permite medir la ansiedad actual, y la otra a la subescala Rasgo, que evalúa la predisposición de la persona para padecer ansiedad (STAI-R). Para responder a los ítems se utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos, en la que las alternativas de respuesta son: 0= nada, 1= algo, 2= bastante y 3= mucho.

La puntuación para cada subescala oscila entre 0 y 60, indicando las puntuaciones más altas mayores niveles de ansiedad. Para la ansiedad estado, el punto de corte recomendado para mujeres se sitúa en una puntuación mayor que 31 y para la ansiedad rasgo en mayor de 32, lo cual corresponde en ambos casos con el percentil 75.

En nuestra muestra, la fiabilidad de la subescala de ansiedad estado en el primer trimestre de embarazo fue de 0,95 y la fiabilidad de la ansiedad rasgo de 0,91. En el segundo trimestre de embarazo la fiabilidad de la subescala ansiedad estado fue de 0,95 y la confiabilidad de la subescala de ansiedad rasgo de 0,92. La fiabilidad de la subescala de ansiedad estado durante el tercer trimestre se situó en 0,94 y la fiabilidad de la subescala de ansiedad rasgo en 0,91. Con respecto al embarazo en su totalidad, la fiabilidad de la subescala de ansiedad estado fue de 0,95 y de 0,91 para la subescala ansiedad rasgo.

Respecto al postparto, la fiabilidad de la subescala de ansiedad rasgo a los dos meses postparto fue de 0,89 y la de la ansiedad estado fue de 0,95. A los seis y 12 meses postparto se situó en 0,95.

La *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID)* de First et al. (1997) es una entrevista semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5). El empleo de este tipo de entrevista mejora la fiabilidad y la validez diagnóstica mediante la estandarización del proceso de evaluación. Esto facilita la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-5 y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos. En este estudio, un clínico ciego a

los resultados de las escalas que miden ansiedad (EDS-3A, STAI, GAD-7), estableció el diagnóstico de ansiedad utilizando los ítems relativos al trastorno de ansiedad generalizada.

El *Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire, PRAQ*; van den Bergh, 1990), versión española Vázquez, Pereira y Míguez (2018). Esta escala está diseñada para identificar miedos y preocupaciones específicas relacionados con el embarazo y describir cómo se sienten las mujeres en ese momento. Está formada por un total de 55 ítems que se dividen en 5 subescalas: Preocupación por una misma y la relación de pareja durante el embarazo (15 ítems), miedo por la integridad del bebé (6 ítems), miedo al parto (9 ítems), miedo a los cambios (9 ítems), preocupación por la futura relación madre-hijo, padre-hijo y la relación de pareja (16 ítems). Para responder a los ítems se utiliza una escala Likert de 7 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2 = bastante en desacuerdo, 3= algo en desacuerdo, 4= posición central, 5 = algo de acuerdo, 6 = bastante de acuerdo, 7 = totalmente de acuerdo). La puntuación total puede oscilar entre 55 y 406, cuanto más alta sea esa puntuación mayor será el nivel de ansiedad experimentado. En un estudio realizado por Matthey et al. (2013), se ha usado el percentil ≥ 85 para identificar a las mujeres que presentan ansiedad durante el embarazo. En la adaptación española se ha propuesto una puntuación ≥ 234 (percentil 85) para identificar a las mujeres que presentan ansiedad elevada específica durante el embarazo (Vázquez et al., 2018).

La versión española de la escala fue revisada por Vázquez y Míguez (2021), conservando los ítems con mayor carga factorial y obteniendo como resultado una escala de 20 ítems, divididos en cinco factores, con cinco opciones de respuesta, teniendo cada uno de ellos un valor entre 1 y 5 (Anexo 7). Como consecuencia, la puntuación total de la escala puede variar entre 20 y 100, a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad. Se utilizó como punto de corte ≥ 67 (percentil 85) para detectar a aquellas mujeres con elevada ansiedad específica del embarazo. En nuestro estudio se empleó esta versión breve de la escala para evaluar la ansiedad específica del embarazo. La fiabilidad de la escala se situó en 0,91 en el primer y segundo trimestre y en 0,94 en el tercer trimestre. Para el embarazo en general se obtuvo una fiabilidad del 0, 92.

El *Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unk;* (*Duke-UNK functional social support questionnaire, DUKE,* Broadhead et al., 1988), permite evaluar el grado de satisfacción que cada persona tiene del apoyo recibido. Por tanto, lo que evalúa es la percepción de apoyo. Consta de 11 ítems, los cuales se pueden dividir en dos subescalas, una referida al apoyo confidencial (que consiste en la posibilidad de contar con personas para comunicarse o compartir problemas) y otra referida al apoyo afectivo (basada en las demostraciones de amor, cariño y empatía). El apoyo confidencial se evalúa a través de 7 ítems que se corresponden con las preguntas 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10 de la escala, oscilando el rango de puntuación entre 7 y 35. El apoyo afectivo se valora a través de 4 ítems (3, 4, 5 y 11), con una puntuación entre 4 y 23. La puntuación de la escala en su conjunto oscila entre 11 y 55, de forma que, a menores puntuaciones, menor satisfacción con el apoyo social percibido (Anexo 8).

En la versión española adaptada por Bellón et al., (1996), se optó por un punto de corte correspondiente al percentil 15, que equivale a una puntuación total menor de 32 puntos. Así, una puntuación menor de 32 indicaría una baja percepción de apoyo social, mientras que una puntuación igual o superior indicaría percepción normal de apoyo social.

Con nuestra muestra, para la escala total la fiabilidad durante el embarazo fue de 0,91. Para el primer, segundo y tercer trimestre la fiabilidad se situó en 0,91 0,93 y 0,88, respectivamente. Con respecto al postparto, la fiabilidad a los dos, seis y 12 meses se situó en 0,94.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación, se presentan las variables evaluadas en este estudio y que fueron incluidas en los cuestionarios *ad hoc* diseñados específicamente con motivo del mismo. Las variables aparecen agrupadas en función del momento de evaluación en el que fueron recogidas.

3.1. VARIABLES EVALUADAS EN EL EMBARAZO

- Variables *sociodemográficas:* edad, estado civil (soltera, casada/vive en pareja, divorciada/separada y viuda), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, bachillerato/FP, universitarios), situación laboral (trabaja, en paro, baja laboral, pensionista, otras), el embarazo influyó en su situación laboral (sí, no), en caso afirmativo de qué manera, ingresos mensuales familiares (≤ 1000 euros, 1001-1500, 1501-2000, 2001-3000, 3001-4000, > 4000, no contesta) y número de hijos/as.

- Variables *relacionadas con el embarazo*: semana de gestación, cambios en la atención durante el embarazo debido al COVID-19 (empeoró significativamente, empeoró algo, sin cambios, mejoró algo, mejoró significativamente), en caso de considerar que empeoró, en qué aspecto; preocupación sobre la atención en el embarazo debido a la pandemia (sí/no), en caso afirmativo qué le preocupa; preocupación sobre la afectación del COVID-19 sobre su hijo mientras está embarazada (sí/no), en caso afirmativo qué le preocupa; antecedentes de aborto; embarazo planeado (sí/no); recurrió a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual (sí/no), en caso afirmativo indique a qué tratamiento ha recurrido; ha sufrido alguna complicación en el embarazo (sí/no), en caso afirmativo qué complicación.

- Variables *psicológicas*: se preguntó si en algún momento de su vida ha sido diagnosticada de algún trastorno psicológico/psiquiátrico (sí/no), en caso afirmativo indique de qué trastorno, si actualmente está a tratamiento por algún trastorno psicológico (sí/no), en caso afirmativo indique de qué trastorno; sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS; sintomatología ansiosa evaluada mediante la EDS-3A y la GAD-7, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, ansiedad rasgo utilizando el STAI-R; Trastorno de Ansiedad Generalizada evaluado con la entrevista SCID, ansiedad específica del embarazo evaluada mediante el PRAQ-20 y apoyo social percibido evaluado con la escala Duke-Unk.

3.2. VARIABLES EVALUADAS EN EL POSTPARTO

- Variables *sociodemográficas*: edad, estado civil (soltera, casada/vive en pareja, divorciada/separada y viuda), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, bachillerato/FP, universitarios), (≤ 1000 euros, 1001-1500, 1501-2000, 2001-3000, 3001-4000, > 4000, no contesta), número de hijos/as, cuál es su situación laboral actual (trabaja, en paro, baja laboral, pensionista, otros); la maternidad le ha influido en su situación laboral (sí/no), en caso afirmativo indique de qué manera.
- Variables *relacionadas con el embarazo, parto y postparto*: antecedentes de aborto; embarazo planeado (sí/no); recurrió a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual (sí/no), en caso afirmativo indique a qué tratamiento ha recurrido; semana postparto; semana de embarazo en la que se produjo el parto; tipo de parto (normal, cesárea, fórceps, ventosa); ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto (sí/no), en caso afirmativo indique cuál; su hijo/a ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto (sí/no), en caso afirmativo indique cuál complicación; su hijo/a tiene alguna malformación/enfermedad (sí/no), en caso afirmativo indique cuál; su hijo/a ha tenido que

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

estar hospitalizado/a (sí/no), en caso afirmativo indique por qué; cuál es su situación con respecto a la alimentación de su bebé (estoy dando el pecho actualmente, nunca quise dar el pecho, quería dar el pecho pero no pude, empecé dando el pecho pero lo dejé); en una escala de 0 a 10 valore su experiencia de embarazo y su experiencia de parto.

- Variables *psicológicas*: en algún momento de su vida ha sido diagnosticada de algún trastorno psicológico/psiquiátrico; sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS; sintomatología ansiosa evaluada mediante la EDS-3A y la GAD-7, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, ansiedad rasgo utilizando el STAI-R; Trastorno de Ansiedad Generalizada evaluado con la entrevista SCID y apoyo social percibido evaluado con la escala Duke-Unk. También se preguntó por los síntomas sufridos los días posteriores al parto (ansiedad o tensión, estado de ánimo triste o deprimido, sentimientos de incomprensión, más contenta de lo habitual, me sentí como siempre, otros sentimientos), cómo le hizo sentir no poder/querer amamantar al bebé (incomprendida, triste, ansiosa, inútil, otros sentimientos), si había recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico (sí/no), en caso afirmativo cuál y por qué, si actualmente está a tratamiento por depresión o ansiedad (sí/no), en caso afirmativo indique qué tratamiento está recibiendo.

4. PROCEDIMIENTO

La recogida de la muestra en el embarazo tuvo lugar entre septiembre del 2021 y enero de 2023. Los datos relativos al postparto se obtuvieron entre enero de 2022 y junio de 2023. En la Figura 1 se muestran los instrumentos de evaluación empleados en cada momento del estudio.

Previamente a la captación y evaluación de la muestra de este estudio se realizaron diversos trámites burocráticos para poder llevar a cabo la recogida de datos en diferentes centros de salud y el Hospital Lucus Augusti de Lugo (HULA). En primer lugar, se solicitó autorización al Comité Ético de Investigación de Galicia (CEIC). A este comité se le presentó el proyecto de investigación, el cuál debía ajustarse a un modelo preestablecido que constaba de los siguientes apartados: antecedentes y justificación del proyecto, bibliografía, objetivo principal, objetivos secundarios, material y métodos (diseño del estudio, ámbito de estudio, selección de participantes, captación y reclutamiento, tamaño muestral, período del estudio, mediciones e intervenciones, etc.), metodología estadística (justificación del tamaño de la muestra y análisis estadísticos), seguridad y efectos adversos, aspectos éticos y legales. El siguiente paso fue solicitar la autorización del jefe de servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Lucus Augusti (HULA) y de los jefes de servicio de los centros de salud. Posteriormente se contactó con las matronas de forma presencial, para saber si estaban interesadas en participar, ya que eran ellas las encargadas de informar de la existencia de la investigación. Si estaban interesadas, también firmaban la autorización pertinente. Una vez conseguidas todas las autorizaciones se procedió a la recogida de los datos.

Debido a la situación de la pandemia no se pudo acudir presencialmente a los centros de salud ni al Hospital Lucus Augusti para captar la muestra, por lo que eran las matronas las que informaban brevemente del objetivo de la investigación y solicitaban la colaboración de las mujeres. También se pusieron carteles informativos en los diferentes centros de salud y en el HULA, en dónde se facilitaba un número de contacto y un e-mail al que las mujeres interesadas en participar en la investigación podían dirigirse para recibir información sobre la misma. La mayor parte de la muestra pertenece al área sanitaria de Lugo, pero al encontrarnos en una zona céntrica de Galicia también se captaron mujeres del área sanitaria de A Coruña, Pontevedra y Ourense. Concretamente, en el embarazo, el 53,9% (n = 171) de la muestra pertenecía al área

sanitaria de Lugo, un 16,7% (n = 53) a la de A Coruña, un 15,1% (n = 48) a la de Pontevedra y un 14,2% (n = 45) a la de Ourense. Con respecto al postparto, el 52,2% (n = 60) pertenece al área sanitaria de Lugo, un 24,3% (n = 28) a la de Ourense, un 12,2% (n = 14) a la de Pontevedra y un 11,3% a la de A Coruña (n = 13).

El primer contacto con las participantes de este estudio tuvo lugar cuando las mujeres acudían a sus revisiones de seguimiento durante el embarazo, independientemente de la semana de gestación en la que se encontrasen. Previamente a la administración de los cuestionarios, se contactaba con las mujeres vía telefónica y nuevamente se les informaba sobre el objetivo y la metodología del estudio, y se solicitaba su consentimiento para recoger y analizar la información proporcionada en los cuestionarios. Una vez que accedían a participar y firmaban el consentimiento informado, se realizaba la entrevista clínica. A continuación, se proporcionaban las instrucciones pertinentes para cumplimentar los cuestionarios, enviados a posteriori de forma telemática.

La evaluación de las mujeres en el embarazo, independientemente del trimestre en el que se encontraran, incluyó la administración de un cuestionario que incluía preguntas relacionadas con el embarazo, así como la SCID, la EPDS, el GAD-7, el STAI-E, el STAI-R, el PRAQ-20 y el DUKE. Se contactaba con las mujeres en función de su disponibilidad, con el fin de conseguir la máxima participación. La duración media de cada evaluación fue de 35 minutos (la entrevista 15 minutos y la cumplimentación de los cuestionarios entre los 15 y 20 minutos).

Las mujeres evaluadas en el postparto fueron entrevistadas en tres momentos. La primera evaluación se realizó en torno a los dos meses del parto, entre las semanas seis y ocho. La segunda evaluación se realizó a los seis meses postparto y la tercera, y última evaluación, fue llevada a cabo al año postparto. Los cuestionarios administrados en estas evaluaciones incluían preguntas sobre variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto, variables psicológicas, así como la SCID, la EPDS, el GAD-7, el STAI-E y el DUKE. La duración media de las evaluaciones fue de 30 minutos. El día y la hora de las evaluaciones eran acordados en función de la disponibilidad de las mujeres, con el fin de conseguir la máxima participación. Todas las entrevistas fueron realizadas de forma telefónica e individual y los cuestionarios eran enviados de forma telemática. La imposibilidad de contacto se establecía cuando tras realizar un mínimo de cinco llamadas y enviar un mínimo de ocho mensajes, no se lograba contactar con la mujer a evaluar.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

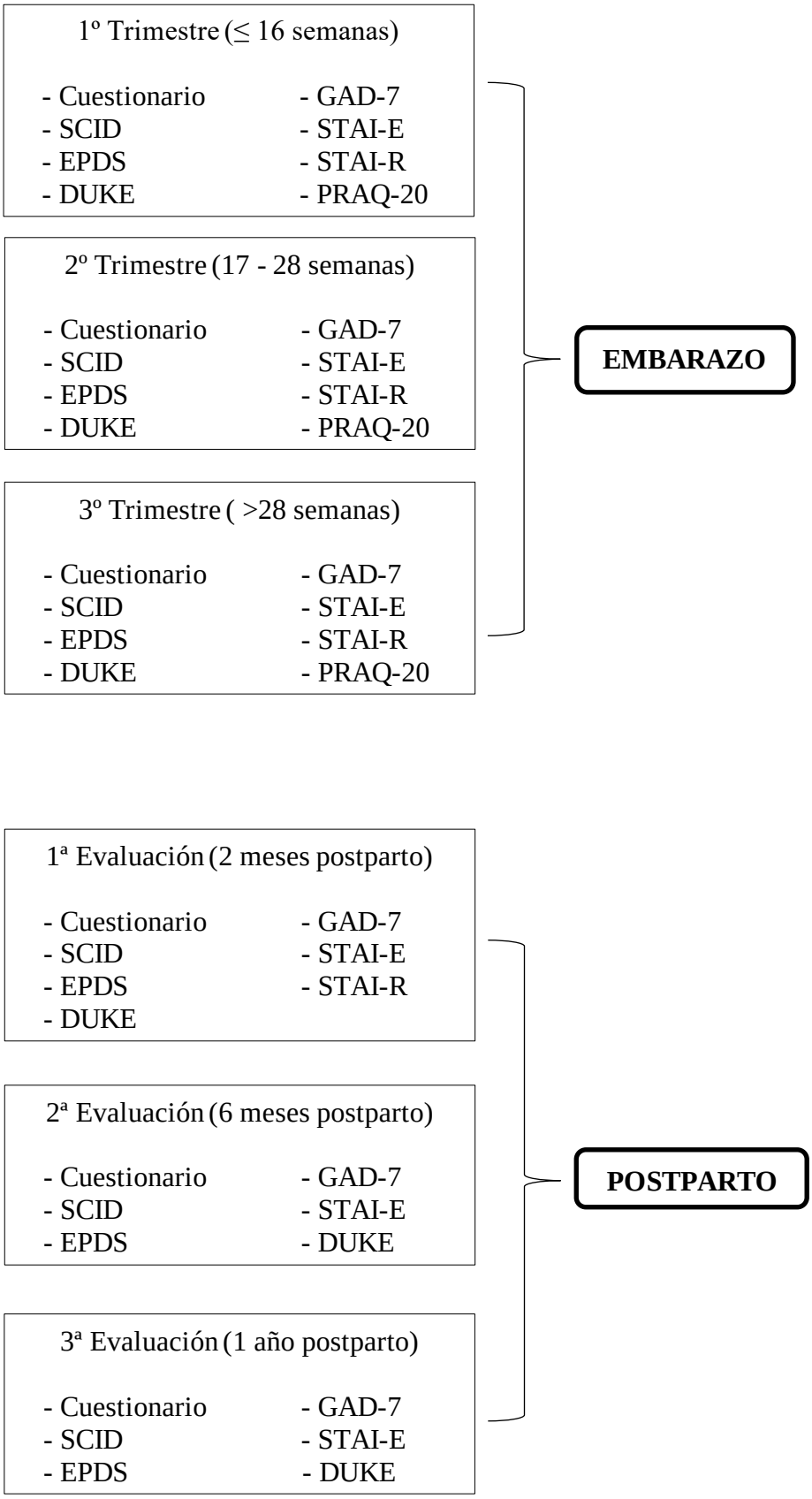


Figura 1. Momentos e instrumentos de evaluación en el embarazo y postparto.

5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics para Windows (versión 23), siendo considerado significativo un p-valor < 0,05. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica. La distribución de frecuencias se utilizó para analizar la prevalencia de las variables cualitativas (características sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, parto y postparto y variables psicológicas).

En la validación de la EDS-3A se emplearon curvas ROC para determinar su sensibilidad y especificidad a la hora de detectar el trastorno de ansiedad generalizada, de acuerdo con el diagnóstico proporcionado por la entrevista SCID, así como los valores predictivos positivos (VPP) y los valores predictivos negativos (VPN). Se calcularon diferentes puntos de corte de la EDS-3A específicos para cada trimestre de embarazo. De igual modo, se calculó un punto de corte para el embarazo y el postparto en general. El criterio predeterminado para seleccionar el punto de corte más apropiado fue aquel que maximizara los valores de sensibilidad y especificidad con la condición de que ninguno de estos valores fuera inferior al 60,0%. A continuación, se tuvo en cuenta el mejor VPN asociado con los valores de sensibilidad y especificidad mencionados anteriormente.

Para analizar las diferencias entre la presencia o no de ansiedad respecto a las variables categóricas analizadas se realizaron tablas de contingencia y se aplicó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. En los casos de tablas 2x2, el paquete estadístico SPSS calcula la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas con casillas con una frecuencia esperada menor de 5. El tamaño del efecto se evaluó mediante el estadístico V de Cramer.

Para analizar las diferencias entre la presencia o no de ansiedad respecto a las puntuaciones medias obtenidas en las escalas se realizaron comparaciones de medias. En aquellos análisis donde se comparaban dos grupos se utilizó la prueba t de Student y se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen.

Asimismo, se realizaron análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el objetivo de conocer las variables que predicen la ansiedad tanto en el embarazo como en el postparto. Este análisis de regresión permite predecir una variable dependiente dicotómica (con ansiedad/sin ansiedad) en función de variables predictoras, categóricas o cuantitativas. Es decir, permite expresar la probabilidad de que ocurra un evento en función de ciertas variables que se presumen relevantes o influyentes. En concreto, para ver qué variables predicen la presencia de ansiedad se utilizó el total de la muestra en el embarazo (N= 317) dividiendo a las embarazadas en función de si presentaban, o no, probable ansiedad según el cuestionario EDS-3A y el trastorno de ansiedad generalizada según la SCID. Los mismos criterios fueron empleados en el postparto (N = 115), para conocer qué variables predicen la presencia de ansiedad en cada momento del postparto (dos meses, seis meses y 12 meses).

Por último, para analizar la fiabilidad de las escalas en esta muestra se calculó el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

III. RESULTADOS

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO

A continuación, se describirán las características de la muestra. Para ello, hemos agrupado las variables en sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y variables psicológicas. Se ofrece una descripción en función de las variables que han sido evaluadas en un único momento del embarazo, así como en función de aquellas que han sido evaluadas en cada trimestre.

1.1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA

La muestra de este estudio está compuesta por 317 mujeres cuyas edades abarcan desde los 18 a los 47 años, con una media de 33,71 años (*DT* = 5,03). Concretamente, el 5,1% de las mujeres tenían una edad igual o inferior a los 25 años (n = 16), el 55,8% (n = 177) se encontraba entre los 26 y 35 años de edad y el 39,1% de la muestra (n = 124) superaba los 35 años. En lo referente al estado civil, la mayoría estaban casadas o vivían en pareja (82,3%). En cuanto al nivel de estudios, un 54,3% (n = 172) tenía estudios universitarios y un 31,5% (n = 100) había cursado estudios bachillerato o formación profesional. En lo concerniente a la situación laboral, en el momento de realizar la entrevista un 66,6% (n = 211) de la muestra trabajaba. Respecto a los ingresos mensuales familiares, un 9,1% (n = 29) afirmó ganar 1000 euros o menos, un 41,7% (n = 132) indicó que sus ingresos se encontraban entre los 1001 y los 2000 euros y un 37,2% (n = 118) señaló que eran superiores a los 2000 euros (Tabla 21).

Con respecto a la situación laboral (Tabla 22), en el primer trimestre de embarazo, el 8,9% de las mujeres se encontraban en paro, el 8,3% estaban de baja laboral y un 0,6% era pensionista. En este primer trimestre no se evaluó la influencia del embarazo en la situación laboral por encontrarse en las primeras semanas de gestación. En el segundo trimestre, un 38,8% estaba en paro y un 25,3% de baja laboral. En el último trimestre de gestación, un 44,6% de las mujeres se encontraban de baja laboral.

Con respecto a la influencia del embarazo en la situación laboral (Tabla 23), en el segundo trimestre, el embarazo influyó en la situación laboral en el 37,3% de las mujeres. Concretamente, el 9,3% de las mujeres estaban de baja médica a consecuencia del embarazo, el 5,3% aludieron a síntomas físicos como cansancio, lumbalgia y ciática que interfirieron en el desempeño normal de su labor profesional y el 2,7% indicaron síntomas emocionales asociados al embarazo como estrés o ansiedad.

En el tercer trimestre, la influencia del embarazo en la situación laboral es referida por el 43,2% de las mujeres. En este caso, el 8,1% de las mujeres estaban de baja médica a consecuencia del embarazo, el 8,1% refirieron que la situación de embarazo fue causa de despido, no renovación de su contrato laboral o rechazo de un ascenso laboral, el 4,1% comunicaron la necesidad de tener que solicitar la adaptación y/o cambio de puesto en su lugar de trabajo, el 5,4% aludieron a síntomas físicos como cansancio, lumbalgia y ciática que interfirieron en el desempeño normal de su labor profesional y el 5,4% indicaron la interferencia de síntomas emocionales como mayor estrés, preocupación, ansiedad o depresión en su desarrollo profesional.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 21. Características sociodemográficas de la muestra en el embarazo (N = 317).

	n	%	*M*	*DT*
			33,72	5,03
Edad				
≤ 25	16	5,1		
26-35	177	55,8		
> 35	124	39,1		
Estado civil				
Soltera	49	15,5		
Casada/vive en pareja	261	82,3		
Divorciada/Separada	7	2,2		
Nivel de estudios				
Primarios	7	2,2		
Secundarios	38	12,0		
Bachillerato o FP	100	31,5		
Universitarios	172	54,3		
Situación laboral				
Trabaja	211	66,6		
En paro	30	9,5		
Baja laboral	66	20,8		
Pensionista	1	0,3		
Otros	9	2,8		
Ingresos mensuales familiares (euros)				
≤ 1000	29	9,1		
1001-1500	70	22,1		
1501-2000	62	19,6		
2001-3000	77	24,3		
3001-4000	27	8,5		
> 4000	14	4,4		
No sabe/No contesta	38	12,0		

Tabla 22. Situación laboral de la muestra por trimestres.

	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
Situación laboral actual	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Trabaja	135	80,4	47	62,7	29	39,2
En paro	15	8,9	6	38,0	9	12,2
Baja laboral	14	8,3	19	25,3	33	44,6
Pensionista	1	0,6	-	-	-	-
Otros	3	0,9	3	4,0	3	4,1

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 23. Influencia del embarazo en la situación laboral.

	2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	*n*	%
El embarazo influyó en su situación laboral				
No	47	62,7	42	56,8
Sí	28	37,3	32	43,2
¿De qué manera influyó?				
Baja laboral	7	9,3	6	8,1
Despido/no renovación/rechazo de ascenso	1	1,3	6	8,1
Adaptación/cambio de puesto/baja	1	1,3	3	4,1
Menor rendimiento por síntomas físicos	4	5,3	4	5,4
Más estrés/ansiedad/preocupación	2	2,7	4	5,4
Incapacidad temporal	1	1,3	1	1,4
En paro	6	8,0	9	12,2
Otros	3	4,0	3	4,1
Prefieren no contestar	12	16,0	4	5,4

1.2. Análisis de variables relacionadas con el embarazo

En cuanto a las semanas de gestación en las que se llevaron a cabo las evaluaciones, la media de semanas en que se encontraba la muestra reclutada durante el primer trimestre fue de 9,06 (*DT* = 2,99), concretamente entre las 4 y 16 semanas de embarazo. En el segundo trimestre, las gestantes se encontraban entre las semanas 17 y 27 de gestación (*M* = 21,23; *DT* = 3,64) y, en el tercer trimestre, entre las semanas 28 y 40 (*M* = 33,08; *DT* = 2,96).

Por lo que respecta a variables relacionadas con el embarazo (Tabla 24), en concreto a la paridad, el 62,5% (n = 198) de las mujeres eran primíparas, para el 33,4% (n = 106) se trataba de su segundo hijo/a y para el 4,1% (n = 13) este era su tercer hijo/a.

Tabla 24. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo.

	n	%	*M*	*DT*
Paridad				
Primíparas	198	62,5		
Multíparas	119	37,5		
Nº de hijos			0,42	0,57
0	198	62,5		
1	106	33,4		
2	13	4,1		
Abortos previos				
No	275	86,8		
Sí	42	13,2		
Planificación del embarazo				
No	52	46,4		
Sí	265	83,6		
Tratamiento de fertilidad				
No	292	92,1		
Sí	25	7,9		
Tipo de tratamiento de fertilidad (*n* = 25)				
Fiv (ovodonación)	18	72,0		
Inseminación	4	16,0		
Hormonal	1	4,0		
Fiv (óvulos propios)	2	8,0		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Referente a los antecedentes de aborto, un 13,2% (n = 42) de la muestra refirió había sufrido al menos uno en algún momento de su vida. El embarazo fue planificado en el 83,6% (n = 265) de los casos. El 7,9% (n = 25) de las mujeres de esta muestra informa haber recurrido a algún tipo de tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual.

Con respecto a la pandemia del COVID-19 (Tabla 25), un 55,8% (n = 177) de la muestra indicaba estar preocupada por los posibles cambios que la pandemia produjese sobre la atención sanitaria. En concreto, un 16,7% (n = 53) refería tener miedo a una atención sanitaria deficiente como no realizar suficientes consultas de seguimiento, atención exclusivamente telefónica o falta de personal sanitario. Un 8,2% (n = 26), indicaba estar preocupada por la ausencia de acompañante tanto en las consultas de seguimiento del embarazo como durante el parto. Además, un 79,8% (n = 253) de las gestantes refería estar preocupada por el posible efecto del brote de COVID-19 sobre la salud de su hijo/a mientras estaba embarazada. La mayor preocupación (29,2%) estaba relacionada con la ausencia de conocimiento sobre las posibles secuelas, a corto y largo plazo, que podría tener el virus sobre la salud general del feto y el recién nacido.

Tabla 25. Efecto de la pandemia por COVID-19 sobre la muestra.

	n	%
Preocupación por los cambios en su atención sanitaria		
No	140	44,2
Sí	177	55,8
Tipo de preocupación (*n = 177*)		
Empeoramiento de la atención recibida	53	16,7
Ausencia de acompañamiento	26	8,2
Otros	9	28,1
No sabe/no contesta	89	28,1
Preocupación sobre la salud de su hijo/a durante el embarazo		
No	64	20,2
Sí	253	79,8
Tipo de preocupación (*n = 253*)		
Desconocimiento sobre la salud general del feto	74	29,2
Miedo sobre las consecuencias de contagiarse durante la gestación	63	24,9
Otros	22	8,7
No sabe/ No contesta	94	37,2

En cuanto al efecto de la pandemia sobre el embarazo al compararlo con gestaciones anteriores (Tabla 26), un 9,5% (n = 11) de las mujeres multíparas (n = 119) indicaban que la atención durante el embarazo había empeorado significativamente, un 21,6% (n = 25) referían que había empeorado algo y el 49,1% (n = 57) informaba que no detectaran cambios. Por el contrario, un 10,9% (n = 13) referían que la atención había mejorado algo. El 8,4% restante indicaba no estar en condiciones de valorar la atención porque solamente habían asistido a una consulta.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 26. Descripción de la muestra en función de los cambios debidos al COVID-19 en comparación con gestaciones anteriores (n = 119).

	n	%
Cambios en la atención sanitaria		
Empeoró significativamente	11	9,5
Empeoró algo	25	21,6
Sin cambios	57	49,1
Mejoró algo	13	10,9
No puede valorar	10	8,4
Tipo de cambio (*n = 36*)		
Empeoramiento de la atención recibida	19	52,8
Ausencia de acompañamiento	11	30,5
Otros	6	16,7
Mayor número de emociones negativas		
No	55	46,2
Sí	58	48,7
No sabe/ No puede valorar	6	5,0
Qué emoción (*n = 58*)		
Ansiedad	28	48,3
Tristeza	10	17,2
Incertidumbre	8	13,8
Otras	12	20,7
Que ha sido lo que más le ha afectado/perjudicado		
Miedo al contagio y consecuencias sobre el bebé	54	45,3
Cambios en la atención sanitaria	18	19,4
Reducción en las relaciones sociales	16	13,4
Aparición de síntomas emocionales	9	7,6
Otros	13	10,9
No sabe/no contesta	9	7,6

Respecto al aumento de emociones negativas, en comparación con embarazos anteriores, un 48,7 % (n = 58) indican que había experimentado mayor número de emociones negativas. En concreto, un 48,3% (n = 28) informaba haber experimentado ansiedad y/o preocupación y un 17,2% (n = 10) depresión. Relativo a lo que más les había afectado durante el embarazo, el 45,3% de la muestra de multíparas indicaba que había sido el miedo al contagio y las posibles consecuencias que éste podía tener sobre el embarazo y el bebé (n = 54), un 19,4% (n = 18) referían haberse visto afectadas por cambios en la atención sanitaria tales como reducción del número de consultas, la prohibición de ir acompañadas a las revisiones y la ausencia de clases de preparación maternal, etc. Otro aspecto que informaron el 13,4%, fue la reducción en las relaciones sociales.

Las complicaciones en el embarazo (Tabla 27), fueron evaluadas en el segundo y tercer trimestre. En el segundo trimestre, un 21,3% (n = 16) de las gestantes refería haber sufrido complicaciones y en el tercer trimestre un 21,6% (n = 16). La amenaza de aborto fue la complicación más frecuente en el segundo trimestre (37,5%). En cambio, en el tercer trimestre fueron los síntomas físicos y la diabetes gestacional (4,1%).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 27. Complicaciones en el embarazo.

	2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	*n*	%
Complicación embarazo				
No	59	78,3	58	78,4
Sí	16	21,3	16	21,6
Tipo de complicación				
Amenaza de aborto	6	37,5	2	12,5
Síntomas físicos	3	4,0	3	4,1
Hematoma retroplacentario	1	1,3	2	2,7
Hiperémesis gravídica	2	2,7		
Hipertensión	-	-	1	1,4
Diabetes Gestacional	-	-	3	4,1
Crecimiento retardado	-	-	1	1,4
Malformación fetal	-	-	1	1,4
Covid-19	2	2,7	1	1,4
Otros	2	2,7	2	2,7

1.3. Análisis de variables psicológicas

A continuación, se van a presentar los datos hallados respecto a las variables psicológicas evaluadas diferentes a la ansiedad (Tabla 28). En relación a los antecedentes familiares de trastornos psicológicos/psiquiátricos se preguntó si alguien de la familia de la embarazada había sido diagnosticado de algún trastorno psicológico. Se encontró que un 24,6% (n = 78) de la muestra informaba de antecedentes psicológicos/psiquiátricos de algún familiar. Concretamente, la depresión fue el diagnóstico más informado (32,0%). Respecto a la prevalencia de antecedentes personales de trastorno psicológico/psiquiátrico, se halló que el 24,0% (n = 76) de la muestra informaba haber padecido algún trastorno a lo largo de su vida. La ansiedad (55,3%; n = 42) fue el trastorno más común, seguido de la depresión (22,4%; n = 17).

Con respecto a las variables psicológicas que se evaluaron en cada trimestre de gestación (Tabla 29), en el primer trimestre el 4,2% (n = 7) de las gestantes informó estar recibiendo tratamiento psicológico; mientras que en el segundo y tercer trimestre lo informaron el 5,3% (n = 4) y el 2,7% (n = 2) de las embarazadas, respectivamente. Concretamente, el 2,4% (n = 4) de las gestantes del primer trimestre estaban recibiendo tratamiento para la ansiedad, mientras que en el segundo y tercer trimestre estas mujeres suponían al 4,0% (n = 3) y el 2,7% (n = 2).

En la muestra también se evaluó la depresión mediante la EPDS, y el apoyo social percibido con el DUKE. Con respecto a la depresión, se halló una puntuación media de 9,38 (*DT* = 1,44). Utilizando el punto de corte de esta escala se halló que un 43,5% (n = 138) de la muestra presentaba un nivel elevado de sintomatología depresiva. En cuanto a la percepción de apoyo social evaluado con la DUKE, se halló una puntuación media de 45,36 (*DT* = 8,60). Concretamente, el 7,6% (n = 24) percibió un nivel bajo de apoyo social de su entorno.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 28. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas.

	n	%	*M*	*DT*
Historia familiar de trastorno psicológico/psiquiátrico				
No	239	75,4		
Sí	78	24,6		
Cuál trastorno (*n* = 78)				
Depresión	25	32,0		
Ansiedad	10	12,8		
Depresión y ansiedad	9	11,5		
Trastorno bipolar	7	9,0		
Esquizofrenia	6	7,7		
TP	1	1,3		
Más de un diagnóstico	6	7,7		
Otros/No sabe/No contesta	14	17,9		
Historia personal de trastorno psicológico/psiquiátrico				
No	241	76,0		
Sí	76	24,0		
Cuál trastorno (*n* = 76)				
Ansiedad	42	55,3		
Depresión	17	22,4		
Depresión y ansiedad	6	7,9		
Anorexia/bulimia	3	3,9		
Trastorno bipolar	2	2,6		
Otros/No sabe/No contesta	7	9,2		
Tratamiento psicológico en la actualidad				
No	304	95,9		
Sí	13	4,1		
EPDS			9,38	1,44
No < 10	179	56,5		
Sí ≥ 10	138	43,5		
Apoyo social (DUKE)			45,36	1,08
No < 32	24	7,6		
SÍ ≥ 32	293	92,4		

Analizando las variables psicológicas por trimestres (Tabla 29), con respecto a la depresión, se halló una puntuación media de 8,77 (*DT* = 5,29) en el primer trimestre, 10,32 (*DT* = 5,60) en el segundo y 9,80 (*DT* = 4,75) en el tercero. Utilizando el punto de corte de la escala, se halló que un 38,1% (n = 64) de la muestra presentaba un nivel elevado de sintomatología depresiva durante el primer trimestre de embarazo, en el segundo un 52,0% (n = 39) y un 47,3% (n = 35) en el tercer trimestre. Por último, para el apoyo percibido, la puntuación media hallada en el primer trimestre fue de 45,86 (*DT* = 8,32), 43,68 (*DT* = 10,10) en el segundo y 45,95 (*DT* = 7,42) en el tercero.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 29. Variables psicológicas por trimestres.

	1º Trimestre				2º Trimestre				3º Trimestre			
	n	%	*M*	*DT*	*n*	%	*M*	*DT*	*n*	%	*M*	*DT*
Tratamiento psicológico en la actualidad												
No	161	95,8			71	94,7			72	97,3		
Sí	7	4,2			4	5,3			2	2,7		
Depresión			8,77	5,29			10,32	5,60			9,80	4,75
No < 10	104	61,9			36	48,0			39	52,7		
Sí ≥ 10	64	38,1			39	52,0			35	47,3		
Apoyo social			45,86	8,32			43,68	10,10			45,95	7,42
No < 32	12	7,1			9	12,0			3	4,1		
SÍ ≥ 32	156	92,9			66	88,0			71	95,9		

2. VALIDACIÓN DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EDS-3A) COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA ANSIEDAD ANTENATAL Y POSTNATAL EN ESPAÑA

La validación de la EDS-3A en el embarazo se llevó a cabo con la muestra de 317 gestantes. Utilizando las curvas ROC para establecer el punto de corte más adecuado para la EDS-3A (Tabla 30), en función de los valores de especificidad (espec.), sensibilidad (sens.), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), se halló que el punto de corte de la EDS-3A para el embarazo general que obtuvo mejor combinación de dichos parámetros para el diagnóstico de ansiedad generalizada fue ≥ 7. Por otro lado, el área bajo la curva (AUC) fue de 0,82.

Tabla 30. Valores de especificidad, sensibilidad, valores predictivos positivos y negativo para diferentes puntos de corte de la EDS-3A en el embarazo general para la ansiedad generalizada.

AUC (95% CI)	EDS-3A	Espec. (%)	Sens. (%)	VPP (%)	VPN (%)
0,820 (0,750 - 0,890)	≥ 5	47,1	89,7	19,2	97,0
	≥ 6	82,1	61,5	24,8	96,3
	≥ 7	**86,3**	**61,5**	**38,7**	**94,1**
	≥ 8	50,0	41,0	53,3	92,0

Así mismo, siguiendo los mismos criterios para establecer el punto de corte para el embarazo en general, se determinó el punto de corte más idóneo de la EDS-3A para los tres trimestres de embarazo. Se encontró que el punto de corte específico de cada trimestre que obtuvo la mejor combinación de, especificidad, sensibilidad, VPP y VPN para la ansiedad fue de 6 o más en el primer trimestre del embarazo y de 7 o más en el segundo y tercer trimestre

(Tabla 31). Por otro lado, el área bajo la curva (AUC) fue de 0,86 en el primer trimestre, 0,92 en el segundo y de 0,59 en el tercero. Es necesario destacar, que las curvas ROC indican que el cuestionario no discrimina (o predice) significativamente en el tercer trimestre (p >.05). Esto quiere decir que el resultado obtenido para este tercer trimestre no es fiable, por lo tanto, los datos deberían ser interpretados con cautela.

Con el punto de corte de 6 o más en el primer trimestre se detectó el 87,5% de las mujeres con ansiedad generalizada. Con el punto de corte de 7 o más en el segundo y tercer trimestre se detectó el 85,7% y el 33,3% de las mujeres con ansiedad generalizada, respectivamente. Finalmente, con el punto de corte de 7 o más se detectó al 61,5% de las mujeres con ansiedad durante el embarazo

Tabla 31. Valores de especificidad, sensibilidad, valores predictivos positivos y negativos para diferentes puntos de corte de la EDS-3A en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo para la ansiedad generalizada.

	AUC (95% CI)	EDS-3A	Espec. (%)	Sens. (%)	VPP (%)	VPN (%)
Primer trimestre (4-16 semanas)	0,863 (0,789- 0,937)	≥ 5	50,1	100	17,8	100
		≥ 6	**70,4**	**87,5**	**23,7**	**98,2**
		≥ 7	86,2	56,3	56,3	94,9
		≥ 8	95,4	37,5	46,2	93,5
Segundo trimestre (17-27semanas)	0,927 (0,854 - 1,00)	≥ 5	42,6	100	28,6	100
		≥ 6	65,6	92,9	38,2	97,6
		≥ 7	**88,5**	**85,7**	**63,2**	**96,4**
		≥ 8	98,4	57,1	88,9	90,9
Tercer trimestre (28-40 semanas)	0,590 (0,384 - 0,795)	≥ 5	41,5	55,6	11,6	87,1
		≥ 6	52,3	55,6	13,9	89,5
		≥ 7	**84,6**	**33,3**	**23,1**	**90,2**
		≥ 8	90,8	22,2	25,0	89,4

La validación de la EDS-3A durante el postparto se llevó a cabo con una muestra de 115 puérperas que fueron evaluadas durante tres momentos del postparto (dos, seis y 12 meses). Al igual que para el embarazo, se utilizaron las curvas ROC y sus diferentes parámetros para establecer el punto de corte más adecuado (Tabla 32). Se halló que el punto de corte más adecuado para el diagnóstico de ansiedad generalizada durante el postparto fue ≥ 7. Por otro lado, el área bajo la curva (AUC) fue de 0,97.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 32. Valores de especificidad, sensibilidad, valores predictivos positivos y negativo para diferentes puntos de corte de la EDS-3A en el posparto para la ansiedad generalizada.

AUC (95% CI)	EDS-3A	Espec. (%)	Sens. (%)	VPP (%)	VPN (%)
0,974 (0,952 - 0,997)	≥ 5	53,1	100,0	4,5	100,0
	≥ 6	71,6	100,0	7,1	100,0
	≥ 7	**88,4**	**100,0**	**15,9**	**100,0**
	≥ 8	96,3	85,7	33,3	99,7

Con el punto de corte de 7 o más se detectó al 100,0% de las mujeres con ansiedad generalizada durante el postparto y se identificó como "sanas" al 88,4% de las mujeres que no presentaban ansiedad.

3. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD GENERAL Y LA ANSIEDAD ESPECÍFICA EN EL EMBARAZO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

3.1. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL EMBARAZO CON DIFERENTES INSTRUMENTOS

A continuación, se aportan los datos de prevalencia de la ansiedad general hallados en el embarazo, utilizando diferentes escalas (Figura 2). Para evaluar la prevalencia de sospecha de ansiedad se ha empleado la EDS-3A (≥ 7), la GAD-7 (≥ 10) y el STAI-E (> 31). Para evaluar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se ha utilizado la entrevista clínica estructurada (SCID) para los trastornos del eje I del DSM-5. En el embarazo, se ha obtenido una prevalencia del 19,6% (n= 62) con la EDS-3A, del 30,3% (n= 96) con la GAD-7 y del 21,8% con el STAI-E (n= 69). La prevalencia del TAG fue del 12,3% (n= 39).

En el primer trimestre (n = 168), la prevalencia obtenida con la EDS-3A fue de 17,9%, con la GAD-7 se situó en un 28,6% y con el STAI-E alcanzó el 21,4%. La prevalencia del TAG fue del 9,5% (n = 16).

Los datos hallados en el segundo trimestre (n = 75) con la EDS-3A fueron del 25,3%, se situaron en un 33,3% con la GAD-7 y alcanzaron un 24,0% con el STAI-E. Con la entrevista SCID la prevalencia del TAG fue del 18,7% (n = 14).

En el tercer trimestre de embarazo (n = 74) se obtuvo con la EDS-3A una prevalencia del 17,6%, se situó en un 31,1% con la GAD-7 y alcanzó un 20,3% con el STAI-E. La prevalencia del TAG fue del 12,2% (n = 9).

Por otro lado, para evaluar la prevalencia de ansiedad específica del embarazo se empleó el PRAQ-20 (≥ 67), hallando una prevalencia del 13,6%. En el primer trimestre la prevalencia fue del 10,7%, en el segundo del 18,7% y en el tercero del 20,3% (Figura 3).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

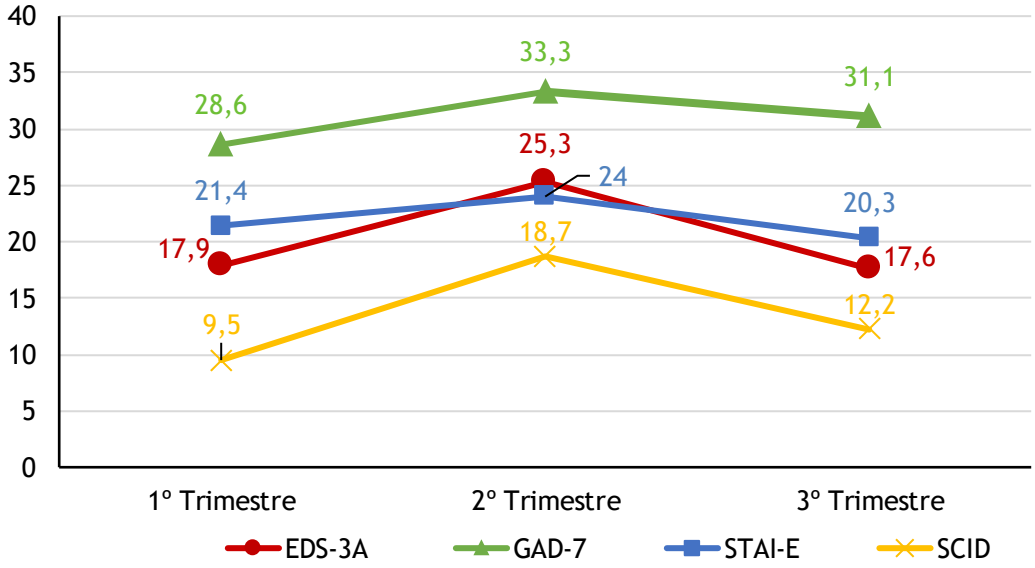


Figura 2. Prevalencia de la ansiedad general a lo largo del embarazo con diferentes instrumentos.

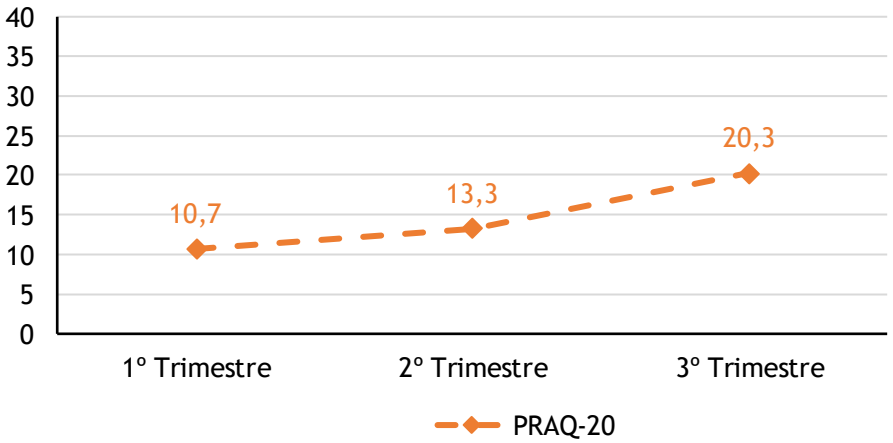


Figura 3. Prevalencia de la ansiedad específica del embarazo a lo largo del embarazo.

3.1.1. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo

Se ha utilizado como variable dependiente la sospecha de ansiedad evaluada con la EDS-3A ≥ 7 y el trastorno de ansiedad generalizada evaluado con la SCID, como criterios para conocer las variables independientes asociadas a la presencia de ansiedad en el embarazo. Se aportarán los datos para el embarazo en conjunto debido al tamaño reducido de la muestra en el segundo y tercer trimestre. Por lo tanto, los análisis se centrarán en las variables evaluadas en todos los trimestres del embarazo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.1.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos

Cuando se compara a las mujeres con sospecha de ansiedad respecto a las mujeres sin sospecha de ansiedad en función de variables sociodemográficas (Tabla 33), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en función de la edad ($\chi^2_{(1, 317)} = 5{,}228$, $p = 0{,}022$, V de Cramer = 0,13) y en el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 317)} = 4{,}449$, $p < 0{,}035$, V de Cramer = 0,12). En concreto, entre las mujeres con sospecha de ansiedad es mayor el porcentaje de aquellas que tienen una edad inferior o igual a los 30 años (38,7% vs 24,3%) y que sólo tienen estudios básicos (22,6% vs. 12,2%). Con respecto a la media de edad, no se hallaron diferencias significativas ($t_{(315)} = 1{,}57$, $p = 0{,}121$) entre ambos grupos de mujeres (33,96 vs. 32,68).

No se hallaron diferencias significativas en función del estado civil $\chi^2_{(1, 317)} = 0{,}578$, $p = 0{,}447$), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 317)} = 0{,}962$, $p = 0{,}327$) y los ingresos familiares mensuales ($\chi^2_{(1, 317)} = 2{,}436$, $p = 0{,}119$).

Tabla 33. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No ansiedad (n = 255)		Sí ansiedad (n = 62)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Edad					5,228	0,022	0,13
≤ 30	62	24,3	24	38,7			
> 30	193	75,7	38	61,3			
Estado civil					0,578	0,447	
Sin pareja	43	16,9	13	21,0			
Casada/vive en pareja	212	83,1	49	79,0			
Nivel de estudios					4,449	0,035	0,12
Básicos (primaria y secundaria)	31	12,2	14	22,6			
Superiores (bachillerato, FP, universitarios)	224	87,8	48	77,4			
Situación laboral					0,962	0,327	
Trabaja	173	67,8	38	61,3			
No trabaja (baja, desempleo, etc.)	82	32,2	24	38,7			
Ingresos mensuales familiares (euros)					2,436	0,119	
≤ 2000	124	48,6	37	59,7			
> 2000	131	51,4	25	40,3			

3.1.1.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 34), no se encontraron diferencias significativas entre grupos en ninguna de las variables evaluadas.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 34. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No ansiedad (n = 225)		Sí ansiedad (n = 62)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Paridad					0,442	0,506
Primíparas	157	61,6	41	66,1		
Multíparas	98	38,4	21	33,9		
Abortos previos					1,313	
No	223	87,5	52	83,9		
Sí	30	11,8	10	16,1		
Planificación del embarazo					3,411	0,065
No	37	14,5	15	24,2		
Sí	218	85,5	47	75,8		
Tratamiento de fertilidad					0,340	0,599
No	236	92,5	56	90,3		
Sí	19	7,5	6	9,7		

3.1.1.3. Factores de riesgo psicológicos

Por lo que respecta a la comparación entre grupos de mujeres en función de variables psicológicas (Tabla 35), se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1,317)} = 11,301$, $p = 0,001$, V de Cramer = 0,19), a la presencia de ansiedad rasgo elevada ($\chi^2_{(1,317)} = 61,311$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,44) y a la presencia de ansiedad específica durante el embarazo ($\chi^2_{(1,317)} = 5,344$, $p = 0,021$, V de Cramer = 0,13). Las mujeres con sospecha de ansiedad durante el embarazo presentan en mayor porcentaje antecedentes de trastornos psicológicos (40,3% vs. 20,0%), de ansiedad rasgo elevada (50,0% vs. 8,6%) y de ansiedad específica del embarazo (32,6% vs. 17,5%). No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de los antecedentes de ansiedad ($\chi^2_{(1,317)} = 0,556$, $p = 0,456$).

Por otro lado, respecto a los datos proporcionados por los distintos cuestionarios (EPDS, STAI-R y DUKE), se encuentran diferencias significativas en todas las variables estudiadas. Se hallaron diferencias en función de la presencia de depresión ($\chi^2_{(1,317)} = 94,344$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,55), de ansiedad rasgo elevada ($\chi^2_{(1,317)} = 61,311$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,44) y del apoyo social percibido ($\chi^2_{(1,317)} = 5,313$, $p = 0,031$, V de Cramer = 0,13). En concreto, las mujeres con sospecha de ansiedad durante el embarazo presentan en mayor porcentaje sintomatología depresiva elevada (98,4% vs. 30,2%), ansiedad rasgo (50,0% vs. 8,6%) y baja percepción de apoyo social (14,5% vs. 5,9%).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 35. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de variables psicológicas.

	No ansiedad (n = 225)		Sí ansiedad (n = 62)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Antecedente de trastorno psicológico					11,301	0,001	0,19
No	204	80,0	37	59,7			
Sí	51	20,0	25	40,3			
Antecedente de ansiedad					0,556	0,456	
No	223	87,5	52	83,9			
Sí	32	12,35	10	16,1			
Ansiedad Rasgo					61,311	<0,001	0,44
No	233	91,4	31	50,0			
Sí	22	8,6	31	50,0			
Ansiedad Específica					5,344	0,021	0,13
No	226	82,5	29	67,4			
Sí	44	17,5	14	32,6			
Depresión					94,334	<0,001	0,55
No	178	69,8	1	1,6			
Sí	77	30,2	61	98,4			
Apoyo social					5,313	0,031	0,13
Adecuado	240	94,1	53	85,5			
Bajo	15	5,9	9	14,5			

Se obtienen diferencias significativas respecto a las medias (Figura 4) entre ambos grupos en depresión ($t_{(315)} = -16,227$, $p < 0,001$, *d* Cohen = -2,29), ansiedad rasgo ($t_{(315)} = -10,842$, $p < 0,001$, *d* Cohen = -1,53), ansiedad específica del embarazo ($t_{(315)} = -4,609$, $p < 0,001$, *d* Cohen = -0,65) y apoyo social percibido ($t_{(315)} = 2,362$, $p = 0,021$, *d* Cohen = 0,37). Concretamente, las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas ($p < 0,001$) en depresión (16,58 vs. 7,63), en ansiedad rasgo (34,21 vs. 20,24) y ansiedad específica (58,06 vs. 48,52) y puntuaciones más bajas ($p = 0,008$) en apoyo social percibido (45,99 vs. 42,79).

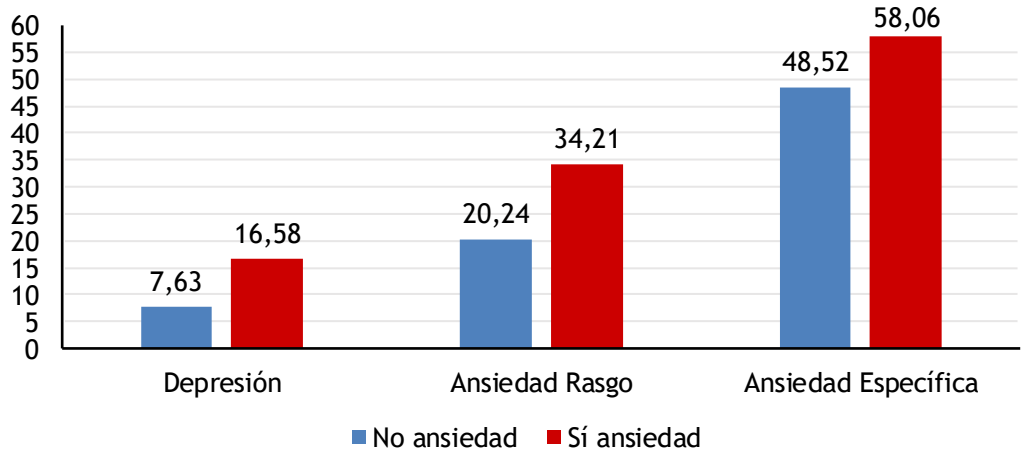


Figura 4. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y ansiedad específica del embarazo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.1.2. Predictores de la sospecha de ansiedad en el embarazo

Con el fin de conocer cuáles son los factores de riesgo que predicen la sospecha de ansiedad en el embarazo, se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia delante. Como variable dependiente se utilizó el estatus sospecha de ansiedad (EDS-3A ≥ 7, sí/ EDS-3A< 7, no) y como variables dependientes la edad (≤ 30/>30), el nivel de estudios (básicos/superiores), los antecedentes de trastorno psicológico (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ansiedad rasgo normal), la presencia de ansiedad específica del embarazo (sí/no), la sospecha de depresión (sí/no) y el apoyo social percibido (bajo/adecuado).

Los resultados muestran que la edad, la ansiedad rasgo y la sospecha de depresión son los predictores de la sospecha de ansiedad en el embarazo (Tabla 36). En concreto, tener menor edad (OR = 2,97), tener ansiedad rasgo elevada (OR = 3,82) y tener niveles elevados de sintomatología depresiva (OR = 103,39), aumenta las probabilidades de tener sospecha de ansiedad durante el embarazo.

Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,337 y un R^2 de Nagelkerke de 0,537.

Tabla 36. Predictores de la sospecha de ansiedad en el embarazo.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Edad ≤ 30	1,089	7,29	0,007	2,97[1,35 – 5,54]
Ansiedad rasgo elevada	1,34	12,11	< 0,001	3,82 [1,80 – 8,12]
Sintomatología depresiva elevada	4,64	20,31	0,001	103,39 [13,76 – 777,01]
Constante	-5,674	30,40	< 0,001	0,003

3.1.3. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo

3.1.3.1. Factores de riesgo sociodemográficos

Los análisis de comparación de las variables sociodemográficas entre las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada y sin trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo (Tabla 37) no hallan diferencias significativas en ninguna de las variables entre ambos grupos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 37. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No ansiedad (n = 278)		Sí ansiedad (n = 39)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Edad					1,729	0,188
≤ 30	72	25,9	14	35,9		
> 30	206	74,1	25	64,1		
Estado civil					0,895	0,344
Sin pareja	47	16,9	9	23,1		
Casada/vive en pareja	231	83,1	30	76,9		
Nivel de estudios					1,457	0,227
Básicos (primaria y secundaria)	37	13,3	8	20,5		
Superiores (bachillerato, FP, universitarios)	241	86,7	31	79,5		
Situación laboral					2,059	0,151
Trabaja	189	68,0	22	56,4		
No trabaja (baja, desempleo, etc.…)	89	32,0	17	43,6		
Ingresos mensuales familiares (euros)					0,562	0,453
≤ 2000	139	50,0	22	56,4		
> 2000	139	50,0	17	43,6		

3.1.3.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo

Al comparar las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada con respecto a las mujeres sin trastorno de ansiedad generalizada (Tabla 38), no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables relacionadas con el embarazo.

Tabla 38. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No ansiedad (n = 278)		Sí ansiedad (n = 39)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Paridad					0,051	0,821
Primíparas	173	62,2	25	64,1		
Multíparas	105	37,8	14	35,9		
Abortos previos					0,574	
No	242	87,1	33	84,6		
Sí	34	12,2	6	15,4		
Planificación del embarazo					0,034	0,854
No	46	16,5	6	15,4		
Sí	232	83,5	33	84,6		
Tratamiento de fertilidad					0,466	0,752
No	255	91,7	37	94,9		
Sí	23	8,3	2	5,1		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3.1.3.3. Factores de riesgo psicológicos

Por lo que respecta a la comparación entre las mujeres con y sin trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de variables psicológicas (Tabla 39), se han encontrado diferencias significativas en la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos (χ^2 (1, 317) = 9,387, p = 0,002, V de Cramer = 0,17), de ansiedad rasgo elevada (χ^2 (1, 317) = 15,098, p <0,001, V de Cramer = 0,22) y la presencia de ansiedad específica durante el embarazo (χ^2 (1, 317) = 8,130, p <0,004, V de Cramer = 0,16). Entre las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo es más elevado el porcentaje de aquellas que tienen antecedentes de trastornos psicológicos (43,6% vs. 21,2%), ansiedad rasgo elevada (38,5% vs. 13,7%) y ansiedad específica del embarazo (25,6% vs.10,2).

Asimismo, se encontraron diferencias en función de la presencia de depresión (χ^2 (1, 317) = 30,533, p <0,001, V de Cramer = 0,31) y de la falta de apoyo social percibido (χ^2 (1, 317) = 3,880, p =0,049, V de Cramer = 0,11). En concreto, las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo presentan en un mayor porcentaje depresión (84,6% vs. 37,8%) y baja percepción de apoyo social (15,4% vs. 6,5%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ente ambos grupos en función de presentar antecedentes previos de ansiedad (χ^2 (1, 317) = 2,041, p <0,153).

Tabla 39. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de variables psicológicas.

	No ansiedad (n = 278)		Sí ansiedad (n = 39)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					9,387	0,002	0,17
No	219	78,8	22	56,4			
Sí	59	21,2	17	43,6			
Antecedentes de ansiedad					2,041	0,153	
No	244	87,8	31	79,5			
Sí	34	12,2	8	20,5			
Ansiedad Rasgo					15,098	<0,001	0,22
No	240	86,3	24	61,5			
Sí	38	13,7	15	38,5			
Ansiedad Específica					8,130	0,004	0,16
No	246	89,8	32	74,4			
Sí	28	10,2	11	25,6			
Depresión					30,533	<0,001	0,31
No	173	62,2	6	15,4			
Sí	105	37,8	33	84,6			
Apoyo social					3,880	0,096	
Adecuado	260	93,5	33	84,6			
Bajo	18	6,5	6	15,4			

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas en el embarazo en los distintos cuestionarios (EPDS, STAI-R, PRAQ-20 y DUKE), entre las mujeres sin trastorno de ansiedad generalizada respecto a las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada, se halló (Figura 5) que este último grupo obtiene puntuaciones medias significativamente más elevadas (15,18 vs. 8,56) en depresión (t (315) = -8,045, p <0.001, d Cohen = -1,37), en ansiedad rasgo (32,82 vs. 21,59) (t (315) = -6,568, p <0.001, d Cohen = -1,12), en ansiedad específica del embarazo (58,36 vs. 49,27) (t (315) = -3,590, p <0.001, d Cohen = -0,61), y más bajas (41,08 vs. 45,96) en apoyo social percibido (t (315) = -2.738, p = 0,009, d Cohen = 0,57).

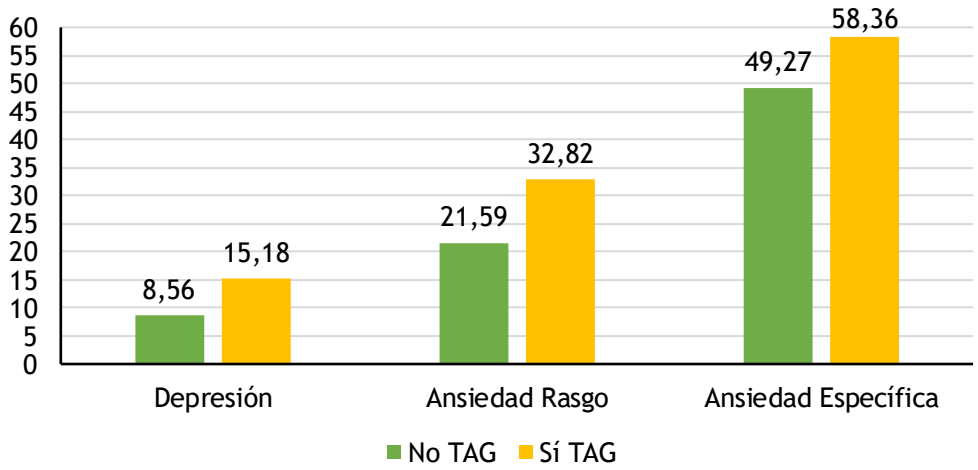


Figura 5. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y ansiedad específica del embarazo.

3.1.4. Predictores del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer cuáles son las variables que predicen el trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo. Como variable dependiente se utilizó el estatus de trastorno de ansiedad generalizada (sí ansiedad/no ansiedad) y como variables independientes los antecedentes de trastorno psicológico (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), la presencia de ansiedad específica del embarazo (sí/no), la sospecha de depresión (sí/no) y el apoyo social percibido (adecuado/bajo).

Los resultados hallados muestran que los antecedentes de trastorno psicológico y la sospecha de depresión son los predictores del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo (Tabla 40). En concreto, presentar antecedentes de trastorno psicológico (OR = 2,15) y tener puntuaciones elevadas en depresión (OR = 8,16) aumenta las posibilidades de tener un trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,108 y un R^2 de Nagelkerke de 0,205.

Tabla 40. Predictores del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Antecedentes psiquiátricos	0,76	4,16	0,041	2,15 [1,03 - 4,47]
Sintomatología depresiva elevada	2,09	20,41	< 0,001	8,16 [3,28 - 20,28]
Constante	-3,54	67,49	< 0,001	0,029

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 41. Variables estudiadas en relación con la sospecha de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo.

EMBARAZO			
ÁREAS EVALUADAS	VARIABLES	SOSPECHA ANSIEDAD	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Variables sociodemográficas	- Edad ≤ 30	**V***	X
	- No tener pareja	X	X
	- Menor nivel de estudios	**V**	X
	- No trabajar	X	X
	- Menor nivel de ingresos	X	X
Variables relacionadas con el embarazo	- Nulípara	X	X
	- Tener abortos previos	X	X
	- No planificación del embarazo	X	X
	- Recurrir a tratamiento de fertilidad	X	X
Variables psicológicas	- Antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico	**V**	**V***
	- Antecedentes de ansiedad	X	X
	- Ansiedad rasgo elevada	**V***	**V**
	- Ansiedad específica	**V**	**V**
	- Sintomatología depresiva elevada	**V***	**V***
	- Apoyo social bajo	**V**	X
	- Puntuaciones medias en:		
	- Ansiedad específica	**V**	**V**
	- Sintomatología depresiva	**V**	**V**
	- Apoyo Social	**V**	**V**

X: Variables no relacionadas; **V**: Variables relacionadas; *: Variables predictoras

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL POSTPARTO

A continuación, se describirán las características de la muestra en el postparto. Para ello, se han agrupado las variables en sociodemográficas, relacionadas con el parto y el postparto y psicológicas. Se ofrece una descripción en función de las variables que han sido evaluadas en un único momento del postparto, así como en función de aquellas que han sido evaluadas en más de un momento (dos meses, seis meses y 12 meses postparto).

4.1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA

La muestra del postparto estuvo compuesta por 115 puérperas cuyas edades abarcaban desde los 18 a los 45 años, con una media de 33,76 años (*DT* = 4,99). Concretamente, el 3,5% (n = 4) de las mujeres tenían una edad igual o inferior a 25 años, el 53,9% (n = 62) se encontraba entre los 26 y 35 años y el 42,6% de la muestra (n = 49) superaba los 35 años. En lo referente al estado civil, la mayoría estaban casadas o vivían en pareja (82,6%). En cuanto al nivel de estudios, un 52,2% (n = 60) había cursado estudios universitarios y un 33,0% (n = 38) había cursado estudios de bachillerato o formación profesional. En lo concerniente a los ingresos mensuales familiares, un 11,3% (n = 13) afirmó ganar 1000 euros o menos, un 46,9% (n = 54) indicó que sus ingresos se encontraban entre los 1001 y los 2000 euros y un 33,0% (n = 38) señaló que eran superiores a 2000 euros (Tabla 42).

Tabla 42. Características sociodemográficas de la muestra en el postparto (N = 115).

	n	%	*M*	*DT*
Edad			33,76	4,99
≤ 25	44	3,5		
26-35	62	53,9		
> 35	49	42,6		
Estado civil				
Soltera	19	16,5		
Casada/vive en pareja	95	82,6		
Divorciada/Separada	1	0,9		
Nivel de estudios				
Primarios	1	0,9		
Secundarios	16	13,9		
Bachillerato o FP	38	33,0		
Universitarios	60	52,2		
Ingresos mensuales familiares (euros)				
≤ 1000	13	11,3		
1001-1500	26	22,6		
1501-2000	28	24,3		
2001-3000	22	19,1		
3001-4000	12	10,4		
> 4000	4	3,5		
No sabe/No contesta	10	8,7		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Una vez transcurrido el periodo habitual de baja maternal, se pregunta a las mujeres por su situación laboral (Tabla 43). A los seis meses postparto, un 55,6% (n = 60) de la muestra trabajaba y un 13,0% ((n = 14) se encontraba en paro o de baja laboral. Con respecto a la influencia de la maternidad en la situación laboral, un 35,2% (n = 38) de las mujeres consideraba que la maternidad le había influido a nivel laboral. En concreto, un 23,7% (n = 9) redujeron su jornada laboral, un 18,4% (n = 7) tuvieron que dejar el trabajo para poder cuidar de sus hijos/as y un 10,5% (n = 4) solicitaron una excedencia.

A los 12 meses postparto, un 74,0% (n = 77) trabajaba y un 11,5% (n = 12) se encontraba en situación de desempleo. Con respecto a la influencia de la maternidad en la situación laboral, un 42,6% (n = 49) de las mujeres consideraron que la maternidad le había influido a nivel laboral. Concretamente, un 22,4% (n = 11) redujeron su jornada laboral, un 20,4% (n = 7) tuvieron que dejar el trabajo para poder cuidar de sus hijos/as y un 8,16% (n = 4) solicitaron una excedencia.

En cuanto al momento de incorporación a la vida laboral tras la maternidad, la media fue a los 6,22 meses postparto. Concretamente, el 9,6% (n = 10) lo hicieron antes de los tres meses postparto, el 44,2% (n = 45) entre los cuatro y los seis meses postparto y el 24,0% (n = 25) se incorporó a partir de los 7 meses postparto. Cabe indicar que un 22,1% (n = 23) de las mujeres todavía no se había incorporado a la vida laboral tras la maternidad. Los principales motivos referidos por estas mujeres para ello fueron el encontrarse en situación de desempleo (52,2%), el estar en situación de excedencia (21,7%) y el estar de baja laboral (17,4%). Con respecto a qué emociones habían experimentado con su reincorporación al trabajo, un 38,2% (n = 34) informaban haber sentido tristeza, un 29,2% (n = 26) ansiedad y un 11,2% (n = 10) sintió alegría.

Tabla 43. Situación laboral e influencia de la maternidad en la situación laboral.

	6 meses		12 meses			
	n	%	*n*	%	*M*	*DT*
Situación laboral						
Trabaja	60	55,6	77	74,0		
En paro	14	13,0	12	11,5		
Baja laboral	14	13,0	4	3,8		
Otros (excedencia, autónoma, ama de casa)	20	18,5	11	10,6		
La maternidad influyó en su situación laboral						
No	70	64,8	55	52,9		
Sí	38	35,2	49	42,6		
¿De qué manera influyó?						
Reducción de jornada	9	23,7	11	22,4		
Abandonar trabajo por cuidado de hijos/as	7	18,4	10	20,4		
Excedencia	4	10,5	4	8,16		
Dificultad de conciliación	3	7,9	1	2,0		
Otros	8	21,1	15	30,6		
No especifica	7	18,4	8	16,3		
¿Cuántos meses tenía su hijo/a cuando se incorporó a la vida laboral?					6,22	2,86
≤ 3 meses			10	9,6		
4-6 meses			46	44,2		
≥ 7 meses			25	24,0		
No incorporación laboral: Causa:			23	22,2		
Paro			12	52,2		
Excedencia			5	21,7		
Baja laboral			4	17,4		
Ama de casa			2	8,7		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 43. Situación laboral e influencia de la maternidad en la situación laboral (Cont.).

¿Qué emoción experimentó con la reincorporación al trabajo?	*n*	%
Tristeza	34	38,2
Ansiedad	26	29,2
Alegría	10	11,2
Alivio	2	2,3
Otros	17	19,1

4.2. ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Con respecto a las semanas del postparto en las que se llevaron a cabo las evaluaciones, la media de semanas en las que se encontraba esta muestra cuando se evaluó por primera vez en el postparto fue de 7,86 (*DT* = 1,33), concretamente entre las 4 y las 10 semanas postparto. En la segunda evaluación llevada a cabo a los seis meses postparto, las mujeres se encontraban entre las 24 y 30 semanas (*M* = 26,58*; DT* = 2.08). Finalmente, en la tercera evaluación correspondiente a los 12 meses postparto, la media de semanas en las que se encontraban las mujeres fue de 52,89 (*DT* = 2,59), concretamente se evaluaron entre las 48 y las 60 semanas.

Concerniente a variables relacionadas con el embarazo (Tabla 44), en concreto la paridad, el 59,1% (n = 68) de las mujeres eran primíparas, para el 34,8% (n = 41) se trataba de su segundo hijo/a y para el 5,2% (n = 6) del tercero. Con respecto a los antecedentes de aborto, un 9,6% (n = 11) de la muestra refirió haber sufrido al menos uno. El embarazo fue planificado en el 87,0% (n =100) de los casos, y el 7,0% (n = 8) de las mujeres informa haber recurrido a algún tipo de tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual.

Tabla 44. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo.

	n	%	*M*	*DT*
Paridad				
Primíparas	68	59,1		
Multíparas	47	40,9		
Nº de hijos			0,46	0,60
0	68	59,1		
1	41	35,7		
2	6	5,2		
Abortos previos				
No	104	90,4		
Sí	11	9,6		
Planificación del embarazo				
No	15	13,0		
Sí	100	87,0		
Tratamiento de fertilidad				
No	107	93,0		
Sí	8	7,0		
Tipo de tratamiento de fertilidad (*n* = 8)				
Fiv (ovodonación)	6	75,0		
Inseminación	2	25,0		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Por lo que respecta a las variables relacionadas con el parto y el postparto (Tabla 45), en relación a las semanas de gestación en las que se produjo el parto, la media fue de 39,54 semanas. Concretamente, el 3,4% de los partos (n = 4) fueron prematuros (< 37 semanas de gestación) mientras que el 96,6 (n = 111) se produjeron a término (37 – 42 semanas). En cuanto al tipo de parto, un 68,7% (n = 79) tuvieron un parto eutócico y un 16,5% (n = 19) tuvieron un parto mediante cesárea.

En lo referente a los niveles de satisfacción, se solicitó a las mujeres que indicasen en una escala de 0-10, cómo calificarían su experiencia de embarazo y parto, así como la atención recibida por los profesionales sanitarios en ambos procesos. En concreto, la experiencia de embarazo obtuvo una puntuación media de 7,70 (*DT* = 2,01) y la del parto 7,41 (*DT* = 2,46).

Tabla 45. Descripción de la muestra en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto.

	n	%	*M*	*DT*
Semana de gestación en la que se produce el parto			39,54	1,46
< 37 semanas	4	3,4		
37 – 42 semanas	111	96,6		
Tipo de parto				
Eutócico	79	68,7		
Cesárea	19	16,5		
Ventosa	15	13,0		
Fórceps	2	1,7		
Nivel de satisfacción con:				
Experiencia de embarazo			7,70	2,01
Experiencia de parto			7,41	2,46

Con respecto a la presencia de complicaciones (Tabla 46), el 25,2% (n = 29) de las mujeres manifestaron haber tenido alguna complicación durante el parto. El sufrimiento fetal y/o ingreso en neonatos fue la complicación más frecuente (20,7%), seguida del haber tenido un parto instrumental (17,2%). Así mismo, un 13,8% (n = 4) refirieron que su parto había sido por cesárea. La mala colocación del feto, así como la percepción de tiempo prolongada de dilatación o no consecución de una dilatación completa, la necesidad de inducción del parto y la retención placentaria, fueron otras de las complicaciones informadas por las mujeres en el 6,9% de los casos.

Por otro lado, a los seis meses postparto, un 15,7% de las mujeres manifestaron haber tenido alguna complicación a consecuencia del parto. La incompetencia del suelo pélvico tras el parto (47,1%) y las molestias, infección y/o mala cicatrización de las heridas ocasionadas durante el parto (29,4%) fueron las más frecuentes. Así mismo, un 16,3% (n = 17) de las mujeres manifestaron haber tenido alguna complicación durante los 12 meses postparto. Las más frecuentes fueron la incompetencia del suelo pélvico (47,1%) y las molestias, así como la infección y/o mala cicatrización de las heridas ocasionadas durante el parto.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 46. Complicaciones relacionadas con el parto.

	2 meses		6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Complicación durante el parto						
No	86	74,8				
Sí	29	25,2				
Cuál complicación durante el parto:						
Sufrimiento fetal/neonatal	6	20,7				
Parto instrumental	5	17,2				
Cesárea	4	13,8				
No descenso por el canal del parto/mala posición cabeza	2	6,9				
Tiempo prolongado de dilatación/no dilatar	2	6,9				
Inducción	2	6,9				
Retención placentaria	2	6,9				
Otros	6	20,7				
Complicación relacionada con el parto:			91	84,3	87	83,7
No			17	15,7	17	16,3
Sí						
¿Qué complicación sufrió relacionada con el parto?						
Incompetencia del suelo pélvico/prolapso de órganos/incontinencia			8	47,1	8	47,1
Molestias/infección/mala cicatrización en parto y/o Cesárea			5	29,4	6	35,3
Síntomas anímicos			1	5,9	1	5,9
Síntomas físicos (caída de pelo, aumento de peso, hemorroides)			1	5,9	2	11,8
Otros			2	11,8	1	5,9

En cuanto a la presencia de complicaciones en el/a recién nacido/a relacionadas con el parto (Tabla 47), a los seis meses, las madres informaron que el 7,4% (n = 8) de sus hijos/as había tenido alguna complicación durante el mismo. Concretamente, el 37,5% (n = 3) de éstos sufrió rotura de clavícula, mientras que la ictericia (coloración amarillenta de la piel y las mucosas), tortícolis, el tener una vértebra descolocada, dolicocefalia (asimetría cerebral) y el ingreso en neonatos por la inmadurez de los pulmones constituyeron el resto de las complicaciones. Por otro lado, a los 12 meses postparto, las madres informaron que el 6,7% (n = 7) de sus hijos/as había tenido alguna complicación, siendo la más frecuente la rotura de clavícula (n = 2).

Con respecto a la presencia de malformaciones y/o enfermedades en el/a recién nacido/a y a la necesidad de hospitalización (Tabla 47), las madres informaron que en los primeros seis meses postparto el 2,8% (n = 3) de los/as recién nacidos habían presentado alguna enfermedad, mientras que, en el periodo de los 12 meses lo hicieron el 4,8% (n = 5).

Con respecto a la necesidad de hospitalización, las madres informaron que, en los seis primeros meses tras el parto, el 11,1% (n = 12) habían requerido ingreso en la unidad de neonatos y/o lactantes. El motivo más frecuente de ingreso fue la infección respiratoria. Otros motivos de hospitalización fueron la ictericia, la infección bacteriana y la infección del lacrimal. En la última evaluación, a los 12 meses postparto, las madres informaron que el 17,3% (n = 18) de los lactantes habían requerido ingreso en algún momento de su primer año de vida. Los motivos más frecuentes fueron la infección respiratoria (44,4%) y la gastroenteritis (11,1%). Las otras entidades motivo de ingreso (44,4%) fueron la infección bacteriana, la encefalitis, la ictericia y los movimientos paroxísticos (movimientos que imita una crisis epiléptica).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 47. Presencia de complicaciones relacionadas con el parto, enfermedades y/o malformaciones en el/a recién nacido/a y necesidad de hospitalización.

	6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%
Complicación en el/a recién nacido/a relacionada con el parto				
No	100	92,6	97	93,3
Sí	8	7,4	7	6,7
Cuál complicación durante el parto:				
Rotura clavícula	3	37,5	2	28,6
Otros	5	62,5	5	71,4
Recién nacido/a con enfermedad y/o malformación				
No	105	97,2	97	95,2
Sí	3	2,8	5	4,8
Cuál enfermedad y/o malformación				
Alergia a la proteína de la leche	1	33,3	1	20,0
Plagiocefalia	1	33,3	-	
Cardiopatía congénita	-	-	1	20,0
Asma del lactante	-	-	1	20,0
Otros	1	33,3	2	40,0
Recién nacido/a hospitalizado/a				
No	96	88,9	86	82,7
Sí	12	11,1	18	17,3
Motivo de hospitalización del/a recién nacido/a				
Infección respiratoria	7	58,3	8	44,4
Gastroenteritis	-	-	2	11,1
Otros	5	41,7	8	44,4

Plagiocefalia: aplanamiento de la parte posterior e inferior de la cabeza.

En relación con la lactancia materna (Tabla 48), su prevalencia fue, a los dos meses postparto del 78,3% (n = 90), a los seis meses del 58,3% (n = 63) y a los 12 meses del 47,1% (n = 49). A los dos meses postparto, en relación a la decisión adoptada por las madres respecto a la alimentación del/la recién nacido/a, el 5,2% (n = 6) de las mujeres afirmaron que nunca quisieron dar el pecho y el 2,6% (n = 3) refirieron que tenían intención de dar el pecho, pero finalmente, no lo hicieron. Por otro lado, con respecto a las mujeres que iniciaron la lactancia materna, un 13,9% (n = 16) abandonó esta práctica. Con respecto a cómo se habían sentido las mujeres al no poder/no querer amamantar a su bebé (n = 25), la mayor parte (36,0%) informó sentirse incomprendida y triste (32,0%).

Tabla 48. Decisión de la madre con respecto a la lactancia materna y alimentación del recién nacido/a.

	2 meses		6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Decisión con respecto a la lactancia materna						
Actualmente estoy dando el pecho	90	78,3	63	58,3	49	47,1
Empecé dando el pecho, pero lo dejé	16	13,9	36	33,3	46	44,2
Quería dar el pecho, pero no pude	3	2,6	3	2,8	3	2,9
Nunca quise dar el pecho	6	5,2	6	5,6	6	5,8
Sentimientos por no poder/querer dar el pecho (*n = 25*)						
Incomprensión	9	36,0	72	12,8		
Tristeza	8	32,0	42	7,5		
Ansiedad	2	8,0	17	3,0		
Otros (culpable, feliz, indiferente)	6	24,0	13	2,3		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

4.3. ANÁLISIS DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

En relación con las variables psicológicas evaluadas diferentes a la ansiedad (Tabla 49), algunas fueron evaluadas en un solo momento del postparto mientras que otras fueron analizadas en los tres momentos. Con respecto a las primeras, a los dos meses postparto se preguntó a las mujeres por los síntomas que habían sufrido los días posteriores al parto, con el objetivo de detectar sintomatología de *baby blues*. El 35,7% (n = 41) de las mujeres informaron sentirse ansiosas o en tensión, mientras que el 26,1% (n = 30) refirieron haberse sentido más contentas de los habitual. Así mismo, un 13,9% (n = 16) manifestaron sentirse como siempre, un 11,3% (n = 13) refirieron sentimientos de tristeza o ánimo deprimido, el 8,7% (n = 10) informaron de sentimientos de incomprensión. Por tanto, teniendo en cuenta a aquellas mujeres que respondieron haber estado tristes o deprimidas en los días posteriores al parto, la prevalencia del *baby blues* sería del 11,3% (n = 13).

A los dos, seis y 12 meses postparto, se preguntó a las mujeres si actualmente estaban a tratamiento por ansiedad o depresión. Contestaron afirmativamente un 1,7% (n = 2) a los dos meses postparto, un 6,5% (n = 7) a los seis meses postparto y un 4,8% (n = 5) a los 12 meses postparto. El tipo de tratamiento variaba en función del momento postparto. En concreto, a los dos meses postparto el tratamiento era exclusivamente psicológico. En cambio, a los seis meses postparto tres mujeres estaban a tratamiento farmacológico y a los 12 meses cuatro mujeres estaban tomando algún fármaco.

A lo largo del postparto, se preguntó si en algún momento desde el alumbramiento habían recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico, habiendo contestado afirmativamente a los dos meses postparto un 2,6% (n = 3) de las mujeres. Concretamente, la ansiedad fue el trastorno más informado (66,7%) por el que las mujeres estaban recibiendo tratamiento. A los seis meses postparto, contestaron afirmativamente el 10,2% (n = 11). En concreto, la ansiedad 45,5% (n = 5), la ansiedad y depresión (18,2%) y la depresión (18,2%) fueron los trastornos más informados. Por último, a los 12 meses postparto un 12,5% (n = 13) de las mujeres contestó afirmativamente, siendo los trastornos más informados la ansiedad (38,5%), la depresión (30,8%) y la comorbilidad entre ansiedad y depresión (15,4%).

En cada momento del postparto, se evaluó la sospecha de depresión mediante la EPDS y el apoyo social con el cuestionario DUKE.

Con respecto a la sospecha de depresión, se halló una puntuación media de 7,97 (*DT* = 5,21) a los dos meses postparto, 7,90 (*DT* = 4,61) a los seis meses y 8,01 (*DT* = 4,95) a los 12 meses, respectivamente. Utilizando el punto de corte de la escala, se halló que un 36,5% (n = 42) presentaba un nivel elevado de sintomatología depresiva a los dos meses postparto, un 35,2% (n = 38) a los seis meses y un 40,4% (n = 42) a los 12 meses, respectivamente.

En cuanto al apoyo social, el 18,3% (n = 21) percibió un nivel bajo de apoyo social por parte de su entorno a los dos meses postparto, el 16,7% (n = 18) a los seis meses y el 21,0% (n = 22) a los 12 meses. La puntuación media obtenida en esta escala fue de 44,02 (*DT* = 10,61) a los dos meses postparto, 43,55 (*DT* = 10,18) a los seis meses y 41,86 (*DT* = 11,18) a los 12 meses.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 49. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas.

	2 meses		6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Síntomas que ha sufrido los días posteriores a dar a luz						
Ansiedad o tensión	41	35,7				
Más contenta de lo habitual	30	26,1				
Me sentí como siempre	16	13,9				
Estado de ánimo triste o deprimido	13	11,3				
Sentimientos de incomprensión	10	8,7				
Otros sentimientos	5	4,3				
Baby blues						
No	102	88,7				
Sí	13	11,3				
Tratamiento psicológico/psiquiátrico						
No	112	97,4	97	89,8	91	87,5
Sí	3	2,6	11	10,2	13	12,5
Por qué ha recibido tratamiento psicológico						
Ansiedad	2	66,7	5	45,5	5	38,5
Depresión y ansiedad	1	33,3	2	18,2	4	15,4
Depresión	-	-	2	18,2	2	30,8
Duelo	-	-	1	9,1	1	7,7
Problemas de pareja	-	-	1	9,1	1	7,7
Sospecha de depresión						
No	73	63,5	70	64,8	64	60,4
Sí	42	36,5	38	35,2	42	40,4
Apoyo social (DUKE)						
Bajo	21	18,3	18	16,7	22	21,0
Normal	94	81,7	90	83,3	83	79,0

5. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL POSTPARTO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.1. PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN EL POSTPARTO CON DIFERENTES INSTRUMENTOS

A continuación, se expondrán los datos de prevalencia de la ansiedad en el postparto (Figura 6) utilizando diferentes instrumentos de evaluación. En concreto, para evaluar la sospecha de ansiedad se ha empleado la EDS-3A (≥ 7), la GAD-7 (≥ 10) y el STAI-E (> 31). Para evaluar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se ha utilizado la entrevista clínica estructurada SCID para los trastornos del eje I del DSM-5. Hasta los12 meses postparto se ha obtenido una prevalencia media del 13,5% con la EDS-3A, del 24,5% con la GAD-7 y del 16,0% con el STAI-E. La prevalencia del TAG fue del 2,1%.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

A los dos meses postparto (N = 115), la prevalencia de sospecha de ansiedad obtenida con la EDS-3A se situó en un 13,9% de la muestra (n = 16), con la GAD-7 fue del 22,6% (n = 26) y con el STAI-E alcanzó el 13,0% (n = 15). Con la entrevista SCID la prevalencia del TAG fue del 1,7% (n = 2).

A los seis meses postparto (N = 108), la prevalencia obtenida con la EDS-3A se situó en un 13,0% (n = 14), con la GAD-7 fue del 26,9% (n = 29) y con el STAI-E fue del 14,8% (n = 16). Con la SCID la prevalencia del TAG se situó en un 0,9% (n = 1).

A los 12 meses postparto (N = 104), la prevalencia obtenida con la EDS-3A se situó en un 13,5% (n = 14). Con la GAD-7 y el STAI-E la prevalencia se situó en el 24,0% (n = 25) y 20,2% (n = 21), respectivamente. Con la entrevista clínica SCID la prevalencia del TAG fue del 3,8% (n = 4).

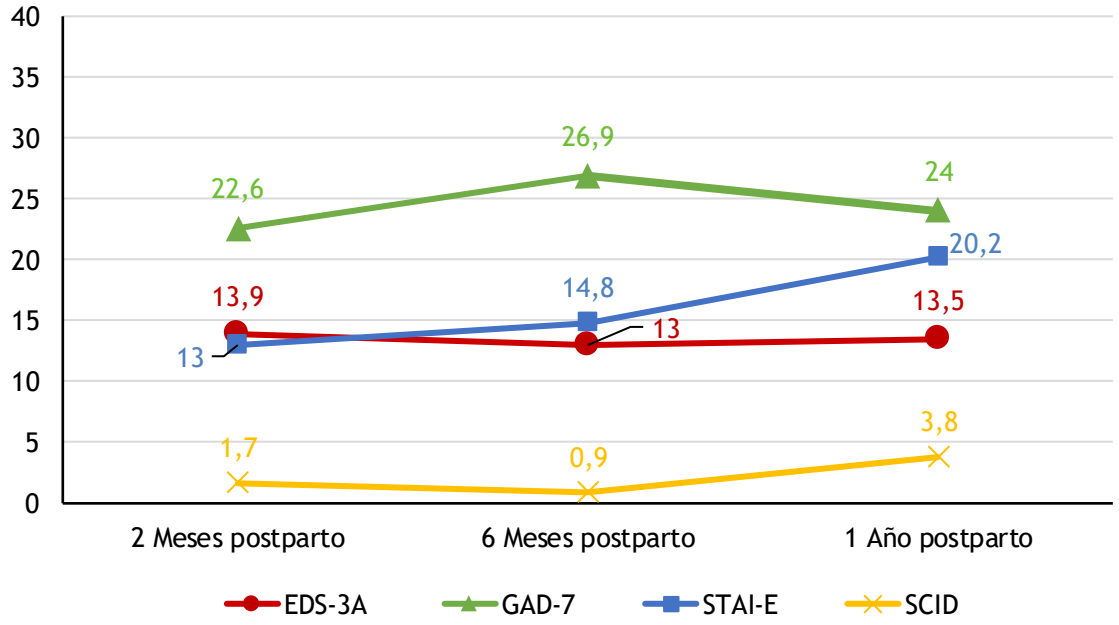


Figura 6. Prevalencia de la ansiedad en el postparto con diferentes instrumentos.

5.1.1. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto

A continuación, se expondrán los factores de riesgo asociados con la sospecha de ansiedad en los diferentes momentos del postparto. Para ello, se utilizará como variable dependiente la sospecha de ansiedad evaluada con la EDS-3A. Con respecto al trastorno de ansiedad generalizada, cabe señalar que debido al reducido número de mujeres que presentan dicho diagnóstico en los diferentes momentos del postparto (n = 2; n = 1; n = 4), no se han podido llevar a cabo los análisis pertinentes para conocer qué factores de riesgo se relacionan con el mismo, pues los datos no serían fiables y la tendencia encontrada podría cambiar con tamaños muestrales más grandes. Así mismo, es importante señalar que en varias variables se ha dado un número muy bajo de mujeres con sospecha de ansiedad por lo que no se puede obtener un valor *p* fiable y los datos deben ser interpretados con cautela.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.1.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos

Cuando se compara a las mujeres con sospecha de ansiedad respecto a las mujeres sin sospecha de ansiedad en función de variables sociodemográficas (Tabla 50), no se hallan diferencias en ninguna de las variables evaluadas: edad ($\chi^2_{(1, 115)} = 2{,}383$, $p = 0{,}148$), estado civil ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}024$, $p = 1{,}000$), nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}077$, $p = 1{,}000$) e ingresos familiares mensuales ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}311$, $p = 0{,}577$).

Con respecto a la media de edad, tampoco se encontraron diferencias significativas ($t_{(113)} = -1{,}08$, $p = 0{,}29$) entre ambos grupos de mujeres (33,56 vs. 35,00).

Tabla 50. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No ansiedad (n = 99)		Sí ansiedad (n = 16)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Edad					2,383	0,148
≤ 30	31	31,3	2	12,5		
> 30	68	68,7	14	87,5		
Estado civil					0,024	1,000
Sin pareja	17	17,2	3	18,8		
Casada/vive en pareja	82	82,8	13	81,3		
Nivel de estudios					0,077	1,000
Básicos (primaria y secundaria)	15	15,2	2	12,5		
Superiores (bachillerato, FP, universitarios)	84	84,8	14	87,5		
Ingresos mensuales familiares (euros)					0,311	0,577
≤ 2000	32	35,2	6	42,9		
> 2000	59	64,8	8	57,1		

5.1.1.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, el parto y el postparto

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto (Tablas 51 y 52), se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función del tipo de parto (χ^2 (1, 115) = 5,378, $p = 0{,}020$, V de Cramer = 0,22) y del tipo de alimentación del/a recién nacido/a (χ^2 (1, 115) = 8,725, $p = 0{,}007$, V de Cramer = 0,22), pues la presencia de sospecha de ansiedad fue mayor entre las mujeres que habían tenido un parto instrumentalizado y/o por cesárea (56,3% vs. 27,3%) y entre las que no estaban dando de mamar a sus hijos (50,0% vs. 17,2%).

No se encontraron diferencias significativas en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}064$, $p = 0{,}801$), de la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}236$, $p = 1{,}000$), la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 115)} = 2{,}788$, $p = 0{,}125$), el haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad ($\chi^2_{(1, 115)} = 1{,}337$, $p = 0{,}251$) y el haber sufrido una complicación durante el mismo ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}359$, $p = 0{,}545$).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 51. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No ansiedad (n = 99)		Sí ansiedad (n = 16)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Paridad					1,937	0,164
Primíparas	56	56,6	12	75,0		
Multíparas	43	43,4	4	25,0		
Abortos previos					0,236	1,000
No	89	89,9	15	93,8		
Sí	10	10,1	1	6,3		
Planificación del embarazo					0,756	0,690
No	14	14,1	1	6,3		
Sí	85	85,9	15	93,8		
Tratamiento de fertilidad					0,014	1,000
No	92	92,9	15	93,8		
Sí	7	7,1	1	6,3		

Tabla 52. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto.

	No ansiedad (n = 99)		Sí ansiedad (n = 16)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					5,378	0,020	0,22
Eutócico	72	72,7	7	43,8			
Instrumental/Cesárea	27	27,3	9	56,3			
Complicación en el parto					0,359	0,545	
No	75	75,8	11	68,8			
Sí	24	24,2	5	31,3			
Lactancia materna					8,725	0,007	0,28
No	17	17,2	8	50,0			
Sí	82	82,8	8	50,0			

En cuanto a los niveles de satisfacción (escala de 0 a 10) con el embarazo y el postparto (Figura 7), se hallaron diferencias entre ambos grupos en función de la satisfacción con la experiencia del embarazo ($t(115) = 3,372$, $p = 0,001$, d Cohen = 0,91). En concreto, las mujeres con sospecha de ansiedad presentan niveles de satisfacción inferior en la experiencia de embarazo (6,19 vs. 7,94).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

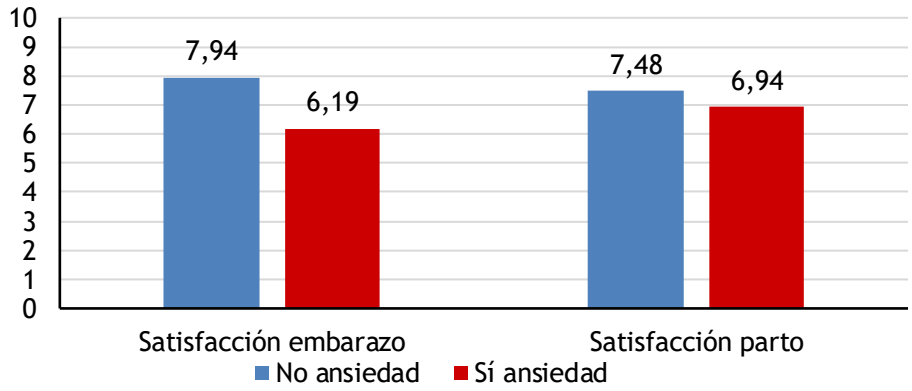


Figura 7. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de los niveles de satisfacción en el embarazo y el parto.

5.1.1.3. Factores de riesgo psicológicos

Cuando se compara a las mujeres con sospecha de ansiedad respecto a las mujeres sin sospecha de ansiedad en función de variables psicológicas en el postparto (Tabla 53), no se hallan diferencias significativas entre ambos grupo en función de los antecedentes de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1, 115)} = 1{,}768$, $p = 0{,}186$), los antecedentes de ansiedad ($\chi^2_{(1, 115)} = 1{,}375$, $p = 0{,}370$), la ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}911$, $p = 0{,}464$), la sintomatología depresiva ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}223$, $p = 0{,}637$), la presencia de *baby blues* tras dar a luz ($\chi^2_{(1, 115)} = 0{,}026$, $p = 1{,}000$) ni el apoyo social percibido ($\chi^2_{(1, 115)} = 2{,}101$, $p = 0{,}067$). Es decir, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en función de las variables psicológicas evaluadas a los dos meses postparto.

Tabla 53. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No ansiedad (n = 99)		Sí ansiedad (n = 16)			
	N	%	*n*	%	χ^2	*p*
Antecedentes de trastorno psicológico					1,768	0,186
No	82	82,8	11	68,8		
Sí	17	17,2	5	31,3		
Antecedentes de ansiedad					1,375	0,370
No	90	90,9	13	81,3		
Sí	9	9,1	3	18,8		
Ansiedad Rasgo					0,911	0,464
No	84	84,8	15	93,8		
Sí	15	15,2	1	6,3		
Depresión					0,223	0,637
No	62	62,6	11	68,8		
Sí	37	37,4	5	31,3		
Baby Blues					0,026	1,000
No	88	88,9	14	87,5		
Sí	11	11,1	2	12,5		
Apoyo social					2,101	0,167
Adecuado	83	83,8	11	68,8		
Bajo	16	16,2	5	31,3		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Por otro lado, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas en función de la sintomatología depresiva ($t_{(115)} = 0{,}701$, $p = 0{,}485$) y el apoyo social percibido $t_{(115)} = 1{,}280$, $p = 0{,}203$).

5.1.2. Predictores de la sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto

Con el fin de conocer cuáles son las variables que predicen la sospecha de ansiedad a los dos meses postparto, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia delante. Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de ansiedad (EDS-3A ≥ 7) y como variable independiente el tipo de parto (eutócico/instrumentalizado o cesárea), el tipo de alimentación del recién nacido/a (lactancia materna/no lactancia materna) y el nivel de satisfacción con la experiencia de embarazo (puntuación 0 a 10). Los resultados hallados muestran que el tipo de alimentación del recién nacido/a y la satisfacción con la experiencia de embarazo son los predictores de sospecha de ansiedad a los dos meses postparto (Tabla 54). En concreto, no dar de mamar al bebé (OR = 5,51) y tener menor satisfacción con la experiencia de embarazo (OR = 1,52) aumenta las probabilidades de tener sospecha de ansiedad a los dos meses postparto. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,138 y un R^2 de Nagelkerke 0,249.

Tabla 54. Predictores de sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*P*	OR [95% IC]
No lactancia materna	1,71	7,86	0,005	5,51 [1,67 - 18,17]
Menor satisfacción experiencia embarazo	0,41	9,17	0,002	1,52 [1,15 - 1,96]
Constante	0,49	0,29	0,594	1,64

5.1.3 Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto

5.1.3.1. Factores de riesgo sociodemográficos

A los seis meses postparto, la comparación de las mujeres con sospecha de ansiedad respecto a las mujeres sin sospecha de ansiedad en función de variables sociodemográficas (Tabla 55) hallan diferencias en función del nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 108)} = 5{,}567$, $p = 0{,}033$, V de Cramer = 0,23). Aquellas mujeres que tienen estudios primarios o secundarios tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad que las que tienen estudios superiores (35,7 vs. 11,7).

No se hallan diferencias entre ambos grupos en base a la edad ($\chi^2_{(1, 108)} = 0{,}202$ $p = 0{,}757$), el estado civil ($\chi^2_{(1, 108)} = 0{,}121$, $p = 1{,}000$), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 108)} = 1{,}050$, $p = 0{,}305$), ni los ingresos familiares mensuales ($\chi^2_{(1, 108)} = 0{,}428$, $p = 0{,}513$).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 55. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No ansiedad (n = 94)		Sí ansiedad (n = 14)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Edad					0,202	0,757	
≤ 30	28	29,8	5	35,7			
> 30	66	70,2	9	64,3			
Estado civil					0,121	1,000	
Sin pareja	17	18,1	2	14,3			
Casada/vive en pareja	77	81,9	12	85,7			
Nivel de estudios					5,567	0,033	0,23
Básicos (primaria y secundaria)	11	11,7	5	35,7			
Superiores (bachillerato, FP, universitarios)	83	88,3	9	64,3			
Situación laboral					1,050	0,305	
Trabaja	40	42,6	8	57,1			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	54	57,4	6	42,9			
Ingresos mensuales familiares (euros)					0,428	0,513	
≤ 2000	32	37,6	4	28,6			
> 2000	53	62,4	10	71,4			

5.1.3.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, el parto y el postparto

Al comparar a las mujeres con y sin sospecha de ansiedad en función de las variables relacionadas con el embarazo, el parto y postparto (Tabla 56 y 57), no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas a los seis meses postparto.

Tabla 56. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No ansiedad (n = 94)		Sí ansiedad (n = 14)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Paridad					0,234	0,628
Primíparas	54	57,4	9	64,3		
Multíparas	40	42,6	5	11,1		
Abortos previos					0,163	1,000
No	84	89,4	13	92,9		
Sí	10	10,6	1	7,1		
Planificación del embarazo					0,025	1,000
No	12	12,8	2	14,3		
Sí	82	87,2	12	85,7		
Tratamiento de fertilidad					0,077	0,575
No	89	94,7	13	92,9		
Sí	5	5,3	1	7,1		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 57. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto.

	No ansiedad (n = 94)		Sí ansiedad (n = 14)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Tipo de parto					0,416	0,753
Eutócico	66	70,2	11	78,6		
Instrumental/Cesárea	28	29,8	3	21,4		
Complicación derivada del parto					0,392	0,460
No	80	85,1	11	78,6		
Sí	14	14,9	3	21,4		
Hijo/a con malformación y/o enfermedad y/o hospitalizado/a					1,922	0,293
No	72	76,6	13	92,9		
Sí	22	23,4	1	7,1		
Lactancia materna					1,585	0,208
No	37	39,4	8	57,1		
Sí	57	60,6	6	42,9		

Por otro lado, al comparar a las mujeres con sospecha de ansiedad y sin sospecha de ansiedad a los seis meses postparto en función de los niveles de satisfacción con la experiencia del embarazo, y con la experiencia del parto (Figura 8), se hallaron diferencias significativas relacionas con la experiencia del embarazo ($t_{(108)} = 3{,}804$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 1,089). En concreto, las mujeres con sospecha de ansiedad presentan niveles inferiores de satisfacción con el embarazo (6,14 vs. 8,06).

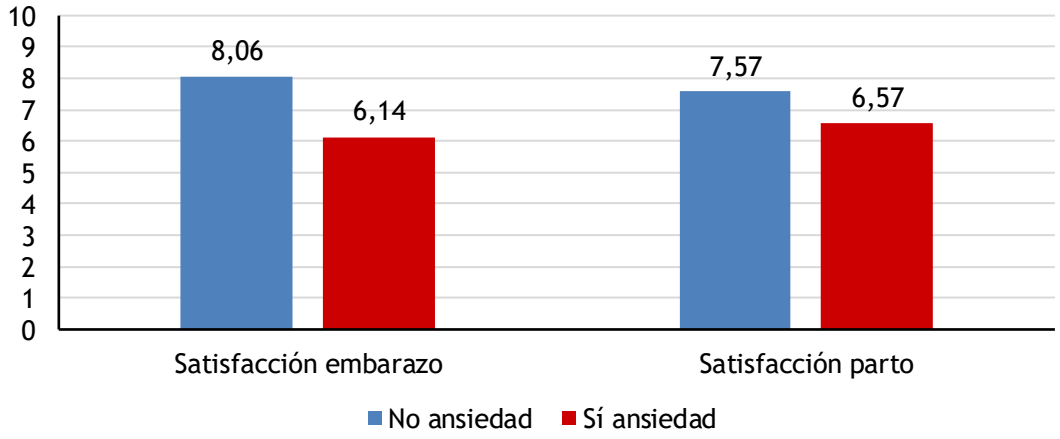


Figura 8. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función del grado de satisfacción con el embarazo y el parto.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.1.3.3. Factores de riesgo psicológicos

Por lo que respecta a la comparación entre ambos grupos en función de las variables psicológicas (Tabla 58), se han encontrado diferencias significativas en función de los antecedentes de ansiedad ($\chi^2_{(1,\ 108)}$ = 5,944, p = 0,035, V de Cramer = 0,24) y de la sintomatología depresiva elevada a los seis meses postparto ($\chi^2_{(1,\ 108)}$ = 29,630, p < 0,001, V de Cramer = 0,52). En concreto, entre las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto es mayor el porcentaje de aquellas que tiene antecedentes de ansiedad (28,6% vs. 8,5%) y presenta sintomatología depresiva elevada (100,0% vs. 25,5%).

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de los antecedentes de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1,\ 108)}$ = 3,152, p = 0,131), la ansiedad rasgo elevada ($\chi^2_{(1,\ 108)}$ = 0,750, p = 0,688), haber experimentado baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1,\ 108)}$ = 1,340, p = 0,370) y el apoyo social percibido ($\chi^2_{(1,\ 108)}$ = 4,202, p = 0,056).

Tabla 58. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No ansiedad (n = 94)		Sí ansiedad (n = 14)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					3,152	0,131	
No	79	84,0	9	64,3			
Sí	15	16,0	5	35,7			
Antecedentes de ansiedad					5,944	0,035	0,24
No	87	92,6	10	71,4			
Sí	7	7,4	4	28,6			
Ansiedad Rasgo					0,750	0,688	
No	79	84,0	13	92,9			
Sí	15	16,0	1	7,1			
Depresión					29,630	<0,001	0,52
No	70	70,4	0	0,0			
Sí	24	25,5	14	100,0			
Baby Blues					1,340	0,370	
No	84	89,4	11	78,6			
Sí	10	10,6	3	21,4			
Apoyo social					4,202	0,056	
Apoyo adecuado	81	86,2	9	64,3			
Falta de apoyo	13	13,8	5	35,7			

Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas (Figura 9) en la sintomatología depresiva ($t_{(108)}$ = -7,092, p < 0,001, d Cohen = -2,032), en ansiedad rasgo ($t_{(106)}$ = -3,121, p = 0,002, d Cohen = -0,894) y en la percepción de apoyo social ($t_{(106)}$ = 2,286, p = 0,024, d Cohen = 4,642). Concretamente, las mujeres con sospecha de ansiedad a los seis meses obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en depresión (14,64 vs. 6,89) y en ansiedad rasgo (20,49 vs. 28,93) e inferiores en apoyo social percibido (37,86 vs. 44,39).

USE

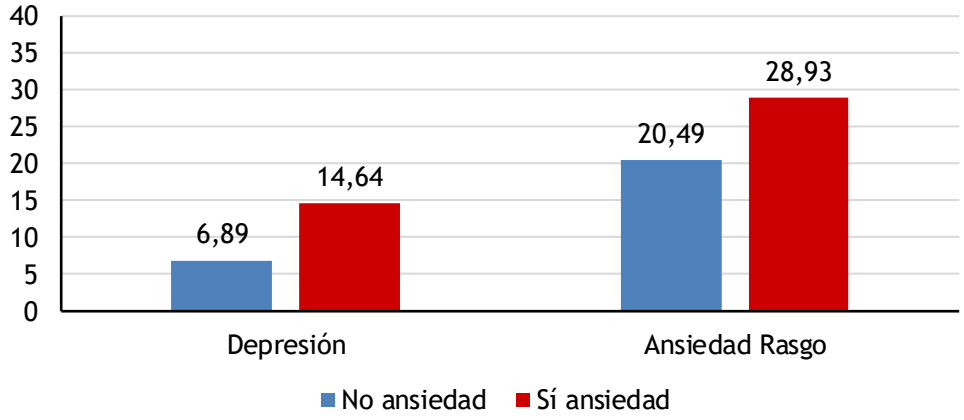


Figura 9. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva y ansiedad rasgo.

5.1.4. Predictores de sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto

Se realizó un análisis de regresión logística por pasos hacia adelante con el fin de conocer qué variables predicen la sospecha de ansiedad a los seis meses postparto. Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de ansiedad (EDS-3A ≥ 7, sí/no) y como variables independientes el nivel de estudios (básicos/superiores), el nivel de satisfacción con la experiencia de embarazo (puntuación 0 a 10), los antecedentes de ansiedad (sí/no) y la sintomatología depresiva elevada a los seis meses postparto (sí/no). Se intentaron meter en el modelo de regresión todas las variables indicadas, pero debido a que la sospecha de ansiedad y la sintomatología depresiva elevada están presentes en todas las mujeres a los seis meses postparto, no se pueden introducir las dos en un mismo modelo, ya que ambas están explicando lo mismo y se solapan. Este fenómeno, denominado colinealidad en estadística, ocurre siempre que hay variables que tienen una alta comorbilidad. Por lo tanto, se proporcionan los datos obtenidos por el modelo sin tener en cuenta dicha variable.

Los resultados hallados muestran que el nivel de estudios y la experiencia de embarazo son los predictores de sospecha de ansiedad a los seis meses postparto. En concreto, tener estudios básicos (OR = 6.51) y menor satisfacción con la experiencia de parto (OR = 1,73), aumenta las posibilidades de sospecha de ansiedad a los seis meses postparto (Tabla 59). Con respecto a los antecedentes de ansiedad (p = 0,054), el p valor es < 0.10, por lo que sería bueno seguir investigando para ver cómo se comportaría esta variable en una muestra más grande.

Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,179 y un R^2 de Nagelkerke 0,333. No hay constante significativa en este modelo.

Tabla 59. Predictores de sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*P*	OR [95% IC]
Menor nivel de estudios	1,87	5,83	0,016	6,51 [1,42- 29,80]
Menor satisfacción con la experiencia de embarazo	0,55	10,80	0,001	1,73 [1,25- 2,40]

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5.1.5. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto

5.1.5.1. Factores de riesgo sociodemográficos

A los 12 meses postparto, cuando se compara a las mujeres sin sospecha de ansiedad con respecto a las mujeres con sospecha de ansiedad en función de variables sociodemográficas (Tabla 60), no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables evaluadas: edad ($\chi^2_{(1, 104)} = 0,663$, $p = 0,542$), estado civil ($\chi^2_{(1, 104)} = 1,150$, $p = 0,280$), el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 104)} = 0,000$, $p = 1,000$), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 104)} = 0,057$, $p = 0,754$) y los ingresos familiares ($\chi^2_{(1, 104)} = 0,210$, $p = 0,647$). Con respecto a la media de edad, tampoco se encontraron diferencias significativas ($t_{(102)} = -0,831$, $p = 0,408$) entre ambos grupos de mujeres (33,51 vs. 34,71).

Tabla 60. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No ansiedad (n = 90)		Sí ansiedad (n = 14)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Edad					0,663	0,542
≤ 30	29	32,2	3	21,4		
> 30	61	67,8	11	78,6		
Estado civil					1,150	0,281
Sin pareja	15	16,7	4	28,6		
Casada/vive en pareja	75	83,3	10	71,4		
Nivel de estudios					0,000	1,000
Básicos (primaria y secundaria)	13	14,4	2	14,3		
Superiores (bachillerato, FP, universitarios)	77	86,5	12	85,7		
Situación laboral					0,057	0,754
Trabaja	67	74,4	10	71,4		
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	23	25,6	4	28,6		
Ingresos mensuales familiares (euros)					0,210	0,647
≤ 2000	31	37,3	9	69,2		
> 2000	52	62,7	4	30,8		

5.1.5.2. Factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto

Al comparar a las mujeres de ambos grupos en función de las variables relacionadas con el embarazo, parto y el postparto (Tabla 61 y 62) no se hallaron diferencias en cuanto a la paridad (χ^2 (1, 104) = 0,228, p = 0,591), la historia de abortos previos (χ^2 (1, 104) = 0,202 p = 1,000), la planificación del embarazo (χ^2 (1, 104) = 0,047, p = 0,687) y el haber realizado un tratamiento de fertilidad (χ^2 (1, 104) = 0,047, p = 0,687).

Se encuentran diferencias significativas en función de la presencia de alguna complicación derivada del parto (χ^2 (1, 104) = 8,315, p = 0,011, V de Cramer = 0,28) y el tipo de parto (χ^2 (2, 104) = 14,292, p < 0,001, V de Cramer = 0,37). En concreto, una mayor proporción de mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto había tenido alguna complicación

relacionada con el parto (42,9% vs. 12,2%) y un parto instrumentalizado o por cesárea (71,4% vs. 22,2%). No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables relacionadas con el parto y postparto. No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables relacionadas con el parto y postparto.

Tabla 61. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No ansiedad (n = 90)		Sí ansiedad (n = 14)			
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*
Paridad					0,288	0,591
Primíparas	51	56,7	9	64,3		
Multíparas	39	43,3	5	37,5		
Abortos previos					0,202	1,000
No	80	88,9	13	92,9		
Sí	10	11,1	1	7,1		
Planificación del embarazo					0,047	0,687
No	11	12,2	2	14,3		
Sí	79	87,8	12	85,7		
Tratamiento de fertilidad					0,056	0,590
No	85	94,4	13	92,9		
Sí	5	5,6	1	7,1		

Tabla 62. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto.

	No ansiedad (n = 90)		Sí ansiedad (n = 14)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					14,292	<0,001	0,37
Eutócico	70	77,8	4	28,6			
Instrumental/Cesárea	20	22,2	10	71,4			
Complicación derivada del parto					8,315	0,011	0,28
No	79	87,8	8	57,1			
Sí	11	12,2	6	42,9			
Hijo/a con malformación y/o enfermedad y/o hospitalizado/a					0,173	1,000	
No	66	73,3	11	78,6			
Sí	24	26,7	3	21,4			
Lactancia materna					2,233	0,135	
No	45	50,0	10	71,4			
Sí	45	50,0	4	28,6			

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Por otro lado, se hallaron diferencias significativas () entre ambos grupos en función del nivel de satisfacción con la experiencia del embarazo ($t_{(102)} = 2{,}361$, $p = 0{,}020$, d Cohen = 4,295) y con la experiencia de parto ($t_{(102)} = 3{,}734$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 1,073). Concretamente, las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto presentan niveles de satisfacción inferiores en la experiencia de embarazo (6,71 vs. 7,97) y en la experiencia del parto (7,74 vs. 5,21).

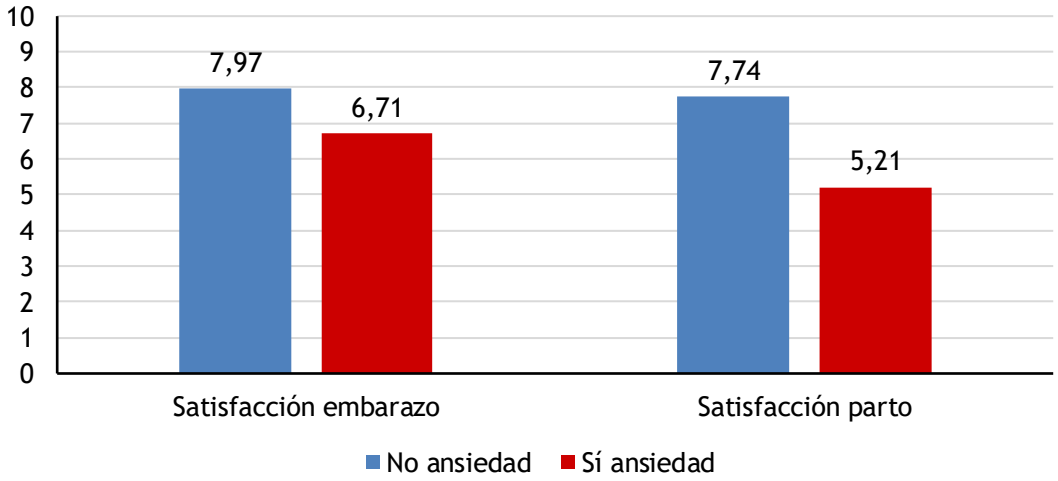


Figura 10. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto.

5.1.5.3. Factores de riesgo psicológicos

Por lo que respecta a la comparación entre mujeres sin sospecha de ansiedad y las mujeres con sospecha de ansiedad en función de variables psicológicas (Tabla 63), se han encontrado diferencias significativas en función de la sintomatología depresiva elevada ($\chi^2_{(1, 104)} = 23{,}881$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,48), pues una mayor proporción de mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto presentaba sintomatología depresiva elevada en ese momento (100,0% vs. 31,1%).

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en la presencia de antecedentes de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1, 104)} = 1{,}522$, $p = 0{,}295$), la presencia de antecedentes de ansiedad ($\chi^2_{(1, 104)} = 0{,}306$, $p = 1{,}000$), la ansiedad rasgo elevada ($\chi^2_{(1, 104)} = 0{,}000$, $p = 1{,}000$), tener baby blues los primeros días tras el parto ($\chi^2_{(1, 104)} = 3{,}820$, $p = 0{,}072$) o la baja percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 104)} = 2{,}419$, $p = 0{,}151$).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 63. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No ansiedad (n = 90)		Sí ansiedad (n = 14)				
	n	%	*n*	%	χ^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					0,172	0,295	
No	73	81,1	12	85,7			
Sí	17	18,9	2	14,3			
Antecedentes de ansiedad					0,202	1,000	
No	80	88,9	13	92,9			
Sí	10	11,1	1	7,1			
Ansiedad Rasgo					0,000	1,000	
No	77	85,6	12	85,7			
Sí	13	14,4	2	14,3			
Depresión					23,881	<0,001	0,48
No	62	68,9	0	0,0			
Sí	28	31,1	14	100,0			
Baby Blues					3,820	0,72	
No	81	90,0	10	71,4			
Sí	9	10,0	4	28,6			
Apoyo social					2,419	0,151	
Apoyo adecuado	74	82,2	9	64,3			
Falta de apoyo	16	17,8	5	35,7			

Por otro lado, se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas (Figura 11) en sintomatología depresiva ($t_{(104)} = -7{,}528$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = -2,163) y la baja percepción de apoyo social ($t_{(104)} = 2{,}058$, $p = 0{,}042$, *d* Cohen = 0,591). Concretamente, las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en sintomatología depresiva (15,50 vs. 7,02) y más bajas en apoyo social percibido (37,00 vs. 43,08).

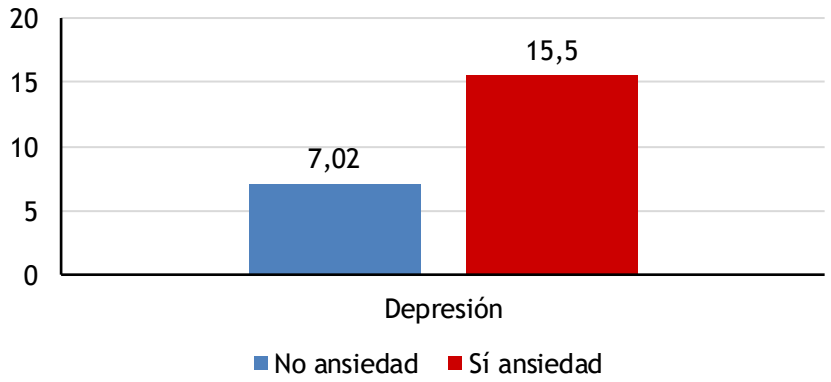


Figura 11. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva.

5.1.6. Predictores de la sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia delante con el fin de conocer qué variables predicen la sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto. Como variables dependientes se utilizó el estatus de sospecha de ansiedad (EDS-3A $\geq$ 7, sí/no) y como variables independientes el tipo de parto (eutócico/instrumentalizado o cesárea), la presencia de complicaciones en el parto (no/sí), el nivel de satisfacción con la experiencia de embarazo y de parto (puntuación 0 a 10) y la sintomatología depresiva elevada a los 12 meses postparto (sí/no). Se intentaron meter en el modelo de regresión todas las variables indicadas, pero debido a la colinealidad existente entre sospecha de ansiedad y sintomatología depresiva a los 12 meses postparto no se pueden introducir las dos en el mismo modelo. Por lo tanto, se proporcionan los datos obtenidos por el modelo sin tener en cuenta dicha variable.

Los resultados hallados (Tabla 64) muestran que el tipo de parto, las complicaciones durante el parto y la experiencia de parto son los predictores de sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto. En concreto, haber tenido un parto instrumentalizado y/o por cesárea (OR = 12,90), haber tenido alguna complicación durante el parto (OR = 4,33) y menor satisfacción con la experiencia de parto (OR = 1,47), aumenta las posibilidades de sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto.

Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,201y un R^2 de Nagelkerke 0,368. No hay constante significativa en el modelo.

Tabla 64. Predictores de sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Parto instrumentalizado y/o cesárea	2,56	10,93	0,001	12,90 [2,83-58,75]
Complicaciones en el parto	1,47	4,21	0,040	4,33 [1,07-17,59]
Menor satisfacción con la experiencia de parto	0,39	4,99	0,025	1,47 [1,05-2,06]

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 65. Variables estudiadas en relación con la sospecha de ansiedad en el postparto.

ÁREAS EVALUADAS	VARIABLES	2 MESES POSTPARTO	6 MESES POSTPARTO	12 MESES POSTPARTO
Variables sociodemográficas	- Edad ≤ 30	X	X	X
	- No tener pareja	X	X	X
	- Menor nivel de estudios	X	**V***	X
	- No trabajar	-	X	X
	- Influencia maternidad laboralmente	-	X	X
	- Menor nivel de ingresos	X	X	X
Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto	- Nulípara	X	X	X
	- Tener abortos previos	X	X	X
	- No planificación del embarazo	X	X	X
	- Recurrir a tratamiento de fertilidad	X	X	X
	- Tener un parto instrumentalizado y/o por cesárea	**V**	X	**V***
	- Complicación en el parto	X	X	**V***
	- Hijo/a con enfermedad/hospitalizado/a	**-**	X	X
	- No lactancia materna	**V***	X	X
	- Menor satisfacción embarazo	**V***	**V***	**V**
	- Menor satisfacción parto	X	X	**V***
Variables psicológicas	- Antecedente de trastorno psicológico	X	X	X
	- Antecedentes de ansiedad	X	**V**	X
	- Ansiedad rasgo elevada	X	X	X
	- Sintomatología depresiva elevada	X	**V**	**V**
	- Baby blues	X	X	X
	- Apoyo social bajo	X	X	X
	- Puntuaciones medias en:			
	- Ansiedad rasgo	X	**V**	X
	- Depresión	X	**V**	**V**
	- Apoyo Social	X	**V**	**V**

X: Variables no relacionadas; **V**: Variables relacionadas; *: Variables predictoras

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6. EVOLUCIÓN DE LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO

En los apartados previos se han presentado los datos de prevalencia hallados en cada uno de los momentos de evaluación de forma transversal. A continuación, se aportará una síntesis de los datos de forma longitudinal abarcando todo el periodo perinatal evaluado, desde el primer trimestre hasta los 12 meses postparto. A este respecto, es importante señalar que los datos del embarazo y del postparto no se corresponden con la misma muestra.

Cabe destacar que la evolución de la sintomatología ansiosa varía en función del momento de evaluación y del instrumento de medida empleado (Figura 12). Atendiendo al embarazo (N = 317), se observa que el segundo trimestre es el periodo con mayor porcentaje de mujeres con sospecha de ansiedad, independientemente del instrumento empleado. La prevalencia para los instrumentos de autoinforme oscila entre el 24,0% del STAI-E y el 33,3% de la GAD-7. Así mismo, es el momento en el que se detecta una mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (18,7%). Por otro lado, el tercer trimestre sería donde la prevalencia es más baja atendiendo a los datos aportados por la EDS-3A (17,6%) y el STAI-E (20,3%). En cambio, la GAD-7 indica que el primer trimestre sería el momento de menos ansiedad, al igual que la entrevista clínica (9,5%). A pesar de que varía el momento en el que se detecta un menor grado de ansiedad en función del instrumento empleado, todos los instrumentos dibujan la misma trayectoria, una forma de "U" invertida. Por tanto, la sospecha de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada siguen el mismo patrón a lo largo del embarazo. Atendiendo a la evolución de la ansiedad específica, los hallazgos indican que aumenta de forma progresiva (/) desde el primer hasta el tercer trimestre (10,7%, 13,3% y 20,3%).

Respecto al postparto (N = 115), el momento con mayor porcentaje de sospecha de ansiedad se sitúa a los 12 meses postparto tanto para la GAD-7 (24,0%), para el STAI-E (20,0%) y para la entrevista clínica (3,8%). Si bien la EDS-3A identifica la mayor prevalencia a los dos meses postparto (13,9%) frente al 13,2% a los 12 meses postparto. La menor prevalencia de sospecha de ansiedad se sitúa en los 2 meses postparto para la GAD-7 (22,6%) y el STAI-E (13,0%). Tanto la EDS-3A como la entrevista clínica señalan los menores niveles de ansiedad a los 6 meses postparto, 13,0% y 0,9%, respectivamente. Por tanto, el patrón a lo largo del postparto varía en función del instrumento empleado. Según la GAD-7, la sospecha de ansiedad seguiría un patrón en forma de "U" invertida. Atendiendo, al STAI-E la ansiedad denotaría un patrón ascendente desde los dos hasta los 12 meses postparto. Por último, con la EDS-3A y la entrevista clínica, la ansiedad en el postparto seguiría una curva en forma de "U". Estos dos instrumentos coinciden en la trayectoria a lo largo del postparto.

Prestando atención a la evolución de la sospecha de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada a lo largo del periodo perinatal, se observa que el embarazo es el momento de mayor ansiedad. Concretamente, el mayor porcentaje de sospecha de ansiedad se encuentra en el segundo trimestre para todos los instrumentos empleados. Con respecto a la trayectoria de sospecha de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada, se puede observar que inicialmente todos los instrumentos siguen el mismo patrón, desde el primer trimestre hasta los dos meses postparto. A partir de ese momento, la trayectoria de la EDS-3A y la entrevista clínica coinciden, mostrando un descenso en los niveles de ansiedad a los seis meses postparto y un ascenso a los 12 meses postparto. Sin embargo, se diferencian de la evolución ascendente que denota el STAI-E, y de la línea ascendente y posteriormente descendente que señala la GAD-7.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

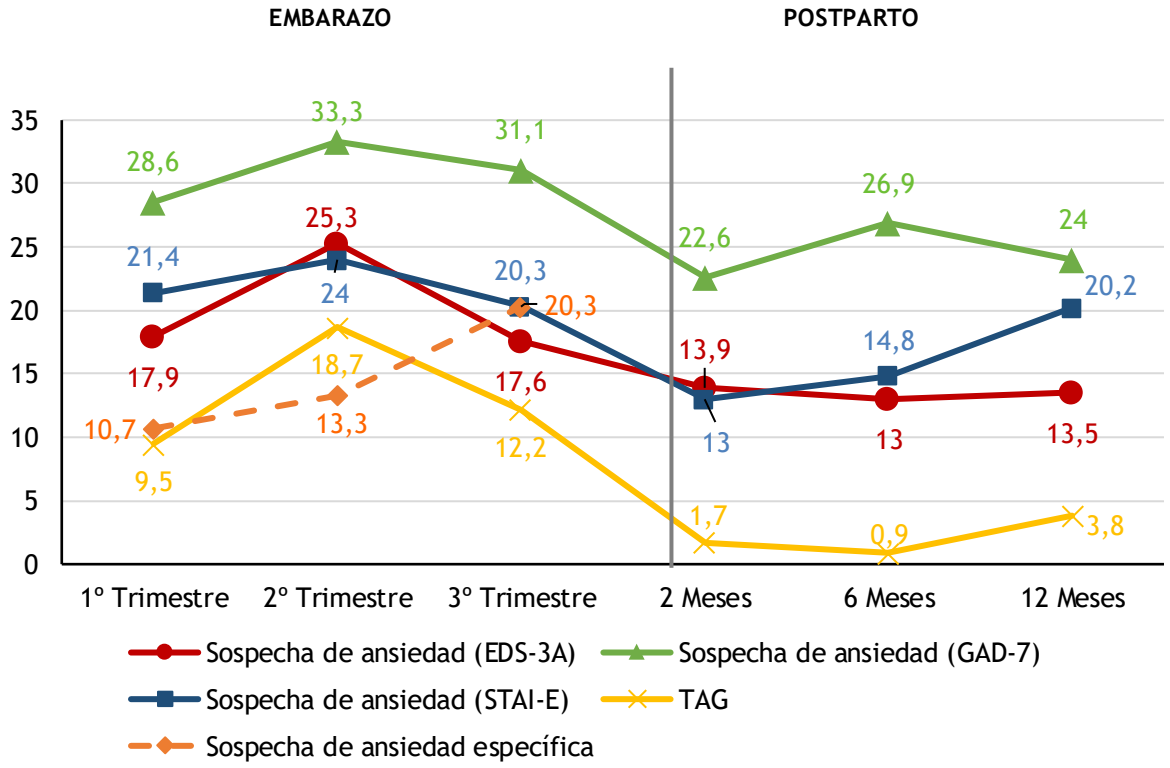


Figura 12. Evolución de la ansiedad en función del momento e instrumento de evaluación.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

IV. DISCUSIÓN

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

En el presente estudio, se planteó como objetivo principal conocer la prevalencia de la ansiedad perinatal en mujeres gallegas, así como analizar los factores de riesgo asociados a la misma. Concretamente, después de validar la EDS-3A para poder ser utilizada tanto en el embarazo como en el postparto, se evaluó la prevalencia de la ansiedad en el embarazo, obteniendo datos en cada uno de los trimestres, así como en el postparto (a los dos, seis y 12 meses). En todos los momentos de evaluación, se utilizaron tres instrumentos de autoinforme (EDS-3A, GAD-7 y STAI-E) y una entrevista clínica (SCID). En el embarazo también se evaluó la ansiedad específica del embarazo con el PRAQ-20. Asimismo, se analizaron las variables asociadas en función de la EDS-3A y la entrevista clínica.

A continuación, la discusión de los resultados obtenidos se va a dividir en función de los objetivos específicos planteados.

1. VALIDACIÓN DE LA EDS-3A COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO

El primer objetivo de este estudio fue validar la EDS-3A como un instrumento de cribado para detectar la presencia de probable ansiedad durante el embarazo y el postparto en mujeres españolas y proponer un punto de corte para el embarazo y el postparto.

La EPDS ha sido la herramienta de screening más utilizada y documentada para la detección de la depresión postparto durante varias décadas (Cox, 2019). Diferentes estudios (Austin et al., 2022; Loyal et al., 2020; Matthey et al., 2008; Matthey et al., 2013; Philips et al., 2009; Swalm et al., 2010; Smith-Nielsen et al., 2021; Toler et al., 2018) también han confirmado la existencia de la subescala de ansiedad de la EPDS, la EDS-3A, y han examinado sus propiedades psicométricas en mujeres embarazadas y puérperas. Si bien la EPDS ha sido validada en múltiples países y culturas para ser utilizada tanto en el embarazo (ej., Adewuya et al., 2006; Husain et al., 2014; Töreki et al., 2013; Vázquez y Míguez, 2019), como en el postparto (ej., Bunevicius et al., 2009; Cox et al., 1987; Garcia-Esteve et al., 2003) para la detección de sintomatología depresiva, en pocas ocasiones se ha empleado para evaluar la ansiedad durante la etapa perinatal. Puesto que la EPDS fue creada para evaluar la depresión en el postparto, la mayoría de estudios que han utilizado la EDS-3A para evaluar ansiedad se han centrado en el postparto (ej., Fellmeth et al., 2022; Matthey et al., 2008; Matthey et al., 2013; Philips et al., 2009; Smith-Nielsen et al., 2021; Toler et al., 2018), siendo menos frecuentes los estudios que han validado su uso durante la etapa prenatal (ej., Adhikari et al., 2021; Matthey et al., 2013; Swalm et al., 2010). De hecho, en España a pesar de que la EPDS está validada para evaluar sintomatología depresiva en el embarazo (Vázquez y Míguez, 2019) y en el postparto (Garcia-Esteve et al., 2003), hasta el momento no había sido validada para detectar ansiedad.

Tras el proceso de validación, la EDS-3A proporcionó buenos niveles de sensibilidad y especificidad, combinados con un alto valor predictivo negativo y una buena proporción global de casos correctamente identificados, así como una buena validez de criterio, lo que, en términos generales, le confiere buenas propiedades psicométricas.

El criterio utilizado para elegir el punto de corte más adecuado de la EDS-3A fue la mejor combinación entre sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN); centrándose en el equilibrio óptimo entre sensibilidad, especificidad

USC DE SANTIAGO

y VPN. De esta manera, los puntos de corte específicos de la EDS-3A para detectar ansiedad fueron 6 o más para el primer trimestre de embarazo y 7 o más para el segundo y tercer trimestre, respectivamente. Asimismo, se estableció el punto de corte de 7 o más para el embarazo en general y para el periodo postparto. De acuerdo con los datos aportados por diferentes estudios (ej., Fellmeth et al., 2022; Matthey et al., 2008; Philips et al., 2009; Smith-Nielsen et al., 2021; Toler et al., 2018), los puntos de corte para detectar ansiedad durante el postparto son similares a los encontrados para detectar ansiedad durante el embarazo (Adhikari et al., 2021; Matthey et al., 2013; Swalm et al., 2010), oscilando entre 4 y 6. En cambio, los puntos de corte propuestos para el embarazo en este estudio son más altos, oscilando entre 6 y 7. Esto puede deberse, en parte, a la metodología empleada para establecer los puntos de corte, pues los estudios que han señalado un punto de corte para evaluar la ansiedad durante la etapa prenatal, o bien se han basado en datos aportados por percentiles (Matthey, Valentini, et al., 2013; Swalm et al., 2010), o han adoptado el punto de corte establecido para el postparto (Adhikari et al., 2021). Con respecto al punto de corte propuesto para detectar ansiedad durante el postparto (≥ 7), también se observa que es más alto que los encontrados en otras investigaciones, oscilando entre 4 y 6 (Buhagiar et al., 2024b; Matthey et al., 2008; Philips et al., 2009; Smith-Nielsen et al., 2021). La metodología empleada también podría explicar este cambio, pues los estudios que han señalado un punto de corte para la ansiedad durante el postparto, o bien se han centrado en un momento determinado del postparto (Matthey et al., 2008), o han utilizado muestras que presenta factores de riesgo para presentar ansiedad (Philips et al., 2009) o sintomatología depresiva o ansiosa elevada (Buhagiar et al., 2024b), o han empleado una medida de autoinforme para establecer el estado de ansiedad (Smith-Nielsen et al., 2021). En cambio, en el presente estudio, se ha aplicado una entrevista clínica diagnóstica. Otro factor que podría estar afectando al aumento del punto de corte es el momento social en el que se ha realizado la recogida de datos, marcada por la pandemia COVID y la guerra de Ucrania. Durante las entrevistas, gran parte de las mujeres referían estar muy preocupadas por la situación social y cómo ésta podía afectar a su familia, a la situación económica y al futuro de sus hijos. Esto aumentaría la probabilidad de puntuar positivo en los ítems de la EDS-3A, ya que se trata de preguntas muy genéricas que no miden aspectos específicos del embarazo.

Por otro lado, en este estudio, el punto de corte para el primer trimestre fue inferior al encontrado para el segundo y tercer trimestre y el embarazo en general. Este mismo patrón fue hallado por Vázquez y Míguez (2019) cuando realizaron la validación de la EPDS como un instrumento para evaluar depresión durante el embarazo. Así mismo, también obtuvieron el mismo punto de corte para el segundo y tercer trimestre de gestación y para el embarazo en general. Este patrón en los puntos de corte puede deberse, en parte, a que el primer trimestre de gestación es el momento en el que hay un mayor riesgo de sufrir un aborto, detectar enfermedades al feto o que su desarrollo se vea afectado por agentes teratógenos. Por este motivo, las mujeres podrían experimentar un mayor estado emocional negativo. Por lo tanto, es importante considerar el trimestre en el que se realizó la validación, ya que la prevalencia de la ansiedad puede fluctuar durante el transcurso del embarazo. Como consecuencia, el punto de corte óptimo de la EDS-3A también puede ser diferente.

En cuanto a la sensibilidad y especificidad de la EDS-3A durante el embarazo para establecer un punto de corte óptimo, nuestro estudio obtuvo los valores más bajos en el tercer trimestre. De hecho, las curvas ROC indican que el cuestionario no discrimina (o predice) en el tercer trimestre ($p > 0.05$). Esto quiere decir que el resultado obtenido para este tercer trimestre no es fiable. Estos datos contrastan con los encontrados en Australia por Austin et al. (2022), que querían comprobar si la EDS-3A tenía buenas características psicométricas para ser empleada como un instrumento de screening durante el tercer trimestre de gestación.

Empleando la SAGE-SR (Screening Assessment for Guiding Evaluation-Self-Report) establecieron un punto de corte ≥ 5 para este tercer trimestre, con mejores resultados en la sensibilidad y especificidad que los obtenidos en el presente estudio. Si bien, en este estudio el instrumento empleado para establecer el punto de corte (SAGE-SR) es un instrumento de autoinforme y, por lo tanto, resulta difícil establecer una comparación con los datos obtenidos en nuestro estudio, en dónde se ha aplicado la entrevista clínica del DSM-5.

En el presente estudio los VPP fueron bajos para el primer y tercer trimestre. La principal consecuencia de los VPP bajos es el aumento de la tasa de falsos positivos. De hecho, Austin et al. (2022) también obtuvieron niveles bajos de VPP en su estudio. Como resultado, se realizarán más entrevistas clínicas de las necesarias para confirmar el diagnóstico de ansiedad. Sin embargo, esto no sería un problema, ya que no implica una carga emocional adicional para las mujeres ni altos costos para el servicio de salud. En cambio, los VPN obtenidos en este estudio en todos los puntos de corte posibles y en todos los trimestres del embarazo fueron elevados, oscilando entre 90 y 100. Estos valores son similares a los obtenidos en otros estudios de validación de EDS-3A durante el embarazo (Austin et al., 2022), y significan que del 90% al 100% de las mujeres identificadas como sin ansiedad por la EDS-3A no padecen un trastorno de ansiedad, es decir, nos permite descartar la patología con mayor seguridad.

Con respecto al postparto, la sensibilidad y especificidad de la EDS-3A obtuvieron valores elevados, 100% y 88,4%, respectivamente. Estos valores son superiores a los encontrados para el punto de corte ≥ 6 (Matthey et al., 2008), con una sensibilidad del 66,7% y especificidad del 88,2%; para el punto de corte ≥ 5 (Smitn-Nielsen et al., 2021) con una sensibilidad ≥ 70%, especificidad ≥ 90% para el punto de corte 4/5 (Buhagiar et al., 2024b) con una sensibilidad del 83,3%, especificidad 64,5%; o para el punto de corte ≥ 4 con una sensibilidad del 63% y especificidad del 70% (Swalm et al., 2010). En cambio, los VPP fueron más bajos en nuestro estudio, lo que aumentaría la tasa de falsos positivos. Sin embargo, los VPN obtenidos fueron elevados en todos los posibles puntos de corte, oscilando entre 99 y 100, siendo similares a los encontrados en los otros estudios de validación. Esto aumentaría la probabilidad de identificar como ansiosas a aquellas mujeres que sí lo están, es decir, aumentaría la tasa de verdaderos positivos.

A la vista de los datos obtenidos, la validación de la EDS-3A para su uso en el embarazo y postparto proporcionó buenos niveles de sensibilidad y especificidad, combinados con un alto valor predictivo negativo y una buena proporción global de casos correctamente identificados. Por lo tanto, la EDS-3A durante la etapa perinatal cumpliría los requisitos de un buen instrumento de cribado de la presencia de ansiedad, ya que permite identificar a aquellas mujeres que presenten un nivel de ansiedad generalizada clínicamente significativo. La principal limitación se encuentra en que los bajos VPP obtenidos implican un aumento de la tasa de falsos positivos, por lo que se necesitan más valoraciones para confirmar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, la mayoría de las herramientas de detección sufren las mismas dificultades, ya que están diseñadas para indicar la posibilidad de enfermedad. Para hacer un diagnóstico definitivo se requeriría de una evaluación clínica como han señalado Gibson et al. (2009). Otra limitación importante es que las curvas ROC indican que el cuestionario no discrimina (o predice) significativamente en el tercer trimestre ($p > .05$). Esto quiere decir que el resultado obtenido para este tercer trimestre no es fiable, por lo tanto, los datos deberían ser interpretados con cautela. Sería interesante contar con otros estudios con los que poder comparar estos datos y arrojar más luz sobre la capacidad predictiva de la EDS-3A en este tercer trimestre de gestación. Una limitación con respecto al postparto es que se propone un punto de corte para el postparto general (dos a 12 meses postparto). Sería interesante analizar si es necesario establecer un punto de corte específico para cada momento del postparto

(dos, seis y 12 meses). El momento social en que se han recogido los datos también debería ser tenido en cuenta, ya que puede haber aumentado la probabilidad de puntuar positivo en los ítems de la EDS-3A, pues como se ha señalado previamente, la ansiedad puede dispararse debido a la situación social presente en el momento de la recogida de los datos. Sería interesante contar con otros estudios que empleasen la EDS-3A como medida de autoinforme en este mismo contexto, para poder comparar estos datos y saber cómo ha afectado esta situación social a mujeres de otros países.

La validación de la EDS-3A durante la etapa perinatal añade un importante valor al conocimiento científico, pues es la primera vez que se lleva a cabo en mujeres españolas. Además, este es un estudio que evalúa a mujeres embarazadas en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, aportando un punto de corte para cada trimestre, y también se ha establecido un punto de corte general para el embarazo. Estudios previos únicamente proporcionan datos del embarazo en general (Adhikari et al., 2021; Matthey, Valentini et al., 2013) o de un trimestre específico, el tercero en el caso del estudio de Austin et al. (2022). La ventaja de proporcionar un punto de corte, para todo el período de gestación, así como por trimestres, permite que cada investigador o clínico utilice el punto de corte más adecuado según el momento del embarazo en el que se evalúe a la mujer. Si bien en la práctica clínica resulta más práctico utilizar el mismo punto de corte para todo el embarazo. A este respecto, es importante destacar que el punto de corte para el embarazo y el postparto coincide, lo que facilitaría la labor de los profesionales clínicos a la hora de interpretar los resultados.

Así pues, la EDS-3A ha demostrado ser un instrumento válido para identificar la ansiedad en mujeres embarazadas y puérperas españolas. Se trata de la única escala específica disponible en España que ha sido validada para su uso tanto en el embarazo como en el postparto. La utilización de escalas generales en el periodo perinatal, que no han sido diseñadas específicamente para esta etapa de la vida y tampoco han sido validadas para su uso en dicho momento, no parece ser la metodología más adecuada a utilizar. Hay que tener en cuenta que el uso de puntos de corte no válidos podría afectar al número de mujeres clasificadas como probablemente ansiosas. Además, un mismo instrumento (EPDS) permite de forma rápida la detección precoz de la sintomatología ansiosa y depresiva durante el embarazo. Otra ventaja de la EPDS reside en su libre disponibilidad, facilidad de administración, brevedad y aceptabilidad general para las mujeres. Esto la convierte en una herramienta útil en el campo de la salud mental perinatal.

2. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE ANSIEDAD GENERAL Y ESPECÍFICA EN EL EMBARAZO

El segundo objetivo de esta investigación consistió en evaluar la prevalencia de la sospecha de ansiedad general y específica durante el embarazo en el primer, segundo y tercer trimestre. En cuanto a la ansiedad general, se partió de la hipótesis de que dicha prevalencia oscilaría entre el 15,0% y el 25,0%, teniendo en cuenta los datos aportados por estudios previos. Los resultados hallados se sitúan en este rango o ligeramente por encima en función del instrumento de medida empleado. Concretamente, la prevalencia de ansiedad según la EDS-3A, se situó en un 17,9% en el primer trimestre, en un 25,3% en el segundo y en un 17,6% en el tercero. Por tanto, los resultados coincidirían con la hipótesis planteada. Con respecto al STAI-E, la prevalencia hallada también coincide con la hipótesis planteada, pues la prevalencia oscila entre el 17,6%

del primer trimestre y el 24,0% del segundo trimestre. Relativo a la GAD-7, los datos obtenidos superan en todos los trimestres los planteados por la hipótesis, obteniendo unas prevalencias más altas, concretamente del 28,6%, 33,3% y 31,3%, en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente. Por tanto, en el presente estudio, el rango de prevalencia de sospecha de ansiedad durante el embarazo se situó entre el 17,6% y el 25,3% según la EDS-3A, entre el 17,6% y el 24,0% según el STAI-E, y entre el 28,6% y el 33,3% según el GAD-7. Si tenemos en cuenta todos los instrumentos de evaluación, la sospecha de ansiedad en el embarazo oscila entre el 17,6% y el 33,3%.

Si bien no es sencillo comparar los resultados obtenidos con los de otras investigaciones debido a la gran variabilidad existente en la metodología empleada y el instrumento de medida utilizado, a continuación, se comentarán los aspectos más relevantes.

La prevalencia de sospecha de ansiedad hallada en el primer trimestre oscila entre el 17,6% (STAI-E) y el 28,6% (GAD-7), en función del instrumento de evaluación empleado. Los datos que más se aproximan al nivel inferior de prevalencia pertenecen al estudio llevado a cabo por Podvornik et al. (2014) en Eslovenia, quienes hallaron una prevalencia del 18,0% con el STAI-E. Así mismo, en los Países Bajos, van de Loo et al. (2018) hallaron una prevalencia del 17,9% (HADS-A ≥ 8), y en España Soto-Balbuena et al. (2018) del 19,5% con la GAD-7 (punto de corte ≥ 7). Los datos que más se aproximan a la prevalencia más alta pertenecen al estudio llevado a cabo por Makara-Studzinska et al. (2013) en Polonia, quienes hallaron una prevalencia del 27,4% con la HADS-A. Así mismo, en España, Soto-Balbuena et al. (2019) hallaron una prevalencia del 20,5% con el STAI-E (punto de corte > 45).

Con respecto al segundo trimestre, la prevalencia hallada en nuestro estudio se situó entre el 24,0% (STAI-E) y el 33,3% (GAD-7). En Polonia, Makara-Studzinska et al. (2015) hallaron una prevalencia de 23,9% con la HADS-A, similar a la prevalencia menor encontrada en este estudio. Por otro lado, en Italia, Cena et al. (2020) hallaron una prevalencia del 36,5% con el STAI-E (punto de corte ≥ 40), cercana a la prevalencia mayor encontrada en este estudio.

En el tercer trimestre, la prevalencia hallada osciló entre el 17,6% y el 31,3%. En este caso, se encuentran valores similares al límite inferior en estudios llevados a cabo en España por Soto-Balbuena et al. (2018) y en Portugal por Figueiredo e Conde (2011), quienes encontraron unas prevalencias del 17,2% (GAD-7 ≥ 7) y del 18,2% (STAI-E ≥ 45), respectivamente. En cuanto al límite superior, se encontraron datos similares en Croacia, Nakic Rados et al. (2018) hallaron una prevalencia del 35,3% (STAI-E ≥ 40) y en Polonia, Makara-Studzinska et al. (2013) informaron de una prevalencia del 29,9% con la HADS-A (punto de corte ≥ 8).

Cabe destacar con respecto a los datos que se acaban de exponer, que en general el punto de corte utilizado para el STAI-E por los diferentes estudios ha sido superior (≥ 40, ≥ 45) al utilizado en el nuestro (> 31). Si dichos estudios utilizasen nuestro punto de corte, sus datos de prevalencia de sospecha de ansiedad serían superiores. Por otro lado, la GAD-7, ha sido empleada en dos estudios y con puntos de corte diferentes (Savory et al., 2021; Soto-Balbuena et al. 2018) o en su forma abreviada (Nath et al., 2018), por lo que resulta complicado realizar comparaciones. Si bien es cierto que los datos obtenidos en este estudio se sitúan por encima de los obtenidos en España por Soto-Balbuena et al. (2018) empleando un punto de corte inferior al nuestro (≥7). Con respecto a la EDS-3A, solamente ha sido empleada en un estudio y combinada con otro criterio para detectar ansiedad (Cena et al., 2020), por lo que no se pueden extraer conclusiones.

Al no contar con estudios que empleen los mismos puntos de corte que los utilizados en nuestro estudio, no se pueden hacer comparaciones sobre los datos hallados. Sin embargo, sí se puede observar que existe gran variabilidad en la prevalencia de sospecha de ansiedad en el

embarazo en los países europeos, al igual que ocurre con nuestros datos. A este respecto, cabe señalar que las tasas de prevalencia pueden verse modificadas no solamente por el instrumento de evaluación empleado, sino también en función de la cultura. El continente europeo está formado por países de culturas diferentes y de diferente nivel socioeconómico, algo que puede explicar la gran variabilidad en las tasas de prevalencia halladas para la ansiedad durante la etapa prenatal. Esta variabilidad en las prevalencias también se ha encontrado en otros países. Datos procedentes de México muestran que un 21% de las mujeres presentaban ansiedad durante el embarazo (Juarez Padilla et al., 2021) y Alqahtani et al., (2018) encontraron que un 23,6% de las gestantes en Arabia Saudí presentaban altos niveles de ansiedad. En Australia se observó que un 33% de las mujeres presentaban ansiedad en algún momento del embarazo (Grant et al., 2008) y Ma et al. (2020) hallaron que un 11,1% de las gestantes en Shanghái sufrían ansiedad durante el embarazo. Estos datos nos permiten concluir que la presencia de ansiedad durante el embarazo es elevada en diferentes países del mundo, aunque las tasas de prevalencia pueden verse modificadas en función de la cultura y/o el instrumento de evaluación empleado.

Por último, es importante destacar que el haber empleado varios instrumentos de autoinforme nos permite sugerir que la EDS-3A y el STAI-E, son los instrumentos de cribado que hallan prevalencias más similares a las encontradas en el resto de continentes, lo que nos hace creer que pueden ser las herramientas más adecuadas para evaluar la ansiedad durante la etapa prenatal. De todos modos, caba señalar que el punto de corte para el STAI-E no está validado para población gestante, por lo que sería recomendable utilizar la EDS-3A, pues resulta mucho más breve y ha sido validado para el embarazo en esta investigación.

Con respecto a la ansiedad específica del embarazo, se partió de la hipótesis de que oscilaría entre un 10,0% y un 20,0%, teniendo en cuenta los datos aportados por otras investigaciones. Los hallazgos obtenidos en esta investigación se sitúan en este rango para el primer (10,3%) y segundo trimestre (13,2%) de gestación, y ligeramente por encima en el tercero (20,3%). En el primer trimestre, la prevalencia hallada en este estudio (10,3%), fue inferior a la encontrada en España por Vázquez y Míguez (2021), pues encontraron una prevalencia del 18,1% y del 16,0%, con el PRAQ-20 $\geq$ 67 y el PRAQ-55 $\geq$ 165, respectivamente. Asimismo, Vázquez et al. (2018) también informaron de una prevalencia superior (19,1%; PRAQ-55 $\geq$ 234), si bien emplearon una versión más extensa de la escala. En el segundo trimestre, la prevalencia hallada en esta investigación (13,2%) fue similar a la encontrada con la PRAQ-20 (16,5%) y con el PRAQ-55 (15,6%) por Vázquez y Míguez (2021). Respecto al tercer trimestre, encontramos una prevalencia del 20,3%, siendo superior (16,6%) a los datos obtenidos con el PRAQ-55 (percentil 90) por Stojanow et al. (2017) en los Países Bajos, y a los encontrados en Alemania (11,0%; cuestionario $M > 5$) por Koelewijn et al. (2017) y en España por Vázquez y Míguez (2021), quienes informaron de prevalencias del 12,1% (PRAQ-20) y del 13,5% (PRAQ-55).

Las diferencias halladas entre los datos del presente estudio y los encontrados en otros países europeos pueden deberse, en parte, a que emplean la versión extensa del PRAQ (Koelewijn et al., 2017; Vázquez et al., 2018; Vázquez y Míguez, 2021) u otros cuestionarios (Stojanow et al., 2017). Además, a excepción de un estudio (Vázquez y Míguez, 2021), las investigaciones han evaluado la ansiedad específica en un momento concreto del embarazo, por lo que los datos no son estrictamente comparables. Atendiendo a los datos encontrados en España por Vázquez y Míguez (2021), quienes evaluaron la ansiedad específica en los tres trimestres de embarazo, con el mismo instrumento y punto de corte, la superioridad en los datos encontrados en esta investigación podría explicarse por la situación social que estaban viviendo estas mujeres, ya que la pandemia podría aumentar las posibilidades de puntuar positivo en varios ítems de dicha escala. Por ejemplo, podría aumentar la puntuación en el factor de miedo

a la integridad del bebé, debido al desconocimiento sobre los efectos del contagio sobre el bebé. Otro aspecto que se podría ver acentuado sería el miedo al parto, debido a los cambios en la atención médica recibida durante la pandemia. Además, la discrepancia en los datos también podría explicarse en base a diferencias metodológicas, pues el estudio de Vázquez y Míguez, emplean un tamaño muestral mucho mayor y es longitudinal frente al nuestro que es transversal.

Fuera del continente europeo, aún es más difícil sacar conclusiones, pues la mayoría de investigaciones emplean otros instrumentos para evaluar la ansiedad específica del embarazo y no se encuentran estudios que evalúen la misma en los tres trimestres de embarazo. En China, Wang et al. (2021) encontraron que un 31,6% (PRA ≥ 24) de las mujeres presentaban ansiedad específica del embarazo. En concreto, un 6,4% en el primer trimestre y un 7,6% en el segundo, datos ligeramente inferiores a los hallados en este estudio, si bien el instrumento de medida empleado es diferente y el factor cultural también puede estar influyendo. Otros estudios solamente informan de prevalencia para el embarazo general, como Nath et al. (2019) en India, en dónde hallaron una prevalencia del 55,7% (PRT ≥ 28 en nulípara y ≥ 24 en multíparas), Naja et al. (2020) en Qatar, encontraron una prevalencia del 26,5% (PARA-R2 ≥ 13) o Akinsulore et al. (2021), quienes informaron de una prevalencia del 43,5% (PRAS ≥ 26) en Nigeria. Independientemente de las dificultades encontradas a nivel metodológico (ej., variabilidad el en instrumento empleado, el momento de evaluación) para hacer comparaciones, y a las propias diferencias a nivel cultural, se puede concluir que la ansiedad específica del embarazo está presente en un porcentaje elevado de mujeres durante el embarazo.

3. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL EMBARAZO

Respecto a la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo se partió de la hipótesis de que ésta oscilaría entre el 0,3% y el 7,0%, atendiendo a lo hallado en estudios previos. Los resultados obtenidos estarían por encima de los planteados en la hipótesis tanto en el primer (9,5%), como en el segundo (18,7%) y tercer (12,2%) trimestre de gestación. En este caso, el rango de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo se situó entre el 9,5% y el 18,7%.

En el primer trimestre, la prevalencia hallada en este estudio fue del 9,5%, muy superior a la encontrada en Alemania por Martini et al. (2013) y en Italia por Borri et al. (2008), quienes informaron de una prevalencia del 1,3% y del 1,9%, respectivamente, empleando la CIDI-V en el primer caso y la SCID en el segundo.

En el segundo trimestre, la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada hallada en el presente estudio (18,7%), es superior a la encontrada en Alemania por Martini et al. (2013), y en Suecia por Andersoon et al. (2003), informando ambos de una prevalencia del 0,3% con la CIDI-V y el PRIME-MD, respectivamente. Sin embargo, nuestros datos son inferiores al 22,7% hallado por Coelho et al. (2011) en Reino Unido empleando la SCID.

En el tercer trimestre, los datos de prevalencia hallados (12,2%), serían algo superiores a los encontrados en Francia por Sutter-Dallay et al. (2004) con la MINI (8,5%), pero muy superiores a los encontrados en Alemania por Martini et al. (2013) con la CIDI-V (1,8%), y en Suecia por Zar et al. (2002) con la ADIS-R (0,9%).

Las diferencias halladas entre los datos del presente estudio y los encontrados por otros llevado a cabo en Europa, puede deberse a que utilizan para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada otras entrevistas como la MINI, CIDI-V o PRIME-MD. A pesar de ser

entrevistas clínicas, al igual que la SCID, y basarse en los criterios diagnósticos del DSM, la utilización de diferentes instrumentos puede dar lugar a diferentes formas de interpretar o puntuar los elementos que las componen. Esto mismo puede ocurrir con los datos obtenidos con otras versiones de la SCID (Borri et al., 2008; Coelho et al., 2011). Otro aspecto que podría explicar la alta tasa de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada sería la situación social presente en el momento de recoger la muestra, tal como se ha comentado previamente.

Con respecto a España, no es posible hacer comparaciones, pues este es el primer estudio que aporta datos de la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo con entrevista clínica. Por tanto, es evidente la importancia de llevar a cabo más estudios con población embarazada en nuestro país y conocer la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en diferentes regiones.

Relativo a los datos aportados por entrevistas clínicas fuera del continente europeo, en Canadá se ha hallado que un 15,8% de las mujeres embarazadas cumplen criterios para algún trastorno de ansiedad según los criterios del DSM-IV-TR (Fairbrother et al., 2015) y Buist et al. (2011) hallaron que un 9,5% de las gestantes en Australia cumplía los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada. En el sureste africano (van Heyningen et al., 2017), hallaron que un 23% de las gestantes cumplía criterios para alguno de los trastornos de ansiedad incluidos en el DSM-IV-TR. Los datos de otros países, nos indican que el trastorno de ansiedad generalizada oscila entre un 9,5% y un 23,0% durante el embarazo. Los datos encontrados en este estudio se sitúan dentro de este rango, pues la proporción de mujeres embarazadas que presentan un diagnóstico de TAG oscila entre un 9,5% y un 18,7%.

4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SOSPECHA DE ANSIEDAD Y AL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DURANTE EL EMBARAZO

El cuarto objetivo de esta investigación fue identificar durante el embarazo los factores de riesgo asociados tanto a la sospecha de ansiedad, evaluada mediante la EDS-3A, como al trastorno de ansiedad generalizada. A continuación, se explicarán dichas relaciones en función de los grupos de variables estudiadas (sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y psicológicas).

Factores de riesgo sociodemográficos

Con respecto a los *factores de riesgo sociodemográficos*, la sospecha de ansiedad se ha asociado con tener *menor edad*, en particular, tener una edad igual o inferior a 30 años. Variable que además resultó ser predictora. Esta relación fue hallada en otras investigaciones en las que tener una edad inferior a 20 años (Bödecs et al., 2013; Qiao et al., 2009), a 25 (Adewuya et al., 2006; Bayrampour et al., 2015; Rubertsson et al., 2014) o a 30 años (van de Loo et al., 2018) han sido asociadas a mayor riesgo de ansiedad prenatal. Dicha relación podría explicarse por el hecho de que las mujeres más jóvenes suelen tener una posición económica más desfavorable e inestable y trabajos peor remunerados, lo que conlleva a un menor nivel de ingresos.

Otros estudios (ej., Cena et al., 2020, Soto-Balbuena et al., 2018) no encontraron relación entre la edad y la presencia de ansiedad, y otros hallan asociación en sentido inverso, es decir, a mayor edad, mayor riesgo de ansiedad (ej., Ali et al., 2012; Dunkel-Schetter et al., 2016; Insan

USC DE COMPOSTELA

et al., 2020). En este caso, la explicación podría ser los posibles efectos de las dificultades de concebir junto con la ansiedad ante complicaciones obstétricas y del embarazo asociadas con la edad avanzada (Clearly-Goldman et al., 2005; Treacy et al., 2006).

La sospecha de ansiedad en el embarazo también se ha asociado con tener *un menor nivel de estudios*. Estos datos concuerdan con lo hallado por la mayoría de los estudios (ej., Arifin et al., 2021; Bödces et al., 2013; Cena et al., 2020; González-Mesa et al., 2019; Podvornik et al., 2014; van de Loo et al., 2018), pues parece haber consenso en las investigaciones entre la relación de un menor nivel educativo y la presencia de ansiedad antenatal. La relación entre estas dos variables puede explicarse teniendo en cuenta que un bajo nivel educativo a menudo se relaciona con otras desventajas socioeconómicas (Cena et al., 2020). En relación con esto, en el presente estudio el tener un *menor nivel de ingresos,* concretamente inferiores o iguales a los 2000 euros familiares mensuales no se asoció con ansiedad prenatal. Estos resultados están en concordancia con los encontrados por González-Mesa et al. (2019) en una muestra de mujeres británicas y otra de asiáticas o por los hallados en Italia por Giardinelli et al. (2012) y en Qatar por Naja et al. (2020). Si bien contradice a los hallazgos en la mayoría de investigaciones (ej., Bayrampour et al., 2015; Bödecs et al., 2013; Cena et al., 2020; Lee et al., 2007). Esta discordancia con nuestros hallazgos podría explicarse por el criterio empleado para valorar el nivel de ingresos. En nuestra investigación empleamos como criterio el nivel de ingresos familiares mensuales. La mayor parte de los estudios analizan el nivel socioeconómico de la mujer y no de la familia (Faisal-Cury et al., 2007), los ingresos anuales (Bayrampour et al., 2015), los ingresos diarios (Nasreen et al., 2011) o las dificultades económicas y no la cantidad de ingresos (ej., Bödecs et al., 2013; Cena et al., 2020, Soto-Balbuena et al., 2018). Además, hay que tener en cuenta los factores sociales y culturales de cada país, pues en función de esos factores el salario mínimo varía y, por tanto, la cantidad que se considera como ingresos mínimos. Por ejemplo, en China (Lee et al., 2007) y en Polonia (Makara-Studzinska et al., 2013), consideraron como ingresos económicos bajos una cantidad igual o inferior a 1000 euros mensuales. El salario mínimo interprofesional en 2024 España se situó en 1134 euros mensuales, frente a los 735 euros de Hon Kong o a los 1008 euros mensuales de Polonia.

Uno de los factores relacionados con el nivel de estudios como con la situación económica es la *situación laboral*. En nuestro estudio, estar en situación de desempleo durante el embarazo no se asoció con ansiedad. Arifini et al. (2021) explican que la ausencia de asociación entre ansiedad y desempleo podría deberse a que las mujeres trabajadoras con gran carga de trabajo o insatisfechas con sus trabajos, tiene un percepción y pensamientos más negativos sobre el embarazo, por lo tanto, ser trabajadora aumentaría la ansiedad. Otros estudios tampoco encontraron relación entre ser desempleada y ansiedad prenatal (ej., Soto-Balbuena et al., 2018; Waqas et al., 2015). En Paquistán, Waqas et al. (2015) explican esta ausencia de relación debido a cuestiones culturales, pues el hogar se considera el lugar apropiado para las mujeres y ser trabajadora está estigmatizado. Otros autores, encontraron que el tipo de trabajo influía en la relación entre desempleo y ansiedad, pues realizar trabajos físicos o estar en un trabajo altamente estresante podría aumentar la posibilidad de desarrollar ansiedad antenatal (Dunkel-Schetter et al., 2016; Makara-Studzinska et al., 2013). La ausencia de relación en nuestro estudio podría explicarse por el hecho de que solamente el 9,5% de la muestra se encontraba en situación de desempleo. Además, el no tener en cuenta el efecto de la situación laboral por trimestres también podría explicar la ausencia de relación, pues un aspecto que podría aumentar la probabilidad de presentar ansiedad sería la influencia del embarazo en la vida laboral a lo largo del embarazo. El avance de la gestación, puede aumentar las dificultades a la hora de desarrollar las tareas laborales lo que podría generar frustración a las mujeres.

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Por el contrario, otros estudios encontraron relación entre no tener un trabajo remunerado (ej., Alqahtani et al., 2018; Cena et al., 2020, González-Mesa et al., 2019) o ser ama de casa (Marchesi et al., 2009) y la ansiedad prenatal. Una posible explicación podría ser el hecho de que el no trabajar implica tener menor red de apoyo social y un cierto aislamiento (Giardinelli et al., 2012).

El hecho de no tener pareja o no cohabitar con ella se asoció en estudios previos con la ansiedad prenatal (ej., Bödecs et al., 2013; Juarez Padilla et al., 2021; van de Loo et al., 2018), pero no en esta investigación. No obstante, sólo 49 mujeres informaron no tener pareja en el presente estudio y esto podría influir en los datos. Cabe señalar que otras investigaciones tampoco encontraron relación entre estar soltera y sufrir ansiedad perinatal (ej., Bayrampour et al., 2015; Martini et al., 2015; Soto-Balbuena et al., 2018). De hecho, los estudios señalan la necesidad de tener en cuenta la calidad de la relación, pues es mejor ser madre soltera que tener una relación de pareja conflictiva y/o carente de apoyo (Biaggi et al., 2016).

Factores de riesgo relacionados con el embarazo

Respecto a las variables relacionadas con el embarazo, la *paridad* no se asoció con sospecha de ansiedad ni con el trastorno de ansiedad generalizada, al igual que ha ocurrido en otros estudios (ej., Bayrampour et al., 2015; Martini et al., 2015; Naja et al., 2020). Si bien hay estudios que encuentran relación entre ser nulípara y mayor riesgo de ansiedad prenatal (ej., Adewuya et al., 2006; Ali et al; 2012; Arifini et al., 2021), otras investigaciones han encontrado lo contrario, es decir, relación con ser multípara (ej., Podvornik et al., 2014; González-Mesa et al., 2019). Nuestros hallazgos podrían explicarse por la presencia de otras variables influyentes, como la edad de la mujer, siendo la media de nuestra muestra relativamente más alta a la encontrada en otras investigaciones que hallaron relación entre ansiedad y multiparidad (ej., Adewuya et al., 2006; Ali et al; 2012) o el apoyo social percibido, pues sentirse apoyada durante la gestación reduce los niveles de ansiedad. Por lo tanto, sería interesante que en futuros estudios se realizaran análisis de moderación para investigar más a fondo estos resultados, con el fin de explicar sus aparentes contradicciones.

Con respecto a la existencia de *abortos previos*, esta variable no se asoció con sospecha de ansiedad ni con el trastorno de ansiedad generalizada. En la misma línea, otros estudios (ej., Bayrampour et al., 2015; González-Mesa et al., 2019; Soto-Balbuena et al., 2018) tampoco hallaron asociación entre presentar ansiedad e historia de abortos previos. Si bien este hallazgo es contradictorio a lo hallado en otras investigaciones (ej., Alqahtani et al., 2018; Cena et al., 2020; Naja et al., 2020), en dónde la existencia de abortos previos se ha asociado con ansiedad prenatal. Un aspecto que podría explicar la ausencia de relación es que la mayoría de las mujeres de nuestro estudio, concretamente el 86,8%, no tenían historia previa de abortos. Además, los abortos suelen tener lugar en el primer trimestre de gestación, y en este caso se ha analizado la relación con el embarazo en su totalidad, sin especificar por trimestres.

El *no haber planificado el embarazo* no se asoció con sospecha de ansiedad ni con el trastorno de ansiedad generalizada. Si bien otras investigaciones tampoco encontraron relación entre no haber planificado el embarazo y la ansiedad prenatal (ej., Bayrampour et al., 2015; Martini et al., 2015), estos datos son contradictorios a lo encontrado en otros estudios (ej., Cena et al., 2020; Naja et al., 2020; Waqas et al., 2015) en dónde la situación de embarazo no planeada o no deseada es un factor de riesgo para la ansiedad antenatal. Si bien es cierto que algunos autores (González-Mesa et al., 2019; Van de Loo et al., 2018) solamente encontraron esta relación al principio del embarazo.

USC DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Con respecto a los *tratamientos de fertilidad* los datos son contradictorios, en Italia Cena et al. (2020) no encontraron relación entre recurrir a técnicas de reproducción asistida y ansiedad antenatal, explicando este hallazgo en base a la planificación de embarazo, es decir, someterse a técnicas de reproducción asistida supone estar buscando el embarazo y disponer de un buen status económico para enfrentarse a la crianza de un hijo/a. Estos datos están en concordancia con los encontrados en nuestra investigación, en la cual no se halló relación, si bien solamente el 7,9% de las mujeres habían recurrido a un tratamiento de fertilidad. Sin embargo, otros estudios (Giardinelli et al., 2012; González-Mesa et al., 2019) hallaron que someterse a un tratamiento de fertilidad se asociaba con ansiedad prenatal. Cabe señalar, que González-Mesa et al. (2019) únicamente encontraron esta relación en la muestra de mujeres turcas, no en la española, algo que nos indica que la cultura también es un factor a tener en cuenta.

Factores de riesgo psicológicos

Con respecto a las variables psicológicas evaluadas, se halló asociación con la presencia de antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico, tanto para la sospecha de ansiedad como para el trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, no se halló asociación con los antecedentes de ansiedad en particular para ninguna de las dos condiciones. Con respecto al resto de variables psicológicas evaluadas durante el embarazo, ambas condiciones de ansiedad se asociaron con ansiedad rasgo elevada, ansiedad específica del embarazo y sintomatología depresiva elevada. La percepción de bajo apoyo social solamente se asoció con sospecha de ansiedad.

En cuanto a la presencia de *antecedentes*, se han agrupado bajo este epígrafe todas aquellas condiciones relacionadas con la ansiedad que pertenecen a la historia previa de la mujer. En primer lugar, se halló que el haber padecido un trastorno psicológico en el pasado, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más informados (77,6%), se asoció con sospecha de ansiedad y con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada. En la línea, estarían los resultados hallados por Bayrampour et al. (2015), Juarez-Padilla et al. (2021) o van de Loo et al. (2018), los cuales encontraron esta misma asociación, siendo los trastornos más frecuentes los del estado de ánimo y la ansiedad. Otras investigaciones también encontraron asociación entre los trastornos psicológicos en general y la ansiedad antenatal (ej., Giardinelli et al., 2012; Savory et al., 2021). En el presente estudio esta variable fue además predictora del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo. Si se tienen en cuenta solamente a las mujeres con *antecedentes de ansiedad*, esta variable no se asoció ni con sospecha de ansiedad ni trastorno de ansiedad generalizada. A este respecto, cabe señalar que solamente se han encontrado dos investigaciones (Rico et al., 2010; Rubertsson et al., 2014) que hallaran relación entre historia previa de ansiedad y sintomatología ansiosa en el embarazo. La ausencia de asociación en nuestra investigación podría explicarse por el instrumento de evaluación empleado (EDS-3A), pues Rico et al. (2010) encontraron dicha relación utilizando el STAI-E, y Rubertsson et al. (2014) empleando la HADS-A. Además, solamente el 16,1% de las mujeres presentaban antecedentes de sintomatología ansiosa. Así mismo, se halló que la presencia de ansiedad específica del embarazo se asociaba con ansiedad durante la etapa prenatal.

Con respecto a la *depresión*, se halló que la sospecha de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada se relacionaban y predicen con la presencia de depresión clínicamente significativa, así como con mayores puntuaciones en sintomatología depresiva. Esta relación está ampliamente documentada (ej., Juarez Padilla et al., 2021; Rubertsson et al., 2014; van de Loo et al., 2018). La principal explicación es la frecuente comorbilidad entre ambos trastornos

(Cena et al., 2021; Dennis et al., 2017). Dennis et al. (2017) concluyeron que en Europa la prevalencia de ansiedad y depresión preparto clínicamente significativa es de alrededor el 19,0%. De hecho, se ha llegado a plantear que la ansiedad y la depresión no son entidades clínicamente independientes (Tendais et al., 2014). Además, comparten factores de riesgo (Cena et al., 2021).

En relación con el *apoyo social* se halló que la sospecha de ansiedad se asociaba con menor percepción de apoyo durante el embarazo. La mayoría de las investigaciones (ej., Arifini et al., 2021; Bödces et al., 2013; Juarez Padilla et al., 2021; Soto-Balbuena et al. 2018) coinciden con nuestros hallazgos señalando que el apoyo social es crucial para el bienestar de la futura madre (Giardinelli et al., 2012). En este sentido las posibles explicaciones que se aportan en los estudios para la relación entre menor percepción de apoyo social y ansiedad se basan más en el efecto protector del apoyo social sobre la ansiedad que en el bajo apoyo social como factor de riesgo para la misma. Concretamente, el apoyo social durante los momentos de estrés o eventos vitales adversos puede ser un factor de protección frente a la aparición de ansiedad (Soto-Balbuena et al., 2018). Por tanto, el apoyo social puede facilitar el proceso de adaptación a la maternidad (Poçan et al., 2013), aumentando la autoeficacia materna, es decir, la creencia en la propia capacidad de la madre (Haslam et al., 2006).

Los resultados hallados nos indican que las variables psicológicas analizadas se relacionan con la presencia de ansiedad durante el embarazo. Por ello, es crucial tenerlas en cuenta en los controles habituales de seguimiento de este. Por otro lado, se demuestra la gran comorbilidad existente entre ansiedad y depresión.

5. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE ANSIEDAD EN EL POSTPARTO

El quinto objetivo de esta investigación consistió en evaluar la prevalencia de sospecha de ansiedad en el postparto a los dos, seis y 12 meses, con diferentes instrumentos de autoinforme. Se partió de la hipótesis de que la prevalencia oscilaría entre el 10,0% y el 20,0%. Los datos encontrados se sitúan dentro de este rango empleando la EDS-3A y el STAI-E, pero superan el mismo utilizando la GAD-7. En concreto, con la EDS-3A, se obtuvo una prevalencia del 13,9%, 13,0% y del 13,5%, a los dos, seis y 12 meses postparto, respectivamente. Con el STAI-E, la prevalencia fue del 13,0% a los dos meses, del 14,8% a los seis meses y del 20,2% a los 12 meses postparto. Atendiendo a la GAD-7, la prevalencia de sospecha de ansiedad se situó en un 22,6% a los dos meses postparto, en un 26,9% a los seis meses postparto, y en un 24,0% a los 12 meses postparto.

En el postparto, comparar los datos de prevalencia es más complicado si cabe, debido a la escasez de estudios existentes y a la variabilidad de instrumentos de evaluación, puntos de corte empleados y los momentos de evaluación utilizados por los diferentes estudios. A los dos meses postparto la prevalencia hallada fue del 13,9% con la EDS-3A, del 13,0% con el STAI-E y del 22,6% con la GAD-7. La prevalencia encontrada en los pocos estudios europeos (Giakoumaki et al., 2009; Canario y Figueiredo, 2017; Nakic Rados et al., 2018; Reck et al., 2008; Dikmen-Yilz et al., 2017) que han evaluado la sospecha de ansiedad en las primeras semanas tras el parto, se sitúa entre los datos hallados en esta investigación. En concreto, Giakoumaki et al. (2009) hallaron una prevalencia del 22,9% a los dos-tres días posparto empleando el STAI-E con un punto de corte ≥ 40. Empleando el mismo instrumento y punto de corte, en Croacia, Nakic Rados et al. (2018) hallaron una prevalencia del 17,0% a los dos días postparto y del

20,0% a las seis semanas. Con el STAI-E, pero empleando puntuaciones medias, Canario y Figueiredo (2017) hallaron una puntuación media de 35,76 entre el primer y tercer día tras el parto. Por otro lado, en Alemania, Reck et al. (2008) hallaron una prevalencia del 32,5% entre las 2-6 semanas postparto, utilizando como instrumento de medida el ASQ-15. Empelando la HADS-A, Dikmen-Yilz et al. (2017) informaron de una prevalencia del 24,6% entre las 4-6 semanas postparto. Si extendemos la comparación a estudios fuera del ámbito europeo vemos que los hallazgos están en consonancia con los encontrados en este estudio. Por ejemplo, en Canadá, Fairbrother et al., (2015) hallaron una prevalencia de sospecha de ansiedad del 17,1% a los tres meses postparto. En el mismo país, Dennis et al., (2016) encontraron una prevalencia del 22,6%, 17,2% y del 14,8% a la primera, cuarta y octava semana postparto, respectivamente. En China, Liu et al. (2020) informaron de una prevalencia del 15,2% a las seis semanas postparto. Por otro lado, van der Zee-van den Berg et al. (2021) en los Países Bajos, hallaron que la prevalencia de sospecha de ansiedad se situaba en un 14,7% a los tres meses postparto.

Con respecto a los seis meses postparto, la prevalencia de sospecha de ansiedad fue del 13,0%, 14,8% y 26,9%, con la EDS-3A, el STAI-E y la GAD-7, respectivamente. En Reino Unido, Fellmeth et al. (2022) hallaron una prevalencia del 28,8% empleando la EDS-3A, pero con un punto de corte menor al empleado en esta investigación (≥ 6), lo que podría explicar que los datos encontrados fueran superiores a los hallados en el presente estudio. Estos mismos autores, informaron de una prevalencia del 15,5% a los seis meses postparto, usando la GAD-7 en su versión abreviada (GAD-2 $\geq$ 3). Esto podría explicar que en nuestro estudio la prevalencia encontrada sea superior a la encontrada por Fellmeth et al. (2022). En Turquía, Dikmen-Yiliz et al. (2017), hallaron una prevalencia del 16,2%, empleando la HADS-A como instrumento de autoinforme. Estos datos estarían dentro del rango hallado en esta investigación. Fuera de Europa, Yang et al. (2020) en China y Paul et al. (2013) en Pensilvania, encontraron que la prevalencia de ansiedad a los seis meses postparto se situaba en un 15,2% (SAS $\geq$ 50) y en 7,2% (STAI-E $\geq$ 40), respectivamente. Los datos encontrados en China se encuentran dentro del rango hallado en este estudio, en cambio, los encontrados en Pensilvania son inferiores, si bien esto puede deberse a emplear un punto de corte mayor con el STAI.

A los 12 meses postparto, la prevalencia de sospecha de ansiedad fue del 13,5% según la EDS-3A, y se situó en un 20,2% y 24,0% según el STAI-E y la GAD-7, respectivamente. En este caso, es superior a la hallada por Buhagiar et al. (2024a) en Malta (11,2%), empleando la GAD-7 con un punto de corte $\geq$ 13. Si bien, estos autores tomaron los datos desde el nacimiento hasta el año postparto. Fuera de continente europeo, Gheorghe et al. (2021) hallaron una prevalencia del 13,8% entre el quinto y décimo tercero mes postparto, empleando la GAD-2 $\geq$ 3. Este dato sería similar al encontrado en este estudio con la EDS-3A, e inferior al encontrado con el STAI-E y la GAD-7. Si bien los datos, no son estrictamente comparables por emplear diferentes instrumentos y momentos de evaluación a los empleados en este estudio.

Las diferencias entre nuestros datos y los encontrados en estos estudios en los tres momentos de evaluación pueden explicarse atendiendo a varios motivos, comunes a todos ellos. En primer lugar, la diversidad de puntos de corte utilizados genera confusión y dificultad a la hora de comparar los datos, pues aquellos que utilizan puntos de corte superiores al nuestro verían incrementada su prevalencia si el punto de corte fuese inferior. Cabe destacar que los puntos de corte utilizados por la totalidad de los estudios son superiores al nuestro en el STAI-E, siendo el más frecuente $\geq$ 40. Por otro lado, los estudios que utilizan un punto de corte por debajo de nuestro, como por ejemplo el de Fellmeth et al. (2022), con respecto a la EDS-3A, aportan prevalencias superiores a las nuestras. Además, algunos estudios utilizan puntuaciones medias (Canario y Figueiredo, 2017; van Bussel et al. 2009), en vez de porcentajes, para informar de los hallazgos.

Otra de las causas, es la diversidad de instrumentos de autoinforme empleados. Si bien el STAI-E es el instrumento utilizado en la práctica totalidad de los estudios, otras escalas como la GAD-2 (Fellmeth et al., 2022), la HADS-A (Dikmen-Yiliz et al., 2017; van Bussel et al. 2009) o el ASQ-15 (Reck et al., 2008) también han sido utilizados, y los resultados obtenidos con diferentes instrumentos de evaluación suelen diferir.

En tercer lugar, la variabilidad en los momentos de evaluación utilizados y el hecho de que algunos estudios incluyan cohortes de mujeres que abarcan periodos amplios del postparto, tales como desde las primeras horas hasta los 12 meses (Buhagiar et al., 2024a), o desde el quinto mes hasta los 13 meses (Gheorghe et al., 2021), dificulta el establecer comparaciones pues, como se ha visto, la prevalencia de sospecha de ansiedad varía en función del momento postparto en el que se encuentren las mujeres.

A pesar de la dificultad para extraer conclusiones, lo que si podemos observar es que la EDS-3A y el STAI-E, son los instrumentos de cribado que obtienen puntuaciones similares a las halladas en el resto de los países, al igual que ocurre en el embarazo. Por lo tanto, parecen ser los instrumentos de autoinforme más adecuados para evaluar la ansiedad en el postparto. Si bien, una vez más nos decantaríamos por la EDS-3A, debido a que durante esta investigación ha sido validada para su uso en el postparto, frente a la no validación del STAI-E y la diversidad de los puntos de corte utilizados para detectar ansiedad en la etapa postnatal.

En el postparto es importante tener presente las diferencias culturales, especialmente aquellas relacionadas con las prácticas en torno al nacimiento y cuidados de los bebés como la facilidad de acceso a la sanidad, el tipo de parto, la separación de los bebés de sus madres, el papel de la mujer respecto a la toma de decisiones en el embarazo y postparto, entre otras. Mientras que en algunas culturas ciertas prácticas mencionadas anteriormente están normalizadas, en otras, son vividas como un evento adverso algo que afecta directamente sobre los niveles de malestar emocional.

6. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL POSTPARTO

El sexto objetivo de esta investigación consistió en evaluar la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en el postparto a los dos, seis y 12 meses. En concreto, se partió de la hipótesis de que la prevalencia para el trastorno de ansiedad generalizada oscilaría entre el 1,0% y 8,0%. Los datos encontrados estarían dentro de los planteados en la hipótesis, pues se halló una prevalencia del 1,7% a los dos meses, del 0,9% a los seis meses y del 3,8% a los 12 meses postparto. Por tanto, el rango de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en el postparto se situó entre el 0,9% y el 3,8%.

En la revisión efectuada sobre los estudios realizados en Europa, solamente se han hallado 4 estudios que hayan evaluado el trastorno de ansiedad generalizada con entrevista clínica, aportando una prevalencia que oscila entre el 0,2% y el 58,8% (Buhagiar et al., 2024a; Martini et al., 2013; Navarro et al., 2008; Tendais et al., 2014). Un quinto estudio evaluó la incidencia y recurrencia del TAG, en Alemania (Martini et al., 2015). Teniendo en cuenta el único trabajo que ha llevado a cabo evaluaciones a los dos meses postparto, la prevalencia del TAG se situaría en el 0,4% (CIDI-V). Por tanto, la prevalencia se situaría por debajo a lo encontrado en nuestro estudio. Del mismo modo, este es el único estudio que lleva a cabo una evaluación del trastorno de ansiedad generalizada de forma longitudinal, evaluando nuevamente a las mujeres a los 4 y

16 meses postparto, y hallando una prevalencia del 1,8% y del 1,9%, respectivamente. Si bien estos datos no se corresponden con los mismos momentos de evaluación que en el presente estudio.

Con respeto a los seis meses postparto, en España, Navarro et al. (2008) utilizaron la SCID obteniendo una prevalencia del 0,6%, ligeramente inferior a la encontrada en el presente estudio (0,9%). Cabe indicar, que este es el único estudio hallado que evalúa el trastorno de ansiedad generalizada en mujeres puérperas españolas.

Por último, a los 12 meses postparto no se han hallado datos de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada. El único estudio que evalúa a las mujeres en ese momento es el de Buhagiar et al. (2024a) en Malta, que aporta una prevalencia del 8,2% administrando la SCID desde el nacimiento hasta los 12 meses postparto. Por lo tanto, serían valores muy superiores a los encontrados en este estudio para la etapa posnatal.

Al comparar los datos con los obtenidos fuera del continente europeo, Wenzel et al. (2003) y Wenzel et al. (2005), en EE.UU. y empleando la SCID, encontraron una prevalencia del 4,4% y del 8,5% a las 8 semanas postparto, respectivamente. Estos datos serían superiores a los encontrados en este estudio. Por el contrario, otras investigaciones hallaron datos similares a los de presente estudio, por ejemplo, en la India, Dadhawal et al. (2023) obtuvieron una prevalencia de 0,7% entre los cuatro y los seis meses postparto. Así mismo, En EE.UU. Vesga-Lopez et al. (2008), hallaron una prevalencia del 1,5% para el TAG a lo largo de los 12 meses postparto.

Por tanto, con respecto a la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada, los datos no son concluyentes, pues los estudios son muy escasos y existe gran variabilidad metodológica entre los mismos.

Lo señalado hasta el momento corrobora la importancia de comparar los resultados de investigaciones que han utilizado metodologías similares, pues esto puede reducir las discrepancias, aun cuando existan diferencias culturales entre países.

Como se ha visto, las tasas de prevalencia de ansiedad perinatal son altas, tanto en este como en otros estudios que se han comentado. A pesar de ello, la mayoría de las mujeres no son detectadas ni tratadas (Clinkscales et al., 2023, Green et al., 2020), ya que menos del 15% reciben algún tratamiento (Smith et al., 2009). Esto hace necesario contar con protocolos de diagnóstico adecuados para detectar la ansiedad durante el embarazo y el postparto.

7. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA SOSPECHA DE ANSIEDAD EN EL POSTPARTO

El séptimo objetivo de la presente investigación fue identificar los factores de riesgo asociados tanto a la sospecha de ansiedad como al trastorno de ansiedad generalizada en el postparto. Sin embargo, como se ha comentado previamente, debido al número reducido de mujeres que ha cumplido los criterios para el diagnóstico de TAG en el postparto, no se han podido realizar los análisis pertinentes. Por lo tanto, a continuación, solamente se describirá la relación hallada entre las variables estudiadas (sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, parto y postparto y psicológicas) y la sospecha de ansiedad evaluada con la EDS-3A.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Factores de riesgo sociodemográficos

Con respecto a la *edad*, en concreto tener una edad igual o inferior a los 30 años o una media de edad inferior, no se halló asociación en ninguno de los momentos evaluados en el postparto. En este sentido, la literatura ofrece resultados contradictorios. Existen estudios que han hallado asociación entre tener una edad entre 16-24 años (Yelland et al., 2010), o entre 25-34 años (Fellmeth et al., 2022) o simplemente ser más joven (Weisman et al., 2010) y la ansiedad posnatal. Sin embargo, otros autores han encontrado que, a mayor edad, mayor riesgo de ansiedad postparto (van der Zeen-van den Berg et al., 2021; Ban et al., 2012). A la vista de los resultados, la edad se ha asociado con la ansiedad en mayor medida en el embarazo que en el postparto. Al igual que se comentó en su momento, puede que variables culturales relacionadas con el rol de la mujer en la sociedad y concretamente en lo referido a la maternidad, sean la causa de hallazgos tan dispares.

Por otro lado, tener un *menor nivel de estudios* se ha asociado y ha sido predictora de la sospecha de ansiedad a los seis meses postparto. Estos datos estarían en la línea de los hallados por estudios previos que también encontraron asociación en algún momento del postparto (ej., Dadhwal et al., 2023; Juarez Padilla et al., 2021; Shlomi Polachek et al., 2014; van der Zeen-van den Berg et al., 2021). El tener un *menor nivel de ingresos familiares mensuales*, concretamente inferiores o iguales a 2000 euros, no se asoció con sospecha de ansiedad, al igual que en otros estudios (ej., Juarez Padilla et al., 2020; Nakic Rados et al., 2018). Por el contrario, la mayor parte de la investigación (ej., Ban et al., 2012; Britton et al., 2008; Dadhwal et al., 2023; Liu et al., 2020) halló que una situación económica desfavorable favorecía la aparición de ansiedad postparto. La discrepancia en este aspecto puede deberse, tal como se ha comentado en el embarazo, al criterio empleado para definir unos ingresos bajos (< 2000 €), la temporalidad (ej., mensuales, anuales), hablar de ingresos familiares en vez de ingresos de la mujer o comparar países con situaciones económicas muy dispares.

Por otro lado, el *no trabajar* no se asoció con sospecha de ansiedad. Si bien, tampoco se han encontrado investigaciones que hallen una relación entre el desempleo y la ansiedad en el postparto. Cabe destacar que, a los dos meses postparto, esta variable no fue evaluada por considerarse que la mayoría de las mujeres estarían disfrutando de su baja de maternidad. En nuestra muestra el motivo que informaron las mujeres de no estar trabajando fue mayoritariamente estar en excedencia, ser ama de casa o ser autónoma, frente al estar en situación de desempleo. Es importante considerar esta distinción, pues no es lo mismo no trabajar por decisión propia que por las dificultades de acceder a un puesto de trabajo tras ser madres. Esto podría explicar la ausencia de asociación en la presente investigación entre la variable no trabajar y la ansiedad postparto. Además, explicaría que no se haya encontrado asociación entre la percepción por parte de las mujeres de que la *maternidad había influido negativamente en su situación laboral* y la sospecha de ansiedad. Cabe señalar, también, que Nakic Rados et al. (2018) encontraron que el desempleo de la pareja era un factor de riesgo para desarrollar ansiedad postparto, indicando como posible explicación la relación existente entre la situación económica y laboral.

No se halló relación entre *no tener y/o no convivir con la pareja* y la ansiedad postparto. Estos datos coinciden con el hecho de que en el presente estudio no tener pareja durante el embrazo tampoco se asoció ni con la sospecha de ansiedad ni con el trastorno de ansiedad generalizada en ninguno de los momentos de evaluación. La explicación a estos hallazgos podría ser que lo que se asocia con la ansiedad no es tanto el hecho de tener o no tener pareja, si no con la calidad de la relación y cómo es percibida por la mujer, tal como han encontrado

varias investigaciones (ej., Britton et al., 2008; Sawyer et al., 2010; Dadhwal et al., 2023) en el postparto.

Factores de riesgo relacionados con el embarazo, parto y postparto

Respecto a las variables relacionadas con el embarazo, *la paridad* no se asoció con sospecha de ansiedad en ningún momento del postparto. La ausencia de relación podría explicarse por la presencia de otras variables influyentes, como la edad media de la mujer o el apoyo social percibido. No obstante, los resultados hallados por otros estudios son contradictorios, pues los hay que han encontrado asociación tanto con ser nulípara (ej., Cena et al., 2021; Giakoumaki et al., 2009; Paul et al., 2013), como ser multípara (Dennis, Brown et al., 2016). Otros estudios (ej., Dennis, Brown et al., 2017; Nakic Rados et al., 2018) tampoco han encontrado relación entre la paridad y la ansiedad postnatal. Por otro lado, el *tener abortos previos* tampoco se asoció con la sospecha de ansiedad en ninguno de los momentos evaluados en el postparto, esto podría explicarse por el hecho de que tras haber conseguido ser madre, este antecedente no es tan relevante. Además, en nuestro estudio solamente una mujer que puntuaba alto en ansiedad había sufrido abortos previos. Lo mismo ocurre con el haberse sometido a un *tratamiento de fertilidad*, tampoco se hallaron investigaciones que encontraran dicha asociación. Una posible explicación, es que tras haberse convertido en madres este factor deja de ser relevante, al igual que el tener abortos previos.

El *no haber planificado el embarazo* tampoco se asoció con sospecha de ansiedad a lo largo del postparto. Si bien es cierto que en otras investigaciones (ej. Fellmeth et al., 2022; Wenzel et al., 2005) tampoco hallaron asociación entre ambas variables, este es uno de los factores que ha sido asociado más frecuentemente con la ansiedad (ej., Bener et al., 2012; Britton, 2008; Liu et al., 2020; Nakic Rados et al., 2018). Una posible explicación a la ausencia de relación puede ser el hecho de que tras haber tenido a su bebé las mujeres suelen crear un vínculo con el recién nacido/a y valoran el embarazo como positivo, por lo que se difuminan todas las preocupaciones relacionadas con el no haber planificado el embarazo.

El *tipo de parto* es uno de los factores de riesgo más investigados en su relación con la ansiedad posnatal. En este sentido, existe bastante consenso, pues los partos instrumentalizados y/o por cesárea (ej., Clout y Brown, 2015; Paul et al., 2013; Weisman et al., 2010) se han asociado con ansiedad postparto. En el presente estudio también se halló que tener un parto instrumentalizado y/o por cesárea se asoció con la presencia de ansiedad a los 2 y 12 meses postparto, comportándose también como variable predictora a los 12 meses. Esta relación se puede explicar por la sensación de fracaso y pérdida de control que siente la mujer al no poder presenciar o participar en el nacimiento (Garel et al., 1988), que influye en las emociones de la madre hacia la experiencia del parto, volviéndolas más negativas (Weisman et al., 2010).

Con respecto a la presencia de *complicaciones durante el parto o derivadas del mismo*, se halló asociación a los 12 meses postparto, actuando además esta variable como predictora. En esta misma línea, otros autores hallaron esta asociación (ej., Bell et al., 2016; Shlomi Polachek et al., 2014; Weisman et al., 2010). Es importante tener en cuenta la percepción de lo que la mujer considera una complicación, pues en muchas ocasiones no coincide con la definición de complicación por parte del profesional. En relación con esto, se halló que las experiencias negativas con el parto o las emociones negativas sobre el mismo (Liu et al., 2020; van der Zee-van den Berg et al., 2021; Weisman et al., 2010) se asocian con ansiedad postnatal. Esto también puede explicar la relación que se halló entre tener una *menor satisfacción con la experiencia de parto* y la sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto, comportándose esta variable como predictora. Las experiencias traumáticas del parto (Pantlen y Rhode, 2001) o la sensación de

USE

falta de control durante el mismo (Shlomi Polachek et al., 2014) podrían explicar dichos hallazgos. En relación con lo anteriormente expuesto, en el presente estudio se ha hallado que tener *menores niveles de satisfacción con el embarazo* se asocia con sospecha de ansiedad en todos los momentos del postparto, siendo predictora a los dos y seis meses tras el parto. La posible explicación de esta relación podría ser la falta de información, y de visitas ginecológicas y apoyo durante el proceso de embarazo debido a la situación de pandemia. La ausencia de una atención adecuada durante el proceso de embarazo puede agravar la sensación de miedo e incertidumbre durante el embarazo y de cara a la preparación del parto.

Con respecto al tipo de alimentación del/a recién nacido/a, el *no amamantar* se ha asociado con sospecha de ansiedad a los dos meses postparto y, además, ha sido una variable predictora. A pesar de que hay pocos estudios a este respecto, la investigación existente (Dennis, Brown et al., 2017; Liu et al., 2020) señala en la misma dirección, pues la insatisfacción con la lactancia materna y/o las dificultades para amamantar se han asociado con mayor ansiedad postparto, si bien las causas subyacentes no están muy claras. Algunos autores hablan sobre un incumplimiento con las propias expectativas maternas (Ystrom et al., 2008), otros sobre el efecto ansiolítico del contacto con el bebé o el efecto moderador que los cambios endocrinos tienen sobre la ansiedad (Lonstein, 2007).

Factores de riesgo psicológicos

Con respecto a la presencia de *antecedentes* de trastorno psicológico, ésta se asoció con la presencia de ansiedad postparto en la mayoría de las investigaciones revisadas (ej., Britton, 2008; Dennis, Brown et al., 2016; Reck et al., 2008; van der Zee-van et al., 2021; Wenzel et al., 2005), sin embargo, en nuestro estudio no se encontró dicha asociación, a diferencia de lo hallado en el embarazo, posiblemente debido al reducido tamaño de la muestra del postparto. Lo mismo ocurrió con la ansiedad rasgo. Si se tienen en cuenta los *antecedentes de ansiedad*, nuestros hallazgos coinciden con los encontrados en otras investigaciones (ej., Grant et al., 2008; Nakic Rados et al., 2018), pues esta variable se asoció con la presencia de sospecha de ansiedad a los seis meses postparto.

En cuanto a la *depresión*, se halló que la sospecha de ansiedad se relacionó con la presencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa, así como con mayores puntuaciones en sintomatología depresiva a los seis y 12 meses postparto. Así mismo, la sintomatología depresiva elevada, fue predictora de la sospecha de ansiedad a los seis meses postparto. La ansiedad y la depresión son entidades que cada vez se estudian más de forma conjunta debido a la alta comorbilidad que existe entre ambas, encontrándose que la sintomatología depresiva se asocia con la ansiedad postnatal tanto si se ha presentado antes del embarazo, durante el embarazo y/o en el postparto (ej., Cena et al., 2021; Fellmeth et al., 2022, Gheorghe et al., 2021; Juarez Padilla et al., 2021; van der Zee-van et al., 2021). A este respecto, cabe señalar que tanto a los seis como a los 12 meses postparto todas las mujeres que tenían sospecha de ansiedad presentaban también sintomatología depresiva elevada o sospecha de depresión, lo que corrobora la gran comorbilidad existente entre estas dos entidades.

Con relación al *apoyo social* no se halló que la sospecha de ansiedad se asociara con niveles significativos de menor percepción de apoyo social en el postparto, si bien se encontró que puntuaciones menores en apoyo social se asociaban con sospecha de ansiedad tanto a los seis como a los 12 meses postparto. Esta controversia en nuestra investigación puede explicarse por el número reducido de mujeres que informaban de bajo apoyo social. Estudios previos hallaron que la baja percepción de apoyo social tanto en el embarazo como en el postparto (ej., Bener et al., 2012; Cena et al., 2021; Dadhwal et al., 2023; Liu et al., 2020; Navarrete et al., 2012; van

der Zee-van den Berg et al., 2021) se asociaba con mayor ansiedad postparto. Por otro lado, cabe señalar el papel que tiene la percepción de las mujeres sobre la falta de apoyo por parte de su pareja en el riesgo de desarrollar ansiedad postparto y que cada vez es más documentada por diferentes estudios (ej., Cena et al., 2021; Dennis, Falah-Hassani et al., 2017; Nakic Rados et al., 2018; van der Zee-van den Berg et al., 2021).

Si bien existen limitaciones a la hora de conocer qué factores de riesgo se asocian y predicen la presencia de ansiedad durante el postparto, las variables psicológicas son las que más se relacionan con la sospecha de ansiedad a los seis y 12 meses postparto. No obstante, el mayor número de predictores se obtiene de las variables relacionadas con el embarazo y el postparto. Sería interesante tener en cuenta estas variables a lo largo de todo el periodo perinatal, con el objetivo de identificar a las mujeres que se encuentren en mayor riesgo de sufrir algún problema de salud mental. Por otro lado, nuestros datos muestran la importancia de evaluar y tratar conjuntamente la ansiedad y la depresión, pues en varios momentos del postparto se ha podido comprobar la gran comorbilidad existente entre ellas.

8. TRAYECTORIA DE LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO

El último objetivo de esta investigación fue analizar la trayectoria tanto de la sospecha de ansiedad como del trastorno de ansiedad generalizada durante el embarazo y el postparto. La hipótesis que se planteó fue que la prevalencia sería mayor en el primer y tercer trimestre de embarazo, así como a los dos meses postparto; y sería menor en el segundo trimestre de gestación y a partir de los seis meses postparto.

Los datos aportados por el presente estudio no confirman las hipótesis planteadas, pues tanto en el embarazo como en el postparto, las trayectorias difieren. Respecto al embarazo, la evolución de sospecha de ansiedad y del trastorno de ansiedad generalizada varía en función del instrumento de evaluación empleado en cuanto al momento en el que se detecta menor ansiedad, si bien todos coinciden en que el segundo trimestre es el momento de mayor ansiedad. Una posible explicación de esta trayectoria podría desprenderse de que en el segundo trimestre es cuando las mujeres realizan la ecografía de las 20 semanas, en la que se examina la morfología del feto. Esta ecografía permite confirmar que el crecimiento fetal es correcto, valorar el latido cardíaco, los movimientos del feto, su morfología y observar sus órganos internos, entre otros. Como se ha comentado previamente, una de las mayores preocupaciones de las mujeres durante la pandemia por COVID-19 eran las posibles consecuencias que ésta podría tener sobre la salud de sus bebés. Por lo tanto, la mayor ansiedad observada en el segundo trimestre podría estar motivada por la realización de esta ecografía que daría a conocer de forma más fiable la salud general del feto. Estos datos coinciden por los encontrados por Cena et al. (2020), quienes encontraron que el pico de mayor ansiedad se producía en el segundo trimestre de gestación, si bien, solamente evaluaron la ansiedad en el segundo y tercer trimestre.

Si comparamos nuestros hallazgos con los estudios europeos que han evaluado la presencia de sintomatología ansiosa en los tres trimestres del embarazo, los datos difieren. Con respecto al STAI-E, Vázquez y Míguez (2021) en España, Canário y Figueiredo (2017), y Figueiredo y Conde (2011) en Portugal, coinciden en que el momento de menor sospecha de ansiedad se da en el segundo trimestre. Sin embargo, en España (Vázquez y Míguez, 2021) la mayor

USC DE COMPOSTELA

prevalencia se halla en el primer trimestre, superando este al tercero. En cambio, en los estudios portugueses (Canário y Figueiredo, 2017; Figueiredo y Conde, 2011), encontraron que los mayores niveles de ansiedad se producían en el tercer trimestre, prevaleciendo este último sobre el primero. Por otro lado, Podvornik et al. (2014) en Eslovenia, observaron que la ansiedad iba disminuyendo progresivamente desde el inicio hasta el final de la gestación.

Relativo a la GAD-7, los datos encontrados en España muestran un patrón ascendente desde el inicio hasta el final del embarazo (Soto-Balbuena et al., 2018).

En cuanto a la HADS-A, en Polonia, Makara-Studzinska et al. (2013) hallaron que la prevalencia era mayor en el primer trimestre, descendiendo en el segundo y aumentado en el tercero, aunque con niveles inferiores al primero. En Bélgica, van Bussel et. al (2009) emplearon puntuaciones medias y observaron que la sintomatología ansiosa se mantenía estable entre el primer y segundo trimestre de gestación y aumentaba en el tercero.

Las investigaciones que han estudiado el curso de la ansiedad fuera del continente europeo también han sido escasas. Lee et al. (2007), en China, observaron un patrón en forma de U, disminuyendo del primer al segundo trimestre y luego volviendo a aumentar en el tercer trimestre, al igual que en la mayoría de los países de Europa.

En cuanto a la ansiedad específica del embarazo, nuestros hallazgos indican que el mayor pico de ansiedad específica se produce en el tercer trimestre y el menor en el primero, denotando un aumento progresivo de la misma a lo largo del embarazo. Estos datos coinciden con los hallados en Bélgica por van Bussel et al. (2009). En cambio, en España, Vázquez y Míguez (2021) encontraron un patrón inverso, un descenso de la ansiedad específica desde el primer trimestre hasta el tercero, si bien los datos de este estudio fueron recogidos en años previos a la pandemia. Fuera de Europa, Wang et al. (2021), en China, informan que las mujeres presentan mayor ansiedad en el tercer trimestre que en el primero. A pesar de que no aportan datos sobre el segundo trimestre, hallan un aumento de la ansiedad específica, al igual que ocurre en nuestro estudio. La concordancia entre los datos hallados en China (Wang et al., 2021) y los encontrados en nuestra investigación podría explicarse a causa de la pandemia. Los cambios en la atención sanitaria y el desconocimiento sobre los efectos del COVID-19 en la salud del bebé, podrían aumentar la ansiedad específica a medida que se acerca el parto.

Con respecto a la trayectoria del trastorno de ansiedad generalizada, solamente podemos comparar nuestros datos con los aportados por el estudio de Martini et al. (2015) en Alemania. La trayectoria sigue un patrón en forma de "U", en el cual los valores más elevados se encuentran en el primer y tercer trimestre, siendo superiores en el primero y, el valor más bajo se halla en el segundo. Por el contrario, fuera del continente europeo, en Australia, Viswasam et al. (2021), hallaron que la prevalencia del TAG era menor en el primer trimestre (8,8%), ascendía en el segundo (10,8%) y se mantenía estable en el tercero (10,8%)

Las diferencias entre la trayectoria hallada en la presente investigación y las halladas en otras previas pueden ser debidas a diversos factores, incluyendo los instrumentos de evaluación y puntos de corte empleados, la metodología empleada, las diferencias culturales o aspectos referidos a la calidad de la atención prenatal recibida, más si cabe en un momento social y sanitario tan delicado como fue la pandemia por COVID-19.

En el periodo postparto, nuestros datos además de diferir de la hipótesis planteada respecto a la evolución de la sospecha de ansiedad y trastorno de ansiedad generalizada, la trayectoria también se diferencia en función del instrumento de evaluación empleado. Concretamente, la trayectoria de sospecha de ansiedad respecto a la EDS-3A y el trastorno de ansiedad generalizada con la SCID coinciden, encontrando que los seis meses postparto es el momento de menor ansiedad, si bien la EDS-3A, sitúa la sospecha de ansiedad levemente más elevada a

los dos meses postparto y la SCID a los 12 meses postparto. Ambos instrumentos muestran un descenso de la ansiedad entre los dos y seis meses postparto, y un aumento de la misma entre los seis y 12 meses postparto. Por otro lado, el STAI-E muestra un descenso progresivo en el estado de ansiedad desde los dos meses postparto hasta los 12 meses postparto y, por último, la GAD-7, denota una curva en forma de "U" invertida.

Si comparamos nuestros datos con otros estudios que hayan evaluado la trayectoria de la ansiedad en el postparto utilizando el STAI-E (ej., Canàrio y Figueirido, 2017; Cena et al., 2021; Nakic Rados et al., 2018), y aunque no utilicen momentos de evaluación similares, la conclusión que se extrae de los mismos es que la ansiedad aumenta a medida que nos separamos del momento del parto, a excepción de los datos encontrados por Cena et al. (2021) que indican que disminuyen, si bien estos autores solamente cuentan con dos momentos de evaluación (1-24 semanas; > 24 semanas). Concretamente, Nakic Rados et al. (2018) indican que los datos de prevalencia son mayores a las seis semanas postparto que a los dos días. Por otro lado, Canário y Figueirido (2017), en Portugal, encuentran la misma trayectoria que hallamos con la EDS-3A y la SCID en nuestra investigación, pues detectan una disminución de la ansiedad entre los dos y seis meses postparto, y un aumento entre los seis y 12 meses postparto. Con respecto al trastorno de ansiedad generalizada, solamente un estudio (Martini et al., 2015) ha realizado un seguimiento longitudinal en Europa, empleando la CIDI-V, y coincide con nuestros datos en que la mayor prevalencia del TAG se alcanza cuanto más nos separamos del parto, si bien discrepa al encontrar que el menor momento de ansiedad son los dos meses postparto.

El postparto inmediato supone un momento de alta vulnerabilidad psicológica, ya que implica la adaptación de la mujer a su nuevo rol de madre, con todos los cambios que ello supone, esto justificaría la trayectoria encontrada con la EDS-3A y el TAG en nuestro estudio, hallando un pico de ansiedad a los dos meses postparto, si bien los niveles de ansiedad disminuyen desde los dos meses postparto hasta los seis meses postparto, período en el que la mujer ya ha tenido tiempo para adaptarse al nuevo rol. Sin embargo, los datos no corroboran dicha hipótesis en el postparto tardío, pues se encuentra un ascenso de la ansiedad desde los seis a los 12 meses postparto. Esto podría explicarse debido a que las mujeres durante los primeros meses postparto suelen contar con el apoyo de personas de su entorno para el cuidado de sus bebés y, además, muchas de ellas están de baja por maternidad. En cambio, tras pasar los primeros meses de vida del/a recién nacido/a las mujeres podrían sentirse menos apoyadas por su entorno y, además, se ven obligadas a incorporarse a la vida laboral, asumiendo y sumando responsabilidades. Todo ello, generaría una mayor carga para la mujer, lo que explicaría que exista ese repunte de ansiedad a los 12 meses postparto. Por tanto, aunque cabría esperar que el postparto inmediato supondría el momento de mayor vulnerabilidad para desarrollar un problema ansioso, debido al cambio vital de convertirse en madre, los datos nos indican que la adaptación al nuevo rol de madre debería considerarse como un proceso mucho más largo por los cambios y responsabilidades que se van sumando a lo largo del tiempo. Esto demuestra que el periodo de vulnerabilidad no desaparece a partir de los dos meses postparto y, por lo tanto, la necesidad de ampliar a nivel temporal el seguimiento de las mujeres a lo largo de la etapa postnatal, pues la mayoría de los estudios siguen a las mujeres hasta los dos-tres meses postparto.

Resulta importante destacar que la EDS-3A y la entrevista clínica muestran la misma trayectoria de ansiedad a lo largo de todo el periodo perinatal, lo que sugiere que la EDS-3A es un instrumento adecuado para detectar a las mujeres con ansiedad durante esta etapa.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

9. LIMITACIONES, FORTALEZAS E IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO

La interpretación de los resultados obtenidos en la presente investigación ha de realizarse teniendo en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, el bajo VPP obtenido en la validación de la EDS-3A para el embarazo y el postparto implica un aumento de la tasa de falsos positivos, por lo que se necesitan más valoraciones para confirmar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada; si bien la mayoría de las herramientas de detección presentan las mismas dificultades, ya que están diseñadas para detectar la posibilidad de enfermedad. Además, las curvas ROC indican que el cuestionario no discrimina (o predice) significativamente en el tercer trimestre ($p > .05$). Esto quiere decir que el resultado obtenido para este tercer trimestre no es fiable, por lo tanto, los datos deberían ser interpretados con cautela. Sería interesante contar con otros estudios con los que poder comparar estos datos y arrojar más luz sobre la capacidad predictiva de la EDS-3A en este tercer trimestre de gestación.

En segundo lugar, puesto que se desconocen las medidas basales previas al embarazo, respecto a las variables psicológicas, no se puede saber si existen cambios en el embarazo y el postparto respecto a la condición habitual de las mujeres.

En tercer lugar, el tamaño reducido de la muestra en el postparto, especialmente el de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada, así como la ausencia o bajo número de casos en algunas de las variables, no ha permitido llevar a cabo algunos de los análisis propuestos y/o ha podido influir a la hora de no encontrar diferencias significativas entre grupos. Por otro lado, la muestra de mujeres reclutada para cada trimestre del embarazo no era equitativa, por lo que los resultados encontrados pueden estar sesgados hacia el trimestre con mayor tamaño. Sería interesante conocer si teniendo muestras más igualadas en tamaño se obtendrían los mismos resultados. Así mismo, un estudio longitudinal de la etapa prenatal permitiría ver cómo va evolucionando la ansiedad por trimestres en la misma muestra y si los factores de riesgo varían de un momento a otro.

En cuarto lugar, se trata de un estudio realizado en población gallega, por tanto, es necesario ser cautelosos a la hora de generalizar los resultados. Sería interesante disponer de datos de otras comunidades utilizando la misma metodología, que permitan conocer las diferencias y similitudes entre regiones. Otro aspecto a tener en cuenta es el momento social en el que se han recogido los datos. Durante el reclutamiento de la muestra, especialmente del segundo y tercer trimestre, estaba en auge la pandemia del COVID y estallaba la guerra en Ucrania. Esto puede haber aumentado la probabilidad de puntuar positivo en los ítems de la EDS-3A, ya que muchas gestantes informaban estar muy preocupadas por la situación social y cómo ésta podía afectar a su familia y al futuro de sus hijos. Sería interesante contar con otros estudios que empleasen la EDS-3A como medida de autoinforme y la entrevista clínica en este mismo contexto, para poder comparar estos datos y saber cómo ha afectado esta situación social a mujeres de otros países.

A pesar de las limitaciones comentadas, este estudio cuenta con varias fortalezas. En primer lugar, se llevó a cabo la validación de la EDS-3A como herramienta de cribado de la ansiedad para el embarazo y el postparto, que hasta el momento no estaba disponible en España. Esto permitió establecer un punto de corte validado y específico para conocer la prevalencia de probable ansiedad en el embarazo y en el postparto. En segundo lugar, es el primer estudio en España que hace un seguimiento longitudinal del postparto, lo que además de permitir conocer

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

su prevalencia en diferentes momentos del postparto, permite identificar los factores de riesgo más importantes en cada momento.

Así mismo, se trata de un estudio pionero, en el cual se ha analizado la prevalencia de ansiedad con diferentes instrumentos de autoinforme, lo que ha permitido conocer cómo se comporta cada uno de ellos y cuál se acerca más a la prevalencia aportada por la entrevista clínica. Además, analiza conjuntamente las prevalencias y los factores de riesgo asociados tanto para la sintomatología ansiosa evaluada con un instrumento de cribado como la EDS-3A, como para el trastorno de ansiedad generalizada evaluado con una entrevista clínica, lo cual nos aporta una visión más completa sobre el tema. Esto también nos ha permitido analizar si en función del instrumento utilizado para evaluar la ansiedad, los factores de riesgo asociados difieren. Los resultados encontrados confirman que no hay diferencias reseñables, pues los factores de riesgo asociados tanto a la sospecha de ansiedad como al trastorno de ansiedad generalizada son los mismos, aunque con fluctuaciones a lo largo del periodo perinatal. Esto quiere decir que no se han hallado factores de riesgo que se asocien de manera específica a la sospecha de ansiedad o al trastorno de ansiedad generalizada. Esta peculiaridad, junto con el hecho de dibujar la misma trayectoria de ansiedad que la entrevista clínica durante el periodo perinatal, refuerza el hecho de que la EDS-3A es un instrumento válido para detectar a mujeres en riesgo de tener ansiedad clínica. Además, al ser un instrumento breve y sencillo de administrar, facilita su incorporación a los protocolos de atención durante el embarazo y el postparto, frente a la entrevista clínica que acarrea un mayor coste y menor aceptabilidad por parte de las mujeres. A esto hay que sumar que un mismo instrumento, la EPDS, permite la detección precoz de la sintomatología ansiosa y depresiva durante esta etapa. Una detección precoz permitiría poner en marcha intervenciones preventivas para reducir las consecuencias adversas que la ansiedad tiene para las madres, sus hijos/as y sus familias.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

V. CONCLUSIONES

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Los datos aportados por la validación de la EDS-3A indican que se trata de una escala adecuada para detectar sintomatología ansiosa elevada o sospecha de ansiedad durante el embarazo y el postparto. El punto de corte de la EDS-3A propuesto para detectar la presencia de ansiedad en el embarazo y en el postparto fue ≥ 7.
2. La prevalencia de sospecha de ansiedad en el embarazo, según la EDS-3A, fue del 19,6%. En concreto, se obtuvo un17,9% en el primer trimestre, un 25,3% en el segundo y un 17,6% en el tercero. En el postparto, se obtuvo una prevalencia media del 13,5%, siendo a los dos meses del 13,9%, a los seis meses del 13,0% y a los 12 meses del 13,5. Con la GAD-7 se obtuvo en el embarazo una prevalencia del 30,3%; en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo fue del 28,6%, 33,3% y 31,1%, respectivamente. En el postparto, la prevalencia media fue del 24,5% y, a los dos, seis y 12 meses, se situó en un 22,6%, 26,9% y 24,0%, respectivamente. Por último, la prevalencia de sospecha de ansiedad en el embarazo evaluada con el STAI-E se situó en el 21,8%, obteniendo un 21,4% en el primer trimestre, un 24,0% en el segundo y en un 20,3% en el tercero. En el postparto, la prevalencia media hallada fue del 16,0%, siendo a los dos meses del 13,0% y del 14,8% y 20,2%, a los seis y 12 meses postparto, respectivamente.
3. La prevalencia de ansiedad específica del embarazo para el embarazo en general fue del 13,6%. Se situó en un 10,7%, 13,3% y 20,3% en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo, respectivamente.
4. La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo fue del 12,3%. En el primer trimestre fue del 9,5%, en el segundo del 18,7% y, en el tercero, del 12,2%. En el postparto, la prevalencia media fue del 2,1%, siendo a los dos meses del 1,7%, a los seis meses del 0,9% y a los 12 meses del 3,8%.
5. En cuanto a los factores de riesgo asociados tanto a la sospecha de ansiedad como al trastorno de ansiedad generalizada, no se hallaron diferencias reseñables entre ambas entidades.
    - Con respecto a los factores de riesgo sociodemográficos, en el embarazo se ha encontrado relación con tener menor edad y menor nivel de estudios. A los seis meses postparto se ha hallado relación con tener un menor nivel de estudios.
    - En cuanto a las variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto, se halló asociación en el postparto con tener un parto instrumentalizado y/o por cesárea a los dos y 12 meses postparto. El no amamantar se asoció con sospecha de ansiedad solamente a los dos meses postparto. Haber sufrido una complicación en el parto y tener menor satisfacción con la experiencia de parto se asoció con ansiedad a los 12 meses postparto. La menor satisfacción con la experiencia de embarazo se asoció con la presencia de ansiedad en todos los momentos evaluados.
    - Respecto a las variables psicológicas, la presencia de sintomatología depresiva elevada se asoció con la presencia de sospecha de ansiedad y el TAG en el embarazo y con la presencia de sospecha de ansiedad a los seis y 12 meses postparto. Así mismo, las puntuaciones medias elevadas en sintomatología depresiva se asociaron con sospecha de ansiedad en el embarazo y a los seis y 12 meses postparto, así como con el TAG en el embarazo. Los antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico se asociaron tanto con sospecha de ansiedad

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

como con el TAG en el embarazo. Los antecedentes de ansiedad solamente se asociaron con la sospecha de ansiedad a los seis meses postparto. Los niveles elevados de ansiedad rasgo se asociaron con sospecha de ansiedad y con el TAG durante el embarazo y las puntuaciones medias elevadas se asociaron con sospecha de ansiedad a los seis meses postparto. Respecto a la presencia o las puntuaciones medias elevadas de ansiedad específica del embarazo se asociaron tanto con sospecha de ansiedad como con el TAG durante el embarazo. En cuanto a la percepción de bajo apoyo social, solamente se asoció con sospecha de ansiedad durante el embarazo; las puntuaciones medias bajas en dicha variable se asociaron con la presencia de ansiedad en el embarazo y a los seis y 12 meses postparto y con el TAG en el embarazo.

6. Respecto a las variables predictoras de sospecha de ansiedad y del TAG, no se hallaron diferencias reseñables entre ambas, si bien se encontraron más variables predictoras para la sospecha de ansiedad que para el TAG tanto en el embarazo como en el postparto.
   - En cuanto a las variables sociodemográficas, el tener una edad menor de 30 años fue predictora de sospecha de ansiedad prenatal y el menor nivel de estudios de sospecha de ansiedad a los seis meses postparto.
   - En cuanto a las variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto, se encontró que el no amamantar y la menor satisfacción con el embarazo eran predictoras de sospecha de ansiedad a los dos meses postparto. La menor satisfacción con el embarazo también fue predictora de sospecha de ansiedad a los seis meses postparto. A los 12 meses postparto las variables predictoras de sospecha de ansiedad fueron el tener un parto instrumentalizado y/o por cesárea, haber tenido alguna complicación en el parto y la menor satisfacción con la experiencia de parto.
   - En cuanto a las variables psicológicas, la sintomatología depresiva elevada fue predictora de la sospecha de ansiedad y del TAG en el embarazo. Los antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico fueron predictores del TAG en el embarazo y la ansiedad rasgo lo fue para sospecha de ansiedad.
7. Respecto a la trayectoria de ansiedad durante el embarazo y el postparto, cabe destacar que la prevalencia de sospecha de ansiedad y del trastorno de ansiedad generalizada es más elevada en el embarazo que en el postparto. Concretamente, el segundo trimestre de gestación fue el momento de mayor prevalencia de sospecha de ansiedad con todos los instrumentos de autoinforme (EDS-3A: 24,0%; GAD-7: 33,3%; STAI-E: 25,3%), así como para el trastorno de ansiedad generalizada (18,7%). En cuanto al postparto, tanto la EDS-3A (13,0%) como la SCID (0,9%) coinciden en cuanto a que el menor momento de ansiedad se produce a los seis meses postparto. En cambio, la GAD-7 (22,6%) y el STAI-E (13,0%), lo sitúan a los dos meses postparto. Así mismo, existe divergencia en cuanto al momento de mayor ansiedad, pues la EDS-3A, el STAI-E y la SCID indican que es a los 12 meses postparto y, por el contrario, la GAD-7 lo sitúa a los seis meses postparto. Cabe señalar que la EDS-3A y la entrevista clínica muestran la misma trayectoria de ansiedad en todos los momentos evaluados. Por último, en cuanto a la trayectoria de la ansiedad específica del embarazo, se observa que aumenta de forma progresiva desde el primer trimestre hasta el tercero (10,7%, 13,3% y 20,3%).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Así, pues, de los resultados hallados en la presente investigación podemos concluir que en el periodo perinatal la sospecha de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada son entidades muy prevalentes, especialmente durante el embarazo. Si bien la sintomatología ansiosa se mantiene muy prevalente en el postparto, el trastorno de ansiedad generalizada es mucho menos frecuente. De todas formas, no debemos pasar por alto que ambas entidades lejos de remitir con el paso del tiempo aumentan al año postparto. Así mismo, destaca la alta comorbilidad entre la sintomatología ansiosa y depresiva en gran parte de los momentos evaluados. Algo que se observa muy claramente a los seis y 12 meses postparto, pues todas las mujeres que presentan ansiedad también presentan sintomatología depresiva elevada. Todo ello avala la necesidad de integrar la atención a la salud mental como parte de los protocolos habituales de seguimiento del embarazo y del postparto. Esto implicaría llevar a cabo varias evaluaciones a lo largo de este periodo para detectar a las mujeres en riesgo de presentar ansiedad, para lo cual la EDS-3A ha demostrado ser una herramienta útil, accesible y muy rápida y fácil de administrar por cualquier profesional de la salud. A esto hay que sumar que un mismo instrumento, la EPDS, permite la detección precoz de la sintomatología ansiosa y depresiva durante esta etapa. Una detección precoz permitiría tratar a las mujeres de forma anticipada, con el fin de prevenir las consecuencias que la presencia de ansiedad puede tener para ellas y sus futuros hijos/as.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ESTUDIO 2:
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA ABORDAR LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

I. OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

1. OBJETIVOS

El objetivo principal de la presente investigación fue diseñar e implementar una intervención psicológica para abordar la ansiedad en el embarazo.

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

1. Aplicar la intervención a mujeres que acudan a sus revisiones de control y seguimiento del embarazo en centros del Servicio Gallego de Salud.
2. Evaluar la eficacia de la intervención, mediante la evaluación del nivel de ansiedad al final del tratamiento, comprobando si existen diferencias significativas respecto al pretratamiento.
3. Realizar un seguimiento postratamiento que nos permita observar si los cambios se mantienen a corto y medio plazo (uno, tres, y seis meses).
4. Evaluar si la intervención ayuda a prevenir la sintomatología depresiva durante el embarazo y el postparto.
5. Evaluar la eficacia de la intervención en función del riesgo de las participantes, comprobando si existen diferencias significativas respecto al pretratamiento en los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva.
6. Realizar un seguimiento postratamiento que nos permita observar si los cambios se mantienen a corto y medio plazo (uno, tres, y seis meses) en el grupo de alto riesgo y en el de bajo riesgo.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A continuación, se va a presentar una propuesta de un programa de prevención de la ansiedad dirigido a mujeres embarazadas. La necesidad de elaborar este programa surge de los datos aportados sobre la prevalencia de la ansiedad en la etapa perinatal, así como de las posibles consecuencias que la misma tiene tanto para la madre como para el bebé (Domínguez-Solís et al., 2021; Loughnan et al., 2018). Otro aspecto que destaca la necesidad del diseño de un programa de este tipo, es la escasez de intervenciones psicológicas existentes para prevenir la ansiedad durante el embarazo y el postparto (Loughnan et al., 2018; Marchesi et al., 2016). Además, durante esta etapa las mujeres prefieren intervenciones psicológicas (Simhi et al., 2019) frente a intervenciones farmacológicas, por los riesgos potenciales del uso de fármacos durante el embarazo. Se ha optado por un programa de prevención porque permite abordar la ansiedad antes de que se convierta en un problema para la madre y su bebé (Rodríguez-Muñoz et al., 2020). Hay que tener en cuenta que la prevención implica acciones encaminadas a evitar que suceda algo en un futuro, en este caso podría ser la aparición de un trastorno de ansiedad durante el embarazo o el postparto o el inicio de un trastorno depresivo durante el postparto. Es más eficiente prevenir una patología futura que tratarla cuando ya hay afectaciones mayores (Fonseca Pedrero et al., 2021).

Dependiendo de la población diana, las estrategias de prevención pueden clasificarse dentro de un continuo de intervenciones en salud mental (Mrazek y Haggerty, 1994). La prevención universal tiene como objetivo a todas las mujeres que se encuentran en el período prenatal, independientemente de que tengan o no riesgo de presentar ansiedad. La prevención selectiva va dirigida a población subclínica de gestantes, es decir, mujeres que presentan riesgo de presentar ansiedad en momentos futuros, por ejemplo, un nivel alto de ansiedad específica del embarazo. Por último, la prevención indicada está diseñada para mujeres que presentan alto riesgo de padecer ansiedad, ya sea porque experimentan algún factor de riesgo psicosocial para

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

la ansiedad, incluyendo la presencia de algún trastorno ansioso previo, o porque presentan una elevada sintomatología ansiosa, sin llevar a cumplir criterios clínicos.

Hemos decidido desarrollar un programa de prevención universal de terapia cognitivo conductual (TCC) porque este enfoque se encuentra entre los que obtienen mejores resultados en la práctica clínica (Clinkscales et al., 2023; Soto-Balbuena et al., 2022). Las técnicas incluidas en el programa como la reestructuración cognitiva o la activación conductual, han sido seleccionadas por ser las estrategias que aparecen de forma reiterada en las intervenciones revisadas y que han mostrado mayor efectividad (Bayrampour et al., 2019; Clinkscales et al., 2023; Loughnan et al., 2018; Soto-Balbuena et al., 2022). Cabe señalar que la intervención no abordará exclusivamente la ansiedad, ya que ésta presenta comorbilidad con otros trastornos emocionales, especialmente depresión (Falah-Hassani et al., 2017). Además, la inmensa mayoría de las intervenciones analizadas tratan otros aspectos a mayores de la ansiedad (ej., depresión, estrés, angustia). Esto ha hecho que se opte por diseñar un programa que incluya aspectos que forman parte del protocolo unificado transdiagnóstico de los trastornos emocionales para el tratamiento de los trastornos emocionales, ya que se considera uno de los tratamientos de elección en atención primaria (Osma et al., 2021). El psicólogo estadunidense, David Barlow, fue el primero en diseñar un tratamiento de protocolo unificado transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2004) con el que pretendía tratar un amplio espectro de desórdenes emocionales que comparten ciertas características y que, por este motivo podrían beneficiarse de las mismas técnicas y estrategias. El hecho de utilizar un tratamiento siguiendo el enfoque transdiagnóstico de los trastornos emocionales puede resultar muy eficiente a la vez que eficaz. En España ya se ha aplicado en el ámbito de la salud mental (ej., Ferreres et al., 2019; Osma et al., 2015; Osma et al., 2018) o en muestras universitarias (Rodríguez-Mora et al., 2022). También se han realizado adaptaciones para su uso a nivel preventivo (García-Escalera et al., 2020). El protocolo unificado transdiagnóstico permite realizar una intervención integrada, no solo para el problema principal que padece la persona, sino también para las comorbilidades que presente. Por ejemplo, en el tema que nos ocupa, se ha visto que la ansiedad y la depresión coexisten en un amplio porcentaje de gestantes, de ahí el interés por integrar en un mismo tratamiento ambas sintomatologías.

En cuanto a la modalidad de aplicación, se llevará a cabo a nivel grupal, porque las intervenciones en grupo obtienen buenos resultados y suponen menor coste, alta satisfacción para las usuarias y altas tasas de cumplimiento del programa (Soto-Balbuena et al., 2022). Así mismo, se ha optado por una intervención desarrollada de forma telemática, debido a la situación social asociada a la pandemia COVID-19, además, se ha visto el beneficio que aporta este tipo de modalidad, como resultar más atractivas, ya que reducen la necesidad de desplazarse, menor coste y más comodidad (Barrera et al., 2019; Loughnan et al., 2019). Además, Peragallo-Urrutia et al. (2015) hallaron que el 94,0% de las mujeres embarazadas y puérperas utilizan internet, y el 83% indican su predisposición a recibir una intervención online en el período perinatal. La terapia la realizará un psicólogo a través de videoconferencia, lo que permitirá reducir desventajas de las intervenciones online, tales como que no exista una interacción entre el terapeuta y el paciente o no atender a las necesidades que puedan surgir durante la misma (Bayrampour et al., 2019).

Hemos empleado varios instrumentos de autoinforme (EDS-3A, GAD-7 y STAI-E) y una entrevista clínica para evaluar la eficacia de la intervención sobre la sintomatología ansiosa. El contar con diferentes instrumentos nos proporciona una visión más completa de la eficacia de la intervención. Además, puede aumentar la validez y fiabilidad de los resultados, pues permite una triangulación de los datos y reduce los sesgos asociados a una única fuente de información. Por otro lado, algunas medidas pueden ser más sutiles que otras al detectar cambios, por tanto,

al combinar diferentes instrumentos, se pueden identificar cambios que de otro modo podrían pasarse por alto.

En resumen, la utilización de múltiples instrumentos en la evaluación de intervenciones proporciona una imagen más rica y precisa de su eficacia, lo que contribuye a una mejor comprensión y optimización de los procesos de intervención.

3. HIPÓTESIS

En función de los objetivos planteados y la justificación realizada anteriormente, las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

1. Se espera que existan diferencias significativas entre las puntuaciones medias obtenidas en el pretratamiento y el postratamiento en los niveles de ansiedad, así como entre el pretratamiento y los seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses.
2. Se espera que existan diferencias significativas entre las puntuaciones medias obtenidas en el pretratamiento y el postratamiento en los niveles de depresión, así como entre el pretratamiento y los seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses.
3. El número de mujeres que presentan sospecha de ansiedad y/o trastorno de ansiedad generalizada en el pretratamiento será estadísticamente superior al obtenido en el postratamiento y en los seguimientos al mes, a los tres y seis meses.
4. El número de mujeres que presentan sospecha de depresión en el pretratamiento será estadísticamente superior al obtenido en el postratamiento, y en los seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses.
5. Se espera que al final del tratamiento, al mes, a los tres y seis meses de finalizada la intervención, el grupo de alto riesgo muestre reducciones estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR LA ANSIEDAD Y EL MALESTAR EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO

En este apartado se presenta una propuesta de un programa de prevención de la ansiedad durante el embarazo. El contenido del programa de intervención es el siguiente:

- Proporcionar información sobre la salud mental en la etapa perinatal.
- Entrenar en habilidades de manejo de emociones y pensamientos.
- Proporcionar estrategias de resolución de problemas y de comunicación.
- Entrenar en estrategias que permitan reducir el nivel de ansiedad.

El programa fue diseñado para ser impartido de forma telemática durante la etapa prenatal. Está dirigido a mujeres embarazadas, residentes en Galicia y mayores de 18 años. Las gestantes debían dar su consentimiento informado y ser capaces de comprender la información que se proporcionaba a lo largo de las sesiones de la terapia cognitivo-conductual. Además, las participantes debían contar con acceso a internet y a un dispositivo digital (ordenador, tablet o smartphone). Fueron excluidas de la muestra aquellas mujeres que cursaban con un embarazo de riesgo o gemelar, estaban a tratamiento farmacológico para la ansiedad y/o depresión y que no enviaron su consentimiento.

USC DE COMPOSTELA

4.1. CONTENIDOS DEL PROGRAMA

El programa (Tablas 66 y 67), dividido en tres módulos, consta de siete sesiones grupales (6-8 participantes), impartidas semanalmente de forma telemática, comenzando entre el primer y segundo trimestre de gestación (< 27 semanas). Cada sesión dura en torno a 60 minutos.

Módulo 1: Psicoeducación y toma de conciencia sobre la salud mental perinatal

Este primer módulo abarca la primera sesión y consiste en proporcionar información sobre la prevalencia de la sintomatología emocional en la etapa perinatal y sus consecuencias para madres e hijos/as. Con estos datos se pretende que las futuras madres tomen conciencia de su existencia y de que puede prevenirse. Además, en este módulo se proporciona información sobre otras dificultades propias de esta etapa como la depresión o el "baby blues" y consecuencias que acarrean para madres y bebés; si es el caso se comparten experiencias previas sobre esta etapa. También se explica el papel de las hormonas durante la maternidad. Al finalizar la sesión se realiza un entrenamiento en relajación guiada, con la intención de comenzar a proporcionar a las futuras madres estrategias que les permitan reducir la ansiedad. A pesar de que la técnica de relajación guiada se presenta y trabaja de forma pormenorizada en este módulo, se irá recordando y practicando a lo largo de toda la intervención; junto con otras estrategias para reducir la ansiedad.

Módulo 2. Manejo de emociones y pensamientos

El módulo dos lo componen tres sesiones. Determinados pensamientos negativos que las madres pueden tener sobre sí mismas, tales como "no voy a ser capaz de llevar mi embarazo a término", "voy a ser una mala madre", etc., son factores que pueden hacer que aumente la sintomatología emocional negativa. Por ello, en la primera sesión de este módulo se continúa realizando psicoeducación, concretamente sobre los mitos relacionados con el embarazo y los cambios asociados a la maternidad. Además, se enseña la utilidad, los componentes y la forma de identificar las emociones desagradables. La segunda sesión de este módulo tiene como objetivo ser consciente de cómo nuestros pensamientos influyen en lo que sentimos. También se intenta identificar las características de personalidad que más nos hacen sufrir. La última sesión se destina a ver qué tipo de errores cometemos al pensar y, lo más importante, cómo lograr pensar de forma menos dañina o que nos genere menos malestar. Además, se analiza, a través de ejemplos, como los pensamientos influyen en nuestra conducta. El objetivo de este módulo es comprender cómo se relacionan las emociones, pensamientos y conductas entre sí, para posteriormente intentar generar emociones, pensamientos y conductas más adaptativas y que disminuya el malestar. Para ello, se utilizan diferentes estrategias terapéuticas tales como metáforas, debates, autorregistros o viñetas. En este módulo, también se proporcionan estrategias para generar pensamientos alternativos y estrategias para enfrentarse de manera adecuada al malestar emocional y a aumentar así las emociones positivas. Aunque estas técnicas se aplican de manera pormenorizada en este módulo se van recordando y practicando en las sesiones posteriores. Al finalizar cada una de las sesiones de este módulo se realiza un entrenamiento en relajación. En la primera sesión se practicará la relajación guiada, presentada en la sesión inicial de la intervención, y en las dos sesiones restantes se enseña y practica una nueva técnica de relajación: la respiración diafragmática.

Módulo 3. Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y asertividad.

El último módulo incluye dos sesiones y se encamina a dotar a las futuras madres de estrategias de resolución de problemas adecuadas para que cuando les surja algún problema o dificultad se enfrenten al mismo de manera adecuada. Durante la primera sesión se explica la técnica de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried (1971) y, a continuación, se practica a través de diferentes problemas y dificultades que hayan experimentado las gestantes

USC DE SANTIAGO

durante este tiempo. Esta técnica parte de la idea de que las personas que solucionan mal sus problemas presentan expectativas más pobres en cuanto al control de su ambiente, tienden a escoger rápidamente una solución, experimentan dificultades para seleccionar la información relevante y son menos habilidosas en la delimitación y concreción de los problemas.

Tabla 66. Desarrollo general de las sesiones.

		OBJETIVOS	ACTIVIDADES
PSICOEDUCACIÓN	SESIÓN 1	- Presentación del programa. - Conocer las expectativas del grupo sobre el programa. - Psicoeducación sobre la salud mental perinatal. Conocer la influencia de las emociones negativas sobre la madre y el bebé. Conocer el papel de las hormonas en la maternidad. - Enseñar estrategias de reducción de la ansiedad. - Tareas para casa.	- Presentación de las mujeres y terapeuta. - Explicación del programa. - Puesta en común sobre lo que esperan del programa y sugerencias sobre temas a tratar. - Debate grupal sobre la salud mental perinatal. Proporcionar información sobre el "baby blues", depresión y ansiedad y sus consecuencias. Informar sobre el cambio hormonal y sus efectos. - Relajación guiada.
MANEJO DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	SESIÓN 2	- Identificar cambios asociados a la maternidad y desmontar los mitos sobre la misma. - Identificar sentimientos y emociones negativas que producen los cambios. - Conocer la función y utilidad de las emociones, sus componentes y cómo identificarlas. - Enseñar estrategias de reducción de la ansiedad. - Tareas para casa.	- Psicoeducación y debate grupal sobre los cambios de roles, transición a la maternidad y mitos asociados a la misma. - Debate grupal sobre la función y utilidad de las emociones. - Proporcionar información sobre la utilidad de las emociones tanto negativas como positivas y los componentes de la experiencia emocional. - Identificación de los diferentes componentes de la experiencia emocional. - Autorregistro para identificar los diferentes componentes de la emoción. - Relajación guiada.
	SESIÓN 3	- Conocer cómo se gestan nuestros pensamientos. - Aprender cómo funcionan nuestros pensamientos automáticos negativos. - Identificar el efecto que los pensamientos negativos tienen sobre nuestro estado de ánimo. - Identificar la forma de pensamiento propia más común. - Enseñar estrategias de reducción de la ansiedad. - Tareas para casa.	- Psicoeducación y debate sobre la formación de nuestros pensamientos. - Psicoeducación sobre la relación entre P-E-C. - Lectura y análisis de la metáfora del ordenador. - Debate grupal sobre cómo afectan los pensamientos. - Autorregistro sobre pensamientos negativos. - Respiración diafragmática.
	SESIÓN 4	- Identificar pensamientos negativos. - Aprender a diferenciar entre pensamientos productivos e improductivos. - Conocer el efecto de los pensamientos sobre nuestra conducta. - Modificar pensamientos distorsionados. - Incrementar emociones positivas a través de la activación conductual. - Enseñar estrategias de reducción de la ansiedad. - Tareas para casa.	- Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas. - Puesta en común de pensamientos que generan malestar. - Continuar con la psicoeducación sobre la relación entre P-E-C. - Presentación y análisis de unas viñetas. - Proporcionar estrategias para generar pensamientos más adecuados. - Autorregistro sobre pensamientos alternativos. - Aumentar situaciones que generen emociones positivas. - Autorregistro sobre actividades agradables. - Respiración diafragmática.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 66. Desarrollo general de las sesiones (Cont.)

		OBJETIVOS	ACTIVIDADES
ENTRENAMIENTO EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	SESIÓN 5	- Explicar y debatir sobre cómo afectan los problemas. - Presentación del modelo teórico de resolución de problemas. - Practicar y afianzar la técnica de resolución de problemas. - Enseñar estrategias de reducción de la ansiedad. - Aumentar actividades agradables. - Tareas para casa.	- Psicoeducación: cómo influyen los problemas en nuestro estado de ánimo y debate grupal. - Psicoeducación: técnica de solución de problemas. - Resolución de problemas de forma grupal - Reflexionar sobre diferentes formas de solucionar - Autorregistro para generar alternativas de resolución a un problema cotidiano. - Relajación muscular progresiva y autorregistro de actividades agradables.
	SESIÓN 6	- Entrenamiento en asertividad. - Conocer las ventajas y desventajas de la forma de comunicarnos. - Proporcionar estrategias para aumentar la asertividad. - Practicar la asertividad. - Reducir la ansiedad y aumentar actividades agradables.	- Analizar nuestra forma de comunicarnos en situaciones cotidianas. - Psicoeducación sobre las diferentes formas de comunicarnos y sus consecuencias. - Aplicar la asertividad a una situación en la que se hayan comportado de forma agresiva o pasiva. - Relajación muscular progresiva y autorregistro de actividades agradables.
CIERRE	SESIÓN 7	- Repasar habilidades aprendidas. - Proporcionar información sobre los recursos de apoyo existentes. - Agradecer la atención e interés. - Despedida y cierre. - Conocer la utilidad del programa.	- Puesta en común sobre las habilidades aprendidas y su utilidad. - Lista de recursos de apoyo. - Intercambio de dificultades surgidas. - Valoración del programa. - Práctica de la relajación. - Envío de cuestionarios fin de tratamiento.

En la segunda sesión de este módulo se realizará un entrenamiento en asertividad. Lo que se pretende es mostrar a las gestantes las diferencias entre una comunicación pasiva, asertiva y pasiva, así como las ventajas y desventajas de cada tipo de estilo de comunicación. Su finalidad es que las futuras madres aprendan a comunicarse de forma más asertiva cuando se encuentren ante situaciones difíciles, mostrando siempre su punto de vista. Estas dos sesiones terminarán con una nueva técnica de relajación, la respiración muscular progresiva.

La sesión de cierre será destinada a recordar la información tratada durante la intervención y a repasar las habilidades aprendidas. En un primer momento se anima a las participantes a mencionar el contenido que recuerden de todo el programa. Posteriormente, se repasa de forma conjunta cada sesión. En esta sesión también se les presenta a las futuras madres una lista de recursos de apoyo comunitario. Se agradece el interés e implicación y se envían los cuestionarios de evaluación. Se finaliza la sesión realizando la práctica de relajación que más le haya gustado a la mayoría.

Durante los contactos de seguimiento del programa, si es necesario, se proporciona apoyo y ayuda y se les recuerda las estrategias y los recursos de los que disponen para hacer frente a los problemas.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 67. Descripción de las sesiones.

SESIÓN 1. PSICOEDUCACIÓN ***APRENDIENDO SOBRE ESTA NUEVA ETAPA***
• Presentación: se presentará la terapeuta y a continuación lo harán las participantes. Para ello se utilizará una dinámica en la que cada mujer dirá su nombre y qué súper poder elegiría tener. • Explicación del programa: objetivos, número de sesiones, duración, estructuración de las mismas y contenidos a trabajar. • Apertura de una ronda de turnos en la que las futuras mamás indiquen que esperan del programa y sugieran temas que les gustaría tratar. • Debate grupal sobre la salud mental perinatal. Opinión sobre su importancia, prevalencia, consecuencias, etc. • Aportar datos sobre la prevalencia de la enfermedad mental perinatal, informando sobre las patologías más frecuentes ("baby blues", depresión y ansiedad) y sobre sus consecuencias. Informar sobre el papel de las hormonas y sus efectos durante la maternidad. • Relajación guiada: la terapeuta irá describiendo poco a poco las partes del cuerpo en el que se tienen que concentrar e ir relajando las participantes. Se trabajarán los músculos de todo el cuerpo desde la cabeza hasta los pies, acompañándose de música relajante. • Tareas para casa: práctica de la técnica de relajación.
SESIÓN 2. MANEJO DE PENSAMIENTOS Y EMOCIONES ***TOMANDO CONCIENCIA DE MIS EMOCIONES***
• Psicoeducación: se realizará una charla informativa sobre los cambios asociados a la maternidad a mayores de los hormonales (físicos, psicológicos, sociales, …) y sobre los mitos asociados a esta etapa de la vida. A continuación, se realizará un debate grupal sobre la información presentada. Las futuras madres expondrán sus propias experiencias. • Debate grupal sobre la función y utilidad de las emociones, tanto negativas como positivas. La explicación se acompañará de ejemplos de la vida cotidiana. Así mismo, se proporcionará información sobre los tres componentes de la experiencia emocional: pensamientos, conducta y sensaciones físicas. • Para aprender a identificar los diferentes componentes de la experiencia emocional, recurriremos a situaciones de la vida diaria (ej., ansiedad previa a una revisión ginecológica, ingerir un alimento poco pasado …). • Relajación guiada: la terapeuta irá describiendo poco a poco la parte del cuerpo en la que se tienen que concentrar e ir relajando las participantes. Se trabajarán los músculos de todo el cuerpo desde la cabeza hasta los pies, acompañándose de música relajante. • Tareas para casa: práctica de la técnica de relajación. Además, deberán cumplimentar un autorregistro para aprender a identificar los diferentes componentes de la emoción.
SESIÓN 3. MANEJO DE PENSAMIENTOS Y EMOCIONES ***TOMANDO CONCIENCIA DE MIS PENSAMIENTOS I. COMO AFECTAN A MIS EMOCIONES***
• Se propondrá un debate sobre la formación de nuestros pensamientos con la posterior explicación de la génesis de los mismos. Además, se aprenderá la diferencia entre pensamientos racionales e irracionales. • Psicoeducación: Se expondrá un marco teórico que permita explicar la influencia de los pensamientos negativos sobre las emociones. • Emplearemos la lectura de la "metáfora del ordenador" para explicar cómo funcionan los pensamientos automáticos negativos. Posteriormente se hará un análisis y debate sobre dicha metáfora. • Debate grupal sobre las consecuencias de nuestra manera característica de pensar. • Respiración diafragmática: la terapeuta irá describiendo como respirar de manera que se consiga expandir el diafragma para que el aire llegue hasta el final de los pulmones y conseguir así una respiración profunda. Se acompañará de música relajante. • Tareas para casa: práctica de la respiración diafragmática y cumplimentación de un autorregistro de pensamientos negativos y su efecto sobre nuestro estado anímico.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 67. Descripción de las sesiones (Cont.)

SESIÓN 4. MANEJO DE PENSAMIENTOS Y EMOCIONES ***TOMANDO CONCIENCIA DE MIS PENSAMIENTOS II. COMO AFECTAN A MIS CONDUCTAS***
• Psicoeducación: se explicará a las gestantes las características y tipos más comunes de distorsiones cognitivas. Posteriormente en grupo se categorizarán los pensamientos registrados durante la semana. • Psicoeducación: se recordará el modelo P-E-C. Se hará hincapié en la influencia de los pensamientos sobre nuestra conducta. Para ello, se utilizarán unas viñetas que narran la historia de dos mujeres embarazadas. Se realizará un debate sobre dichas viñetas. • Enseñanza de técnicas que permitan generar alternativas de pensamientos más positivos y realistas frente a los pensamientos negativos, entre ellas estarían: cuestionar la evidencia, pastel de posibilidad y la técnica del mejor amigo/a. • Psicoeducación sobre la activación conductual, con el fin de que realicen alguna actividad agradable cuando se encuentre estados emocionales negativos (salir con los amigos, hacer ejercicio, realizar una afición que les guste…) • Respiración diafragmática: la terapeuta irá describiendo como respirar de manera que se consiga expandir el diafragma para que el aire llegue hasta el final de los pulmones y conseguir así una respiración profunda. Se acompañará de música relajante. • Tareas para casa: práctica de la respiración diafragmática, cumplimentación de un autorregistro para generar pensamientos alternativos y realización de alguna actividad agradable.
SESIÓN 5. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y ASERTIVIDAD ***DECIDIENDO CON CALMA***
• Explicación de cómo afectan la solución o no de los problemas a nuestra vida y estado de ánimo. Por ejemplo, sentir que uno no es capaz, hace que se reduzca nuestra autoestima. Debatir sobre si se han sentido así alguna vez. • Presentar el modelo de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried. • Entre todas identificar problemas actuales y ponerlos en común. • Mostrar a través de un ejemplo cómo sería la resolución de un problema aplicando la técnica de D´Zurilla y Goldfried. Generar diferentes formas de solucionar el problema comentado. • Relajación muscular progresiva: la terapeuta irá describiendo diferentes grupos musculares en los que las participantes se tienen que concentrar e ir realizando ejercicios de tensión y relajación. Se trabajarán grupos musculares de todo el cuerpo desde la cabeza hasta los pies, acompañándose de música relajante. • Tareas para casa: práctica de la relajación guiada, autorregistro de resolución de problemas y realización de alguna actividad agradable.
SESIÓN 6. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y ASERTIVIDAD ***APRENDIENDO A COMUNICARME MEJOR***
• Psicoeducación sobre la asertividad adaptada al contexto del período perinatal: Se hace diferencia entre los tipos de comunicación pasivos, asertivos y agresivos, y se proporcionan ejercicios en la sesión para ayudar a resaltar las diferencias con cada uno. Se discuten las ventajas y desventajas de cada enfoque, y se proporcionan herramientas para ayudarles a ser más asertivas. Se trabaja para reconocer situaciones en las que tienen dificultades para expresar de forma adecuada lo que consideran que necesitan (ej., ayuda para realizar las tareas del hogar, tiempo para descansar…) • Relajación muscular progresiva: la terapeuta irá describiendo diferentes grupos musculares en los que las participantes se tienen que concentrar e ir realizando ejercicios de tensión y relajación. Se trabajarán grupos musculares de todo el cuerpo desde la cabeza hasta los pies, acompañándose de música relajante. • Tareas para casa: práctica de la relajación muscular progresiva y realización de alguna actividad agradable.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 67. Descripción de las sesiones (Cont.)

SESIÓN 7. CIERRE ***CON MÁS HERRAMIENTAS PARA ESTE NUEVO CAMINO***
• Repaso general con el grupo sobre las estrategias aprendidas. Cada participante irá citando las estrategias que recuerda. A continuación, se hará un recorrido general por las distintas sesiones del grupo, haciendo mención de lo que han señalado las participantes. • Se hará un debate sobre las estrategias que les han resultado de mayor y menor utilidad. • Se comentarán los recursos de apoyo disponibles (teléfono de contacto con matronas durante las 24h del día, médico o matrona de su centro de salud…). Posteriormente, se enviará un correo electrónico con los recursos comunitarios a los que pueden acudir. • Se aplica la técnica de relajación que más haya gustado a la mayoría. Se agradece el interés y la atención mostrada. • Nada más terminar la sesión se envía el cuadernillo de cuestionarios y el cuestionario de satisfacción y valoración del programa. También se contacta vía telefónica con cada participante para realizar la entrevista clínica.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

II. MÉTODO

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. PARTICIPANTES

Se ofreció participar en el programa a mujeres embarazadas que acudían a las consultas de obstetricia y ginecología para el control y seguimiento del embarazo y que tendrían a sus hijos en hospitales públicos del Servizo Galego de Saúde. Para ser invitadas a participar en el estudio tenían que cumplir los siguientes criterios de inclusión: residir en Galicia, tener más de 18 años, saber leer y escribir en español, y estar en el primer trimestre de gestación (≤ 16 semanas). Además, las gestantes debían dar su consentimiento informado y tener acceso a internet y a un dispositivo digital (ordenador, tablet o smartphone). Eran excluidas aquellas mujeres que cursaban con un embarazo de riesgo y/o gemelar y estaban a tratamiento farmacológico para ansiedad y/o depresión.

Se invitó a 108 mujeres a participar en el programa, de las cuales tres (2,8%) no cumplimentaron los cuestionarios iniciales. Por lo tanto, la muestra de la evaluación inicial quedó conformada por 105 mujeres. Antes de iniciar la intervención, 14 (13,3%) decidieron no participar en la misma debido a motivos laborales, familiares o de falta de tiempo. Además, 17 (16,1%) sufrieron un aborto. Por lo tanto, se inició la intervención con 74 participantes. Durante la intervención, tres (4,1%) mujeres sufrieron un aborto, ocho (10,8%) no terminaron el tratamiento y una (1,4%) cursó con un embarazo gemelar. De esta forma, la muestra al final de la intervención quedó constituida por 62 mujeres (83,8%) que fueron evaluadas en cinco momentos (Figura 13).

Todas las mujeres participaron de forma voluntaria en el estudio y dieron su consentimiento oral y por escrito. También debían estar dispuestas a participar en las posteriores evaluaciones, tanto durante el embarazo como en el postparto.

El estudio se llevó a cabo en conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki y obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación de Galicia (CEIC). A todas las participantes se les garantizó la confidencialidad de la información recogida durante todo el proceso. La participación fue totalmente voluntaria y gratuita y no recibieron incentivo alguno (económico o de otro tipo) por su participación.

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación utilizados se describen a continuación.

En primer lugar, se elaboró un cuestionario *ad hoc* para este estudio que contenían tanto preguntas abiertas como cerradas sobre variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y psicológicas. A mayores, se utilizaron las escalas de evaluación que se comentan a continuación, que ya fueron descritas en el estudio 1.

La *Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS).* El punto de corte utilizado en este estudio para identificar a las mujeres con probable depresión fue ≥ 10 (Vázquez y Míguez, 2019). Con esta muestra, la fiabilidad de la EPDS antes de la intervención fue de 0,88, al final de la intervención fue de 0,84, al mes de finalizada la intervención fue de 0,87, a los tres meses fue de 0,89 y a los seis meses de 0,90.

La *Escala de Depresión de Edimburgo-Subescala de Ansiedad* (EDS-3A). En este estudio, el punto de corte para identificar a mujeres con probable ansiedad se situó en ≥ 7. La fiabilidad de esta subescala fue de 0,82 en el pretest y 0,79 en el postest inmediato. Al mes de la intervención se situó en 0,85, a los tres meses en 0,82 y a los seis meses en 0,84.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

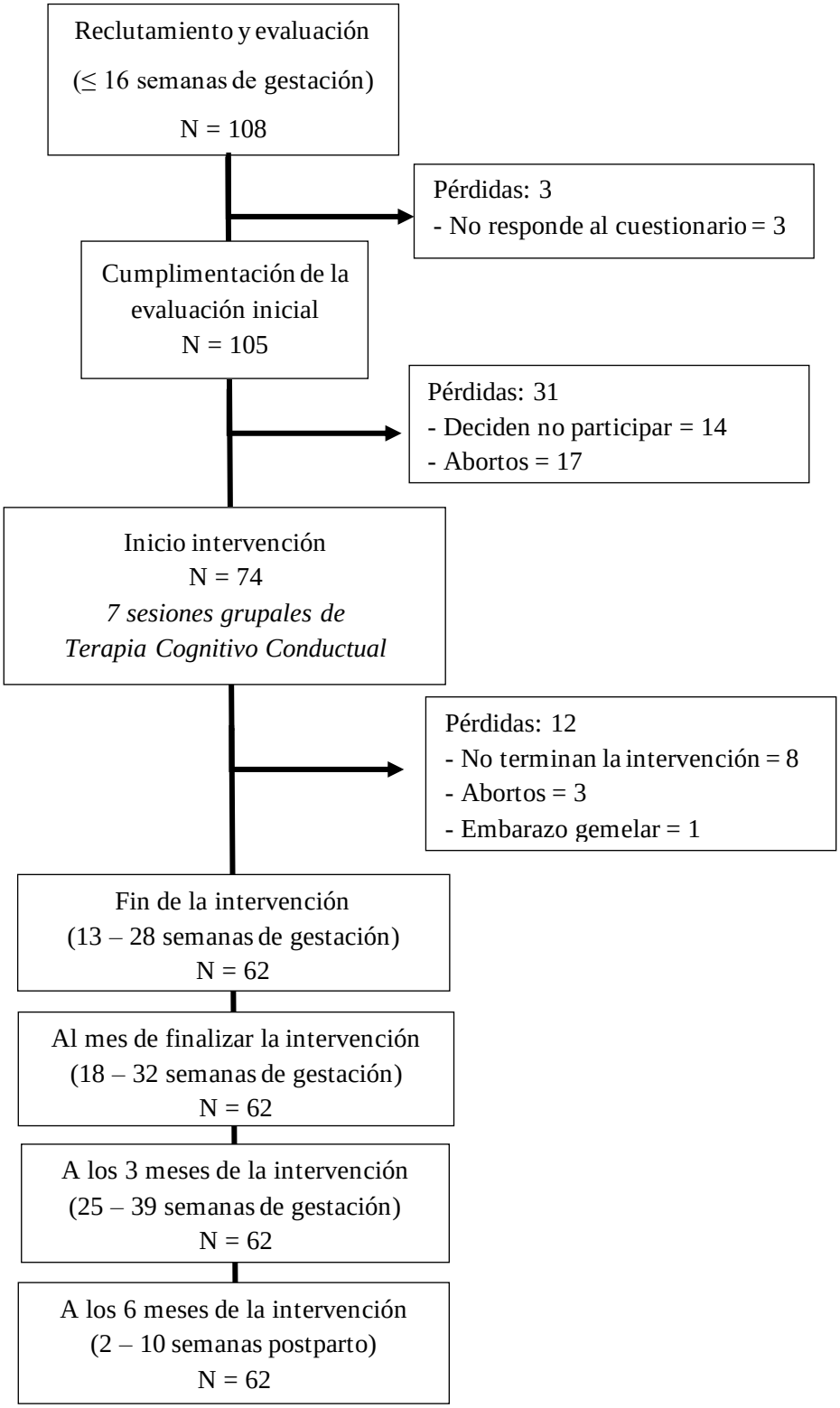


Figura 13. Flujo de participantes a lo largo del estudio.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

La *Escala de Ansiedad por Trastorno de Ansiedad Generalizada* (Generalized Anxiety Disorder Anxiety Scale, GAD-7). El punto de corte empleado en este estudio para detectar la presencia de ansiedad fue ≥ 10 para el GAD-7. La fiabilidad del GAD-7, en el presente estudio, fue de 0,92 antes de iniciar la intervención y al finalizar el tratamiento se situó en 1,0. En los seguimientos al mes, a los tres y a los seis meses fue de 0,91, 0,91 y 0,92, respectivamente.

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State Trait Anxiety Inventory, STAI). El punto de corte para detectar a mujeres con posible ansiedad se sitúa en una puntuación mayor que 31. Con esta muestra, la fiabilidad de la subescala de ansiedad estado en la evaluación pretratamiento fue de 0,95. Al finalizar el tratamiento, al mes y a los tres meses tras la intervención la fiabilidad de la subescala ansiedad estado se situó en 0,95 y a los seis meses en 0,96.

La *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID).* Se utilizó la entrevista SCID según los criterios diagnósticos del DSM-5 para detectar a las mujeres que cumplían los criterios para un trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

El Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire, PRAQ). Se utilizó como punto de corte ≥ 67 (percentil 85) para detectar a aquellas mujeres con elevada ansiedad específica del embarazo. La fiabilidad de la escala se situó en 0,91 en la evaluación inicial, al final de la intervención y al mes fue de 0,93. A los tres meses se obtuvo una fiabilidad de 0,83. No se muestran datos de esta escala a los seis meses tras la intervención porque las mujeres ya se encontraban en el postparto.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación, se presentan las variables evaluadas en este estudio y que fueron incluidas en el cuestionario *ad hoc* diseñado específicamente con motivo del mismo. Las variables aparecen agrupadas en función del momento de evaluación en el que fueron recogidas.

3.1. VARIABLES EVALUADAS ANTES DE LA INTERVENCIÓN

- Variables *sociodemográficas:* edad, acceso a internet, estado civil (soltera, casada/vive en pareja, divorciada/separada y viuda), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, bachillerato/FP, universitarios), situación laboral (trabaja, en paro, baja laboral, pensionista, otras), ingresos mensuales familiares (≤ 1000 euros, 1001-1500, 1501-2000, 2001-3000, 3001-4000, > 4000, no contesta), número de hijos/as.

- Variables *relacionadas con el embarazo*: semana de gestación, cambios en la atención durante el embarazo debido al COVID-19 (empeoró significativamente, empeoró algo, sin cambios, mejoró algo, mejoró significativamente), en caso de empeorar, en qué aspecto; mayor afectación durante el embarazo debido a la pandemia; preocupación sobre la atención en el embarazo debido a la pandemia (sí/no), en caso afirmativo qué le preocupa; preocupación sobre la afectación del brote de COVID-19 sobre su hijo mientras está embarazada (sí/no), en caso afirmativo qué le preocupa; embarazo planeado (sí/no); recurrió a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual (sí/no), en caso afirmativo indique a qué tratamiento ha recurrido.

- Variables *psicológicas*: el embarazo durante la pandemia le hizo experimentar en mayor medida emociones negativas (sí/no), en caso afirmativo cuáles; en algún momento de su vida usted ha sido diagnosticada de algún trastorno psicológico/psiquiátrico (sí/no), en caso afirmativo indique de qué trastorno, actualmente está a tratamiento por algún trastorno

psicológico (sí/no), en caso afirmativo indique de qué trastorno; sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS; sintomatología ansiosa evaluada mediante la EDS-3A y la GAD-7, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, ansiedad rasgo utilizando el STAI-R, el Trastorno de Ansiedad Generalizada evaluado con la entrevista SCID y la ansiedad específica evaluada mediante el PRAQ-20.

3.2. VARIABLES EVALUADAS AL FINALIZAR LA INTERVENCIÓN

- Variables *relacionadas con el embarazo*: semana de gestación.

- Variables *psicológicas*: sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS, sintomatología ansiosa evaluada mediante la EDS-3A y la GAD-7, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, el Trastorno de Ansiedad Generalizada evaluado con la entrevista SCID y la ansiedad específica evaluada mediante el PRAQ-20.

- Variables *relacionadas con el programa preventivo*: valoración de diferentes aspectos del programa de 1 a 5 (número, duración, frecuencia y contenido de las sesiones, posibilidad de extrapolar lo aprendido a su vida diaria, interés de las actividades realizadas, resolución de dudas, satisfacción y utilidad), valoración general del programa (1 a 10), aspecto más útil del programa, aspecto menos útil del programa, necesidad de abordar otros contenidos, aspectos a mejorar.

3.3. VARIABLES EVALUADAS AL MES DE LA INTERVENCIÓN

- Variables *relacionadas con el embarazo*: semana de gestación.

- Variables *psicológicas*: sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS; sintomatología ansiosa evaluada mediante la EDS-3A y la GAD-7, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, el Trastorno de Ansiedad Generalizada evaluado con la entrevista SCID y la ansiedad específica evaluada mediante el PRAQ-20.

- Variables *relacionadas con el programa preventivo*: durante este mes ha puesto en práctica alguna de las técnicas aprendidas (sí/no); en caso afirmativo indique qué técnicas ha practicado, en qué momento las ha puesto en práctica y si le han funcionado; en caso negativo indique porque y si recuerda alguna de las técnicas enseñadas.

3.4. VARIABLES EVALUADAS A LOS 3 MESES TRAS LA INTERVENCIÓN

- Variables *relacionadas con el embarazo*: semana de gestación.

- Variables *psicológicas*: sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS, sintomatología ansiosa evaluada mediante la EDS-3A y la GAD-7, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, el Trastorno de Ansiedad Generalizada evaluado con la entrevista SCID y ansiedad específica evaluada mediante el PRAQ-20.

- Variables *relacionadas con el programa preventivo*: durante estos tres meses ha puesto en práctica alguna de las técnicas aprendidas (sí/no); en caso afirmativo indique qué técnicas ha practicado, en qué momento las ha puesto en práctica y si le han funcionado; en caso negativo indique porqué y si recuerda alguna de las técnicas enseñadas.

3.5. VARIABLES EVALUADAS A LOS 6 MESES TRAS LA INTERVENCIÓN (POSTPARTO)

- Variables *relacionadas con el parto y postparto*: semana postparto; en una escala de 0 a 10 valore su experiencia de embarazo y su experiencia de parto.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

- Variables *psicológicas*: cómo le hizo sentirse no poder/querer amamantar al bebé (incomprendida, triste, ansiosa, inútil, otros sentimientos), ha recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico (sí/no), en caso afirmativo indique cuál y por qué, actualmente está a tratamiento por depresión o ansiedad (sí/no), en caso de responder afirmativo indique cuál, sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS, sintomatología ansiosa evaluada mediante la EDS-3A y la GAD-7, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, el TAG evaluado con la entrevista SCID y la ansiedad específica evaluada mediante el PRAQ-20.

4. PROCEDIMIENTO

Previamente a la captación y evaluación de la muestra de este estudio se realizaron diversos trámites burocráticos para poder llevar a cabo la recogida de datos en diferentes centros de salud. En primer lugar, se solicitó autorización al Comité Ético de Investigación de Galicia (CEIC). El siguiente paso fue solicitar la autorización de los jefes de servicio de los centros de salud y de las matronas, ya que eran ellas las encargadas de informar de la existencia de la investigación. Una vez conseguidas todas las autorizaciones se procedió a llevar a cabo la evaluación pretratamiento.

Debido a la situación de la pandemia no se pudo acudir presencialmente a los diferentes centros de salud para llevar a cabo la intervención, por lo que eran las matronas las que informaban del objetivo de la investigación y solicitaban la colaboración de las mujeres. También se pusieron carteles informativos en los diferentes centros de salud, en dónde se facilitaba el contacto a las mujeres interesadas en participar para recibir información.

Antes de proceder a la captación de la muestra, se elaboró un protocolo de investigación, se diseñó el contenido de la intervención psicológica cognitivo-conductual para reducir la ansiedad y el malestar emocional durante la etapa perinatal y se manualizó la intervención. Cabe destacar que, en sus inicios, el protocolo fue diseñado para aplicar de forma presencial, y debido a la situación de pandemia fue necesario realizar adaptaciones para impartirlo de forma telemática. Antes de su aplicación, se realizaron dos estudios piloto, uno con 7 participantes y otro con 4, para comprobar si el contenido y la duración de la intervención era adecuada. El resultado de los estudios piloto dio lugar a pequeños ajustes de varios aspectos de la intervención.

El primer contacto con las participantes de este estudio tuvo lugar cuando las mujeres acudían a sus revisiones de seguimiento durante el embarazo, siempre que se encontraran en una semana de gestación ≤ 16. Previamente a la administración de los cuestionarios, la persona encargada de la investigación contactaba con las mujeres vía telefónica y nuevamente se les informaba verbalmente y por escrito sobre el objetivo y la metodología del estudio. Así mismo, se pedía su consentimiento para recoger y analizar la información proporcionada en los cuestionarios. Una vez que accedían a participar y firmaban el consentimiento informado, se realizaba la entrevista clínica. A continuación, se proporcionaban las instrucciones pertinentes para cumplimentar los cuestionarios, enviados a posteriori de forma telemática. En caso de surgir alguna duda respecto a la cumplimentación de los cuestionarios, las participantes podían contactar con la investigadora para resolverla.

La intervención se realizó de forma telemática debido a la situación socio-sanitaria presente. El programa estuvo compuesto por siete sesiones grupales (6 – 8 participantes), impartidas semanalmente y con una duración aproximada de 60 minutos. La intervención se inició entre las semanas 6 – 16 de gestación y finalizó entre la semana 13 – 28 de gestación. Los grupos y hora de las sesiones eran acordados previamente con las participantes, con el

objetivo de facilitar su participación y garantizar su permanencia en el estudio. Para acceder a las sesiones, cada participante recibía un enlace para unirse a la reunión. El programa constó de tres módulos. 1) Psicoeducación y toma de conciencia sobre la enfermedad mental perinatal; 2) Manejo de emociones y pensamientos; y 3) Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y asertividad. Las participantes contaban con tareas para casa entre cada sesión para practicar las habilidades entrenadas. Los objetivos de la intervención incluían proporcionar información sobre la salud mental perinatal, entrenar en estrategias que permitan reducir el nivel de ansiedad, entrenar en habilidades de manejo de emociones y pensamientos y proporcionar estrategias de resolución de problemas y comunicación. Al mismo tiempo, se pretendía aliviar la sintomatología emocional negativa a través de las estrategias enseñadas, así como aquella sintomatología asociada a la misma (ej., preocupación, estrés) y reducir los factores de riesgo que aumenten la probabilidad de desarrollar un problema de salud mental. La intervención se manualizó, para intentar aplicarla en todos los grupos de igual forma y fue aplicada por una psicóloga general sanitaria ciega a los datos recogidos antes de la intervención.

En todas las sesiones se siguió una estructura similar. En primer lugar, se hacía un repaso de los contenidos de la sesión anterior, se respondían dudas, se corregían las tareas para casa y se comentaban las dificultades surgidas en su realización. Posteriormente, se presentaba el contenido de la sesión correspondiente y se realizaban las actividades (ej., debates, lectura de metáforas, práctica de técnicas, …) específicos de la sesión. A continuación, se asignaban las tareas a realizar entre sesiones. Todas las sesiones finalizaban con un entrenamiento en relajación.

Esta estructura presentaba algunos cambios en la primera sesión, en la que se comenzaba dando la bienvenida, realizando la presentación del grupo y del terapeuta y explicando la estructura del programa, y en la última sesión en la que se finalizaba realizando el cierre de la intervención.

A lo largo de la intervención, la terapeuta realizaba el seguimiento de las participantes mediante una plataforma online que permitía revisar si completaban las tareas entre sesiones. Además, también estaba disponible por si alguna de las participantes necesitaba solventar alguna duda o le surgía algún problema a lo largo de la semana.

Las mujeres fueron evaluadas de manera longitudinal en 5 momentos temporales, antes de la intervención, al finalizar la misma y en los seguimientos al mes, a los tres meses y a los seis meses. Dichas evaluaciones se realizaron a través de una plataforma online. Cabe destacar que la SCID-5 fue aplicada siempre a través de una entrevista telefónica. En la Figura 14, se muestran los instrumentos de evaluación que se utilizaron en cada fase del estudio.

En la evaluación realizada antes del tratamiento, las mujeres se encontraban entre la semana 4 y 16 de gestación. En este momento, se utilizó un cuestionario que recogía datos sociodemográficos, obstétricos y psicológicos. Dicha evaluación también incluía la SCID, la EPDS, el GAD-7, el STAI-E, el STAI-R y la PRAQ-20. La duración media de la entrevista era de 15 minutos y la cumplimentación de los cuestionarios enviados de forma telemática oscilaba entre los 15-20 minutos. La recogida de la muestra tuvo lugar entre septiembre del 2021 y enero de 2023. Para garantizar la colaboración de las mujeres, se les escribía para acordar el día y la hora a la que podían hablar, con el fin de conseguir la máxima participación.

La segunda evaluación tuvo lugar al finalizar la intervención, entre las semanas 13 y 28 de gestación. En el primer seguimiento, al mes de finalizar la intervención, las participantes se encontraban entre la semana 18 y 32 de gestación. En el seguimiento realizado tras tres meses de la intervención, las mujeres se encontraban entre la semana 25 y 39 de gestación. En todos los momentos se administró un cuestionario que incluía preguntas relacionadas con el

embarazo, así como la SCID, la EPDS, el GAD-7, el STAI-E y el PRAQ-20. También se incluyeron preguntas para evaluar la satisfacción con el programa. La duración media fue de 30 minutos.

En el seguimiento a los seis meses de la intervención, las mujeres se encontraban entre la semana dos y 10 del postparto. Los cuestionarios administrados en esta evaluación incluían preguntas sobre variables relacionadas con el embarazo, el parto, la puesta en práctica de técnicas aprendidas durante el programa y variables psicológicas evaluadas con la SCID, la EPDS, el GAD-7 y el STAI-E. La duración media fue de 30 minutos.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

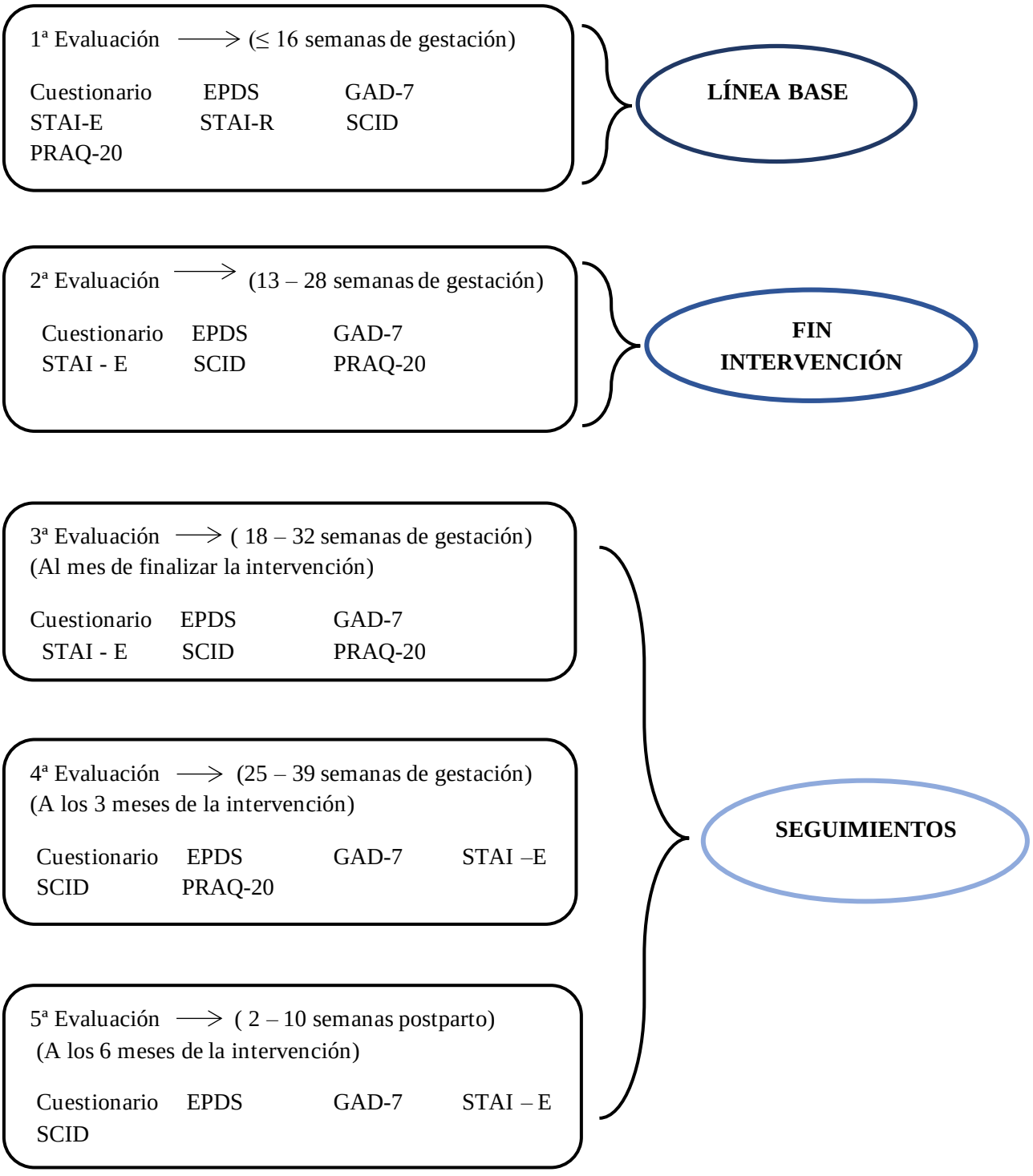


Figura 14. Momentos e instrumentos de evaluación.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics para Windows (versión 23), siendo considerado significativo un p-valor < 0,05. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica. La distribución de frecuencias se utilizó para analizar la prevalencia de las variables cualitativas (características sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, parto y postparto y variables psicológicas).

Para analizar las diferencias respecto a las variables categóricas analizadas se realizaron tabla

s de contingencia y se aplicó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. En los casos de tablas 2 x 2, el paquete estadístico SPSS calcula la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas con casillas con una frecuencia esperada menor de 5. El tamaño del efecto se evaluó mediante el estadístico V de Cramer. En los análisis de las variables en función de los diferentes momentos de evaluación de manera general se utilizó la prueba Q de Cochran Para analizar las variables categóricas de manera pareada se utilizó una prueba de McNemar.

Para analizar las diferencias respecto a las puntuaciones medias obtenidas en las escalas se realizaron comparaciones de medias. En aquellos análisis donde se comparaban dos grupos se utilizó la prueba t de Student y se calculó el tamaño del efecto mediante la d de Cohen. En los análisis que se compararon más de dos momentos de forma general se utilizó la prueba ANOVA de medidas repetidas y se calculó el tamaño del efecto mediante eta cuadrado parcial (η). Para analizar los diferentes momentos de evaluación de manera pareada se llevó a cabo una prueba t de student de muestras emparejadas y se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen.

Las técnicas y test estadísticos empleados han sido:

(1) La descriptiva de variables cualitativas con tablas de frecuencias y porcentajes.

(2) Las variables de tipo cuantitativo han sido exploradas con el objetivo principal de verificar su ajuste, o no, a la campana normal de Gauss. Para esta exploración se han empleado: (a) gráficos Q-Q normal, (b) índices de asimetría y curtosis, y (c) el Test de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste a la normalidad.

(3) Las variables cuantitativas han sido descritas mediante las herramientas habituales de centralidad: media y variabilidad: rango observado y desviación estándar.

(4) Para el contraste entre medias de grupos de sujetos distintos (independientes entre sí) se emplearon la t de Student y Anova de 1 factor, cuando las variables fueron normales y sus respectivas alternativas no-paramétricas (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) cuando no se distribuyeron normalmente.

(5) Para el contraste de la significación de las medias de la misma muestra de sujetos (medidas repetidas / muestras relacionadas) se utilizaron los test paramétricos de Student MR y el Anova con MR en 1 factor cuando las variables se distribuían conforme a la normalidad estadística.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

III. RESULTADOS

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

A continuación, se describen las características de la muestra. Para ello, hemos agrupado las variables en sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y variables psicológicas. Se ofrece una descripción en función de las variables que han sido evaluadas en cada momento de evaluación.

1.1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA

La muestra de este estudio está compuesta por 74 mujeres cuyas edades abarcan desde los 24 a los 45 años, con una media de 33,39 años (*DT* = 4,70). Concretamente, el 4,1% de las mujeres tenían una edad igual o inferior a los 25 años (n = 3), el 62,2% (n = 46) se encontraba entre los 26 y 35 años y el 33,8% (n = 25) superaba los 35 años. En lo referente al estado civil, la mayoría estaban casadas o vivían en pareja (86,5%). En cuanto al nivel de estudios, un 66,2% (n = 49) tenía estudios universitarios y un 24,3% (n = 18) había cursado bachillerato o formación profesional. En lo concerniente a la situación laboral, en el momento de realizar la entrevista un 81,1% (n = 60) de la muestra trabajaba y un 8,1% (n = 6) se encontraba en situación de desempleo. Respecto a los ingresos mensuales familiares, un 10,8% (n = 8) afirmó ganar 1000 euros o menos, un 33,8% (n = 25) indicó que sus ingresos se encontraban entre los 1001 y los 2000 euros y un 40,5% (n = 30) señaló que eran superiores a los 2000 euros (Tabla 68).

Tabla 68. Características sociodemográficas de la muestra (N = 74).

	n	%	*M*	*DT*
Edad			33,39	4,70
Estado civil				
Soltera	8	10,8		
Casada/vive en pareja	64	86,5		
Divorciada/separada	2	2,7		
Nivel de estudios				
Primarios	-	-		
Secundarios	7	9,5		
Bachillerato o FP	18	24,3		
Universitarios	49	66,2		
Situación laboral				
Trabaja	60	81,1		
En paro	6	8,1		
Baja laboral	6	8,1		
Pensionista	1	1,4		
Otros	1	1,4		
Ingresos mensuales familiares (euros)				
≤ 1000	8	10.8		
1001-1500	15	20,3		
1501-2000	10	13,5		
2001-3000	21	28,4		
3001-4000	5	6,8		
> 4000	4	5,4		
Prefiere no contestar	11	14,9		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

1.2. ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

Por lo que respecta a las variables relacionadas con el embarazo (Tabla 69), la evaluación inicial pretratamiento tuvo lugar entre las semanas 6 y 16 de gestación, la media de semanas fue de 9,35 (*DT* = 3,16). En cuanto a la paridad, el 67,6% (n = 50) de las mujeres eran primíparas, para el 31,1% (n = 23) se trataba de su segundo hijo/a y para el 1,4% (n = 1) este era su tercer hijo/a. Con respecto a los antecedentes de aborto, un 8,1% (n = 6) de la muestra había sufrido al menos uno en algún momento de su vida. El embarazo fue planificado en el 82,4% (n = 61) de los casos. El 6,8% (n = 5) de las mujeres de esta muestra informaba haber recurrido a algún tipo de tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual.

Tabla 69. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo.

	n	%
Paridad		
Primíparas	50	67,6
Multíparas	24	32,5
Nº de hijos		
0	50	67,6
1	23	31,1
2	1	1,4
Abortos previos		
No	68	91,9
Sí	6	8,1
Planificación del embarazo		
No	13	17,6
Sí	61	82,4
Tratamiento de fertilidad		
No	69	93,2
Sí	5	6,8
Tipo de tratamiento de fertilidad (*n* = 5)		
Fiv (ovodonación)	4	80,0
Inseminación artificial	1	20,0

Con respecto a la pandemia del COVID-19 (Tabla 70), un 44,6% (n = 33) de la muestra indicaba estar preocupada por los cambios que la pandemia provocó en la atención sanitaria. Concretamente, un 36,4% (n = 12) informaba estar preocupada por el empeoramiento de la atención sanitaria (ej., menos citas, citas telefónicas, etc.). El 18,2% (n = 6) refería tener miedo de no poder acudir acompañada a las consultas de seguimiento. Un 73,0% (n = 54) indicaba estar preocupada por el efecto de la pandemia sobre la salud de su hijo/a durante el embarazo. En concreto, un 31,5% (n = 17) refería estar preocupara por el desconocimiento a corto y largo plazo que la pandemia podía tener sobre la salud general del feto. El 13,0% (n = 7) indicaba tener miedo por las posibles consecuencias de contagiarse de COVID-19 durante la gestación (aborto, parto prematuro y/o malformaciones fetales).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 70. Efecto de la pandemia por COVID-19 sobre la muestra.

	n	%
Preocupación por los cambios en su atención sanitaria		
No	41	55,4
Sí	33	44,6
Tipo de preocupación (*n = 33*)		
Empeoramiento de la atención recibida	12	36,4
Ausencia de acompañamiento	6	18,2
Otros	1	3,0
No sabe/no contesta	14	42,4
Preocupación sobre la salud de su hijo/a durante el embarazo		
No	20	27,0
Sí	54	73,0
Tipo de preocupación (*n = 54*)		
Desconocimiento sobre la salud general del feto	17	31,5
Miedo sobre las consecuencias de contagiarse durante la gestación	7	13,0
Otros	4	7,4
No sabe/ No contesta	26	48,1

En cuanto al efecto de la pandemia sobre el embarazo al compararlo con gestaciones anteriores (Tabla 71), un 8,3% de las mujeres que habían estado embarazadas previamente (n= 24) indicaban que la atención durante el embarazo había empeorado significativamente, un 16,7% (n = 4) referían que había empeorado algo y el 50,0% (n = 12) informaban que no detectaran cambios.

Tabla 71. Descripción de la muestra en función de los cambios debidos al COVID-19 en comparación con gestaciones anteriores (n = 24).

	n	%
Cambios en la atención sanitaria		
Empeoró significativamente	2	8,3
Empeoró algo	4	16,7
Sin cambios	12	50,0
Otros	6	25,0
Tipo de cambio (*n= 12*)		
Empeoramiento de la atención recibida	6	50,0
No puede valorar	4	33,3
Otros	2	16,7
Mayor número de emociones negativas		
No	12	50,0
Sí	9	37,5
No sabe/ No puede valorar	3	12,5
Qué emoción (*n= 9*)		
Ansiedad	4	44,4
Incertidumbre	2	22,2
Tristeza	1	11,1
Otras	2	22,2
Que ha sido lo que más le ha afectado/perjudicado		
Cambios en la atención sanitaria	3	12,5
Miedo al contagio y consecuencias sobre el bebé	2	8,3
Reducción en las relaciones sociales	2	8,3
Aparición de síntomas emocionales	1	4,2
Otros	4	16,7
No sabe/no contesta	12	50,0

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

El cambio que más informaban las gestantes era la existencia de menos citas, ausencia de acompañamiento y más frialdad por parte de los profesionales. En comparación con embarazos anteriores, un 37,5 % (n = 9) indicaba haber experimentado mayor número de emociones negativas. En concreto, un 44,4% (n = 4) informaba haber experimentado ansiedad. Relativo a lo que más les había afectado durante el embarazo, el 12,5% (n = 3) referían haberse visto afectadas por cambios en la atención sanitaria tales como reducción del número de consultas, la prohibición de ir acompañadas a las revisiones o la ausencia de clases de preparación maternal. Un 8,3% indicaba que había sido el miedo al contagio y las posibles consecuencias que éste podía tener sobre el embarazo y el bebé (n = 2).

1.3. ANÁLISIS DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

Respecto a las variables psicológicas, y en relación a la de historia de problemas psicológicos/psiquiátricos (Tabla 72), se preguntó si alguien de la familia de la embarazada había sido diagnosticado de algún trastorno psicológico. Se encontró que un 33,8% (n = 25) de la muestra informaba de antecedentes psicológicos/psiquiátricos de algún familiar. Concretamente, la depresión (44,0%) fue el diagnóstico más informado, seguida de la ansiedad (20,0%). Respecto a la prevalencia de antecedentes personales de trastorno psicológico/psiquiátrico, se halló que el 35,1% (n = 26) de la muestra informa haber padecido algún trastorno a lo largo de su vida. La ansiedad (46,2%; n = 12) fue el trastorno más común, seguido de la depresión (34,6%; n = 9). En el momento actual, 4 mujeres de la muestra (5,4%), informan estar diagnosticadas de un problema de salud mental, siendo la ansiedad (75,0%; n = 3) el trastorno más común. De ellas, dos habían abandonado el tratamiento farmacológico para conseguir el embarazo y una estaba acudiendo a terapia psicológica. Posteriormente, abandonó la intervención por motivos laborales, por lo que sus datos no computan para analizar la eficacia de la intervención.

Tabla 72. Descripción de la muestra en función de los antecedentes psicológicos/psiquiátricos propios y de la familia.

	n	%
Historia familiar de trastorno psicológico/psiquiátrico		
No	49	66,2
Sí	25	33,8
Cuál trastorno (*n* = 25)		
Depresión	11	44,0
Ansiedad	5	20,0
Depresión y ansiedad	3	12,0
Trastorno bipolar	1	4,0
Esquizofrenia	1	4,0
TP	1	4,0
Más de un diagnóstico	3	12,0
Historia personal de trastorno psicológico/psiquiátrico		
No	48	64,9
Sí	26	35,1
Cuál trastorno (*n* = 26)		
Ansiedad	12	46,2
Depresión	9	34,6
Depresión y ansiedad	1	3,8
Trastorno bipolar	1	3,8
Más de un diagnóstico	1	3,8
Otros/No sabe/No contesta	2	7,7
Tratamiento psicológico en la actualidad		
No	73	98,6
Sí	1	1,4

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Se evaluó la sintomatología ansiosa con la EDS-3A y la GAD-7. También se empleó el STAI para medir la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. La ansiedad específica del embarazo fue evaluada con el PRAQ-20. Además, se evaluó el TAG mediante la entrevista clínica del DSM-5 y la sintomatología depresiva mediante la EPDS (Tabla 73).

Con respecto a la ansiedad, se halló una puntuación media de 4,50 (*DT* = 2,47) con la EDS-3A. Utilizando el punto de corte de esta escala (≥ 7) se encontró que un 25,7% (n = 19) de la muestra presentaba niveles elevados de sintomatología ansiosa. Los datos aportados por la GAD-7 situaron la puntuación media en 7,24 (*DT* = 5,63). Empleando el punto de corte de estas escalas, se encontró que un 35,1% (n = 26), presentaba niveles elevados de sintomatología ansiosa. El rasgo de ansiedad se evaluó mediante la STAI y se halló una puntuación media de 23,69 (*DT* = 11,42). Utilizando el punto de corte de la escala, se encontró que un 20,3% (n = 15) presentaba un nivel elevado de ansiedad rasgo. Con la STAI también se evaluó la ansiedad estado, y se obtuvo una puntuación media de 23,18 (*DT* = 12,65). Utilizando el punto de corte de la escala, se halló que un 24,3% (n = 18) presentaba un nivel elevado de ansiedad estado. En cuanto a la ansiedad específica del embarazo, se halló una puntuación media de 47,70 (*DT* = 14,02). En cuanto a la prevalencia del TAG, un 13,5% de las gestantes cumplían los criterios diagnósticos para dicho trastorno según el DSM-5.

Con respecto a la depresión, se obtuvo una puntuación media de 9,20 (*DT* = 5,82) empleando la EPDS. Utilizando el punto de corte de esta escala se halló que un 39,2% (n = 29) de la muestra presentaba un nivel elevado de sintomatología depresiva.

Tabla 73. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas.

	n	%	*M*	*DT*
Sintomatología ansiosa				
EDS-3A ≥ 7			4,50	2,47
No	55	74,3		
Sí	19	25,7		
GAD-7 ≥ 10			7,24	5,63
No	42	67,7		
Sí	20	32,3		
STAI-R > 32			23,69	11,42
No	59	79,7		
Sí	15	20,3		
STAI-E > 31			23,18	12,65
No	56	75,7		
Sí	18	24,3		
PRAQ-20 ≥ 67			47,70	14,02
No	69	93,2		
Sí	5	6,8		
TAG				
No	64	86,5		
Sí	10	13,5		
Sintomatología depresiva				
EPDS ≥ 10				
No	45	60,8	9,20	5,82
Sí	29	39,2		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN

A continuación, se expondrán los datos relacionados con la eficacia de la intervención. Estos datos aparecerán divididos por apartados en función del tipo de sintomatología evaluada. Posteriormente se presentarán los datos relacionados con la aceptabilidad y satisfacción con la intervención.

2.1. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN

En este apartado se expondrán los resultados obtenidos sobre la eficacia de la intervención en el total de la muestra (N = 62).

2.1.1. Sintomatología ansiosa

En la Tabla 74 se presentan las puntuaciones medias de las diferentes variables evaluadas en las participantes antes de la intervención y en las evaluaciones de seguimiento. Se realizaron análisis de varianzas de medidas repetidas para analizar los cambios a lo largo del tiempo, encontrándose diferencias significativas en los niveles de ansiedad evaluados con la EDS-3A (ANOVA= 3,81; $p = 0,005$), el GAD-7 (ANOVA= 6,97; $p < 0,001$), y el PRAQ-20 (ANOVA= 7,37; $p < 0,001$).

Tabla 74. Puntuaciones medias en las evaluaciones pre, post y en los seguimientos.

INSTRUMENTO	ANTES (GI=62)	FIN (GI=62)	1 MES (GI=62)	3 MESES (GI=62)	6 MESES (GI=62)	*ANOVA*	*p*	*η*
	Media	Media	Media	Media	Media			
EPDS	8,8	8,6	7,6	8,4	9,1	2,030	0,091	
EDS-3A	4,5	4,5	3,8	4,3	4,5	3,814	**0,005***	**0,015**
GAD-7	7,1	6,4	6,7	6,4	8,7	6,969	**<0,001***	**0,032**
STAI-E	22,2	19,2	19,8	20,0	21,0	1,685	0,154	
PRAQ-20	47,7	47,7	45,2	42,4	-	7,367	**<0,001***	**0,023**

* diferencias estadísticamente significativas.

Posteriormente, se realizó un análisis de muestras emparejadas para analizar los momentos de evaluación de forma pareada (Tabla 75).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Los datos relevaron una disminución significativa en la sintomatología ansiosa evaluada con la EDS-3A (Figura 15), al comparar las medias antes de la intervención con el seguimiento a un mes (t = 3,01; p = 0,004) y tras finalizar la intervención con el seguimiento a un mes (t = 3,22; p = 0,002).

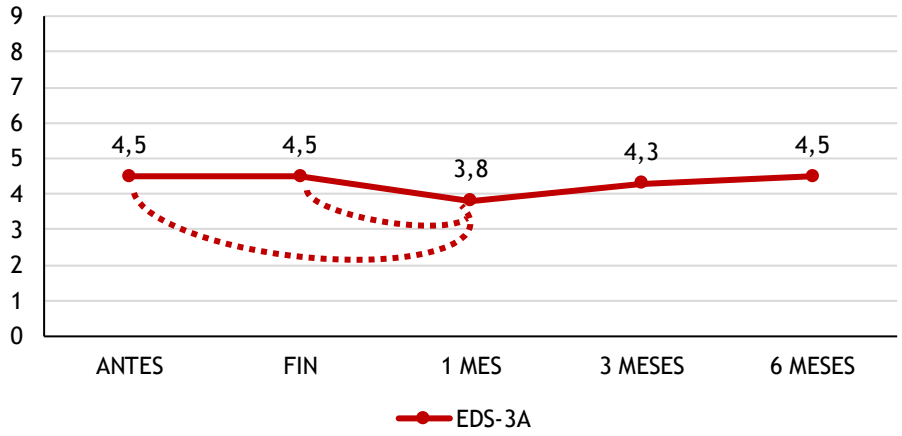


Figura 15. Puntuaciones medias en ansiedad según la EDS-3A en los diferentes momentos.

Relativo a la GAD-7 (Figura 16), los datos revelaron un aumento significativo de la sintomatología ansiosa entre las evaluaciones previas y los seis meses finalizada la intervención. Concretamente, entre antes de la intervención y en el seguimiento a seis meses (t = -3,86; p < 0,001), entre el postratamiento y el seguimiento a seis meses (t = -4,69; p < 0,001), entre el seguimiento al mes y a los seis meses tras la intervención (t = -3,91; p < 0,001), y entre los tres y seis meses tras finalizar la intervención (t = -5,12; p < 0,001).

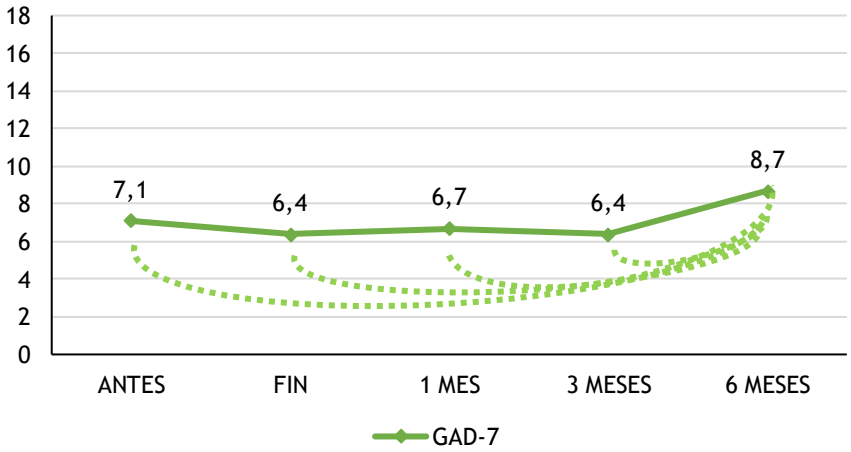


Figura 16. Puntuaciones medias en ansiedad según la GAD-7 en los diferentes momentos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Con respecto a la PRAQ-20 (Figura 17), los datos revelaron una disminución significativa de la ansiedad específica del embarazo entre antes de la intervención y el seguimiento a tres meses (t = 28,97; p < 0,001), desde el fin de la intervención y el seguimiento del mes (t = 2,57; p = 0,015), desde el fin de la intervención y el seguimiento a los tres meses tras la intervención (t = 4,02; p < 0,001), y desde el seguimiento al mes de la intervención y el seguimiento a tres meses (t = 2,86; p = 0,026).

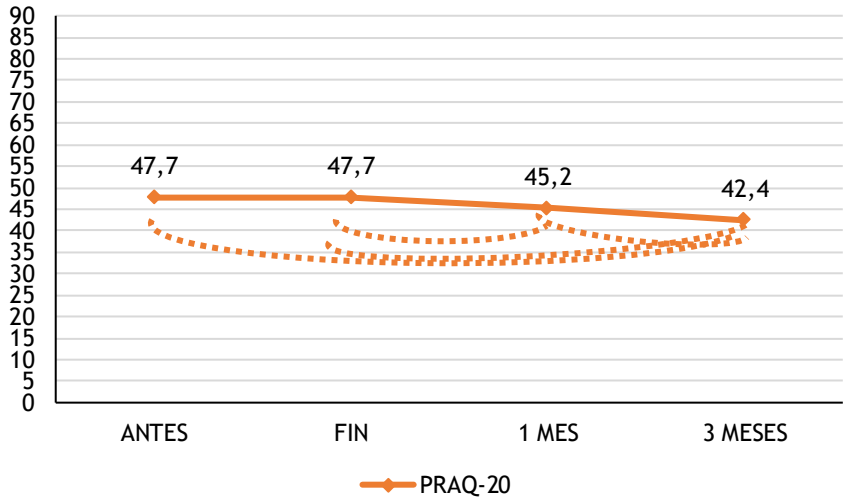


Figura 17. Puntuaciones medias en ansiedad específica según la PRAQ-20 en los diferentes momentos.

Aunque no se encontraron diferencias significativas con el STAI-E entre los 5 momentos de evaluación (p = 0,154), se han analizado los datos de forma pareada, debido a que se observa una disminución en los niveles de ansiedad estado. Estas comparaciones muestran una disminución significativa en la sintomatología ansiosa evaluada con el STAI-E (Figura 18), al comparar las medias antes y después de la intervención (t = 2,70; p = 0,009), antes y a los tres meses de la intervención (t = 14,78; p < 0,001) y antes a los seis meses de la intervención (t = 0,75; p < 0,45).

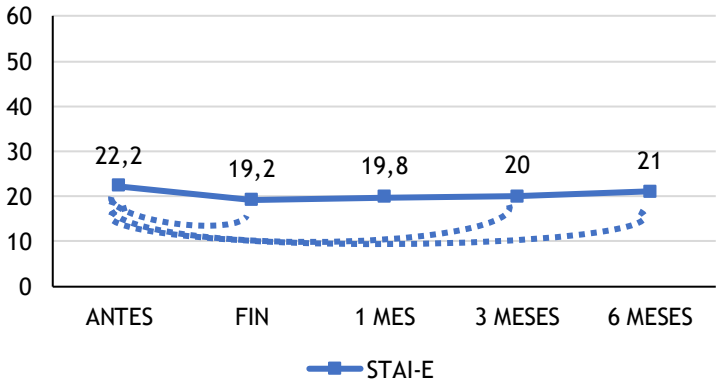


Figura 18. Puntuaciones medias en ansiedad según el STAI-E en los diferentes momentos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 75. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación de forma pareada en base a las puntuaciones medias.

INSTRUMENTO	Antes/ Fin	*d*	Antes/ 1 mes	*d*	Antes/ 3meses	*d*	Antes/ 6meses	*d*	Fin/ 1mes	*d*	Fin/ 3 meses	*d*
	p		*p*		*p*		*p*		*p*		*p*	
EPDS	0,765		**0,039***	**0,239**	0,462		0,696		**0,014***	**0,227**	0,595	
EDS-3A	0,762		**0,004***	**0,331**	0,233		0,084		**0,002***	**0,331**	0,409	
GAD-7	0,206		0,500		0,194		**<0,001***	**-0,142**	0,468		0,970	
STAI-E	**0,009***	**0,264**	0,052		**<0,001***	**0,198**	0,752		0,668		0,532	
PRAQ-20	0,961		0,095		**<0,001***	**0,376**	-		**0,015***	**0,166**	**<0,001***	**0,352**

* diferencias estadísticamente significativas; *d:* *d* de Cohen (tamaño del efecto).

Tabla 75. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación de forma pareada en base a las puntuaciones medias (Cont.)

INSTRUMENTO	Fin/6 meses	*d*	1 mes/ 3meses	*d*	1 mes/ 6meses	*d*	3meses/ 6meses	*d*
	p		*p*		*p*		*p*	
EPDS	0,891		0,106		0,123		0,328	
EDS-3A	0,967		**0,016***	**-0,236**	0,080		0,892	
GAD-7	**<0,001***	**-0,371**	-0,512		**<0,001***	**-0,459**	**<0,001***	**-0,514**
STAI-E	0,877		0,821		0,769		0,980	
PRAQ-20			**0,026***	**0,189**	-		-	

* diferencias estadísticamente significativas; *d:* *d* de Cohen (tamaño del efecto).

Así mismo, se compararon los porcentajes de mujeres que presentaban ansiedad y depresión en los distintos momentos de evaluación (Tabla 76). Aplicando la prueba Q de Cochran para analizar los cambios a lo largo del tiempo, se observaron diferencias significativas en el porcentaje hallado de mujeres con ansiedad evaluada con la EDS-3A (p = 0,013) y con trastorno de ansiedad generalizada (p <0,001) evaluado con la SCID.

Tabla 76. Porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión en las evaluaciones pre, post y en los seguimientos.

INSTRUMENTO		ANTES (GI=62)		FIN (GI=62)		1 MES (GI=62)		3 MESES (GI=62)		6 MESES (GI=62)		*p*
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	0,731
EPDS ≥ 10	No	39	62,9	38	61,3	36	58,0	34	54,8	36	58,1	
	Sí	23	37,1	24	38,7	26	41,9	28	45,2	26	41,9	
EDS-3A ≥ 7	No	48	77,4	49	79,0	58	93,6	54	87,1	49	79,0	**0,013***
	Sí	14	22,6	13	20,9	4	6,5	8	12,9	13	21,0	
GAD-7 ≥ 10	No	42	67,7	48	77,4	47	75,8	48	77,4	40	64,5	0,060
	Sí	20	32,3	14	22,6	15	24,2	14	22,6	22	35,5	
STAI-E > 31	No	48	77,4	53	85,5	52	83,9	53	85,5	48	77,4	0,310
	Sí	14	22,6	9	14,5	10	16,1	9	14,5	14	22,6	
PRAQ-20 ≥ 67	No	58	93,6	56	90,3	57	91,9	60	90,8	-	-	0,172
	Sí	4	6,5	6	9,7	5	8,1	2	3,2			
TAG	No	55	88,7	62	100	62	100	62	100	62	100	**<0,001***
	Sí	7	11,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

* diferencias estadísticamente significativas.

Posteriormente, se realizó un análisis de muestras emparejadas para analizar los momentos de evaluación de forma pareada (Tabla 77). Con respecto a la EDS-3A (Figura 19), el 22,6% (n = 14) de las mujeres presentaban sintomatología ansiosa elevada antes de la intervención, pasando a ser un 6,5% (n = 4) las que la presentaban al mes de finalizado el tratamiento (p = 0,004). También se observaron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad al finalizar la intervención y al mes de su finalización (p = 0,016), pasando de presentar sintomatología ansiosa elevada un 20,9% de las mujeres a experimentarla un 6,5% (n = 4).

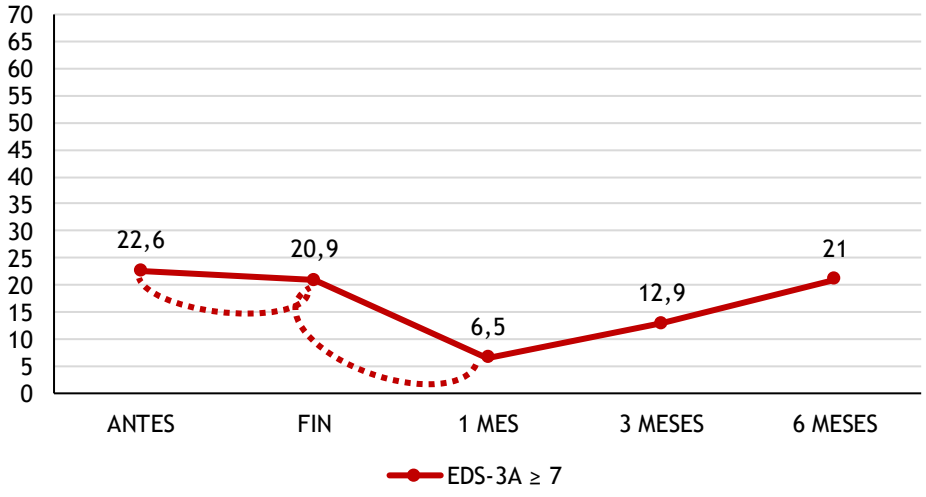


Figura 19. Porcentaje de mujeres que presentan sintomatología ansiosa elevada con la EDS-3A antes, al finalizar la intervención y en los seguimientos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Relativo al trastorno de ansiedad generalizada (TAG), las participantes que cumplían los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad generalizada fueron el 11,3% (n = 7) de los casos en la evaluación pretratamiento, pasando a ser el 0,0% al final del tratamiento y en los sucesivos seguimientos. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones realizadas de forma pareada (p < 0,023) entre las medidas pre, postest y en los seguimientos al mes, tres y seis meses (Figura 20).

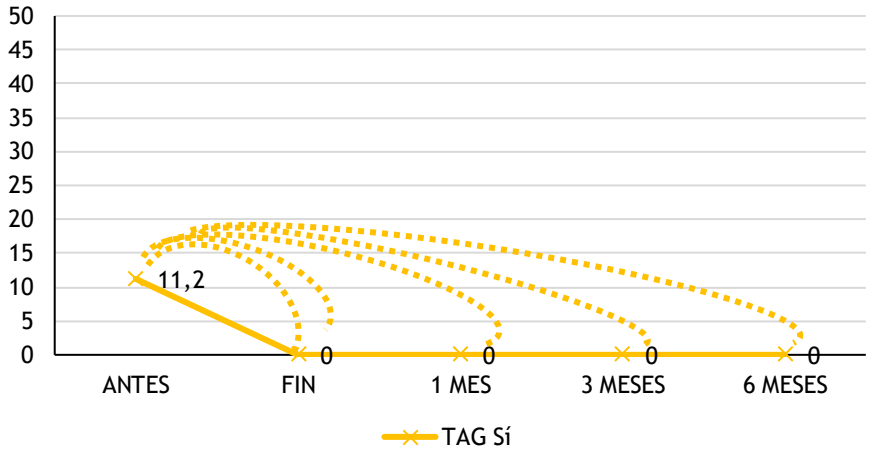


Figura 20. Porcentaje de mujeres que presentan TAG antes, al finalizar la intervención y en los seguimientos.

2.1.2. Sintomatología depresiva

Con respecto a la sintomatología depresiva, evaluada con la EPDS (Figura 21), al mes de la intervención se apreciaron reducciones significativas en los niveles de sintomatología depresiva (t = 2,109; p = 0,039), al compararlas con las medidas pretratamiento. Así mismo, se observaron disminuciones significativas de la sintomatología depresiva (EPDS, t = 2,54; p = 0,014) tras la intervención y el seguimiento a un mes.

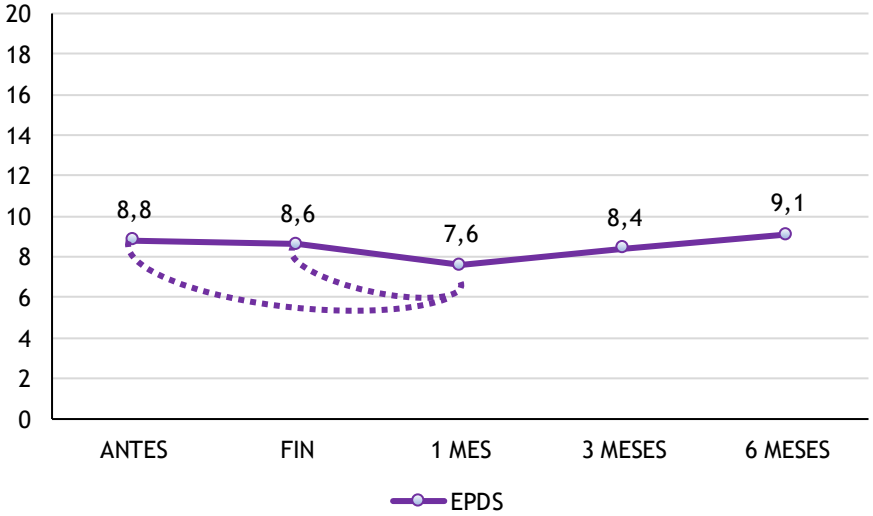


Figura 21. Puntuaciones medias en sintomatología depresiva en los diferentes momentos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 77. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación de forma pareada en base a las frecuencias.

INSTRUMENTO	Antes/ Fin	*Tamaño efecto*	Antes/ 1 mes	*Tamaño efecto*	Antes/ 3meses	*Tamaño efecto*	Fin/ 1mes	*Tamaño efecto*	Fin/ 3 meses	*Tamaño efecto*	1 mes/ 3meses	*Tamaño efecto*
	p		*p*		*p*		*p*		*p*		*p*	
EPDS ≥ 10	1,000		0,646		0,302		0,773		0,387		0,789	
EDS-3A ≥ 7	1,000		**0,004***	**0,486**	0,114		**0,016***	**0,349**	0,228		0,134	
GAD-7 ≥ 10	0,149		0,302		0,149		1,000		1,000		1,000	
STAI-E > 31	0,182		0,387		0,131		1,000		1,000		1,000	
PRAQ-20 ≥ 67	0,617		1,000		0,617		1,000		0,134		0,248	
TAG	**0,023***	**0,012**	**<0,001***	**0,021**	**<0,001***	**0,021**	-		-		-	

* diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 77. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación de forma pareada en base a las frecuencias (Cont.)

INSTRUMENTO	Antes/ 6meses	*Tamaño efecto*	Fin/6 meses	*Tamaño efecto*	1 mes/ 6meses	*Tamaño efecto*	3meses/ 6meses	*Tamaño efecto*
	p		*p*		*p*		*p*	
EPDS	1,000		0,860		1,000		1,000	
EDS-3A	0,823		1,000		0,066		0,264	
GAD-7	0,823		**0,043***	**0,567**	**0,046***	**0,683**	0,080	
STAI-E	1,000		1,000		0,931		0,552	
TAG	**0,003***	-	-		-		-	

* diferencias estadísticamente significativas.

2.2. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE LAS PARTICIPANTES

La eficacia del tratamiento también se analizó en función del nivel de riesgo de las participantes, es decir, en función de si las mujeres superaban, o no, el punto de corte en ansiedad o depresión cuando empezaron el tratamiento. Concretamente, para la sintomatología ansiosa se utilizó un punto de corte ≥ 7 para la EDS-3A, para la GAD-7 ≥ 10 y para el STAI-E > 31. Para la ansiedad específica del embarazo el punto de corte empleado fue ≥ 67. Respecto a la sintomatología depresiva se empleó el punto de corte ≥ 10 (EPDS). A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en base al nivel de riesgo de las participantes.

Se realizó la prueba ANOVA de medidas repetidas para analizar los cambios a lo largo del tiempo en cada grupo. Las Tablas 78 y 79 presenta las puntuaciones medias de las participantes al inició, después del tratamiento y en las evaluaciones del seguimiento, así como, el tamaño del efecto por grupos en función del riesgo.

Como se puede observar (Tabla 78), tras realizar un análisis de varianzas de medidas repetidas para analizar los cambios a lo largo del tiempo en el grupo de riesgo, se encontraron diferencias significativas en ansiedad con todos los cuestionarios.

En el grupo de no riesgo (Tabla 79), solamente se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad evaluados con la GAD-7, pero en sentido inverso, y en los niveles de ansiedad específica del embarazo.

Así mismo, se analizaron las frecuencias obtenidas en sintomatología ansiosa y depresiva a lo largo del tiempo tanto en el grupo de riesgo como en el grupo de no riesgo. Aplicando la prueba Q de Cochran en ninguno de los dos grupos se hallaron diferencias significativas en el porcentaje tanto de las mujeres que presentaban sospecha de ansiedad o depresión como en el porcentaje de mujeres que presentaban TAG. Si bien resulta importante señalar que, en cuanto al TAG, un 11,3% (n = 7) de las participantes del grupo de riesgo cumplían los criterios diagnósticos para un TAG en la evaluación pretratamiento, pasando a ser el 0,0% al finalizar la intervención y en los seguimientos realizados al mes, a los tres y 6 meses. Debido a que en los seguimientos postratamiento no hay mujeres que cumplan los criterios para un diagnóstico de TAG, no se realiza el análisis estadístico, pues no hay ningún caso y como consecuencia los resultados obtenidos no son fiables.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 78. Medias entre las evaluaciones pre, post y en los seguimientos en el grupo de riesgo.

INSTRUMENTO	ANTES	FIN	1 MES	3 MESES	6 MESES	*ANOVA*	*p*	*η*
	Media	Media	Media	Media	Media			
EPDS	14,1	11,8	10,6	11,6	11,7	5,044	**<0,001***	**0,068**
EDS-3A	7,4	6,2	5,5	6,1	5,8	4,429	**0,003***	**0,115**
GAD-7	13,3	10,0	9,8	9,7	12,1	9,274	**<0,001***	**0,063**
STAI-E	38,0	33,5	28,0	32,0	27,0	4,903	**0,001***	**0,087**
PRAQ-20	76,0	60,7	59,2	56,9	-	8,302	**<0,001***	**0,106**

* diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 79. Medias entre las evaluaciones pre, post y en los seguimientos en el grupo de no riesgo.

INSTRUMENTO	ANTES	FIN	1 MES	3 MESES	6 MESES	*ANOVA*	*p*	*η*
	Media	Media	Media	Media	Media			
EPDS	5,4	6,3	5,8	5,8	6,3	2,084	0,083	
EDS-3A	3,8	3,6	3,3	3,6	3,7	1,852	0,118	
GAD-7	4,2	4,8	5,5	4,8	6,9	14,510	**<0,001***	**0,019**
STAI-E	16,1	17,1	17,1	16,9	17,1	0,401	0,808	
PRAQ-20	45,8	46,3	43,9	41,3	-	5,471	**0,001***	**0,021**

* diferencias estadísticamente significativas.

2.2.1. Evolución de la sintomatología ansiosa

Centrándonos en el grupo de riesgo (Tabla 78), utilizando la EDS-3A (Figura 22) se puede observar que la media de las participantes en la evaluación pretratamiento fue de 7,4, al finalizar el tratamiento de 6,2, un mes tras finalizar el tratamiento fue de 5,5, y a los tres y seis meses finalizado el tratamiento fue de 6,1 y 5,8, respectivamente. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) que nos indican que las puntuaciones medias en los cinco momentos de medida son diferentes, siendo más bajos al mes de finalizada la intervención. Al hacer un análisis más comparando las medias dos a dos (Tabla 80), se puede observar que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre las medias antes y tras finalizar la intervención ($p = 0,015$), antes y al mes de la intervención ($p = 0,002$), antes y a los tres meses tras la intervención ($p = 0,005$) y antes y a los seis meses tras la intervención ($p = 0,006$).

En el grupo que no presentaba riesgo, aunque no se encontraron diferencias significativas en los niveles de sintomatología ansiosa de forma general, sí se hallaron de forma pareada (Tabla 81). Concretamente, había una reducción significativa entre las medias antes y al mes de la intervención ($p = 0,001$), al finalizar la intervención y en el seguimiento al mes ($p = 0,048$), y entre el mes y los tres meses de seguimiento ($p = 0,035$).

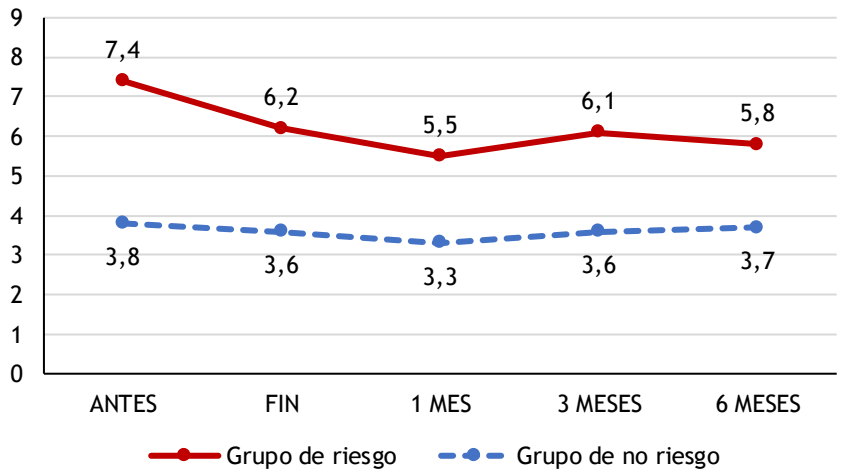


Figura 22. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad con la EDS-3A en función del grupo de riesgo.

Con respecto a la GAD-7 (Figura 23), se puede observar que la media de las participantes en la evaluación inicial fue de 13,3, al finalizar la intervención de 10,0, al mes de finalizada la intervención fue de 9,8, y a los tres y seis meses de finalizada la intervención fue de 9,7 y 12,1, respectivamente. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) que nos indican que los valores medios en los cinco momentos de medida son diferentes (Tabla 74), siendo más bajos tras finalizar la intervención y al mes y tres meses de la misma. Al comparar las medias dos a dos (Tabla 80), se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las medias antes y después de la intervención ($p < 0,001$), antes y al mes de finalizar la intervención ($p < 0,001$), antes y a los tres meses de la intervención ($p < 0,001$). Si bien, se halló un aumento significativo de los niveles de ansiedad entre el seguimiento a un y seis meses ($p = 0,003$) y entre el seguimiento tres y seis meses ($p = 0,007$).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En el grupo que no presentaba riesgo se observó un aumento significativo de los niveles de ansiedad tras finalizar la intervención (Tabla 81).

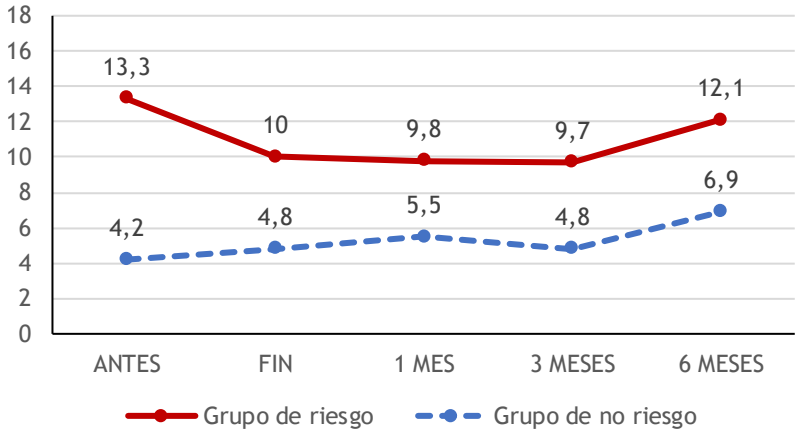


Figura 23. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad con la GAD-7 en función del grupo de riesgo.

En el caso del STAI-E (Figura 24), se puede observar que la puntuación media de las participantes del grupo de riesgo en la evaluación pretratamiento fue de 38,0, en la evaluación fin de tratamiento fue de 33,5, al mes de finalizada la intervención de 28,0, a los tres meses de finalizada la intervención de 32,0 y a los seis meses de finalizada la intervención encontramos una media de 27,0. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas (p = 0,001) que nos indican que las puntuaciones medias de las participantes en los cinco momentos de medida son diferentes, siendo más bajos al mes de finalizada la intervención. Al comparar las medias dos a dos (Tabla 80), se puede observar que la ansiedad estado disminuyó de forma significativa tras la intervención (p = 0,002), al mes (p = 0,004), a los tres meses (p = 0,002) y a los seis meses (p = 0,003) del tratamiento.

No se encontraron diferencias en los niveles de ansiedad para el grupo de bajo riesgo (Tabla 81).

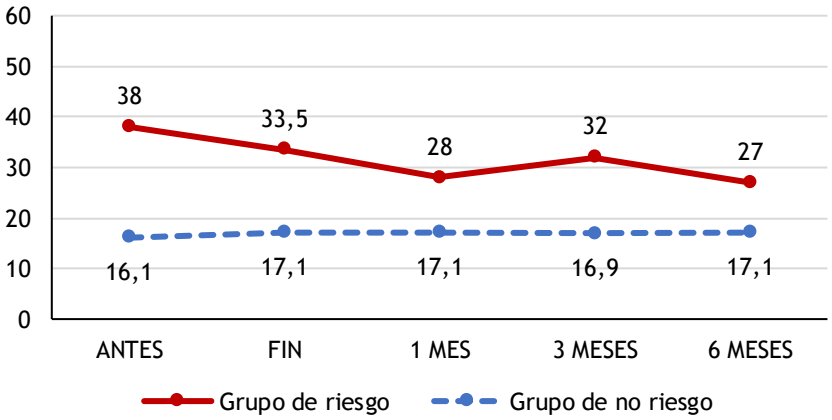


Figura 24. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad con el STAI-E en función del grupo de riesgo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Relativo a la ansiedad específica del embarazo (Figura 25), se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$) al comparar las medias de las cinco evaluaciones de forma general. Al hacer un análisis comparando las medias dos a dos (Tabla 80), se puede observar que las diferencias estadísticamente relevantes que se han visto de forma general se dan entre las medias antes y al finalizar la intervención ($p = 0,003$), antes de la intervención y el seguimiento a un mes ($p = 0,004$) y el seguimiento a los tres meses ($p = 0,002$). También se hallaron diferencias entre la medias post tratamiento y el seguimiento a l mes ($p = 0,027$) y a los tres meses ($p < 0,001$). Así mismo, se observaron diferencias entre el seguimiento al mes y tres meses de la intervención ($p = 0,029$).

El análisis de medidas repetidas también reveló una disminución de la ansiedad específica del embarazo en el grupo de bajo riesgo ($p = 0,001$). Concretamente, entre las medias obtenidas antes y al mes de la intervención ($p = 0,032$) y entre antes y a los tres meses ($p < 0,001$) de la intervención (Tabla 81). También se hallaron diferencias entre la medida post tratamiento y el seguimiento a l mes ($p = 0,027$) y a los tres meses ($p < 0,001$). Así mismo, se observaron diferencias entre el seguimiento al mes y tres meses de la intervención ($p = 0,029$).

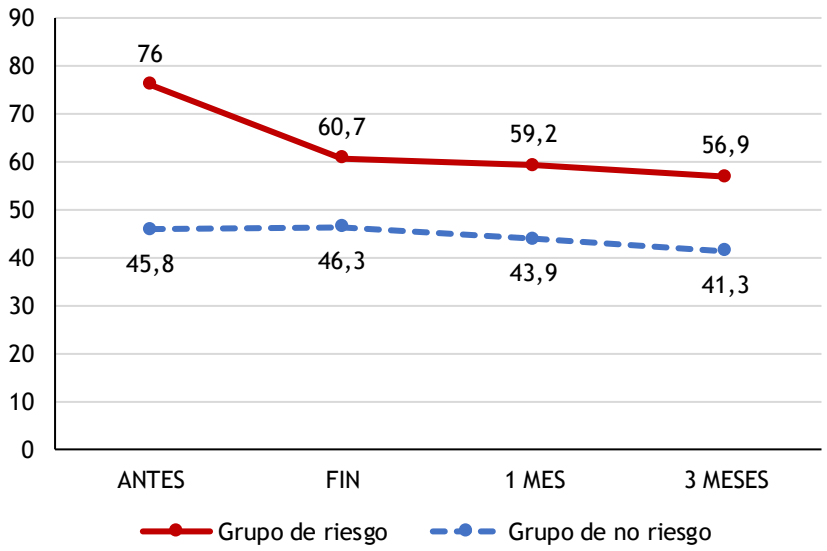


Figura 25. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad específica con el PRAQ-20 en función del grupo de riesgo.

2.2.2. Evolución de la sintomatología depresiva

En cuanto a la sintomatología depresiva, evaluada a través de la EPDS (Figura 26), en el grupo de riesgo la media de las participantes en la primera evaluación, antes de comenzar el tratamiento, fue de 14,1, al finalizar el tratamiento fue de 11,8, al mes de finalizar el tratamiento de 10,6, a los tres y seis meses tras el tratamiento encontramos una media de 11,6 y 11.7, respectivamente. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) que nos indican que los valores medios en los cinco momentos de evaluación son diferentes, siendo más bajos al mes de finalizar la intervención (Tabla 78). Al comparar las medias de forma pareada (Tabla 80), se observaron reducciones significativas entre las medias en sintomatología depresiva antes y después de la intervención ($p < 0,001$), antes y al mes de la intervención ($p <$

0,001), antes y a los tres meses tras la intervención ($p < 0,001$), y antes y a los seis meses tras la intervención ($p = 0,015$) También se hallaron diferencias significativas entre las medias post tratamiento y al mes de la intervención ($p = 0,023$).

No se encontraron diferencias significativas en el grupo de bajo riesgo al realizar el análisis de medidas repetidas (Tabla 81).

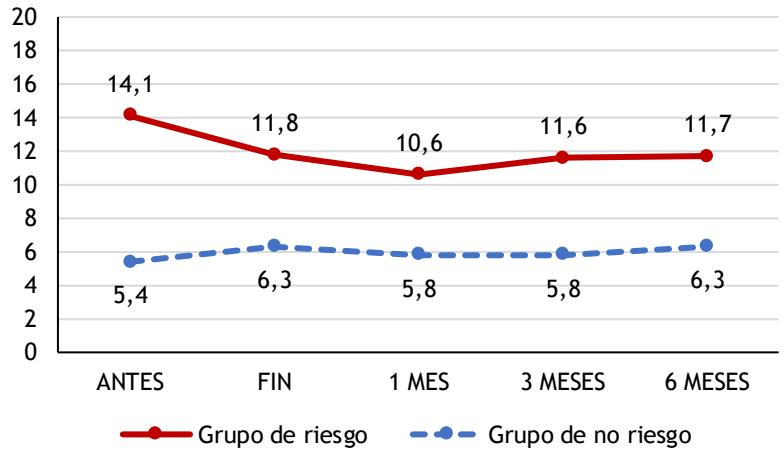


Figura 26. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas con la EPDS en función del grupo de riesgo.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 80. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación en el grupo de riesgo en base a las puntuaciones medias.

Instrumento	Antes/ Fin	*d*	Antes/ 1 mes	*d*	Antes/ 3meses	*d*	Fin/ 1mes	*d*	Fin/ 3meses	*d*	1 mes/ 3meses	*d*
	p		*p*		*p*		*p*		*p*		*p*	
EPDS	**<0,001***	**0,633**	**<0,001***	**0,920**	**<0,001***	**0,670**	**0,023***	**0,303**	0,684		0,066	
EDS-3A	**0,015***	**0,853**	**0,002***	**1,247**	**0,005***	**1,139**	0,153		0,893		0,137	0,577
GAD-7	**<0,001***	**0,765**	**<0,001***	**0,870**	**<0,001***	**0,903**	0,750		0,734		0,843	
STAI-E	**0,002***	**0,615**	**<0,001***	**0,883**	**<0,001***	**0,850**	0,262		0,803		0,286	
PRAQ-20	**0,003**	**1,281**	**0,004***	**1,493**	**0,002***	**1,824**	0,309		0,075		0,323	

*diferencias significativas; *d:* *d* de Cohen (tamaño del efecto).

Tabla 80. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación en el grupo de riesgo en base a las puntuaciones (Cont.).

Instrumento	Antes/ 6meses	*d*	1mes/ 6meses	*d*	3meses/ 6meses	*d*
	p		*p*		*p*	
EPDS	**0,015***	**0,525**	0,870		0,252	
EDS-3A	**0,006***	**0,836**	0,239		0,784	
GAD-7	0,715		**0,003***	**-0,448**	**0,007***	**-0,422**
STAI-E	**0,003***	**0,769**	0,718		0,611	

*diferencias significativas; *d:* *d* de Cohen (tamaño del efecto).

Tabla 81. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación en el grupo de no riesgo en base a las puntuaciones medias.

Instrumento	Antes/ Fin	*d*	Antes/ 1 mes	*d*	Antes/ 3meses	*d*	Fin/ 1mes	*d*	Fin/ 3meses	*d*	1 mes/ 3meses	*d*
	p		*p*		*p*		*p*		*p*		*P*	
EPDS	**0,015***	**-0,295**	0,244		0,257		0,154		0,244		1,000	
EDS-3A	0,227		**0,001***	**0,246**	0,119		**0,048***	**0,141**	0,831		**0,035***	**-0,150**
GAD-7	0,077		**0,001***	**-0,385**	0,064		**0,029***	**-0,191**	0,949		0,065	
STAI-E	0,257		0,248		0,366		0,991		0,983		0,882	
PRAQ-20	0,281		**0,032***	**0,181**	**<0,001***	**0,301**	**0,027***	**0,143**	**<0,001***	**0,265**	0,029*	**0,134**

* diferencias estadísticamente significativas; *d:* *d* de Cohen (tamaño del efecto).

Tabla 81. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación en el grupo de riesgo en base a las puntuaciones (Cont.).

Instrumento	Antes/ 6meses	*d*	1mes/ 6meses	*d*	3meses/ 6meses	*d*
	p		*p*		*p*	
EPDS	**0,025***	**-0,252**	0,713		0,308	
EDS-3A	0,197		0,860		0,157	
GAD-7	**<0,001***	**-0,721**	**<0,001***	**-0,530**	**<0,001***	**-0,345**
STAI-E	0,297		0,960		1,000	

*diferencias significativas; *d:* *d* de Cohen (tamaño del efecto).

2.3. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN, DE LA ADHERENCIA Y DE LA ACEPTABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN

2.3.1. Tasa de participación y abandonos

De las 74 participantes que aceptaron participar en esta intervención y la iniciaron, 62 completaron la intervención. Tres de ellas sufrieron un aborto, una cursa con un embarazo gemelar y ocho no completan la intervención. De estas, cuatro dejan la intervención por motivos laborales, una lo hace porque surgen problemas graves de salud de un familiar, una sufre una enfermedad que requiere ingresos continuos, otra por problemas de conciliación y otra porque afirma que no le interesa. En cuanto al momento del abandono, el 42,9% abandonan tras la primera sesión, el 21,4% después de la segunda y, el 28,6% tras la tercera sesión de intervención. La Figura 27 muestra la tasa de participación en la totalidad de los momentos del programa, que se situó en el 83,8% (n = 62).

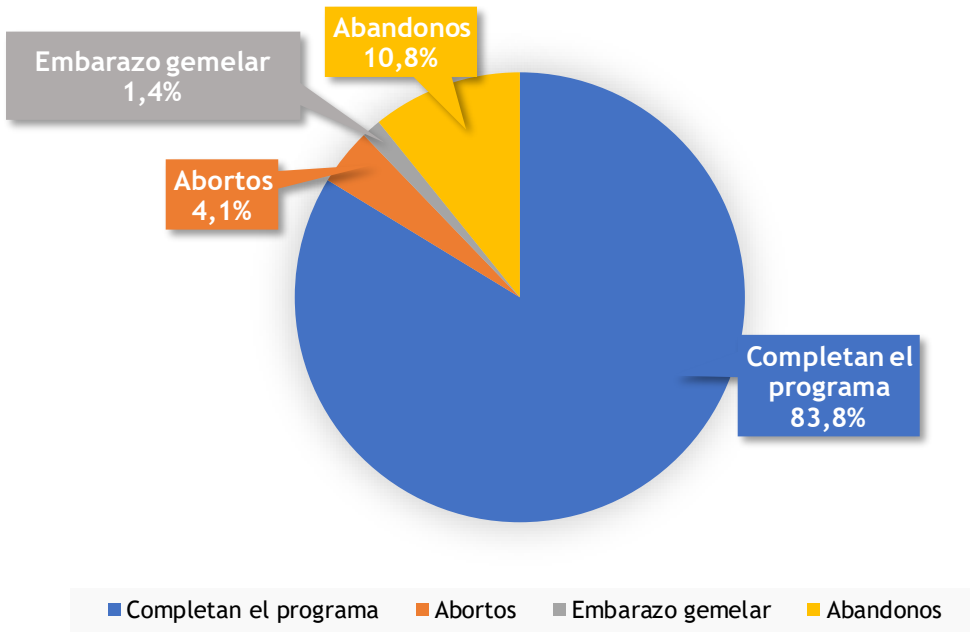


Figura 27. Tasa de participación y abandonos.

2.3.2. Adherencia a la intervención

El nivel de adherencia a la intervención fue elevado. En la Tabla 82, puede observarse una relación del número de sesiones a las que acudió cada participante. De las 7 sesiones que comprendía la intervención, la media de asistencia fue de 6,5 (*DT* = 0,84). Concretamente, el 67,7% (n = 42) de las participantes asistió a todas las sesiones, un 16,1% (n = 10) acudió a seis, el 12,9% (n = 8) asistió a cinco y el 3,2% (n = 2) participó en cuatro.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Relativo al formato de la sesión, cuando una participante no podía asistir a la sesión de forma telemática, se contactaba con ella vía telefónica. En total, se realizaron 43 sesiones telefónicas. Concretamente, 20 mujeres (32,3%) realizaron una sesión telefónica, 10 (16,1%) dos y 1 (1,6%) realizó tres.

Tabla 82. Sesiones completadas.

Sesiones completadas	n	%	*M*	*DT*
			6,48	0,84
7	42	67,7		
6	10	16,1		
5	8	12,9		
4	2	3,2		

Cabe destacar que el 100% de las participantes que completaron la intervención realizaron las evaluaciones en los seguimientos al mes, tres y 6 meses tras finalizar la intervención.

2.4. SATISFACCIÓN CON LA INTERVENCIÓN

Al finalizar la intervención, se evaluó la satisfacción con la misma a través de un cuestionario realizado para dicho propósito (Anexo 9). Cada aspecto del programa fue evaluado con una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo: 1 = "totalmente en desacuerdo"; 2 = "en desacuerdo"; 3= "ni de acuerdo ni en desacuerdo"; 4= "algo de acuerdo" y 5= "totalmente de acuerdo". Los datos relacionados con la satisfacción manifestada por las participantes se muestran nen la Tabla 83.

Respecto a si el número, duración y frecuencia de las sesiones había sido suficiente. El 38,7% (n = 24) de las gestantes indicaba estar "totalmente de acuerdo" con el número de sesiones empleadas, la duración (59,7%) y la frecuencia de las mismas (77,4%).

Centrándonos en el contenido de las sesiones, 54 (87,1%) participantes indicaban estar "totalmente de acuerdo" con el mismo. Así mismo, el 79,0% (n = 49) refería que podía extrapolar las técnicas aprendidas a su vida diaria, y la mayoría de las gestantes (83,9%) refería que las actividades que se habían realizado durante las sesiones les habían parecido interesantes.

En cuanto a si se habían resuelto las dudas de forma adecuada, la mayoría 83,9%, refería estar totalmente de acuerdo, y el 93,5% estaban satisfechas con la persona que aplicó el programa. El 87,1% de las gestantes indicó que el programa le había resultado útil.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 83. Satisfacción con la intervención.

	n	%	*M*	*DT*
Las sesiones empleadas han sido suficientes			3,90	0,9
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	4	6,5		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	25,8		
Algo de acuerdo	24	38,7		
Totalmente de acuerdo	18	29		
La duración de las sesiones ha sido suficiente			4,40	0,85
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	3	4,8		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	9,7		
Algo de acuerdo	16	25,8		
Totalmente de acuerdo	37	59,7		
La frecuencia de las sesiones, una a la semana, le ha parecido adecuada			4,68	0,64
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	-	-		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	9,7		
Algo de acuerdo	8	12,9		
Totalmente de acuerdo	48	77,4		
Los contenidos impartidos eran adecuados			4,84	0,45
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	-	-		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3,2		
Algo de acuerdo	6	9,7		
Totalmente de acuerdo	54	87,1		
Se pueden extrapolar las técnicas aprendidas a su vida diaria			4,76	0,5
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	-	-		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3,2		
Algo de acuerdo	11	17,7		
Totalmente de acuerdo	49	79		
Las actividades que se han realizado le han parecido interesantes			4,81	0,47
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	-	-		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3,2		
Algo de acuerdo	8	12,9		
Totalmente de acuerdo	52	83,9		
Se han resuelto sus dudas de forma adecuada			4,82	0,42
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	-	-		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	1,6		
Algo de acuerdo	9	14,5		
Totalmente de acuerdo	52	83,9		
Está satisfecha con la persona que aplicó el programa			4,94	0,24
Totalmente en desacuerdo	-	-		
En desacuerdo	-	-		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	-	-		
Algo de acuerdo	4	6,5		
Totalmente de acuerdo	58	93,5		
Considera que el programa le ha sido útil				
Totalmente en desacuerdo	-	-	4,81	0,62
En desacuerdo	1	1,6		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	1,6		
Algo de acuerdo	6	9,7		
Totalmente de acuerdo	54	**87,1**		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

En la Figura 28 se puede observar la valoración general del programa en una escala de 1 a 10, dónde 1 es la peor valoración y 10 la mejor. Se obtuvo una media de 9,15 (*DT* = 1,06), lo que indica el grado elevado de satisfacción de las participantes. El 45,2% de las participantes valoraron el programa con un 10.

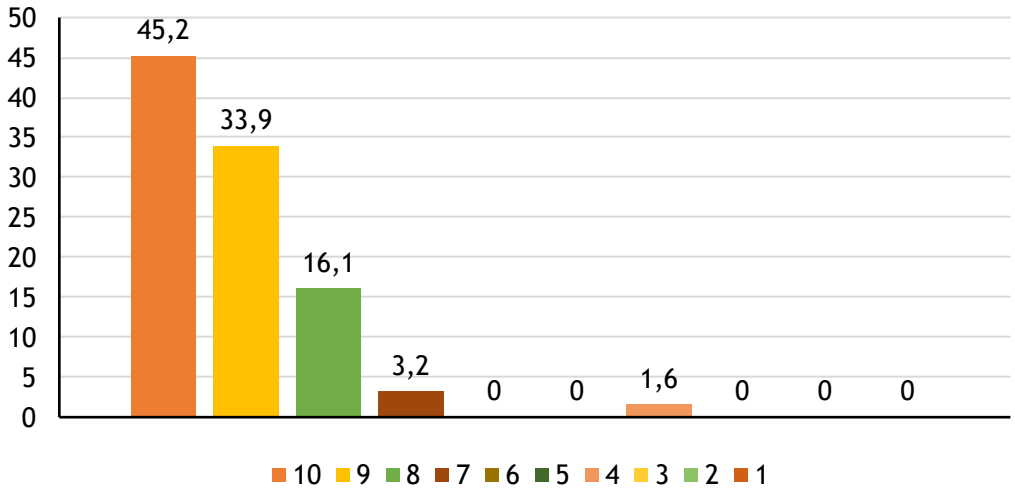


Figura 28. Valoración del programa (de 1 a 10).

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

IV. DISCUSIÓN

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

El objetivo principal del presente estudio consistió en diseñar e implementar una intervención psicológica, en una muestra de mujeres gallegas, para abordar la ansiedad durante el embarazo, y evaluar su eficacia para reducir la ansiedad y el malestar emocional asociado. La intervención psicológica se llevó a cabo mediante videoconferencia en siete sesiones semanales de una hora de duración cada una y en grupos de 6 a 8 gestantes. Para evaluar la eficacia de la intervención, las mujeres fueron evaluadas mediante cuestionarios vía online, en cinco momentos: pre-intervención (línea base), post-intervención, al mes, a los tres meses y a los seis meses de finalizada la intervención. El trastorno de ansiedad generalizada fue evaluado mediante una entrevista clínica realizada de forma telefónica. Así mismo, se evaluó la aceptabilidad y satisfacción con la intervención a través de un cuestionario de satisfacción aplicado una vez finalizada ésta.

A continuación, se comentarán los resultados hallados tras la aplicación de la intervención. En primer lugar, se presentarán los datos con relación a la sintomatología ansiosa y a la sintomatología depresiva para el total de la muestra. Posteriormente, se presentarán los resultados en función del riesgo de las participantes, tanto para sintomatología ansiosa como depresiva. Por último, se comentarán los datos asociados a la asistencia, adherencia y aceptabilidad de la intervención. Cabe señalar, la gran dificultad que entraña el comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones, debido a la gran variabilidad existente en el tipo de enfoque empleado, la finalidad de la intervención, el momento de iniciar la intervención, el formato, la duración o el número de sesiones empleadas.

1. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA

El principal objetivo de esta investigación consistió en evaluar la eficacia de la intervención diseñada para reducir la sintomatología ansiosa tras la intervención y en los seguimientos tras su finalización. Se partió de la hipótesis de que se hallarían diferencias entre las puntuaciones medias antes de la intervención, el postratamiento y los seguimientos. Los resultados hallados confirmaron dicha hipótesis, pues se observaron reducciones significativas a lo largo del tiempo en los niveles de ansiedad evaluados mediante la EDS-3A (η = 0,015) y en los niveles de ansiedad específica del embarazo evaluados con el PRAQ-20 (η = 0,023). En concreto, con la EDS-3A se observaron reducciones moderadas (d = 0.33) de la sintomatología ansiosa entre las medidas pretratamiento y el seguimiento a un mes y desde la finalización de la intervención y el seguimiento a un mes. Con respecto a la ansiedad específica del embarazo, los tamaños del efecto oscilaron entre pequeños (d = 0,17; d = 0,19) al comparar las puntuaciones obtenidas tras finalizar la intervención y el seguimiento a un mes y entre el seguimiento al mes y a los tres meses de finalizada la intervención y, moderados (d = 0,35; d = 0,38) entre las medidas pretratamiento y el seguimiento a los tres meses y tras finalizar la intervención y a los tres meses de finalizada la misma. Así mismo, se encontró que el porcentaje de mujeres que presentaba sintomatología ansiosa disminuía desde antes de iniciar la intervención hasta el seguimiento tras seis meses finalizada la intervención, encontrándose tamaños del efecto moderados (*V de Cramer* = 0,35; *V de Cramer* = 0,49). También se observó una reducción significativa del trastorno de ansiedad generalizada, pasando a estar presente en un 11,3% de la muestra antes de la intervención, a situarse en 0,0% tras la intervención y en los posteriores seguimientos. Estos datos nos permiten observar que, tras la intervención, la sintomatología ansiosa y el

USC DE COMPOSTELA

trastorno de ansiedad generalizada se reducen de forma significativa y, esta reducción se mantiene a corto (un mes) y a medio plazo (tres y seis meses). Además, se puede observar que la mayor parte de las diferencias se encuentran tras un mes de la intervención. Esto puede explicarse debido a que la evaluación postratamiento se realizó al finalizar la última sesión del programa, con el objetivo de no molestar a las mujeres a la semana siguiente y, por tanto, en esta evaluación no es posible evaluar el efecto de esa última sesión. A esto hay que sumar que la mejora progresiva a lo largo de los seguimientos podría estar relacionada con la práctica y el mayor dominio de las estrategias aprendidas a lo largo de la intervención.

Los resultados hallados en este estudio están en consonancia con los encontrados en otras investigaciones que han llevado a cabo un tratamiento durante el embarazo de forma online. Por ejemplo, Loughnan, Sie et al. (2019), en Canadá, aplicaron una intervención de TCC e informaron de una reducción de la sintomatología ansiosa en el seguimiento a un mes y no tras finalizar la intervención, como sucede con los datos que hallamos en la presente investigación con la EDS-3A. En cuanto al tamaño del efecto, este fue más elevado (d = 0.76) que el encontrado en nuestro estudio, algo que puede deberse al haber empleado un punto de corte diferente (GAD-7 $\geq$ 7) al utilizado en esta investigación. En los Países Bajos, Heller et al. (2020) hallaron que un tratamiento basado en la resolución de problemas reducía los síntomas ansiosos de forma significativa desde el embarazo hasta el seguimiento realizado a las seis semanas postparto (d = 0.45), si bien esta disminución también se encontraba en las mujeres que no habían recibido el tratamiento, por lo tanto, esas mejoras no se podían atribuir al efecto de la intervención. En Holanda, Fontein-Kupiers et al. (2016), emplearon la terapia de apoyo de pares y observaron que la sintomatología ansiosa evaluada con el STAI y la ansiedad específica del embarazo evaluada con el PRAQ-10 se reducían de forma significativa tras la intervención (d = 0.45). En cuanto al porcentaje de mujeres que superaba el punto de corte para presentar ansiedad, aunque disminuyó, esta diferencia no era significativa. En la misma línea, investigaciones que aplicaron un programa de TCC a distancia en el postparto (Loughnan, Butler et al., 2019) encontraron una disminución significativa de los niveles de ansiedad a la semana y al mes de finalizada la intervención. Nuestros hallazgos también coinciden con los programas de terapia cognitivo conductual aplicados durante la etapa prenatal, pues la mayoría señalan una disminución significativa de los niveles de ansiedad tras la intervención (ej., Anton y David, 2015; Goodman, Guarino et al., 2014; Green et al., 2015; Green et al., 2020), si bien otros no obtuvieron diferencias significativas (ej., Austin et al., 2008; Bittner et al., 2014) entre el grupo de intervención y el grupo control o a nivel de intragrupo.

Con respecto al TAG, nuestros hallazgos concuerdan con los encontrados en EE.UU. por Goodman, Guarino et al. (2014), en dónde observaron una reducción significativa en el número de mujeres que presentaban TAG tras la intervención (69,6% vs. 4,3%).

Si bien es complicado comparar nuestros hallazgos, debido a la escasez de estudios que han aplicado una TCC de forma telemática, a la variabilidad de instrumentos empleados para evaluar la sintomatología ansiosa, a los distintos puntos de corte empleados en otras investigaciones y a la variabilidad a la hora de realizar las evaluaciones postratamiento, los resultados parecen indicar que la TCC aplicada a través de videoconferencia es un tratamiento eficaz para reducir la sintomatología ansiosa y el TAG en el embarazo, obteniendo tamaños del efecto de pequeños a moderados como ocurre en el resto de estudios que han aplicado la TCC en esta etapa. Además, estos cambios se mantienen tanto a corto (1 mes) como a medio plazo (tres y seis meses).

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

2. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Uno de nuestros objetivos era evaluar si una intervención TCC diseñada para prevenir la ansiedad durante la etapa prenatal podría reducir también la sintomatología emocional asociada, en concreto, la depresiva. Se propuso este objetivo debido a la alta comorbilidad existente entre ambas entidades. La hipótesis que se planteó fue que las puntuaciones medias de sintomatología depresiva se reducirían de forma significativa desde antes de la intervención hasta su finalización y en los posteriores seguimientos (al mes, tres y seis meses). Si bien los resultados hallados mostraron una reducción de la sintomatología depresiva desde la evaluación inicial hasta los tres meses de finalizada la intervención, estas diferencias solamente fueron significativas al comparar las puntuaciones obtenidas antes de la intervención con el seguimiento al mes (d = 0,24) y tras la intervención y el seguimiento a un mes (d = 0,23). Los resultados hallados en otras investigaciones que aplicaron la TCC durante el embarazo (ej., Fontein-Kupiers et al., 2016; Heller et al., 2020; Loughnan, Sie et al., 2019) también observaron una disminución de los síntomas depresivos tras la intervención, sin llegar a ser significativa, lo cual coincide con lo encontrado en nuestro estudio. En cambio, Loughnan, Butler et al. (2019) con un programa de TCC aplicado través de internet en el postparto, mostraron una reducción significativa en los niveles de depresión tras la intervención (d = 0,90).

En cuanto al porcentaje de mujeres que presentaron sintomatología depresiva, no se encontraron diferencias significativas en el número de mujeres que tenían niveles clínicos de depresión. Estos datos no se pueden comparar, pues no hemos encontrado ningún estudio de TCC aplicado de forma telemática que informe del porcentaje de mujeres que presentan sintomatología depresiva tras la intervención.

Nuestros hallazgos coinciden con un metaanálisis realizado por Sockol (2015), quien encontró tamaños de efecto más pequeños (g = 0,49) en sintomatología depresiva para las intervenciones de TCC prenatal en comparación con las muestras posparto (g = 0,69). Esto sugiere que los programas breves de TCC no presenciales pueden no tener un impacto sustancial en los síntomas depresivos por encima del de la atención prenatal habitual, en particular durante un período de tiempo tan corto. La investigación sobre la TCC aplicada a través de internet para la depresión prenatal y posparto, si bien es limitada, ha encontrado reducciones grandes y significativas en la gravedad de los síntomas depresivos en relación con las condiciones de control; sin embargo, estos estudios se evaluaron en muestras con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor e investigaron programas de TCC presenciales y más largos (ej., Forsell et al., 2017; Milgrom et al., 2016). Es importante señalar que los menores tamaños del efecto en nuestro estudio pueden deberse a diferencias metodológicas con respecto a otras investigaciones. Por ejemplo, el no haber empleado un grupo control con el que comparar los datos o a que algunos estudios únicamente han realizado un seguimiento de la eficacia de la intervención tras finalizarla. Por otro lado, cabe señalar que, aunque no se hayan encontrado diferencias significativas a nivel general en la sintomatología depresiva, sí se puede observar una disminución de la misma a lo largo de los seguimientos tras la intervención. Esto nos indica que no hay empeoramiento clínico, un hecho muy importante si tenemos en cuenta que esa es la función de los programas preventivos. Por lo tanto, dicho programa estaría cumpliendo su cometido. Al igual que ocurría para la sintomatología ansiosa, el hecho de que la mayor reducción se produzca tras un mes de finalizada la intervención puede deberse a que la evaluación postratamiento se hizo en la última sesión, como se ha informado previamente. Así mismo, el haber encontrado que la disminución de la sintomatología depresiva se mantiene a

USC DE SANTIAGO

los tres meses de finalizada la intervención puede deberse tanto al dominio de las estrategias aprendidas a lo largo de la intervención, como a la mejora en los niveles de sintomatología ansiosa observados en los seguimientos. Recordemos que ambas patologías concurren de forma simultánea en un gran porcentaje de las mujeres.

En base a lo comentado anteriormente, los resultados hallados en este estudio indican que una intervención de TCC aplicada a través de videoconferencia, diseñada para reducir la ansiedad prenatal, es eficaz para reducir los niveles de sintomatología depresiva durante el embarazo y el postparto.

3. EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE RIESGO DE LAS PARTICIPANTES

Otro objetivo de esta investigación fue comprobar la eficacia de la intervención en función del riesgo que presentaban las mujeres de presentar sintomatología emocional durante el embarazo. En concreto, se partió de la hipótesis de que el grupo de alto riesgo reduciría de forma significativa los niveles de ansiedad y depresión, en comparación con el grupo de bajo riesgo. Los resultados hallados confirmaron dicha hipótesis, pues se observó que las puntuaciones medias de las mujeres del grupo de alto riesgo disminuían de forma significativa con un tamaño del efecto grande tanto en ansiedad (EDS-3A: d = 0,84-1,25; GAD-7: d = 0,76-0,90, STAI-E: d = 0,62-0,88 y d = PRAQ: d = 1,28-1,82) como en depresión (d = 0,30-0,92), en comparación con el grupo de bajo riesgo que solamente mejoraba los niveles de ansiedad específica del embarazo de forma significativa y con un tamaño del efecto pequeño (d = 0,14 - 0,26). En concreto, el grupo de algo riesgo disminuye de forma significativa los niveles de ansiedad, depresión y ansiedad específica del embarazo desde antes de la intervención hasta el seguimiento a tres meses. Además, esta reducción se extiende desde antes de la intervención hasta el postparto (seis meses postratamiento) para la sintomatología ansiosa (EDS-3A) y la depresiva. En cuanto al grupo de bajo riesgo, la ansiedad específica del embarazo sufrió una disminución significativa en todos los momentos, a excepción de las medidas pre y postratamiento.

Nuestros hallazgos están en consonancia con los encontrados en estudios que han utilizado un punto de corte y/o la presencia de un trastorno psiquiátrico para seleccionar a la muestra que forma parte del tratamiento (ej., Bittner et al., 2014; Green et al., 2015; Milgrom et al., 2015; Loughnan, Sie et al., 2018), pues las mujeres que participaban en la intervención obtenían una reducción significativa tanto en los niveles de ansiedad como de depresión tras finalizar la intervención y en los seguimientos a corto plazo (una semana o un mes). Así mismo, Bittner et al. (2014) también encontraron que la intervención era menos eficaz en las mujeres que presentaban bajo riesgo de presentar una patología emocional.

Los hallazgos encontrados en esta investigación y en otras mencionadas previamente, parecen sugerir que las mujeres que presentan alto riesgo de tener sintomatología ansiosa y/o depresiva responden mejor a las intervenciones preventivas desarrolladas de forma telemática que aquellas que no presentan riesgo. Esto puede deberse a que se beneficien más de una intervención que incorpore información y estrategias psicológicas generales y menos individualizadas, pues es más fácil que identifiquen los síntomas de malestar al ser más acentuados. Además, una vez identificados los síntomas, pueden poner en marcha estrategias para reducir el malestar, y notarán antes su efecto, lo que las llevará a mantener la práctica de dichas estrategias. Sería importante tener esto en cuenta, pues una intervención realizada a

distancia podría prevenir un empeoramiento y, con ello, las consecuencias que esto pueda tener a largo plazo tanto para las madres como para sus hijos/as. Por otro lado, también sería interesante comprobar si las mujeres que se encuentran en bajo riesgo podrían beneficiarse de intervenciones realizadas de forma presencial en las visitas de seguimiento del embarazo y el postparto.

4. ASISTENCIA, ADHERENCIA Y ACEPTABILIDAD DE LA INTERVENCIÓN

La implementación de la intervención psicológica telemática diseñada para las gestantes para reducir la ansiedad y el malestar emocional ha permitido comprobar la alta tasa de aceptación y participación en la misma pues, de las 108 mujeres reclutadas, el 68,5% (n = 74) accedieron a participar en la intervención. Estas cifras son similares a las halladas en otras intervenciones telemáticas aplicadas durante el embarazo, por ejemplo, Heller et al., (2020), Yang et al. (2019) y Fontein-Kupiers et al. (2016) obtuvieron una participación del 63,6%, 68,0% y del 68,4%, respectivamente. Esto sugiere que las intervenciones telemáticas son un formato de terapia bien aceptado por las mujeres durante la etapa prenatal.

En cuanto a la tasa de adherencia, esta fue muy alta, pues se situó en un 83,8%. Asimismo, el nivel de satisfacción se situó en un 9,15. Además, un 87,1% indicó que el programa le había resultado útil. Estos datos son similares a los encontrados por Loughnan, Sie et al. (2019) en dónde hallaron una adherencia del 76,0%, y una satisfacción con el programa del 87,0%, obteniendo una media de 8,54 sobre su utilidad. En China, Yang et al. (2022) y Yang et al. (2019) alcanzaron una adherencia del 74,0% y del 83,9%, respectivamente. Además, Yang et al. (2019) informaron de que al 86,5% le resultó de utilidad. En cambio, Heller et al. (2020) obtuvieron niveles de adherencia muy inferiores (47,0%), si bien el 87,0% estaban satisfechos con el programa y la intervención fue calificada con una media de 7,1.

Por otra parte, la tasa de abandonos (10,8%) de la presente intervención, fue inferior a la hallada en los demás estudios, que ha sido del 20,9% (Loughnan, Sie et al., 2019), 53,2% (Heller et al., 2020), 29,0% (Yang et al., 2022) y 16,1% (Yang et al., 2019). A este respecto, es importante señalar que nuestra intervención fue llevada a cabo a través de videoconferencia, lo que pudo reducir las tasas de abandono frente a las intervenciones realizadas a través de una web (ej. Fontein-Kupiers et al., 2014; Loughnan, Sie et al., 2019) o en las que se proporciona feedback vía telemática o telefónica (ej., Heller et al., 2020; Yang et al., 2022). Se sabe que las terapias desarrolladas a través de videoconferencia suplen determinadas desventajas de una terapia meramente online, en la que no hay contacto directo con un profesional, tales como no ofrecer una interacción directa entre el terapeuta y el paciente, ni atender a las necesidades que puedan surgir durante la misma (Bayrampour et al., 2019). Por tanto, siempre que se desarrolle una terapia a distancia, es importante considerar la participación de un profesional durante la intervención y adaptar la misma a las necesidades de las mujeres (Sawyer et al., 2016). Así mismo, las intervenciones grupales han demostrado ser eficaces para reducir la sintomatología emocional durante esta etapa y muestran una alta tasa de cumplimiento, aceptación y satisfacción por parte de las mujeres (Loughnan et al., 2018), además de reducir los costes frente a una intervención individual (Soto-Balbuenta et al., 2022).

Los hallazgos encontrados sugieren que las intervenciones telemáticas son un formato de terapia accesible, útil y bien aceptado por las mujeres durante la etapa prenatal. Además, al desarrollarse a través de videoconferencia suple las desventajas de otros tipos de intervención

realizadas de forma online en las que no hay contacto directo con un profesional o con otras personas que se encuentran en la misma situación, algo terapéutico por sí mismo. De cara a desarrollar intervenciones futuras sería interesante tener esto en cuenta con el fin de mejorar la accesibilidad, aceptación y utilidad de las intervenciones psicologías desarrolladas durante la etapa prenatal.

5. LIMITACIONES, FORTALEZAS E IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO

La interpretación de los datos obtenidos en la presente investigación ha de realizarse teniendo en consideración ciertas limitaciones, principalmente metodológicas. En primer lugar, la ausencia de grupo control nos impide conocer la efectividad del programa en comparación con un grupo que recibe el cuidado habitual. Por lo tanto, no podemos saber con certeza si la mejora encontrada se debe a la intervención aplicada o a la remisión espontánea. Por otro lado, el tamaño reducido de la muestra limita la potencia y el tamaño del efecto en los resultados alcanzados, por lo que no se pueden realizar conclusiones generalizadas sobre la eficacia del tratamiento en la población perinatal. Otro aspecto a tener en cuenta, es la falta de un seguimiento tras un año de finalizada la intervención, pues los datos de prevalencia del primer estudio indican que la prevalencia de la ansiedad aumenta al año postparto. Sería interesante conocer la eficacia de la intervención en ese momento crítico del postparto. Otra limitación está asociada al formato de aplicación, pues si bien las intervenciones telemáticas ofrecen ventajas para superar las barreras de una intervención convencional, tales como la falta de información, el coste, o la posible estigmatización (Fonseca et al., 2019), también presentan limitaciones. Por ejemplo, la necesidad de contar con acceso a internet y conocer el funcionamiento de los dispositivos empleados, algo que puede no estar al alcance de todas (Maheu et al., 2018), los problemas relacionados con la privacidad y/o confidencialidad de la información (Chen et al., 2020; Gamble, Boyle, y Morris, 2015), o dificultad en el establecimiento de la alianza entre pacientes y terapeuta y la dificultad de transmitir empatía, debido a la ausencia de contacto visual (Grondin et al., 2021), entre otras. Si bien, intervenciones como la presente, desarrolladas a través de videoconferencia, suplen determinadas desventajas de una terapia meramente online en las que no hay contacto directo con un profesional, tales como no ofrecer una interacción directa entre el terapeuta y el paciente, ni atender a las necesidades que puedan surgir durante la misma (Bayrampour et al., 2019).

Por lo que respecta a las fortalezas del estudio, esta investigación proporciona una aportación importante en el ámbito de la salud mental perinatal, pues no existen en España programas preventivos específicos para el abordaje de la ansiedad durante la etapa prenatal a través de una intervención psicológica por videoconferencia. Una intervención de este tipo podría facilitar el acceso y ser de ayuda para muchas mujeres durante este periodo, reduciendo los niveles de ansiedad y síntomas emocionales comórbidos. Por otro lado, los resultados preliminares de la intervención son positivos y animan a plantear un diseño controlado aleatorizado, con grupo control y una muestra más amplia para que pueden confirmarse los datos hallados. Además, se ofrece un seguimiento a corto (un mes) y medio plazo (tres y seis meses) de los resultados, frente a la mayoría de las investigaciones que informan de los resultados tras finalizar el tratamiento o a las pocas semanas. Sería interesante contar con otras investigaciones que hicieran seguimientos por lo menos hasta los seis meses para poder comparar los resultados obtenidos. Otro aspecto a tener en cuenta es que las participantes fueron

USC DE COMPOSTELA

evaluadas mediante una entrevista clínica, lo que aporta resultados más fiables sobre el efecto de la intervención frente a evaluaciones realizadas con cuestionarios de autoinforme. Por último, el programa ha tenido una alta tasa de adherencia (83,8%), ha resultado útil a la mayoría de las mujeres (87,1%) y las tasas de satisfacción son elevadas, obteniendo una puntuación media de 9,15 sobre 10. Esto indica que una intervención de TCC desarrollada a través de videoconferencia y en formato grupal parece ser una metodología adecuada para abordar la ansiedad y la sintomatología emocional comórbida durante el embarazo y el postparto.

Si bien se requiere de más investigaciones al respecto, nuestros hallazgos tienen implicaciones clínicas importantes, debido a que el tratamiento de la ansiedad perinatal ha recibido poca atención hasta la fecha y a la necesidad señalada por diversas instituciones internacionales (Health Service Executive, 2017; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014; National Collaborating Center for Mental Health, 2018) de contar con un mayor acceso a terapias psicológicas durante esta etapa. A este respecto, este estudio proporciona un respaldo preliminar a la eficacia y aceptabilidad de la TCC aplicada de forma telemática para prevenir la sintomatología emocional durante el embarazo y el postparto, lo que contribuye a aumentar la evidencia sobre las intervenciones psicológicas para abordar el malestar emocional durante la etapa perinatal. Así mismo, debido a que muchas mujeres tienen grandes dificultades para acceder a los servicios de tratamiento psicológico convencional durante la etapa prenatal, un formato telemático facilitaría su acceso, como lo demuestran las altas tasas de adherencia y la satisfacción de las participantes en este estudio. A nivel de salud pública, el conocer la eficacia de la TCC y cuál es la mejor manera de implementarla, posibilitaría el incorporar dichos programas en la atención prenatal rutinaria. Esto supondría proporcionar herramientas a las futuras madres para afrontar la sintomatología ansiosa durante la etapa perinatal, lo cual podría reducir sus posibles consecuencias adversas.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

V. CONLUSIONES

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Los datos aportados sobre la eficacia de la intervención psicológica llevada a cabo indican que se trata de una intervención eficaz para reducir de forma significativa la sintomatología ansiosa y la ansiedad específica del embarazo. Los resultados se obtienen al final del tratamiento y se mantienen tanto a corto (un mes) como a medio plazo (tres y seis meses de seguimiento). En concreto, con la EDS-3A, se encontró una reducción significativa entre las medias obtenidas antes de la intervención (4,5) con el seguimiento a un mes (3,8) y tras la finalización de la intervención y el seguimiento a un mes (4,5 vs. 3,8). Además, el número de mujeres que presentaba sintomatología ansiosa elevada pasó de un 22,6% antes la intervención a ser un 6,5% al mes de finalizado. Con respecto a la ansiedad específica del embarazo, se observó una reducción significativa en las medias entre antes de la intervención (47,7) y los seguimientos al mes (45,2) y a los tres meses de finalizada la intervención (42,4). Además, un 6,5% de las mujeres presentaban ansiedad específica del embarazo antes de la intervención, pasando a ser un 3,2% las que la presentaban a los tres meses de finalizada la intervención.
2. La intervención demostró su eficacia para reducir de forma significativa el número de mujeres que presentan diagnóstico de TAG. Se observó que un 11,3% de las mujeres cumplían los criterios diagnósticos para un TAG antes de iniciarse la intervención, tras su finalización y en los posteriores seguimientos (uno, tres y seis meses), ninguna mujer (0,0%) cumplía el diagnóstico de TAG.
3. Los datos obtenidos sobre la eficacia de la intervención revelan que los niveles de sintomatología depresiva se reducen, aunque a nivel general las diferencias halladas no fueron significativas. Esta reducción se mantiene a corto (un mes) y medio plazo (tres y seis meses). Se observó una reducción significativa de la sintomatología depresiva entre las puntuaciones medias obtenidas en la evaluación pretratamiento y el seguimiento a un mes de finalizada la intervención (8,8 vs. 7,6) y las puntuaciones medias tras la intervención y el seguimiento a un mes (8,6 vs. 7,6).
4. El grupo de mujeres en riesgo se beneficia más de la intervención que el grupo de bajo riesgo, pues se observa una reducción significativa en las puntuaciones medias en los niveles de sintomatología ansiosa, en la ansiedad específica del embarazo y en la sintomatología depresiva. Respecto a la sintomatología ansiosa se encuentran reducciones significativas entre las medidas pretratamiento y las obtenidas tras finalizar la intervención y en los seguimientos al mes, tres y seis meses, tanto con la EDS-3A (7,4; 6,2; 5,5; 6,1 y 5,8) como con el STAI-E (38,0; 33,5; 28,0; 32,0 y 27,0). Con la GAD-7, estas diferencias solamente son significativas hasta los tres meses una vez finalizada la intervención. En cuanto a la ansiedad específica del embarazo, ésta disminuye de forma significativa desde antes de la intervención hasta el seguimiento a los tres meses (76,0; 60,7; 59,2 y 56,9). La sintomatología depresiva muestra una reducción significativa desde antes de la intervención hasta el seguimiento a los seis meses (14,1; 11,8; 10,6; 11,6 y 11,7). Por otro lado, en el grupo de bajo riesgo solamente disminuyen de forma significativa los niveles de ansiedad específica del embarazo. Esta disminución se halla entre la evaluación realizada antes de la intervención y al mes (45,8 vs. 43,9) y tres meses (45,8 vs. 41,3) de finalizada la misma.
5. La mayor reducción, tanto de la sintomatología ansiosa como depresiva, se produce tras un mes de finalizada la intervención.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

6. El porcentaje de mujeres con trastorno de ansiedad generalizada obtiene su máxima disminución al finalizar la intervención y se mantiene estable hasta el último seguimiento realizado a los seis meses de finalizada la intervención.
7. La intervención tuvo una buena acogida por las participantes. El porcentaje de abandonos fue bajo (10,8%).
8. La adherencia a la intervención fue elevada, con una media de 6,5 sesiones completadas de las 7 que comprendía el programa.
9. Las participantes informaron sentirse muy satisfechas con el programa, puntuándolo con una media de 9,2 sobre un máximo de 10. Además, el 87,1% valoraron la intervención como útil.

Los resultados hallados en la presente investigación proporcionan un apoyo preliminar a la eficacia de la propuesta de intervención de TCC para prevenir la ansiedad y el malestar durante el embarazo aplicada a través de sesiones telemáticas, pues reduce de forma significativa los niveles de ansiedad general, ansiedad específica del embarazo y la presencia del trastorno de ansiedad generalizada a corto (un mes) y medio plazo (tres y seis meses de seguimiento). Así mismo, se muestra reducción en los niveles de sintomatología depresiva, lo que permitiría abordar la comorbilidad existente entre ambas condiciones con un mismo tratamiento. Además, la intervención beneficia tanto a las mujeres que se encuentran en una situación de riesgo como a las que no, lo que ayudaría a prevenir el malestar emocional independientemente de la gravedad. Por otro lado, las gestantes muestran baja tasa de abandonos, gran adherencia y satisfacción con la intervención, y la valoran como útil. De cara al futuro, se recomienda la realización de un ensayo clínico aleatorizado a gran escala en el que se verifique la eficacia de dicho programa. De esta manera, se contribuirá a adquirir un mayor conocimiento de la eficacia de los programas preventivos de salud mental perinatal. Estos hallazgos avalan la importancia y la necesidad de contar con programas preventivos para aplicar durante la etapa prenatal con el objetivo de reducir el malestar emocional durante esta etapa. A nivel de salud pública, esto implicaría, abordar la salud mental materna y dedicar recursos a dotar de herramientas a las futuras madres para afrontar los síntomas de ansiedad y malestar emocional durante la etapa perinatal, lo que podrá reducir las posibles consecuencias adversas que puedan derivarse de ellos.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Acosta, H., Tuulari, J. J., Scheinin, N. M., Hashempour, N., Rajasilta, O., Lavonius, T. I., Pelto, J., Saunavaara, V., Parkkola, R., Lähdesmäki, T., Karlsson, L., y Karlsson, H. (2019). Maternal Pregnancy-Related Anxiety is associated with sexually dimorphic alterations in amygdala Volume in 4-Year-Old Children. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *13*, 175. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00175

Adedinsewo, D. A., Fleming, A. S., Steiner, M., Meaney, M. J., Girard, A. W., y MAVAN team. (2014). Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *Journal of Human Lactation*, *30*(1), 102-109. https://doi.org/10.1177/0890334413504244

Adewuya, A. O., Ola, B. A., Dada, A. O. y Fasoto, O. (2006). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(4), 267-272. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/01674820600915478

Adhikari, K., Patten, S. B., Williamson, T., Patel, A. B., Premji, S., Tough, S., Letourneau, N., Giesbrecht, G., & Metcalfe, A. (2021). Assessment of anxiety during pregnancy: are existing multiple anxiety scales suitable and comparable in measuring anxiety during pregnancy? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *42*(2), 140–146. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1725462

Aguilar Cordero, M. J., Fajardo Gaitán, M., Pérez Castillo, Í. M., Rojas Carvajal, A. M., Latorre García, J., y Núñez Negrillo, A. M. (2020). Alteraciones y efectos del sueño durante el embarazo. *Journal of Negative and No Positive Results*, *5*(12), 1558-1574. https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3979.

Akiki, S., Avison, W. R., Speechley, K. N., y Campbell, M. K. (2016). Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, *196*, 260–267. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.016

Akinsulore, A., Temidayo, A. M., Oloniniyi, I. O., Olalekan, B. O., y Yetunde, O. B. (2021). Pregnancy-related anxiety symptoms and associated factors amongst pregnant women attending a tertiary hospital in south-west Nigeria. *The South African Journal of Psychiatry : SAJP : the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, *27*, 1616. https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v27i0.1616

Al-Abri, K., Edge, D., y Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *58*(11), 1581-1590. https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9.

Alasoom, L. I., y Koura, M. R. (2014). Predictors of postpartum depression in the eastern province capital of Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *3*(2), 146–150. https://doi.org/10.4103/2249-4863.137654

Alder, J., Fink, N., Urech, C., Hösli, I., y Bitzer, J. (2011). Identification of antenatal depression in obstetric care. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *284*(6), 1403-1409. http://dx.doi.org/10.1007/s00404-011-1872-3

Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., y Moin, S. S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal*, *2012*, 653098. https://doi.org/10.1100/2012/653098

Ali, N. S., Mahmud, S., Khan, A., y Ali, B. S. (2013). Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry*, *13*, 274. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-274

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Alipour, Z., Lamyian, M., y Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth, 25,* 37–43. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002.abri

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., … ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 21–27. https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x

Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., … Thornicroft, G. (2018) Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the world mental health surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety, 35*(3), 185-282. https://doi.org/10.1002/da.22711

Alqahtani, A. H., Al Khedair, K., Al-Jeheiman, R., Al-Turki, H. A., y Al Qahtani, N. H. (2018). Anxiety and depression during pregnancy in women attending clinics in a University Hospital in Eastern province of Saudi Arabia: prevalence and associated factors. *International Journal of Women's Health, 10,* 101–108. https://doi.org/10.2147/IJWH.S153273

Allison, S.J., Stafford, J. y Anumba, D.O. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BioMed Central Women's Health 11, 33* (2011). https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-33

American College of Obstetricians and Gynecologists (2014). *Guidelines for Perinatal Care*, Sixth Edition. ACOG. Washington DC.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 4th ed., revised text*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (Trad. Cast: Barcelona, Masson, 2002).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association. (Trad. Cast: CIBERSAM, Editorial Médica Panamericana, 2014).

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association. (Trad. Cast: CIBERSAM, Editorial Médica Panamericana, 2023).

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., y åStröm, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *189*(1), 148–154. https://doi.org/10.1067/mob.2003.336

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., y Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology, 104*(3), 467-476 http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9

Anton, R., y David, D. (2015). A randomized clinical trial of a new preventive rational emotive and behavioral therapeutical program of prepartum and postpartum emotional distress. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 15*(1).

Arch J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks?. *Comprehensive Psychiatry, 54*(3), 217–228. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.07.010

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Arifin, S. R. M., Ismail, A. S., Samsudin, S., Hassan, N. A., y WH, W. M. (2021). Prevalence and factors associated with the depressive and anxiety symptoms amongst antenatal women. *IIUM Medical Journal Malaysia*, *20*(1). https://doi.org/10.31436/imjm.v20i1.1772

Atif, N., Nazir, H., Zafar, S., Chaudhri, R., Atiq, M., Mullany, L. C., Rowther, A. A., Malik, A., Surkan, P. J., y Rahman, A. (2020). Development of a psychological intervention to address anxiety during pregnancy in a low-income country. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 927. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00927

Austin M-P, Highet N, y the Expert Working Group (2017) *Mental health care in the perinatal period: Australian Clinical Practice Guideline*. COPE: Centre of Perinatal Excellence, Melbourne

Austin, M. P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., … y Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *105*(1-3), 35–44. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.001

Austin, M. V., Mule, V., Hadzi-Pavlovic, D., y Reilly, N. (2022). Screening for anxiety disorders in third trimester pregnancy: a comparison of four brief measures. *Archives of Women's Mental Health*, *25*(2), 389–397. https://doi.org/10.1007/s00737-021-01166-9

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, *34*, 61-67. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013

Bados, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 679-683.

Ban, L., Gibson, J. E., West, J., Fiaschi, L., Oates, M. R., y Tata, L. J. (2012). Impact of socioeconomic deprivation on maternal perinatal mental illnesses presenting to UK general practice. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *62*(603), e671–e678. https://doi.org/10.3399/bjgp12X656801

Barja, M.A. (22 de diciembre de 2021). ¿Cuáles son los cambios psicológicos durante el embarazo? Disponible en: ¿Cuáles son los cambios psicológicos durante el embarazo? - depsicologia.com

Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R., y Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*, *28*(8), 696–702. https://doi.org/10.1002/da.20856

Barker, E. D., Oliver, B. R., y Maughan, B. (2010). Co-occurring problems of early onset persistent, childhood limited, and adolescent onset conduct problem youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *51*(11), 1217–1226. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02240.x

Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, *35*(2), 205-230. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4

Barnett, B., Schaafsma, M. F., Guzman, A. M., y Parker, G. B. (1991). Maternal anxiety: a 5-year review of an intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*(3), 423-438. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00321.x

Barrera, A.Z.; Rosales, M.; Ruiz-Segovia, N.; Rodríguez-Muñoz, M.F. (2019) Sistemas e-Health *en el periodo perinatal.* En Rodríguez-Muñoz (coord.) *Psicología Perinatal: Teoría y Práctica;* Pirámide: Madrid, España, pp. 371–381.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Bauer, A., Knapp, M., y Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, *192*, 83–90. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.005

Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., y Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *55*, 115–130. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023

Bayrampour, H., McDonald, S., y Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, *31*(6), 582–589. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.009

Bayrampour, H., Vinturache, A., Hetherington, E., Lorenzetti, D. L., y Tough, S. (2018). Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *36*(5), 476–503. https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1492097

Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beijers, R., Jansen, J., Riksen-Walraven, M., y de Weerth, C. (2010). Maternal prenatal anxiety and stress predict infant illnesses and health complaints. *Pediatrics*, *126*(2), e401–e409. https://doi.org/10.1542/peds.2009-3226

Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., Connelly, J. J., y Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(2), 219–227. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0555-7

Bener, A., Gerber, L. M., y Sheikh, J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International Journal of Women's Health*, *4*, 191–200. https://doi.org/10.2147/IJWH.S29380

Berle, J. Ø., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F., y Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Archives of Women's Mental Health*, *8*(3), 181–189. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0090-z

Beyondblue (2011). *Clinical practice guidelines for depression and related disorders. A guideline for primary care health professionals*. Beyondblue: The National Depression Initiative.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., y Pariante, C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 191*, 62-77. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014.

Bittner, A., Peukert, J., Zimmerman, C., Junge-Hoffmeister, J., Parker, L. S., Stöbel-Richter, Y., y Weidner, K. (2014). Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depressive symptoms: Efficacy of a cognitive-behavioural group program. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, *28*, 185–195. https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000027

Blackmore, E. R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C., y O'Connor, T. G. (2016). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 197*, 251–258. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.008

Blackmore, E.R., Rubinow, D.R., O'Connor, T.G., Liu, X., Tang, W., Craddock, N., y Jones, I. (2013). Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

with postpartum psychosis. *Bipolar Disorders*, *15*(4), 394–404. https://doi.org/10.1111/bdi.12071

Bobes, J., G-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Ars Médica. Psiquiatría Editores. Barcelona*.

Bödecs, T., Horváth, B., Kovács, L., Diffellné Németh, M., y Sándor, J. (2009). Várandósság alatti depresszió és szorongás gyakorisága az elso trimeszterben hazai mintán [Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample]. *Orvosi Hetilap*, *150*(41), 1888–1893. https://doi.org/10.1556/OH.2009.28712

Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., y Horváth, B. (2013). Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina*, *25*(4), 352–358.

Borri, C., Mauri, M., Oppo, A., Banti, S., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Montagnani, M. S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Bettini, A., Ricciardulli, S., Rucci, P., Montaresi, S., y Cassano, G. B. (2008). Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(10), 1617–1624. https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1012

Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy. *Journal of Family Issues*, *26*(5), 619-637. https://doi.org/10.1177/0192513X04272756

Bouchard, G., Boudreau, J., y Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: Comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, *27*(11), 1512-1531. https://doi.org/10.1177/0192513X06290855

Bowen, A., Baetz, M., Schwartz, L., Balbuena, L., y Muhajarine, N. (2014). Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *51*(3), 226–231.

Brik, M., Sandonis, M. A., Fernández, S., Suy, A., Parramon-Puig, G., Maiz, N., Dip, M. E., Ramos-Quiroga, J. A., y Carreras, E. (2021). Psychological impact and social support in pregnant women during lockdown due to SARS-CoV2 pandemic: A cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *100*(6), 1026–1033. https://doi.org/10.1111/aogs.14073

Britton J. R. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Paediatrica*, *94*(12), 1771–1776. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01852.x

Britton J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety*, *25*(9), 793–800. https://doi.org/10.1002/da.20325

Britton, J. R. (2007). Postpartum anxiety and breast feeding. *The Journal of Reproductive Medicine*, *52*(8), 689-695.

Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women & Health*, *51*(1), 55-71. https://doi.org/10.1080/03630242.2011.540741

Brockington, I. F., Macdonald, E., y Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 253–263. https://doi.org/10.1007/s00737-006-0134-z

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Brown, A., y Arnott, B. (2014). Breastfeeding duration and early parenting behaviour: the importance of an infant-led, responsive style. *PloS One*, *9*(2), e83893. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083893

Bruno, A., Laganà, A. S., Leonardi, V., Greco, D., Merlino, M., Vitale, S. G., … Muscatello, M. R. A. (2018). Inside-out: the role of anger experience and expression in the development of postpartum mood disorders. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *31*(22), 3033–3038. https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1362554

Brunton, R. J., Dryer, R., Saliba, A., y Kohlhoff, J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*, *176*, 24–34. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.039

Brunton, R., Simpson, N., y Dryer, R. (2020). Pregnancy-Related Anxiety, Perceived Parental Self-Efficacy and the Influence of Parity and Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 6709. https://doi.org/10.3390/ijerph17186709

Brunton, R., Wood, T., y Dryer, R. (2022). Childhood abuse, pregnancy-related anxiety and the mediating role of resilience and social support. *Journal of Health Psychology*, *27*(4), 868–878. https://doi.org/10.1177/1359105320968140

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (1982). STAI. Cuestionario de ansiedad-rasgo. TEA.

Buhagiar, R., Bettenzana, K., y Grant, K. A. (2024a). The prevalence of perinatal mental health disorders and psychosocial characteristics of women in Malta: A cross-sectional study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *51*(3), 497–507. https://doi.org/10.1111/birt.128047

Buhagiar, R., Bettenzana, K., y Grant, K. A. (2024b). Validation of the edinburgh postnatal depression scale and its 3-item anxiety subscale, and the generalised anxiety disorder-7 item for screening of postpartum depression and anxiety in women in Malta. *Midwifery*, *141*, 104256. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104256

Buist, A., Gotman, N., y Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1-3), 277–283. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.003

Bunevicius, A., Kusminskas, L., Pop, V. J., Pedersen, C. A., y Bunevicius, R. (2009). Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *30*(4), 238–243. https://doi.org/10.3109/01674820903230708

Burger, H., Verbeek, T., Aris-Meijer, J. L., Beijers, C., Mol, B. W., Hollon, S. D., Ormel, J., Van Pampus, M. G., y Bockting, C. L. H. (2020). Effects of psychological treatment of mental health problems in pregnant women to protect their offspring: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *216*, 182–188. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.260

Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. I*nternational Review of Psychiatry*, *15*(3), 243-255. http://dx.doi.org/10.1080/0954026031000136866

Burney, R. V., y Leerkes, E. M. (2010). Links between mothers' and fathers' perceptions of infant temperament and coparenting. *Infant Behavior & Development*, *33*(2), 125–135. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.12.002

Buss, C., Davis, E. P., Muftuler, L. T., Head, K., y Sandman, C. A. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, *35*(1), 141–153. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.07.010

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., y Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *59*(2), 192–197. https://doi.org/10.1111/jmwh.12075

Cai, S., Phua, D. Y., Tham, E. K., Goh, D. Y., Teoh, O. H., Shek, L. P., Tan, K.H., Yap, F., Chong, Y-S., Chen, H., Broekmnan, B.F.P., Kramer, M.S., y Meaney, M. J. (2023). Mid-pregnancy and postpartum maternal mental health and infant sleep in the first year of life. *Journal of Sleep Research*, *32*(3), e13804. https://doi.org/10.1111/jsr.13804

Callanan, F., Tuohy, T., Bright, A. M., y Grealish, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: A systematic review. *Midwifery*, *104*, 103169. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103169

Campbell, E. E., Gilliland, J., Dworatzek, P. D., De Vrijer, B., Penava, D., y Seabrook, J. A. (2018). Socioeconomic status and adverse birth outcomes: a population-based Canadian sample. *Journal of Biosocial Science*, *50*(1), 102-113. https://doi.org/10.1017/S0021932017000062

Canals, J., Esparó, G., y Fernández-Ballart, J. D. (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality and Individual Differences*, *33*(2), 253-259. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00149-0

Canário, C., y Figueiredo, B. (2017). Anxiety and depressive symptoms in women and men from early pregnancy to 30 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *35*(5), 431–449. https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1368464

Cankorur, V. S., Abas, M., Berksun, O., y Stewart, R. (2015). Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ Open*, *5*(4), e006456. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006456

Carmona Monge, F. J., Peñacoba-Puente, C., Marín Morales, D., y Carretero Abellán, I. (2012). Factor structure, validity and reliability of the Spanish version of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery*, *28*(1), 112–119. https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.006

Castaño-López, E., Plazaola-Castaño, J., Bolívar-Muñoz, J., y Ruiz-Pérez, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista Española de Salud Pública*, *80*, 705–716.

Cena, L., Gigantesco, A., Mirabella, F., Palumbo, G., Camoni, L., Trainini, A., y Stefana, A. (2021). Prevalence of comorbid anxiety and depressive symptomatology in the third trimester of pregnancy: Analysing its association with sociodemographic, obstetric, and mental health features. *Journal of Affective Disorders*, *295*, 1398–1406. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.015

Cena, L., Mirabella, F., Palumbo, G., Gigantesco, A., Trainini, A., y Stefana, A. (2020). Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *63*(1), e84. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.82

Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., Vidaver, J., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C. H., … FASTER Consortium. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, *105*(5), 983-990. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Clinkscales, N., Golds, L., Berlouis, K., y MacBeth, A. (2023). The effectiveness of psychological interventions for anxiety in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy*, *96*(2), 296–327. https://doi.org/10.1111/papt.12441

Clout, D., y Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders, 188*, 60-67. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.054

Coates, R., Ayers, S., y de Visser, R. (2017). Factor structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a population-based sample. *Psychological Assessment*, *29*(8), 1016–1027. https://doi.org/10.1037/pas0000397

Coelho, H. F., Murray, L., Royal-Lawson, M., y Cooper, P. J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 348–353. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.002

Cote-Arsenault, D. Y. (1995). *Tasks of pregnancy and anxiety in pregnancy after perinatal loss: A descriptive study*. University of Rochester School of Nursing.

Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry, 214*, 127–129. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245

Cox, J., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry, 150,* 782-786. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

Challacombe, F. L., Nath, S., Trevillion, K., Pawlby, S., y Howard, L. M. (2021). Fear of childbirth during pregnancy: associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of Women's Mental Health*, *24*(3), 483–492. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01098-w

Chen, D. C., Nommsen-Rivers, L., Dewey, K. G., y Lönnerdal, B. (1998). Stress during labor and delivery and early lactation performance. *The American journal of clinical nutrition*, *68*(2), 335–344. https://doi.org/10.1093/ajcn/68.2.335

Chen, S., Li, F., Lin, C., Han, Y., Nie, X., Portnoy, R. N., y Qiao, Z. (2020). Challenges and recommendations for mental health providers during the COVID-19 pandemic: the experience of China's First University-based mental health team. *Globalization and Health*, *16*(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00591-2

Dadhwal, V., Sagar, R., Bhattacharya, D., Kant, S., Misra, P., Choudhary, V., y Vanamail, P. (2023). Prevalence of postpartum depression & anxiety among women in rural India: Risk factors & psychosocial correlates. *Indian Journal of Medical Research*, *158*(4), 407-416. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_3489_20

Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., y Khurana, R. (2020). Moms are not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Women's Health*, *1*, 1. https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001

Dayan, J., Creveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., Baranger, E., Savoye, C., y Thouin, A. (2002). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology*, *155*(4), 293–301. https://doi.org/10.1093/aje/155.4.293

Della Vedova, A. M., Santoniccolo, F., Sechi, C., y Trombetta, T. (2023). Perinatal depression and anxiety symptoms, parental bonding and dyadic sensitivity in mother–baby interactions at three months post-partum. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(5), 4253. https://doi.org/10.3390/ijerph20054253

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Dennis C. L. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health*, *29*(4), 256–268. https://doi.org/10.1002/nur.20140

Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, *15*(3), 195-201. https://doi.org/10.1177/089033449901500303

Dennis, C. L., Brown, H. K., Falah-Hassani, K., Marini, F. C., y Vigod, S. N. (2017). Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *213*, 131–137. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.013

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., y Vigod, S. N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *134*(6), 485–493. https://doi.org/10.1111/acps.12648

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., y Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *210*(5), 315–323. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179

Department of Health (2009). *The Healthy Child Programme. Pregnancy and the first five years of life*. Department of Health.

Derogatis, L. R., y Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the brief symptom inventory (BSI), and the BSI-18.

Dershowitz, S. (2024). Estadísticas de la ansiedad en 2024. Recuperado de: https://www.singlecare.com/es/recursos/estadisticas-de-ansiedad

Di Nardo, P. A., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Waddell, M. T., y Blanchard, E. B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, *40*(10), 1070–1074. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790090032005

Di Nardo, P., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., y Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, *50*(4), 251–256. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160009001

Diamond, R. M., Brown, K. S., y Miranda, J. (2020). Impact of COVID-19 on the perinatal period through a biopsychosocial systemic framework. *Contemporary Family Therapy*, *42*(3), 205–216. https://doi.org/10.1007/s10591-020-09544-8

DiGirolamo, A. M., y Salgado de Snyder, N. (2008). Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being. *Salud Publica de Mexico*, *50*(6), 516–522. https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000600013

Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., y Phillips, L. (2017). Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*, *55*, 29–37. https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.001

Ding, G., Yu, J., Vinturache, A., Gu, H., y Lu, M. (2018). Therapeutic Effects of the Traditional "Doing the Month" Practices on Postpartum Depression in China. *The American journal of psychiatry*, *175*(11), 1071–1072. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18050582

Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jia, X. M., Zhang, S. F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J-H., y Tao, F. B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, *159*, 103-110. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.027

Ding, X., Mao, L., Ge, X., Xu, S., Pan, W., Yan, S., Huang, K., y Tao, F. (2015). Course and risk factors of maternal pregnancy-related anxiety across pregnancy in Ma'anshan

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

city. *Wei sheng yan jiu= Journal of Hygiene Research*, *44*(3), 371-375. PMID: 26137612.

Domínguez-Solís, E., Lima-Serrano, M., y Lima-Rodríguez, J. S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, *102*, 103126. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103126

Dowse, E., Chan, S., Ebert, L., Wynne, O., Thomas, S., Jones, D., Fealy, S., Evans, T. J., y Oldmeadow, C. (2020). Impact of Perinatal Depression and Anxiety on Birth Outcomes: A Retrospective Data Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, *24*(6), 718–726. https://doi.org/10.1007/s10995-020-02906-6

Dubber, S., Reck, C., Müller, M., y Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(2), 187–195. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4

Dufford, A. J., Salzwedel, A. P., Gilmore, J. H., Gao, W., y Kim, P. (2021). Maternal trait anxiety symptoms, frontolimbic resting-state functional connectivity, and cognitive development in infancy. *Developmental Psychobiology*, *63*(6), e22166. https://doi.org/10.1002/dev.22166

Dunkel Schetter, C., Niles, A. N., Guardino, C. M., Khaled, M., y Kramer, M. S. (2016). Demographic, Medical, and Psychosocial Predictors of Pregnancy Anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *30*(5), 421–429. https://doi.org/10.1111/ppe.12300

Dunkel Schetter, C., y Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(2), 141–148. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680

Dunkel-Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, *62*(1), 531–558. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727

Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., y Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(2), 139–143. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0264-4

Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., y Dekker, G. (2008). Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(1), 45–50. https://doi.org/10.1080/00048670701732673

Escriba-Aguir, V., y Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *65*(4), 320-326. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.085894

Eurobarometer (2023). *Mental health.* Disponible en: Mental health - octubre 2023 - Eurobarometer survey (europa.eu)

Evans, K., Morrell, C. J., y Spiby, H. (2018). Systematic review and meta-analysis of non-pharmacological interventions to reduce the symptoms of mild to moderate anxiety in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(2), 289–309. https://doi.org/10.1111/jan.13456

Fadzil, A., Balakrishnan, K., Razali, R., Sidi, H., Malapan, T., Japaraj, R. P., … Manaf, M. R. A. (2013). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, *5(1)*, 7-13. https://doi.org/10.1111/appy.12036

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., y Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, *15*, 206. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6

Faisal-Cury, A., y Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, *10*(1), 25–32. https://doi.org/10.1007/s00737-006-0164-6

Falah-Hassani, K., Shiri, R., y Dennis, C. L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *47*(12), 2041–2053. https://doi.org/10.1017/S0033291717000617

Faleschini, S., Millar, L., Rifas-Shiman, S. L., Skouteris, H., Hivert, M. F., y Oken, E. (2019). Women's perceived social support: associations with postpartum weight retention, health behaviors and depressive symptoms. *BMC Women's Health*, *19*(1), 143. https://doi.org/10.1186/s12905-019-0839-6

Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C., Bennett, K. M., y Harrold, J. A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, *32*(4), 740–758. https://doi.org/10.1177/0890334416662241

Farr, S. L., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burley, K., y Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health (2002)*, *23*(2), 120–128. https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4438

Farr, S. L., Dietz, P. M., Rizzo, J. H., Vesco, K. K., Callaghan, W. M., Bruce, F. C., Bulkley, J.E., Hornbrook, M.C., y Berg, C. J. (2013). Health care utilisation in the first year of life among infants of mothers with perinatal depression or anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *27*(1), 81-88.

Farré-Sender, B., Torres, A., Gelabert, E., Andrés, S., Roca, A., Lasheras, G., Valdés, M., y Garcia-Esteve, L. (2018). Mother–infant bonding in the postpartum period: Assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Archives of Women's Mental Health*, *21*, 287-297. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0785-y

Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., y Fawcett, J. M. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate bayesian meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *80*(4), 18r12527. https://doi.org/10.4088/JCP.18r12527

Fedeafes (2014). *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres*. Recuperado de: https://www.mujerysaludmental.org/sites/default/files/fedeafes_folleto-empoderamiento-mujeres_recomendaciones-conclusiones.pdf

Felice, E., Saliba, J., Grech, V., Cox, J., y Calleja, N. (2007). Antenatal psychiatric morbidity in Maltese women. *General Hospital Psychiatry*, *29*(6), 501–505. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.008

Fellmeth, G., Harrison, S., Quigley, M. A., y Alderdice, F. (2022). A comparison of three measures to identify postnatal anxiety: Analysis of the 2020 National Maternity Survey in England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(11), 6578. https://doi.org/10.3390/ijerph19116578

Fenaroli, V., y Saita, E. (2013). Fear of childbirth: A contribution to the validation of the Italian version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ). *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *20*(2), 131-54. https://doi.org/10.4473/TPM20.2.3

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fernández, I. O., Esteve, L. G., Lasheras, G., y Martí, J. M. F. (2011). La sección española de la sociedad Marcé: impulsando la salud mental perinatal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, (100), 50-54.

Ferreres, V., Meseguer, C., Ariza, S., Quilez, A., y Osma, J. (2019). Aplicación del protocolo unificado en el equipo específico de intervención con infancia y adolescencia EEIIA: estudio piloto en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y de pareja. En J.J. Osma (coord.), *Aplicaciones del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Field T. (2017). Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior & Development*, *49*, 120–128. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.008

Field T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior & Development*, *51*, 24–32. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior & Development*, *33*(1), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Field, T., Diego, M., Delgado, J., y Medina, L. (2013). Peer support and interpersonal psychotherapy groups experienced decreased prenatal depression, anxiety and cortisol. *Early Human Development*, *89*(9), 621–624. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.04.006

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., y Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, *17*(3), 140–151. https://doi.org/10.1002/da.10071

Figueiredo, B., y Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(3), 247–255. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0217-3

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- versión clínica (SCID-CV*) [Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)]. Masson. (Orig. 1997).

First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. y Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-PD structured clinical interview for DSM-5 personality disorders*. VA : American Psychiatric Association Publishing.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1997). *Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV- versión clínica (SCID-CV*) [Structured Clinical Interview For DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)]. American Psychiatric Press, Washington D.C.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., y Williams, J.B.W. (1995) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders. American Psychiatric Press, Inc., Washington, D.C.

Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., y Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, *90*(2), 139G–149G. https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850

Fonseca Pedrero, E., Muñiz, J., Bobes Bascarán, M. T., y Debbané, M. (2021). Tratamientos psicológicos: pasado, presente y futuro. En Fonseca Pedrero (coord.**)** *Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos* (pp.201-226). Pirámide.

Fonseca, A., Monteiro, F., Alves, S., Gorayeb, R., y Canavarro, M. C. (2019). Be a Mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: The enhancement of self-

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

regulatory skills and its association with postpartum depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*, *10*, 265. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00265

Fontein-Kuipers, Y. J., Ausems, M., de Vries, R., y Nieuwenhuijze, M. J. (2016). The effect of Wazzup Mama?! An antenatal intervention to prevent or reduce maternal distress in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(5), 779–788. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0614-8

Forsell, E., Bendix, M., Holländare, F., Szymanska von Schultz, B., Nasiell, J., Blomdahl-Wetterholm, M., Eriksson, C., Kvarned, S., Lindau van der Linden, J., Söderberg, E., Jokinen, J., Wide, K., y Kaldo, V. (2017). Internet delivered cognitive behavior therapy for antenatal depression: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *221*, 56–64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.013

Friedman, S. H., Reed, E., y Ross, N. E. (2023). Postpartum Psychosis. *Current Psychiatry Reports*, *25*(2), 65–72. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4

Gagnon, A. J., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H., y Platt, R. W. (2005). In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Journal of Human Lactation*, *21*(4), 397–405. https://doi.org/10.1177/0890334405280835

Galler, J. R., Harrison, R. H., Biggs, A. M., Ramsey, F., y Forde, V. (1999). Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *20*(2), 80-87. https://doi.org/10.1097/00004703-199904000-00002ç

Galler, J. R., Harrison, R. H., Ramsey, F., Chawla, S., y Taylor, J. (2006). Postpartum feeding attitudes, maternal depression, and breastfeeding in Barbados. *Infant Behavior & Development*, *29*(2), 189–203. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.10.005

Gamble, N., Boyle, C., y Morris, Z. A. (2015). Ethical practice in telepsychology. *Australian Psychologist*, *50*(4), 292-298. https://doi.org/10.1111/ap.12133

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., … Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*(8). https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8

García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., y Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: an initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior Therapy*, *51*(3), 461-473. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003

Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, *75*(1), 71-76. https://doi.org/S0165032702000204

Garcia-Esteve, L., y Valdés, M. (2017). *Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia.* Editorial Médica Paramericana.

Garel, M., Lelong, N., y Kaminski, M. (1988). Follow-up study of psychological consequences of caesarean childbirth. *Early Human Development*, *16*(2-3), 271–282. https://doi.org/10.1016/0378-3782(88)90108-9

Gelaye, B., Kajeepeta, S., y Williams, M. A. (2016). Suicidal ideation in pregnancy: an epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(5), 741–751. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0646-0

George, A., Luz, R. F., De Tychey, C., Thilly, N., y Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*, 233. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-233

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Gheorghe, M., Varin, M., Wong, S. L., Baker, M., Grywacheski, V., y Orpana, H. (2021). Symptoms of postpartum anxiety and depression among women in Canada: findings from a national cross-sectional survey. *Canadian Journal of Public Health*, *112*, 244-252. https://doi.org/10.17269/s41997-020-00420-4

Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M., y Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *30*(1), 21–28. https://doi.org/10.1080/01674820802604839

Giannandrea, S. A., Cerulli, C., Anson, E., y Chaudron, L. H. (2013). Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *Journal of Women's Health (2002)*, *22*(9), 760–768. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4011

Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M.C., Lino, G., Lunardi, C., … Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(1), 21-30. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8

Gibson, J., McKenzie-Mcharg, K., Shakespeare, J., Price, J., y Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(5), 350–364. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x

Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. A., y Austin, M. P. (2005). A Brief Measure of Worry Severity (BMWS): personality and clinical correlates of severe worriers. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(8), 877–892. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.11.003

Glasheen, C., Richardson, G. A., Kim, K. H., Larkby, C. A., Swartz, H. A., y Day, N. L. (2013). Exposure to maternal pre-and postnatal depression and anxiety symptoms: risk for major depression, anxiety disorders, and conduct disorder in adolescent offspring. *Development and Psychopathology*, *25*(4pt1), 1045-1063. https://doi.org/10.1017/S0954579413000369

Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., y Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychology*, *27*(1), 43–51. https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.43

Göbel, A., Stuhrmann, L. Y., Harder, S., Schulte-Markwort, M., y Mudra, S. (2018). The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: An explanatory analysis and systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *239*, 313-327. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.024

Goberna-Tricas, J., Biurrun-Garrido, A., Perelló-Iñiguez, C., y Rodríguez-Garrido, P. (2021). The COVID-19 pandemic in Spain: Experiences of midwives on the healthcare frontline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6516-6538. https://doi.org/10.3390/ijerph18126516diamo

Golbasi, Z., Kelleci, M., Kisacik, G., y Cetin, A. (2010). Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Maternal and Child Health Journal*, *14*(4), 485–491. https://doi.org/10.1007/s10995-009-0459-0

Goldberg, W. A., Lucas-Thompson, R. G., Germo, G. R., Keller, M. A., Davis, E. P., & Sandman, C. A. (2013). Eye of the beholder? Maternal mental health and the quality of infant sleep. *Social Science & Medicine*, *79*, 101-108. doi:10.1016/j.socscimed.2012.07.006

Goldbergh, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1017/S0033291700048613

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

González-Blanch, C., Cando-Vindel, A., Ruiz, P. Barrio-Martínez, S., y Priede, A. (2021) E., Muñiz, J., Bobes Bascarán, M. T., y Debbané, M. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad. En Fonseca Pedrero (coord.**)** *Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos* (pp.201-226). Pirámide

González-Mesa, E., Kabukcuoglu, K., Körükcü, O., Blasco, M., Ibrahim, N., Cazorla-Granados, O., y Kavas, T. (2019). Correlates for state and trait anxiety in a multicultural sample of Turkish and Spanish women at first trimester of pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, *249*, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.036

Goodman, J. H., Chenausky, K. L., y Freeman, M. P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *75*(10), e1153–e1184. https://doi.org/10.4088/JCP.14r09035

Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., y Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(5), 373–387. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0402-7

Goodman, J. H., Watson, G. R., y Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *203*, 292–331. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033

Goodman, J. H., y Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health (2002)*, *19*(3), 477–490. https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1352

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Lykeridou, K., Griva, F. y Vaslamatzis, G. (2013). Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clinical and Experimental Obstetrics y Gynecology*, *40*(4), 581-583.

Grant, K. A., McMahon, C., y Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *108*(1-2), 101-111. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002

Grant, K.A., Bautovich, A., McMahon, C., Reilly, N., Leader, L., y Austin, M.P. (2012). Parental care and control during childhood: associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress. *Archives of Women´s Mental Health*, *15*(4), 297–305. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0292-0

Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E., y Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of Health Psychology*, *8*(6), 753–764. https://doi.org/10.1177/13591053030086008

Green, S. M., Donegan, E., McCabe, R. E., Streiner, D. L., Agako, A., y Frey, B. N. (2020). Cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *54*(4), 423-432. https://doi.org/10.1177/0004867419898528

Green, S. M., Haber, E., Frey, B. N., y McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(4), 631–638. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0498-z

Green, S.M., Frey, B. N., Donegan, E., y McCabe, R. E. (2019) *Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression During Pregnancy and Beyond: How to Manage Symptoms and Maximize Well-Being*. Routledge.

Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., … y Richter, M. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *79*(5), 17r12011. https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C-L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N.A., Guenette, M., y Richter, M. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, *22*, 543-556. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0930-2

Grigoriadis, S., Wilton, A. S., Kurdyak, P. A., Rhodes, A. E., VonderPorten, E. H., Levitt, A., Cheung, A., y Vigod, S. N. (2017). Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. *Journal de l'Association Medicale Canadienne*, *189*(34), E1085-E1092. https://doi.org/10.1503/cmaj.170088

Groër, M. W. (2005). Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological Research for Nursing*, *7*(2), 106-117. https://doi.org/10.1177/1099800405280936

Grondin, F., Lomanowska, A. M., Békés, V., y Jackson, P. L. (2021). A methodology to improve eye contact in telepsychotherapy via videoconferencing with considerations for psychological distance. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3-4), 586-599. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1781596

Guardino, C. M., Dunkel Schetter, C., Bower, J. E., Lu, M. C., y Smalley, S. L. (2014). Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology & Health*, *29*(3), 334–349. https://doi.org/10.1080/08870446.2013.852670

Hadfield, K., Akyirem, S., Sartori, L., Abdul-Latif, A. M., Akaateba, D., Bayrampour, H., Daly, A., Hadfield, K., y Abiiro, G. A. (2022). Measurement of pregnancy-related anxiety worldwide: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 331. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04661-8

Hammarberg, K., Fisher, J. R., y Wynter, K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: A systematic review. *Human Reproduction Update*, *14*(5), 395–414. https://doi.org/10.1093/humupd/dmn030

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., … Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, *126*(12), 445-451. https://doi.org/10.1157/13086324

Harvison, K. W., Molfese, D. L., Woodruff-Borden, J. y Weigel, R. A. (2009). Neonatal auditory evoked responses are related to perinatal maternal anxiety. *Brain and Cognition, 71*(3), 369–74. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.06.004

Haslam, D. M., Pakenham, K. I., y Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal, 27*(3), 276-291. https://doi.org/10.1002/imhj.20092

Health Service Executive (2017). *Specialist Perinatal Mental Health Services, Model of Care for Ireland.* HSE, Dublin.

Heller, H. M., Draisma, S., y Honig, A. (2022). Construct validity and responsiveness of instruments measuring depression and anxiety in pregnancy: A Comparison of EPDS, HADS-A and CES-D. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(13), 7563. https://doi.org/10.3390/ijerph19137563

Heller, H. M., Hoogendoorn, A. W., Honig, A., Broekam, B. F. P., y van Straten, A. (2020). The effectiveness of a guided internet-based tool for the treatment of depression and anxiety in pregnancy (MamaKits online): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 22*(3), e15172. https://doi.org/10.2196/15172

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Henrichs, J., Schenk, J. J., Schmidt, H. G., Velders, F. P., Hofman, A., Jaddoe, V. W., Verhulst, F.C., y Tiemeier, H. (2009). Maternal pre-and postnatal anxiety and infant temperament. The generation R study. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, *18*(6), 556-572. https://doi.org/10.1002/icd.639

Heron, J., O'Connor, T., G., Evans, J., Golding, J., y Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*(1), 65-73. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004

Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S. A., y Carroll, M. (2018). Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(9-10), 1872-1883. https://doi.org/10.1111/jocn.14252

Hofmann, S. G., y Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(4), 621.https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0415

Huizink, A. C., Delforterie, M. J., Scheinin, N. M., Tolvanen, M., Karlsson, L., y Karlsson, H. (2016). Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(1), 125–132. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0531-2

Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. y Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, *79*(2), 81-91. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

Husain, N., Rahman, A., Husain, M., Khan, S. M., Vyas, A., Tomenson, B. y Cruickshank, K. J. (2014). Detecting depression in pregnancy: validation of EPDS in British Pakistani mothers. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *16*(6), 1085-1092. https://doi.org/10.1007/s10903-014-9981-2

Ibanez, G., Charles, M. A., Forhan, A., Magnin, G., Thiebaugeorges, O., Kaminski, M., Saurel-Cubizolles, M. J., y EDEN Mother–Child Cohort Study Group (2012). Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother-child cohort. *Early Human Development*, *88*(8), 643–649. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.01.014

Ierardi, E., Ferro, V., Trovato, A., Tambelli, R., & Riva Crugnola, C. (2019). Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. *Archives of Women's Mental Health*, *22*, 527-533. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0919-x

Insan, N., Slack, E., Heslehurst, N., y Rankin, J. (2020). Antenatal depression and anxiety and early pregnancy BMI among white British and South Asian women: retrospective analysis of data from the Born in Bradford cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 502. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03097-2

Jackson, S. E., Hackett, R. A., y Steptoe, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet. Public Health*, *4*(4), e200–e208. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30035-0

Juarez Padilla, J., Lara-Cinisomo, S., Navarrete, L., y Lara, M. A. (2020). Perinatal anxiety symptoms: Rates and risk factors in Mexican women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(1), 82. https://doi.org/10.3390/ijerph18010082

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Kamperman, A. M., Veldman-Hoek, M. J., Wesseloo, R., Robertson Blackmore, E., y Bergink, V. (2017). Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar Disorders*, *19*(6), 450–457. https://doi.org/10.1111/bdi.12523

Kang, Y. T., Yao, Y., Dou, J., Guo, X., Li, S. Y., Zhao, C. N., Han, H-Z., y Li, B. (2016). Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *International Journal of Environmental Research and Public health*, *13*(5), 468. https://doi.org/10.3390/ijerph13050468

Karamoozian, M., y Askarizadeh, G. (2015). Impact of prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on maternal anxiety and depression and newborns' Apgar scores. *Iranian Journal of Neonatology*, *6*(2), 14–23. https://doi.org/10.22038/ijn.2015.4485

Kavlak, O., Atan, S. U., Sirin, A., Sen, E., Guneri, S. E., y Dag, H. Y. (2013). Pregnant Turkish women with low income: their anxiety, health-promoting lifestyles, and related factors. *International Journal of Nursing Practice*, *19*(5), 507–515. https://doi.org/10.1111/ijn.12093

Kawano, A., y Emori, Y. (2015). The relationship between maternal postpartum psychological state and breast milk secretory immunoglobulin A level. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *21*(1), 23–30. https://doi.org/10.1177/1078390314566882

Kendall-Tackett K. A. (2007). Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma, Violence & Abuse*, *8*(3), 344–353. https://doi.org/10.1177/1524838007304406

Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L., y Howard, L. M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The Lancet. Psychiatry*, *3*(3), 233–242. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1

Kiepura, E., y Kmita, G. (2020). Antenatal depression and anxiety in primiparous Polish mothers and fathers. *Ginekologia Polska*, *91*(1), 24–28. https://doi.org/10.5603/GP.2020.0006

Kim, H. G., Mandell, M., Crandall, C., Kuskowski, M. A., Dieperink, B., y Buchberger, R. L. (2006). Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 103-107. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0117-5

Koelewijn, J. M., Sluijs, A. M., y Vrijkotte, T. G. M. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: a prospective cohort study. *BMJ Open*, *7*(5), e013413. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013413

Kornelsen, J., Stoll, K., y Grzybowski, S. (2011). Development and psychometric testing of the rural pregnancy experience scale (RPES). *Journal of Nursing Measurement*, *19*(2), 115–128. https://doi.org/10.1891/1061-3749.19.2.115

Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L., y Kogevinas, M. (2014). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(5), 711–721. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0758-z

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals*

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

of Internal Medicine, *146*(5), 317–325. https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004

Lautarescu, A., Victor, S., Lau-Zhu, A., Counsell, S. J., Edwards, A. D., y Craig, M. C. (2022). The factor structure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among perinatal high-risk and community samples in London. *Archives of Women's Mental Health*, *25*(1), 157–169. https://doi.org/10.1007/s00737-021-01153-0

Leach, L.S., Poyser, C., y Fairweather-Schmidt, K., (2017). Maternal perinatal anxiety: a review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist, 21*(1), 4–19. https://doi.org/10.1111/cp.12058

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., y Corcoran, P. (2011). Postnatal depression in first-time mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*, *25*(3), 174–184. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.08.005

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J., y Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224-231. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8

Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., y Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, *110*(5), 1102–1112. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70

Leigh, B., y Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, *8*(24). https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24

Levin, J. (1991). The Factor Structure of the Pregnancy Anxiety Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, *32*(4), 368-381. http://www.jstor.org/stable/2137104

Lewis, G., Pelosi, A. J., Araya, R., y Dunn, G. (1992). Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, *22*(2), 465–486. https://doi.org/10.1017/s0033291700030415

Li, D., Liu, L., y Odouli, R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction, 24*(1), 146-53. https://doi.org/10.1093/humrep/den342

Liang, H., y Acharya, G. (2020). Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *99*(4), 439–442. https://doi.org/10.1111/aogs.13836

Liu, Y. Q., Petrini, M., y Maloni, J. A. (2015). "Doing the month": Postpartum practices in Chinese women. *Nursing & Health Sciences*, *17*(1), 5–14. https://doi.org/10.1111/nhs.12146

Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W., y Jiang, H. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 848–856. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028

Lonstein, J. S. (2007). Regulation of anxiety during the postpartum period. *Frontiers in Neuroendocrinology*, *28*(2-3), 115-141. https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2007.05.002

López, N. (31 de julio de 2021) ¿Qué problemas de salud afectan de forma especial a las mujeres? *Heraldo.* https://www.heraldo.es/noticias/salud/2021/07/31/que-problemas-de-salud-afectan-de-forma-especial-a-las-mujeres-1506580.html

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Loughnan, S. A., Butler, C., Sie, A. A., Grierson, A. B., Chen, A. Z., Hobbs, M. J., … y Newby, J. M. (2019). A randomised controlled trial of 'MUMentum postnatal': Internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in postpartum women. *Behaviour Research and Therapy*, *116*, 94–103. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.03.001

Loughnan, S. A., Joubert, A. E., Grierson, A., Andrews, G., y Newby, J. M. (2019). Internet-delivered psychological interventions for clinical anxiety and depression in perinatal women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, *22*(6), 737–750. https://doi.org/10.1007/s00737-019-00961-9

Loughnan, S. A., Sie, A., Hobbs, M. J., Joubert, A. E., Smith, J., Haskelberg, H., Mahoney, A. E. J., Kladnitski, N., Holt, C. J., Milgrom, J., Austin, M. P., Andrews, G., y Newby, J. M. (2019). A randomized controlled trial of 'MUMentum pregnancy': Internet-delivered cognitive behavioral therapy program for antenatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, *243*, 381–390. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.057

Loughnan, S. A., Wallace, M., Joubert, A. E., Haskelberg, H., Andrews, G., y Newby, J. M. (2018). A systematic review of psychological treatments for clinical anxiety during the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, *21*(5), 481–490. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0812-7

Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1995). Depression anxiety stress scales. *Psychological Assessment*.

Loyal, D., Sutter, A. L., y Rascle, N. (2020). Screening Beyond Postpartum Depression: Occluded Anxiety Component in the EPDS (EPDS-3A) in French Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, *24*(3), 369–377. https://doi.org/10.1007/s10995-020-02885-8

Luca, D. L., Margiotta, C., Staatz, C., Garlow, E., Christensen, A., y Zivin, K. (2020). Financial toll of untreated perinatal mood and anxiety disorders among 2017 births in the United States. *American Journal of Public Health*, *110*(6), 888-896. https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305619

Ma, X.Y., Yang, D. D., Xu, Y. M., Luan, R. S., Gao, Z. F., Li, S. Y., Fan, J. P., Zhang, W-Q., y Zhou, Z. L. (2020). Prevalence and influencing factors of depression and anxiety among 322 pregnant women in Jianyang City. *Chinese Journal of Disease Control & Prevention*, 109-113.

Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., y Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *3*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.06.002

Maguire, P. N., Clark, G. I., y Wootton, B. M. (2018). The efficacy of cognitive behavior therapy for the treatment of perinatal anxiety symptoms: A preliminary meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *60*, 26–34. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.002

Maheu, M. M., Drude, K. P., Hertlein, K. M., Lipschutz, R., Wall, K., y Hilty, D. M. (2018). Correction to: An interprofessional framework for telebehavioral health competencies. *Journal of Technology in Behavioral Science*, *3*, 108-140. https://doi.org/10.1007/s41347-018-0046-6

Makara-Studzińska, M., Morylowska-Topolska, J., Sygit, K., Sygit, M., y Goździewska, M. (2013). Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, *20*(1), 195–202.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Manganaro, R., Marseglia, L., Mamì, C., Palmara, A., Paolata, A., Loddo, S., Gargano, R., Mondello, M., y Gemelli, M. (2007). Breast milk sodium concentration, sodium intake and weight loss in breast-feeding newborn infants. *British Journal of Nutrition*, *97*(2), 344-348. https://doi.org/10.1017/S0007114507280572hn

Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, *16*(1), 15-22.

Marchesi, C., Bertoni, S., y Maggini, C. (2009). Major and minor depression in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, *113*(6), 1292–1298. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181a45e90

Marchesi, C., Ossola, P., Amerio, A., Daniel, B. D., Tonna, M., y De Panfilis, C. (2016). Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 543–550. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.004

Marmorstein, N. R., Malone, S. M., y Iacono, W. G. (2004). Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1588-1594. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1588

Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., y Wittchen, H. U. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, *86*(5), 305–310. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004

Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., y Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 385–395. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012

Martini, J., Wittchen, H. U., Soares, C. N., Rieder, A., y Steiner, M. (2009). New women-specific diagnostic modules: the Composite International Diagnostic Interview for Women (CIDI-VENUS). *Archives of Women's Mental Health*, *12*(5), 281–289. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0077-2

Martini, J., Wittich, J., Petzoldt, J., Winkel, S., Einsle, F., Siegert, J., Höfler, M., Beesdo-Baum, K., y Wittchen, H. U. (2013). Maternal anxiety disorders prior to conception, psychopathology during pregnancy and early infants' development: a prospective-longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(6), 549–560. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0376-5

Matthey, S. (2008). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *25*(11), 926–931. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/da.20415

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., y Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, *74*(2), 139–147. https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00012-5

Matthey, S., Valenti, B., Souter, K., y Ross-Hamid, C. (2013). Comparison of four self-report measures and a generic mood question to screen for anxiety during pregnancy in English-speaking women. *Journal of Affective Disorders*, *148*(2-3), 347–351. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.022

Matthey, S., y Ross-Hamid, C. (2012). Repeat testing on the Edinburgh Depression Scale and the HADS-A in pregnancy: differentiating between transient and enduring distress. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2-3), 213-221. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.037

McCall-Hosenfeld, J. S., Phiri, K., Schaefer, E., Zhu, J., y Kjerulff, K. (2016). Trajectories of depressive symptoms throughout the peri-and postpartum period: results from the first

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

baby study. *Journal of Women´s Health, 25*(11), 1112-1121. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5310

Meltzer-Brody, S., y Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research.Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28*(1), 49-60. http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009

Mendoza, E. (20 de mayo de 2020). Cambios hormonales en el embarazo (y efectos emocionales y físicos). *Guiainfantil*. Disponible en: Cambios hormonales en el embarazo (y sus efectos emocionales y físicos) (guiainfantil.com)

Míguez, M. C., Fernández, V. y Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Psicologia Conductual*, *25*(1), 47-64.

Míguez, M. C., y Vázquez, M. B. (2021). Prevalence of depression during pregnancy in Spanish women: Trajectory and risk factors in each trimester. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(13), 6789. https://doi.org/10.3390/ijerph18136789.

Milgrom, J., Danaher, B. G., Gemmill, A. W., Holt, C., Holt, C. J., Seeley, J. R., Tyler, M. S., Ross, J., y Ericksen, J. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: A randomized controlled trial of mummoodbooster. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(3), e54. https://doi.org/10.2196/jmir.4993

Milgrom, J., Holt, C., Holt, C. J., Ross, J., Ericksen, J., y Gemmill, A. W. (2015). Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(5), 717–730. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0512-5

Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., y Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, *130*, 385–394. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.045

Ministerio de Sanidad (2017). Encuesta Nacional de Salud en España. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm

Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., y Swift, E. (2015). Perinatal generalized anxiety disorder: assessment and treatment. *Journal of Women's Health*, *24*(9), 762-770. https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5150

Mitchell, A. R., Gordon, H., Lindquist, A., Walker, S. P., Homer, C. S., Middleton, A., Cluver, C.A., Tong, S., y Hastie, R. (2023). Prevalence of perinatal depression in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069

Morales-Munoz, I., Ashdown-Doel, B., Beazley, E., Carr, C., Preece, C., y Marwaha, S. (2023). Maternal postnatal depression and anxiety and the risk for mental health disorders in adolescent offspring: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children cohort. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *57*(1), 82-92. https://doi.org/10.1177/00048674221082519

Morales-Muñoz, I., Saarenpää-Heikkilä, O., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Porkka-Heiskanen, T., Paunio, T., y Paavonen, E. J. (2018). The effects of maternal risk factors during pregnancy on the onset of sleep difficulties in infants at 3 months old. *Journal of Sleep Research*, *27*(5), e12696. https://doi.org/10.1111/jsr.12696

Morse, C. A., Buist, A., y Durkin, S. (2000). First-time parenthood: influences on pre-and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *21*(2), 109-120. https://doi.org/10.3109/01674820009075616

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Motrico, E., Domínguez-Salas, S., Rodríguez-Domínguez, C., Gómez-Gómez, I., Rodríguez-Muñoz, M. F., y Gómez-Baya, D. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on perinatal depression and anxiety: A large cross-sectional study in Spain. *Psicothema*, *34*(2), 200–208. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.380

Motrico, E., Mateus, V., Bina, R., Felice, E., Bramante, A., Kalcev, G., Mauri, M., Martins, S., y Mesquita, A. (2020). Good practices in perinatal mental health during the COVID-19 pandemic: A report from Task-Force RISEUP-PPD COVID-19. *Clínica y Salud*, *31*(3), 155-160. https://doi.org/10.5093/clysa2020a26

Mrazek, P. J., y Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.* National Academy Press.

Naja, S., Al Kubaisi, N., Singh, R., y Bougmiza, I. (2020). Generalized and pregnancy-related anxiety prevalence and predictors among pregnant women attending primary health care in Qatar, 2018-2019. *Heliyon*, *6*(10), e05264. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05264

Naja, S., Al Kubaisi, N., Singh, R., y Bougmiza, I. (2020). Generalized and pregnancy-related anxiety prevalence and predictors among pregnant women attending primary health care in Qatar, 2018-2019. *Heliyon*, *6*(10), e05264. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05264

Nakić Radoš, S., Tadinac, M., y Herman, R. (2018). Anxiety during pregnancy and postpartum: Course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clinica Croatica*, *57*(1), 39–51. https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.04.05

Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., y Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*, *11*, 22. https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-22

Nath, A., Venkatesh, S., Balan, S., Metgud, C. S., Krishna, M., y Murthy, G. V. S. (2019). The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India. *International Journal of Women's Health*, *11*, 241–248. https://doi.org/10.2147/IJWH.S193306

Nath, S., Ryan, E. G., Trevillion, K., Bick, D., Demilew, J., Milgrom, J., Pickles, A., y Howard, L. M. (2018). Prevalence and identification of anxiety disorders in pregnancy: the diagnostic accuracy of the two-item Generalised Anxiety Disorder scale (GAD-2). *BMJ Open*, *8*(9), e023766. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023766

National Collaborating Centre for Mental Health (2018). *The perinatal mental health care pathways. Full implementation guidance.* National Collaborating Centre for Mental Health.

National Childbirth Trust (2017). *The Hidden Half. Bringing postnatal mental illness out of hiding*. National Childbirth Trust.

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Antenatal and Postnatal Mental Health guidelines - Clinical guidelines CG192*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018). *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. Leicester (UK): British Psychological Society.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2020). *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. Leicester (UK): British Psychological Society.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Navarrete, L. E., Lara-Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., y Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación clínica*, *64*(6. II), 625-633.

Navarro, P., García-Esteve, L., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E., y Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *109*(1-2), 171–176. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.008

Navarro, P., Torres, A., Subirá, L., y Garcia-Esteve L.L. (2017). Epidemiología de los trastornos mentales perinatales. En L. Garcia-Esteve y M. Valdés (Eds.), *Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia* (pp.3-42). Editorial Médica Panamericana.

Nielsen-Scott, M., Fellmeth, G., Opondo, C., y Alderdice, F. (2022). Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *306*, 71–79. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.032

Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R. y Emilin, W. M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders, 175*, 34-52. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041

O´Hara, M. y Wisner, K. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and etiology. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology, 28*, 3-12. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., y O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *96*(8), 907–920. https://doi.org/10.1111/aogs.13138

O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., y Glover, V. (2002). 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: The Journal of Mental Science*, *180*, 502–508. https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.502

O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Glover, V., y AL Spac Study Team. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, *44*(7), 1025-1036. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00187

O'Donnell, K. J., Glover, V., Holbrook, J. D., y O'Connor, T. G. (2014). Maternal prenatal anxiety and child brain-derived neurotrophic factor (BDNF) genotype: effects on internalizing symptoms from 4 to 15 years of age. *Development and psychopathology*, *26*(4pt2), 1255-1266. https://doi.org/10.1017/S095457941400100X

OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Olivares, M. E. (2019). Trastorno mental grave perinatal. En M.F. Rodríguez-Muñoz (coord.). *Psicología perinatal. Teoría y práctica* (pp.198-218). Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (1948). *Preguntas más frecuentes*. Disponible en: https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questionsrius

Organización Mundial de la Salud (2018). *Género y salud*. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20desglose%20por%20sexo%20de,ajustados%20por%20discapacidad%20%28AVAD%29%20que%20las%20mujeres%20%284%29.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Organización Mundial de la Salud (2022a). *Trastornos mentales*. Datos y cifras. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.

Organización Mundial de la Salud (2022b). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Recuperado de: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142?_ga=2.252791369.1707140999.1715966799-1484490870.1713198781.

Organización Mundial de la Salud (2022c). *Undécima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-11. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. Regional Office for Europe (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672

Organización Mundual de la Salud (2002). *Gender and mental health*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68884/a85573.pdf?sequence=1

Osborne L. M. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, *45*(3), 455–468. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.005

Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., y García-Palacios, A. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *23*(3), 447-466.

Osma, J., Peris Baquero, O., Quilez Orden, A., Suso Ribera, C., y Crespo Delgado, E. (2021). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. En Eduardo Fonseca Pedrero (coord.**)** *Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos* (pp.201-226). Pirámide.

Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A., y Torres-Alfosea, M. Á. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, *16*(1), 46. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2

Pantlen, A., y Rohde, A. (2001). Psychologic effects of traumatic live deliveries. *Zentralblatt fur Gynakologie*, *123*(1), 42-47. https://doi.org/10.1055/s-2001-12025

Papinczak, T. A., y Turner, C. T. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*, *8*(1), 25–33.

Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., y Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*, *131*(4), e1218–e1224. https://doi.org/10.1542/peds.2012-2147

Pawluski, J.L., Lonstein, J.S., Fleming, A.S., (2017). The neurobiology of post- partum anxiety and depression. *Trends in Neurosciences, 40* (2), 106–120. doi: 10.1016/j.tins.2016.11.009.

Peltola, M. J., Mäkelä, T., Paavonen, E. J., Vierikko, E., Saarenpää-Heikkilä, O., Paunio, T., Hietanen, J., y Kylliäinen, A. (2017). Respiratory sinus arrhythmia moderates the impact of maternal prenatal anxiety on infant negative affectivity. *Developmental Psychobiology*, *59*(2), 209-216. https://doi.org/10.1002/dev.21483

Peñacoba-Puente, C., Monge, F. J., y Morales, D. M. (2011). Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *90*(9), 1030–1035. https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01208.x

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Peragallo Urrutia, R., Berger, A. A., Ivins, A. A., Beckham, A. J., Thorp, J. M., Jr, y Nicholson, W. K. (2015). Internet use and access among pregnant women via computer and mobile phone: Implications for delivery of perinatal care. *JMIR mHealth and uHealth*, *3*(1), e25. https://doi.org/10.2196/mhealth.3347

Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., y Jones, I. (2021). Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: A review. *Brain Sciences*, *11*(1), 47. https://doi.org/10.3390/brainsci11010047

Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., y Charles, M. (2009). Maternally focused worry. *Archives of Women's Mental Health*, *12*(6), 409–18. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0091-4

Poçan, A. G., Aki, O. E., Parlakgumus, A. H., Gerekliogluu, C., y Dolgun, A. B. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *46*(2), 179–194. https://doi.org/10.2190/PM.46.2.e

Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V., y Praper, P. (2014). Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, *54*(1), 45–50. https://doi.org/10.1515/sjph-2015-0006

Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamaki, R. L., Repokari, L., Vilska, S., Tiitinen, A., y Tulppala, M. (2006). Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstetrics and Gynecology*, *108*(1), 70–76. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000222902.37120.2f

Polte, C., Junge, C., von Soest, T., Seidler, A., Eberhard-Gran, M., y Garthus-Niegel, S. (2019). Impact of maternal perinatal anxiety on social-emotional development of 2-year-olds, a prospective study of Norwegian mothers and their offspring: The impact of perinatal anxiety on child development. *Maternal and Child Health Journal*, *23*, 386-396. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2684-x

Ponti, L., Ghinassi, S., y Tani, F. (2022). Spontaneous and induced labor: association with maternal well-being three months after childbirth. *Psychology, Health & Medicine*, *27*(4), 896-901. https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1956554

Pop, V. J., Pommer, A. M., Pop-Purceleanu, M., Wijnen, H. A., Bergink, V., y Pouwer, F. (2011). Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *11*, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-80

Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., Rapa, E., y Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and Anxiety*, *30*(6), 506–514. https://doi.org/10.1002/da.22040

Putnick, D. L., Sundaram, R., Bell, E. M., Ghassabian, A., Goldstein, R. B., Robinson, S. L., Vafai, Y., Gilman, S.E., y Yeung, E. (2020). Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, *146*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2020-0857

Qiao, Y. X., Wang, J., Li, J., y Ablat, A. (2009). The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *The Australian y New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *49*(2), 185–190. https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.00966.x

Răchită, A. I. C., Strete, G. E., Sălcudean, A., Ghiga, D. V., Rădulescu, F., Călinescu, M., Nan, A. G., Sasu, A. B., Suciu, L. M., & Mărginean, C. (2023). Prevalence and risk factors of depression and anxiety among women in the last trimester of pregnancy: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *59*(6), 1009. https://doi.org/10.3390/medicina59061009

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Rai, S., Pathak, A., y Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, *57*(Suppl 2), S216. https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481

Rash, J. A., Campbell, T. S., Letourneau, N., y Giesbrecht, G. F. (2015). Maternal cortisol during pregnancy is related to infant cardiac vagal control. *Psychoneuroendocrinology*, *54*, 78–89. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.01.024

Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., y Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, *113*(1-2), 77–87. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.003

Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., y Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(6), 459–468. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x

Redshaw, M., y Henderson, J. (2013). From antenatal to postnatal depression: associated factors and mitigating influences. *Journal of Women's Health*, *22*(6), 518-525. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4152

Rees, S., Channon, S., y Waters, C. S. (2019). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(2), 257–280. https://doi.org/10.1007/s00787-018-1173-5

Reid, H., Power, M., y Cheshire, K. (2009). Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress. *British Journal of Midwifery*, *17*(8), 501-508. https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.8.43643

Remes, O., Brayne, C., Van Der Linde, R., y Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, *6*(7), e00497. https://doi.org/10.1002/brb3.497

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., y Arbabisarjou, A. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing:JOGNN*, *49*(2), 127–136. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001

Rico, M. A. G., Rodríguez, A. J. M., Díez, S. M. U., y Real, M. C. M. (2010). Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. *Progresos de Obstetricia & Ginecología*, *53*(7), 273-279. https://doi.org/10.1016/j.pog.2010.03.004

Richter, N., y Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infant Behavior & Development*, *36*(4), 498–506. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.04.007

Rius, M. (20 de diciembre de 2013). La salud según el género. *La vanguardia*. https://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20131220/54397328987/la-salud-segun-el-genero.html

Roca, A., Imaz, M. L., Torres, A., Plaza, A., Subirà, S., Valdés, M., Martin-Santos, R., y Garcia-Esteve, L. (2013). Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, *150*(3), 807–813. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.040

Rodríguez-Mora, Á., Del Río, F. J., Mallat, I., Gemar, E., Barrilado, L., Fernández, A., y Hervías, F. (2022). Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en una muestra universitaria. *Acción Psicológica*, *19*(2), 97-114.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Rodríguez-Muñoz, M. F., Ruiz-Segovia, N., Soto-Balbuena, C., Le, H. N., Olivares-Crespo, M. E., y Izquierdo-Méndez, N. (2020). The psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-4 for Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(20), 7583. https://doi.org/10.3390/ijerph17207583

Roesch, S. C., Schetter, C. D., Woo, G., y Hobel, C. J. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety, Stress y Coping*, *17*(1), 87-102. https://doi.org/10.1080/1061580031000123667

Ross, L. E., y McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(8), 1285–1298. https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0818

Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A. y Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(6), 414-418. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2011.590606

Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., y Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(3), 221–228. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0409-0

Salehi, F., Pourasghar, M., Khalilian, A., y Shahhosseini, Z. (2016). Comparison of group cognitive behavioral therapy and interactive lectures in reducing anxiety during pregnancy: A quasi experimental trial. *Medicine*, *95*, 20–22. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005224

Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios [The psychometric properties of a spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in a university students sample]. *Ansiedad y Estrés*, *9*(1), 59–84.

Sari, D. N., Diatri, H., Siregar, K., y Pratomo, H. (2021). Adaptation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Indonesian version: Self-reported anxiety and depression symptoms in pregnant womenadaptation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Indonesian version: Self-reported anxiety and depression symptoms in pregnant women. *Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences*, *9(*B), 1654-1659.https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7783

Savory, N. A., Hannigan, B., John, R. M., Sanders, J., y Garay, S. M. (2021). Prevalence and predictors of poor mental health among pregnant women in Wales using a cross-sectional survey. *Midwifery*, *103*, 103103. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103103

Sawyer, A., Ayers, S., y Smith, H. (2010). Pre-and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *123*(1-3), 17-29. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.027

Senturk, V., Abas, M., Berksun, O., y Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. BMC Psychiatry, 11, 48. https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-48

Shahhosseini, Z., Pourasghar, M., Khalilian, A., y Salehi, F. (2015). A review of the effects of anxiety during pregnancy on children's health. *Materia Socio-Medica*, *27*(3), 200–202. https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.200-202

Shao, S. S., Huang, K., Yan, S. Q., Zhu, P., Hao, J. H., y Tao, F. B. (2021). A cohort study of maternal pregnancy-related anxiety at different trimesters and infants' neurobehavioral development. *Zhonghua yu fang yi xue za zhi [Chinese Journal of Preventive Medicine]*, *55*(2), 177–183. https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112150-20200713-00998

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Shlomi Polachek, I., Huller Harari, L., Baum, M., y Strous, R. D. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *51*(2), 128–134.

Sikkema, J. M., Robles de Medina, P. G., Schaad, R. R., Mulder, E. J., Bruinse, H. W., Buitelaar, J. K., Visser, G. H., y Franx, A. (2001). Salivary cortisol levels and anxiety are not increased in women destined to develop preeclampsia. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*(1), 45–49. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00208-7

Simhi, M., Sarid, O., y Cwikel, J. (2019). Preferences for mental health treatment for post-partum depression among new mothers. *Israel Journal of Health Policy Research*, *8*(1), 84. https://doi.org/10.1186/s13584-019-0354-0

Simpson, W., Glazer, M., Michalski, N., Steiner, M., y Frey, B. N. (2014). Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *59*(8), 434–440. https://doi.org/10.1177/070674371405900806

Smith, H. C., Saxena, S., y Petersen, I. (2020). Postnatal checks and primary care consultations in the year following childbirth: an observational cohort study of 309 573 women in the UK, 2006-2016. *BMJ open*, *10*(11), e036835. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036835

Smith, M. V, Shao, L., Howell, H., Lin, H. y Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a healthy start project. *Maternal and Child Health Journal*, *15*(3), 401-409. https://doi.org/10.1007/s10995-010-0595-6

Smith-Nielsen, J., Egmose, I., Wendelboe, K. I., Steinmejer, P., Lange, T., y Vaever, M. S. (2021). Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety? *BMC Psychology*, *9*(1), 118. https://doi.org/10.1186/s40359-021-00623-5

Sockol L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *177*, 7–21. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052

Solchany J.A. (2001) *Promoting maternal mental health during pregnancy: Theory, practice and intervention.* Washington, DC: NCAST Programs.

Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., y Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *51*(2), 100-113. https://doi.org/10.1177/070674370605100206

Soto-Balbuena, C., Kovacheva, K., y Rodríguez-Muñoz, M.F. (2022). Ansiedad durante el embarazo y postparto. En M.F. Rodríguez-Muñoz y R.A. Caparrós González (coords.). *Psicología perinatal en entornos de salud* (pp.39-51). Pirámide.

Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. F., Escudero Gomis, A. I., Ferrer Barriendos, F. J., Le, H. N., y Pmb-Huca, G. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, *30*(3), 257–263. https://doi.org/10.7334/psicothema2017.379

Soto-Balbuena, C., Rodríguez-Muñoz, M. F., y Le, H. N. (2021). Validation of the Generalized Anxiety Disorder screener (GAD-7) in Spanish pregnant women. *Psicothema*, *33*(1), 164–170. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.167

Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual of State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psichologists Press.

Spielberger C.D. (1972). *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research*. Vol. II. Academic Press.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Hornyak, R., y McMurray, J. (2000). Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *183*(3), 759–769. https://doi.org/10.1067/mob.2000.106580

Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., Surbek, D., y Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(4), 211-224. https://doi.org/10.1080/01674820600804276

Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., y Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, *28*(3), 179–193. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003

Stefana, A., Cena, L., Trainini, A., Palumbo, G., Mirabella, F., y Gigantesco, A. (2023). Development of a short version of the Spielberger state and trait anxiety inventory for pregnant women. http://dx.doi.org/10.31234/osf.io/vtgbj

Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., Goodwin, J., Murray, L., Cortina-Borja, M., y Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother–infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(4), 795. https://doi.org/10.1037/a0026847

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., . . . Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, *384*(9956), 1800-1819. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0

Stewart, R. E., y Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(4), 595. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016032

Stojanow, K., Rauchfuss, M., Bergner, A., y Maier, B. (2017). Anxiety in high-and low-risk pregnancies and its influence on perinatal outcome. *Mental Health & Prevention*, *6*, 51-56. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.03.001

Stuebe, A. M., Grewen, K., Pedersen, C. A., Propper, C., y Meltzer-Brody, S. (2012). Failed lactation and perinatal depression: common problems with shared neuroendocrine mechanisms? *Journal of women's health (2002)*, *21*(3), 264–272. https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3083

Sun, F., Zhu, J., Tao, H., Ma, Y., y Jin, W. (2020). A systematic review involving 11,187 participants evaluating the impact of COVID-19 on anxiety and depression in pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *42*(2), 91-99. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1857360ya

Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcesche, V., Glatigny-Dallay, E., y Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *19*(8), 459–463. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Swalm, D., Brooks, J., Doherty, D., Nathan, E., y Jacques, A. (2010). Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, *13*(6), 515–522. https://doi.org/10.1007/s00737-010-0170-6

Taylor, B. L., Cavanagh, K., y Strauss, C. (2016). The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *11*, 1–29. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155720

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., y Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1-3), 142-148. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005

Tejero, A., Guimera, E.M., Farre, J.M., y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 13*(5), 233-238

Tendais, I., Costa, R., Conde, A. y Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *Spanish Journal of Psychology*, *17*, 7. https://doi.org/10.1017/sjp.2014.7

Thomas, N., Komiti, A., y Judd, F. (2014). Pilot early intervention antenatal group program for pregnant women with anxiety and depression. *Archives of Women's Mental Health*, *17*, 503–509. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0447-2

Tibu, F., Hill, J., Sharp, H., Marshall, K., Glover, V., y Pickles, A. (2014). Evidence for sex differences in fetal programming of physiological stress reactivity in infancy. *Development and Psychopathology*, *26*(4 Pt 1), 879–888. https://doi.org/10.1017/S0954579414000194

Tietz, A., Zietlow, A. L., y Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(5), 433–442. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x

Toler, S., Stapleton, S., Kertsburg, K., Callahan, T. J., y Hastings-Tolsma, M. (2018). Screening for postpartum anxiety: A quality improvement project to promote the screening of women suffering in silence. *Midwifery*, *62*, 161–170. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.016

Toreki, A., Ando, B., Kereszturi, A., Sikovanyecz, J., Dudas, R. B., Janka, Z., … Pal, A. (2013). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery*, *29*(4), 308-315. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.011

Townshend, K., Caltabiano, N. J., Powrie, R., y O'Grady, H. (2018). A preliminary study investigating the effectiveness of the caring for body and mind in pregnancy (CBMP) in reducing perinatal depression, anxiety and stress. *Journal of Child and Family Studies*, *27*, 1556-1566. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0978-z

Tragea, C., Chrousos, G. P., Alexopoulos, E. C., y Darviri, C. (2014). A randomized controlled trial of the effects of a stress management programme during pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine*, *22*(2), 203-211. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.01.006

Treacy, A., Robson, M. y O'Herlihy, C. (2006). Dystocia increases with advancing maternal age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *195*(3), 760-763. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.05.052

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C. y Bottéro, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(2), 157-165. https://doi.org/10.1080/10673220902891802

Uddenberg, N., y Englesson, I. (1978). Prognosis of postpartum mental disturbance. A prospective study of primiparous women and their 4 1/2-year-old children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *58*(3), 201–212. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1978.tb06933.x

Uguz, F., Gezginc, K., Kayhan, F., Cicek, E., y Kantarci, A. H. (2012). Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: A case-control study. *General Hospital Psychiatry*, *34*(4), 398–402. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.03.021

Uguz, F., Gezginc, K., Kayhan, F., Sari, S., y Büyüköz, D. (2010). Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*, *32*(2), 213–215. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.11.002

Uguz, F., Yakut, E., Aydogan, S., Bayman, M. G., y Gezginc, K. (2019). Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case-control study with a large sample size. *Psychiatry Research*, *272*, 316–318. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.129

Umuziga, M. P., Adejumo, O., y Hynie, M. (2020). A cross-sectional study of the prevalence and factors associated with symptoms of perinatal depression and anxiety in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 68. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2747-z

Val, A., y Míguez, M. C. (2023). Prevalence of antenatal anxiety in European women: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1098. https://doi.org/10.3390/ijerph20021098

van Bussel, J. C., Spitz, B., y Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1-3), 232–242. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.018

van de Loo, K. F. E., Vlenterie, R., Nikkels, S. J., Merkus, P. J. F. M., Roukema, J., Verhaak, C. M., Roeleveld, N., y van Gelder, M. M. H. J. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*, 45(4), 478–489. https://doi.org/10.1111/birt.12343

Van den Bergh, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal y Perinatal Psychology y Health*, *5*(2), 119–130.

van der Zee-van den Berg, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., y Reijneveld, S. A. (2021). Postpartum depression and anxiety: A community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, *286*, 158–165. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.062

van Heyningen, T., Honikman, S., Myer, L., Onah, M. N., Field, S., y Tomlinson, M. (2017). Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(6), 765–775. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0768-z

Vázquez, M. B. y Míguez, M. C. (2019). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *Journal of Affective Disorders*, *246*, 515-521. https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.12.075

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Vázquez, M. B., Pereira, B., y Míguez, M. C. (2018). Psychometric properties of the Spanish version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ). *The Spanish Journal of Psychology*, *21*, E64. https://doi.org/10.1017/sjp.2018.67

Vázquez, M. B., y Míguez, M. C. (2021). Spanish brief version of the pregnancy related anxiety questionnaire: PRAQ-20. *Clínica y Salud*, *32*(1), 15-21. https://doi.org/10.5093/clysa2020a22

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., y Khalife, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *35*(3), 84–91. https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.947953

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., y Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *65*(7), 805–815. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805

Viswasam, K., Berle, D., Milicevic, D., y Starcevic, V. (2021). Prevalence and onset of anxiety and related disorders throughout pregnancy: A prospective study in an Australian sample. *Psychiatry Research*, *297*, 113721. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113721

Viswasam, K., Eslick, G.D., y Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, *255*, 27-40. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.016

Wang, X., Xie, J., Wu, Y., Wu, X., Yan, S., Xu, Y., Zhu, P., Hao, J., Tao, F., y Huang, K. (2021). Gender-specific effect of pregnancy-related anxiety on preschooler's emotional and behavioral development: A population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *279*, 368–376. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.014

Waqas, A., Raza, N., Lodhi, H. W., Muhammad, Z., Jamal, M., y Rehman, A. (2015). Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator? *PloS One*, *10*(1), e0116510. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116510

Ware, J. E., Jr, y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*(6), 473–483.

Warriner, S., Crane, C., Dymond, M., y Krusche, A. (2018). An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). *Midwifery*, *64*, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.004

Waters, C. S., Annear, B., Flockhart, G., Jones, I., Simmonds, J. R., Smith, S., Traylor, C., y Williams, J. F. (2020). Acceptance and Commitment Therapy for perinatal mood and anxiety disorders: A feasibility and proof of concept study. *The British Journal of Clinical Psychology*, *59*(4), 461–479. https://doi.org/10.1111/bjc.12261

Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., Gordon, I., Azulay, H., Kuint, J., y Feldman, R. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Archives of Women's Mental Health*, *13*(6), 505–513. https://doi.org/10.1007/s00737-010-0169-z

Weng, S. C., Huang, J. P., Huang, Y. L., Lee, T. S., y Chen, Y. H. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, *16*, 623–016–3254–z. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3254-z

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., y Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(3), 295–311. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Wenzel, A., y Stuart, S. C. (2011). *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment*. American Psychological Association.

Westerneng, M., Witteveen, A. B., Warmelink, J. C., Spelten, E., Honig, A., y de Cock, P. (2017). Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Comprehensive Psychiatry*, *75*, 6–13. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.02.002

Wijma, K., Wijma, B., y Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *19*(2), 84–97. https://doi.org/10.3109/01674829809048501

Wittchen, H. U., y Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders: Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ–15). *The British Journal of Psychiatry*, *173*(S34), 10-17. https://doi.org/10.1192/S000712500029346X

Wittchen, H.U., Zaudig, M., y Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe. https://hdl.handle.net/11858/00-001M-0000-000E-AAB2-2.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., y Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *219*, 86-92. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003

Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., y Brown, S.J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: Implications for primary health care. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *122*(3), 312-321. https://doi.org/10.1111/1471-0528.12837

Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F., y Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: A pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 1–16. https://doi.org/10.1186/s12884-014-0369-z

Yali, A. M., y Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *20*(1), 39–52. https://doi.org/10.3109/01674829909075575

Yan, H., Ding, Y., y Guo, W. (2020). Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, *11*, 617001. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001

Yang, M., Jia, G., Sun, S., Ye, C., Zhang, R., y Yu, X. (2019). Effects of an Online Mindfulness Intervention Focusing on Attention Monitoring and Acceptance in Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *64*(1), 68–77. https://doi.org/10.1111/jmwh.12944

Yang, M., Zhou, X., Ye, C., Li, J., Sun, S., y Yu, X. (2022). Emphasizing mindfulness training in acceptance relieves anxiety and depression during pregnancy. *Psychiatry Research*, *312*, 114540. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114540

Yanikkerem, E., Ay, S., Mutlu, S. y Goker, A. (2013). Antenatal depression: Prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. The *Journal of the Pakistan Medical Association*, *63*(4), 472-477.

Yazdanimehr, R., Omidi, A., Sadat, Z., y Akbari, H. (2016). The effect of mindfulness-integrated cognitive behaviour therapy on depression and anxiety among pregnant

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

women: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, *5*(3), 195–204. https://doi.org/10.15171/jcs.2016.021

Yelland, J., Sutherland, G., y Brown, S. J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, *10*, 771. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-771

Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., … y Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *83*, 101932. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932

Ystrom, E., Niegel, S., Klepp, K. I., y Vollrath, M. E. (2008). The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, *152*(1), 68–72. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.06.005

Yu, Y., Li, M., Pu, L., Wang, S., Wu, J., Ruan, L., … Jiang, W. (2017). Sleep was associated with depression and anxiety status during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(5), 695–701. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-017-0754-5

Zanardo, V., Gasparetto, S., Giustardi, A., Suppiej, A., Trevisanuto, D., Pascoli, I., y Freato, F. (2009). Impact of anxiety in the puerperium on breast-feeding outcomes: role of parity. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *49*(5), 631-634. https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819e6446

Zanardo, V., Nicolussi, S., Favaro, F., Faggian, D., Plebani, M., Marzari, F., y Freato, F. (2001). Effect of postpartum anxiety on the colostral milk beta-endorphin concentrations of breastfeeding mothers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *21*(2), 130–134. https://doi.org/10.1080/01443610020026001

Zappas, M. P., Becker, K., y Walton-Moss, B. (2021). Postpartum anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, *17*(1), 60-64. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.017

Zar, M., Wijma, K., y Wijma, B. (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, *9*(2), 122-130. https://doi.org/10.1002/cpp.305

Zemestani, M., y Fazeli Nikoo, Z. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: A randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, *23*, 207–214. https://doi.org/10.1007/s00737-019-00962-8

Zeng, Y., Cui, Y., y Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, *15*, 66. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0452-7

Zhang, D., Jin, L., Liang, D., Geng, R., Liu, Y., Ling, Y., Jiang, F., y Zhang, Y. (2020). Assessing feasibility of an early childhood intervention using mobile phones among low-income mothers of newborns: Qualitative interview study. *JMIR Formative Research*, *4*(5), e17179. https://doi.org/10.2196/17179

Zhang, J. Y., Cui, Y. X., Zhou, Y. Q., y Li, Y. L. (2019). Effects of mindfulness-based stress reduction on prenatal stress, anxiety and depression. *Psychology, Health & Medicine*, *24*(1), 51–58. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1468028

Zhang, S., Huang, X., y Tan, H. (2013). *Zhong nan da xue xue bao.* [Prenatal anxiety and cesarean section with non-medical indication]. *Journal of Central South University. Medical Sciences*, *38*(10), 1070–1074. https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-7347.2013.10.015

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Zaslavsky, A. M., Fann, J. R., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., y Williams, M. A. (2015). Diagnostic Validity of the Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) among Pregnant Women. *PloS One*, *10*(4), e0125096. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125096

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

VII. ANEXOS

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ANEXO 1. Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral Técnica

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia do Servizo Galego de Saúde

galicia

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE SANTIAGO-LUGO

Catalina Caamaño Isorna, Vicesecretaria del Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo,

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 20 de julio de 2021 el estudio:

Título: Detección, factores de riesgo y abordaje de la ansiedad perinatal
Versión: v2 y HIP/CI versión 2 de 30/06/2021
Promotor/a: María del Carmen Míguez Varela
Investigador/a: Alba Val Noguerol
Código de Registro:2021/183

Y que este Comité, tomando en consideración la pertinencia del estudio, el conocimiento disponible, los requisitos legales aplicables y los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité, emite un dictamen **FAVORABLE** para la realización del citado estudio.

NOTA: Se le recuerda que en el caso de que en este estudio se recluten pacientes, el equipo investigador debe tener disponible el Documento de Consentimiento Informado (Hojas de Información y Hojas de Firma) tanto en *galego* como en castellano en el momento de comenzar el reclutamiento.

Xacobeo 21·22

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ANEXO 2. Consentimiento informado del estudio 1

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Somos un grupo de investigación de la Universidad de Santiago de Compostela que estamos realizando un estudio sobre la ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO.

Por este motivo, solicitamos la colaboración en calidad de (gestante/puérpera), mediante la cumplimentación de una serie de cuestionarios en el embarazo y a lo largo del postparto.

Para cualquier duda o consulta al respecto puede ponerse en contacto con la responsable de la investigación, la Profesora Dra. Mª Carmen Míguez en el teléfono 881813740 o en el correo electrónico mcarmen.miguez@usc.es

La información que proporcione será totalmente confidencial y solo será utilizada con fines científicos.

Muchas gracias por su colaboración.

La abajo firmante otorga su consentimiento para poder analizar los datos proporcionados en los cuestionarios de esta investigación.

En _____ , a _____de _____de 20 ___



Nombre y firma de la participante:

_____

Nombre y firma de la investigadora:

_____

ANEXO 3. Consentimiento informado estudio 2

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Somos un grupo de investigación de la Universidad de Santiago de Compostela que estamos realizando un estudio sobre la ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO Y SU ABORDAJE.

Por este motivo, solicitamos la colaboración en calidad de gestante, mediante la cumplimentación de una serie de cuestionarios durante el embarazo y el postparto y, la participación en una intervención. La intervención se desarrollará de forma grupal en siete sesiones que tendrán lugar semanalmente a través de videoconferencias.

Para cualquier duda o consulta al respecto puede ponerse en contacto con la responsable de la investigación, la Profesora Dra. Mª Carmen Míguez en el teléfono 881813740 o en el correo electrónico mcarmen.miguez@usc.es

La información que proporcione será totalmente confidencial y solo será utilizada con fines científicos.

Muchas gracias por su colaboración.

La abajo firmante otorga su consentimiento para poder analizar los datos proporcionados en los cuestionarios e intervención de esta investigación.

En _____ a__de _____ de 20 ____



Nombre y firma de la participante:

_____

Nombre y firma de la investigadora:

_____

ANEXO 4. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y Subescala de Ansiedad (EDS-3A)

EPDS. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a **cómo se ha sentido en los ULTIMOS 7 DÍAS**, no solamente a como se siente hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
- □ Tanto como siempre
- □ No tanto ahora
- □ Mucho menos
- □ No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer
- □ Tanto como siempre
- □ Algo menos de lo que solía hacer
- □ Definitivamente, menos que antes
- □ No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
- □ Sí, la mayoría de las veces
- □ Sí, algunas veces
- □ No muy a menudo
- □ No, nunca

4. He estado ansiosa o preocupada sin motivo
- □ No, para nada
- □ Casi nada
- □ Sí, a veces
- □ Sí, a menudo

5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin motivo alguno
- □ Sí, bastante
- □ Sí, a veces
- □ No, no mucho
- □ No, nada

6. Las cosas me oprimen o me agobian
- □ Sí, la mayor parte de las veces
- □ Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
- □ No, casi nunca
- □ No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
- □ Sí, la mayoría de las veces
- □ Sí, a veces
- □ No muy a menudo
- □ No, nada

8. Me he sentido triste o desgraciada
- □ Sí, casi siempre
- □ Sí, bastante a menudo
- □ No muy a menudo
- □ No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando
- □ Sí, casi siempre
- □ Sí, bastante a menudo
- □ Sólo en ocasiones
- □ No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma
- □ Sí, bastante a menudo
- □ A veces
- □ Casi nunca
- □ No, nunca

● Ítems de la subescala de ansiedad (EDS-3A)

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ANEXO 5. Escala de Ansiedad por Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

GAD-7. Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los ÚLTIMOS 15 DÍAS:

	Nunca	**Menos de la mitad de los días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Se ha sentido nerviosa, ansiosa o muy alterada	0	1	2	3
2. No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan intranquila que no podía estarse quieta	0	1	2	3
6. Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ANEXO 6. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

STAI. A continuación, le presentamos varias frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **COMO SE SIENTE USTED AHORA MISMO.**

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada	0	1	2	3
2. Me siento segura	0	1	2	3
3. Estoy tensa	0	1	2	3
4. Estoy contrariada	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterada	0	1	2	3
7. Estoy preocupada por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansada	0	1	2	3
9. Me siento angustiada	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí misma	0	1	2	3
12. Me siento nerviosa	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada	0	1	2	3
14. Me siento atada "como oprimida"	0	1	2	3
15. Estoy relajada	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha	0	1	2	3
17. Estoy preocupada	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **COMO SE SIENTE USTED EN GENERAL,** en la mayoría de las ocasiones.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansada	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultaes se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo de masiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí misma	0	1	2	3
13. Me siento segura	0	1	2	3
14. No puedo afrontar las crisis o las dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólica)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecha	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada	0	1	2	3

ANEXO 7. Cuestionario de ansiedad específica del embarazo (PRAQ-20)

PRAQ. A continuación, le presentamos varias frases que hacen referencia a preocupaciones habituales durante el embarazo. **INDIQUE EN UNA ESCALA DE 1 A 5 LA PUNTUACIÓN QUE MEJOR REFLEJE SU GRADO DE PREOCUPACIÓN ACTUAL**	**Nada**	**Casi nada**	**Algo**	**Bastante**	**Mucho**
1. Tengo miedo de que mi bebé sufra algún daño cerebral o discapacidad mental.	1	2	3	4	5
2. Temo que los movimientos del feto o la ausencia de ellos sean anormales.	1	2	3	4	5
3. Tengo miedo de que mi bebé muera después de nacer.	1	2	3	4	5
4. Aunque conozco los avances médicos en relación al parto temo que pueda morir durante el mismo.	1	2	3	4	5
5. Temo que mi feto tenga alguna malformación.	1	2	3	4	5
6. Me da miedo el dolor durante la dilatación y el parto.	1	2	3	4	5
7. Tengo miedo a la muerte y a la pérdida de un ser querido.	1	2	3	4	5
8. Me preocupa que mi cuerpo no recupere su figura habitual después del embarazo.	1	2	3	4	5
9. Temo que mi bebé no esté sano.	1	2	3	4	5
10. Me preocupan mis cambios repentinos de humor.	1	2	3	4	5
11. Me preocupa convertirme en una persona demasiado centrada en mí misma.	1	2	3	4	5
12. Me preocupa mi irritabilidad.	1	2	3	4	5
13. Estoy preocupada por mi aspecto físico poco atractivo.	1	2	3	4	5
14. Tengo miedo al parto.	1	2	3	4	5
15. Me preocupa que pueda gritar y perder el control durante el parto.	1	2	3	4	5
16. Me da miedo perder mucha sangre durante el parto.	1	2	3	4	5
17. Estoy un poco preocupada porque nuestro bebé pueda no ser guapo y temo la reacción de los demás.	1	2	3	4	5
18. A veces me preocupa que convertirme en madre me cambie mucho y, por ejemplo, me haga sentir mayor.	1	2	3	4	5
19. Me preocupa haber ganado tanto peso.	1	2	3	4	5
20. Me preocupa que tengamos que renunciar a muchas cosas por el bebé.	1	2	3	4	5

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ANEXO 8. Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación en relación al **grado de satisfacción con el apoyo recibido**	**Mucho menos de lo que deseo**	**Menos de lo que deseo**	**Ni mucho ni poco**	**Casi como deseo**	**Tanto como deseo**
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en la cama	1	2	3	4	5

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ANEXO 9. Cuestionario de satisfacción

El siguiente cuestionario se evalúa de 1 a 5, siendo: 1 = "totalmente en desacuerdo"; 2 = "en desacuerdo"; 3= "ni de acuerdo ni en desacuerdo"; 4= "algo de acuerdo" y 5= "totalmente de acuerdo".

	1	2	3	4	5
Las sesiones empleadas han sido suficientes					
La duración de las sesiones ha sido suficiente					
La frecuencia de las sesiones, una a la semana, le ha parecido adecuada					
Los contenidos impartidos eran apropiados					
Se pueden extrapolar las técnicas aprendidas a su vida diaria					
Las actividades que se han realizado le han parecido interesantes					
Se han resuelto sus dudas de forma adecuada					
Está satisfecha con la persona que aplicó el programa					
Considera que el programa le ha sido útil					
Cuál es tu valoración general del programa de 1 a 10, dónde 1 es la peor valoración y 10 la mejor. **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**					
Aspecto del programa que le ha resultado más útil:					
Aspecto del programa que le ha resultado menos útil:					
¿Cree que se debería abordar algún aspecto más? ¿Cuál?					
Aspectos a mejorar:					

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5-TR. . 18
Tabla 2. Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo con entrevista clínica por trimestre y país. 26
Tabla 3. Prevalencia de la ansiedad durante el embrazo según el STAI por trimestre y país. .. 39
Tabla 4. Prevalencia de la ansiedad durante el embrazo según el STAI por país. 30
Tabla 5. Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo según la HADS-A y la GAD por trimestre y país. 32
Tabla 6. Prevalencia de la ansiedad específica del embarazo por trimestre y país. 34
Tabla 7. Factores de riesgo asociados a la ansiedad durante el embarazo. 41
Tabla 8. Prevalencia de la ansiedad postparto con entrevista clínica por país. 45
Tabla 9. Prevalencia de la ansiedad postparto con instrumentos de autoinforme por instrumento y país. 47
Tabla 10. Factores de riesgo asociados a la ansiedad postparto. 54
Tabla 11. Comparación entre consecuencias de la ansiedad general y la ansiedad específica del embarazo. 59
Tabla 12. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal. 77
Tabla 13. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia cognitivo conductual basadas en el mindfulness para la ansiedad perinatal. 82
Tabla 14. Intervenciones psicológicas terapéuticas de mindfulness para la ansiedad perinatal. 83
Tabla 15. Intervenciones psicológicas terapéuticas de terapia de aceptación y compromiso para la ansiedad perinatal. 86
Tabla 16. Intervenciones psicológicas terapéuticas que comparan y/o combinan varios enfoques para la ansiedad perinatal. 87
Tabla 17. Intervenciones psicológicas preventivas de terapia cognitivo conductual para la ansiedad perinatal. 94
Tabla 18. Intervenciones psicológicas preventivas de terapia cognitivo conductual basadas en el mindfulness para la ansiedad perinatal. 95
Tabla 19. Intervenciones psicológicas preventivas de mindfulness para la ansiedad perinatal. 96
Tabla 20. Intervenciones psicológicas preventivas que comparan y/o combinan varios enfoques para la ansiedad perinatal. 97
Tabla 21. Características sociodemográficas de la muestra en el embarazo. 119
Tabla 22. Situación laboral de la muestra por trimestres. 119
Tabla 23. Influencia del embarazo en la situación laboral. 120
Tabla 24. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo. .. 120
Tabla 25. Efecto de la pandemia por COVID-19 sobre la muestra. 121
Tabla 26. Descripción de la muestra en función de los cambios debidos al COVID-19 en comparación con gestaciones anteriores (n = 119). 122
Tabla 27. Complicaciones en el embarazo. 123
Tabla 28. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas. 124

USC DE COMPOSTELA

Tabla 29. Variables psicológicas por trimestres. 125
Tabla 30. Valores de especificidad, sensibilidad, valores predictivos positivos y negativo para diferentes puntos de corte de la EDS-3A en el embarazo general para la ansiedad generalizada. 125
Tabla 31. Valores de especificidad, sensibilidad, valores predictivos positivos y negativos para diferentes puntos de corte de la EDS-3A en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo para la ansiedad generalizada. 126
Tabla 32. Valores de especificidad, sensibilidad, valores predictivos positivos y negativo para diferentes puntos de corte de la EDS-3A en el posparto para la ansiedad generalizada. .. 127
Tabla 33. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de variables sociodemográficas. 129
Tabla 34. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo. 130
Tabla 35. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de variables psicológicas. 131
Tabla 36. Predictores de la sospecha de ansiedad en el embarazo. 132
Tabla 37. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de variables sociodemográficas. 133
Tabla 38. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo. 133
Tabla 39. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de variables psicológicas. 134
Tabla 40. Predictores del trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo. 135
Tabla 41. Variables estudiadas en relación con la sospecha de ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo. 136
Tabla 42. Características sociodemográficas de la muestra en el postparto. 137
Tabla 43. Situación laboral e influencia de la maternidad en la situación laboral. 138
Tabla 44. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo. .. 139
Tabla 45. Descripción de la muestra en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto. 140
Tabla 46. Complicaciones relacionadas con el parto. 141
Tabla 47. Presencia de complicaciones relacionadas con el parto, enfermedades y/o malformaciones en el/a recién nacido/a y necesidad de hospitalización. 142
Tabla 48. Decisión de la madre con respecto a la lactancia materna y alimentación del recién nacido/a. 142
Tabla 49. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas. 144
Tabla 50. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de variables sociodemográficas. 146
Tabla 51. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo. 147
Tabla 52. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto. 147

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 53. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de variables psicológicas. 148
Tabla 54. Predictores de sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto. 149
Tabla 55. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de variables sociodemográficas. 150
Tabla 56. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo. 150
Tabla 57. Características de las mujeres con sospecha de a los 6 meses postparto en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto. 151
Tabla 58. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de variables psicológicas. 152
Tabla 59. Predictores de sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto. 153
Tabla 60. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de variables sociodemográficas. 154
Tabla 61. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo. 155
Tabla 62. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de las variables relacionadas con el parto y el postparto. 155
Tabla 63. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de variables psicológicas. 157
Tabla 64. Predictores de sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto. 158
Tabla 65. Variables estudiadas en relación con la sospecha de ansiedad en el postparto. 159
Tabla 66. Desarrollo general de las sesiones. 196
Tabla 67. Descripción de las sesiones. 198
Tabla 68. Características sociodemográficas de la muestra (N = 74). 212
Tabla 69. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo. .. 213
Tabla 70. Efecto de la pandemia por COVID-19 sobre la muestra. 214
Tabla 71. Descripción de la muestra en función de los cambios debidos al COVID-19 en comparación con gestaciones anteriores (n = 24). 214
Tabla 72. Descripción de la muestra en función de los antecedentes psicológicos /psiquiátricos propios y de la familia. 215
Tabla 73. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas. 216
Tabla 74. Puntuaciones medias en las evaluaciones pre, post y en los seguimientos. 217
Tabla 75. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación de forma pareada en base a las puntuaciones medias. 220
Tabla 76. Porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión en las evaluaciones pre, post y en los seguimientos. 221
Tabla 77. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación de forma pareada en base a las frecuencias. 223
Tabla 78. Medias entre las evaluaciones pre, post y en los seguimientos en el grupo de riesgo. 225
Tabla 79. Medias entre las evaluaciones pre, post y en los seguimientos en el grupo de no riesgo. 225

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla 80. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación en el grupo de riesgo en base a las puntuaciones medias. 230
Tabla 81. Nivel de significación y tamaño del efecto entre los diferentes momentos de evaluación en el grupo de no riesgo en base a las puntuaciones medias. 231
Tabla 82. Sesiones completadas. 233
Tabla 83. Satisfacción con la intervención. 234

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Momentos e instrumentos de evaluación en el embarazo y postparto. 115
Figura 2. Prevalencia de la ansiedad a lo largo del embarazo con diferentes instrumentos. 128
Figura 3. Prevalencia de la ansiedad específica del embarazo a lo largo del embarazo. 128
Figura 4. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad en el embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y ansiedad específica del embarazo. 131
Figura 5. Características de las mujeres con trastorno de ansiedad generalizada en el embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva, ansiedad rasgo y ansiedad específica del embarazo. 135
Figura 6. Prevalencia de la ansiedad en el postparto con diferentes instrumentos. 145
Figura 7. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 2 meses postparto en función de los niveles de satisfacción en el embarazo y el parto. 148
Figura 8. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función del grado de satisfacción con el embarazo y el parto. 151
Figura 9. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 6 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva y ansiedad rasgo. 153
Figura 10. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto. 156
Figura 11. Características de las mujeres con sospecha de ansiedad a los 12 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en sintomatología depresiva. 157
Figura 12. Evolución de la ansiedad en función del momento e instrumento de evaluación. ... 161
Figura 13. Flujo de participantes a lo largo del estudio. 203
Figura 14. Momentos e instrumentos de evaluación. 209
Figura 15. Puntuaciones medias en ansiedad según la EDS-3A en los diferentes momentos. .. 218
Figura 16. Puntuaciones medias en ansiedad según la GAD-7 en los diferentes momentos. ... 218
Figura 17. Puntuaciones medias en ansiedad específica según la PRAQ-20 en los diferentes momentos. 219
Figura 18. Puntuaciones medias en ansiedad según el STAI-E en los diferentes momentos. ... 219
Figura 19. Porcentaje de mujeres que presentan sintomatología ansiosa elevada con la EDS-3A antes, al finalizar la intervención y en los seguimientos. 221
Figura 20. Porcentaje de mujeres que presentan TAG antes, al finalizar la intervención y en los seguimientos. 222
Figura 21. Puntuaciones medias en sintomatología depresiva en los diferentes momentos. 222
Figura 22. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad con la EDS-3A en función del grupo de riesgo. 226
Figura 23. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad con la GAD-7 en función del grupo de riesgo. 227
Figura 24. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad con el STAI-E en función del grupo de riesgo. 227

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Figura 25. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad específica con la PRAQ-20 en función del grupo de riesgo. 228
Figura 26. Evolución de las puntuaciones medias obtenidas con la EPDS en función del grupo de riesgo. 229
Figura 27. Tasa de participación y abandonos. 232
Figura 28. Valoración del programa (de 1 a 10). 235

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Se realizaron dos estudios. En el primero se evaluó a 317 mujeres embarazadas y a 115 en el primer año postparto, para conocer la prevalencia de la ansiedad en la etapa perinatal con diferentes instrumentos de evaluación y los factores de riesgo asociados. La prevalencia en el embarazo se sitúo en torno al 19,6% y en el postparto al 13,5%. Destacan como variables predictoras de la ansiedad las variables psicológicas. En el segundo estudio se aplicó una intervención psicológica a 62 mujeres con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad en el embarazo. Se encontró que ésta disminuía significativamente tras la intervención. Los resultados de ambos estudios muestran una elevada prevalencia de ansiedad en la mujer durante la etapa perinatal y la eficacia de una intervención psicológica para reducir dichos niveles.