



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.3821>

## Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021

### Prevalence of the risk of depression and worry in pregnant women in the context of the COVID-19 pandemic in Antioquia, Colombia, 2020-2021

*Silvia Lucia Gaviria-Arbeláez, MD, MSc<sup>1</sup>; Alina Uribe-Holguín, MD<sup>2</sup>; Liana Sirley Gil-Castaño<sup>1</sup>; Silvia Elena Uribe-Bravo<sup>1</sup>; Luz Elena Serna-Galeano<sup>1</sup>; Carolina Álvarez-Mesa, MD<sup>1</sup>; Robinson Palacio-Moná<sup>1</sup>; Sandra María Vélez-Cuervo, MD, MSc<sup>1</sup>*

Recibido: 31 de enero de 2022/Aceptado: 10 de mayo de 2022

## RESUMEN

**Objetivos:** describir la prevalencia de los síntomas de depresión y las preocupaciones que afectaron a las gestantes durante la pandemia por COVID-19.

**Materiales y métodos:** estudio transversal descriptivo, se incluyeron mujeres gestantes, con acceso a un medio tecnológico (celular, computador o tableta) y conectividad a internet, residentes en Antioquia, Colombia. Se excluyeron mujeres con analfabetismo literario y tecnológico. Se encuestaron, en línea, las condiciones sociodemográficas y clínicas basales y las principales preocupaciones generadas por la pandemia, además se aplicó la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir el riesgo de depresión. Se usó el software Jamovi para el procesamiento y análisis estadístico.

**Resultados:** se encuestaron 345 mujeres gestantes de 15 a 44 años, se identificó una prevalencia de riesgo de depresión en 30,4 % de las mujeres encuestadas. Se identificó violencia intrafamiliar en el 4,9 % y ausencia de red de apoyo en el 8,4 %. Se

encontraron como mayores preocupaciones temor a ser separadas del bebé el día del parto, la posibilidad de no tener acompañante durante el parto, y temor al contagio por los efectos en el bebé in útero o en el recién nacido.

**Conclusiones:** los síntomas de depresión han sido frecuentes en las mujeres gestantes durante la pandemia del COVID-19. Es importante averiguar por factores de estrés y síntomas de depresión en el control prenatal, el parto y el postparto. Se requieren nuevos estudios locales que evalúen otros trastornos de salud mental que se hayan podido incrementar durante la pandemia por COVID-19.

**Palabras clave:** embarazo, COVID-19, salud mental, depresión.

## ABSTRACT

**Objectives:** To describe the prevalence of symptoms of depression and worry affecting pregnant women during the COVID-19 pandemic.

**Material and methods:** Descriptive cross-sectional study that included pregnant women with access to a technological device (mobile phone, computer or tablet) and Internet connection, living in Antioquia, Colombia. Women with literary and

\* Correspondencia: Sandra María Vélez-Cuervo, departamento de obstetricia y ginecología, Universidad de Antioquia. Calle 64 Carrera 51D Bloque 12, segundo piso. Medellín, Antioquia, Colombia. Teléfono: (+57 4) 219 25 15, 219 25 17. Correo electrónico: smaria.velez@udea.edu.co

1. Grupo Nacer: salud sexual y reproductiva. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).  
2. Clínica de la Mujer, Bogotá (Colombia).

technological illiteracy were excluded. An online survey was conducted to gather information about sociodemographic and baseline clinical conditions and the main concerns caused by the pandemic. Additionally, the Edinburg Depression Scale (EPDS) was applied in order to measure the risk of depression. The Jamovi software was used for data processing and statistical analysis.

**Results:** Overall, 345 pregnant women between 15 and 44 years of age were surveyed, with the finding of a 30.4 % prevalence of the risk of depression. Domestic violence and absence of a support network were identified in 4.9 % and 8.4 % of cases. The major sources of worry were the fear of being separated from their babies on the day of birth, the possibility of having to be alone during childbirth, and the fear of contagion due to potential effects on the fetus or the newborn.

**Conclusions:** Depression symptoms have been frequent among pregnant women during the COVID-19 pandemic. It is important to inquire about stress factors and depression symptoms during prenatal visits, childbirth and the postpartum period. Additional local studies are needed to assess other mental health disorders that may have increased during the COVID-19 pandemic.

**Keywords:** pregnancy, COVID-19, mental health, depression.

## INTRODUCCIÓN

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa de alta transmisibilidad y un problema de salud pública mundial. Fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia de salud pública internacional el 30 de enero de 2020 y como pandemia el 11 de marzo de 2020 (1). Las autoridades de salud a nivel internacional y de los gobiernos locales tomaron múltiples medidas para controlar la pandemia, tales como ordenar cuarentena, apoyo económico a los grupos vulnerables, cierre de viajes internacionales, uso de mascarillas para evitar la propagación del virus, entre otras (2,3).

Se ha descrito que la imposición de la cuarentena para el control de las pandemias tiene importantes

cambios en la en la salud mental de la población (4), con especial impacto en los grupos de población más vulnerable, no tanto por un incremento en la frecuencia de las alteraciones mentales sino por tener menos acceso a los servicios de salud requeridos (5). Las mujeres gestantes constituyen un grupo con mayor vulnerabilidad para enfermar tanto física como psicológicamente (6), lo cual puede deberse a los cambios fisiológicos que se dan en la gestación y a una mayor sensibilidad a emociones durante este periodo (7), como ejemplo se tiene la depresión perinatal; es uno de los problemas más comunes de morbilidad materna, con una prevalencia de 12 % y aun mayor en países de bajos y medianos ingresos (25 %) (8,9).

Varios estudios realizados en gestantes durante la pandemia de COVID-19 han mostrado un incremento en los niveles percibidos de estrés, alteraciones en el patrón del sueño, disminución en la calidad de vida y aumento en la frecuencia de depresión y ansiedad (10-12). Estas alteraciones estarían explicadas por preocupaciones por la salud materna y la del feto, problemas económicos, las nuevas formas de atención en salud (telemedicina), la limitación en el acceso a los servicios de atención prenatal y posnatal, y los servicios de salud mental, que pueden generar angustia y aumentar el nivel de estrés y el riesgo de presentar enfermedad mental. Estudios realizados en Suecia y China durante la pandemia por COVID-19 en población gestante informan que las preocupaciones pueden superar la capacidad de adaptación de las gestantes; lo cual, a su vez, conduce a un aumento en la incidencia de ansiedad y depresión perinatal (13,14).

Es poca la información sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de mujeres gestantes en Colombia y en la región. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es hacer una aproximación a la magnitud del problema de la salud mental en mujeres gestantes en Colombia en este periodo de pandemia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

*Diseño:* estudio transversal descriptivo. Se incluyeron mujeres quienes al momento de responder la

encuesta se encontraban en cualquier trimestre de gestación, contaban con acceso a un medio tecnológico (celular, computador o tableta) y conectividad a internet, quienes aceptaron participar firmando así el consentimiento informado. Se excluyeron mujeres con analfabetismo literario y tecnológico, y ausencia de datos para su contacto. La población residía en el Valle de Aburrá, subregión del Departamento de Antioquia, Colombia, afiliadas a la empresa aseguradora Savia Salud del régimen subsidiado por el Estado en el Sistema de seguridad social en Colombia (Empresa Administradora de Planes de Beneficios-EAPB), que tiene la mayor proporción de afiliados en este Departamento. La encuesta fue aplicada entre noviembre de 2020 y marzo de 2021. El tamaño de muestra se calculó en 323 gestantes con una frecuencia del desenlace esperada de 30 %, una precisión del 5 % y una confianza del 95 %. La frecuencia esperada de depresión perinatal fue resultado de un consenso del grupo investigador, teniendo en cuenta que en países de bajos y medianos ingresos la prevalencia es mayor y que la población de estudio estaría expuesta a situaciones de mayor estrés generadas por la pandemia (15,16). Se realizó muestreo consecutivo de quienes aceptaron participar.

*Procedimiento:* a partir de la base de datos de las mujeres gestantes asistentes al control prenatal y sus datos de contacto que la EAPB entregó a los investigadores, bajo los principios de confidencialidad, se verificaron aquellas que cumplían con los criterios de inclusión-exclusión. Estas fueron invitadas a participar a través de una comunicación enviada por vía electrónica, por este canal se dio aceptación de participación y la firma del consentimiento informado. A las participantes seleccionadas se les aplicó una encuesta de manera virtual mediante el navegador *web* de *Google*.

La encuesta diseñada constaba de preguntas para la caracterización sociodemográfica, antecedentes clínicos de salud mental, conocimientos de COVID-19 y embarazo, identificación de prácticas protectoras y de autocuidado. También fueron evaluadas las preocupaciones de las participantes con relación a

la pandemia aplicando una escala de calificación de Likert, donde 1 corresponde a no estar preocupada y 5 a estar extremadamente preocupada. Además, se aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), que es la herramienta de tamización de depresión más utilizada en la atención perinatal y que está diseñada para ser autoaplicada (17,18). Esta herramienta ya había sido validada en Colombia en una población en la ciudad de Cartagena. El estudio de validación tuvo limitaciones por el tamaño de la muestra y porque fue aplicada a un sector de la población (19). En América Latina ha sido validada la escala de Edimburgo al español en Perú, entre otros países (20) y Chile (21), y se utilizó como punto de corte para riesgo de depresión el puntaje de 12 según la validación hecha en ese país.

Previo a la aplicación de la encuesta en las gestantes, se realizó una prueba piloto donde participaron más de 90 mujeres que asistían a la consulta psiquiátrica en la Clínica de la Mujer, en Bogotá; se evidenció que la encuesta fue clara, se agregaron otras variables y se hicieron ajustes en algunas preguntas que lo requerían. Se dio la opción de asesoría telefónica y de consultar en su Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) asignada, en caso de que lo requirieran. Antes de iniciar cada sección de la encuesta se dieron explicaciones del diligenciamiento de la misma y se dispuso del apoyo de auxiliares administrativos para soporte. La información fue almacenada en *Google Drive* en una cuenta con protección institucional y posteriormente fue exportada a *Microsoft Excel*.

*Variables a medir.* Sociodemográficas: edad, región de residencia, escolaridad, ocupación, estado civil, régimen de afiliación al sistema de salud, número de hijos a su cargo. Antecedentes clínicos: trimestre de gestación, antecedente de enfermedad mental y tratamiento requerido, información sobre COVID-19 y embarazo, quién dio la información. Identificación de actividades de autocuidado, apoyo a la gestante y antecedente de violencia en el hogar durante la pandemia (física, verbal, sexual, psicológica). Preocupaciones respecto al control prenatal, el parto y el bienestar y salud del neonato: en el componente de

la EPDS se consideraron con riesgo de depresión las gestantes que alcanzaron un puntaje igual o mayor a 12, y sin riesgo de depresión quienes estaban por debajo de este puntaje.

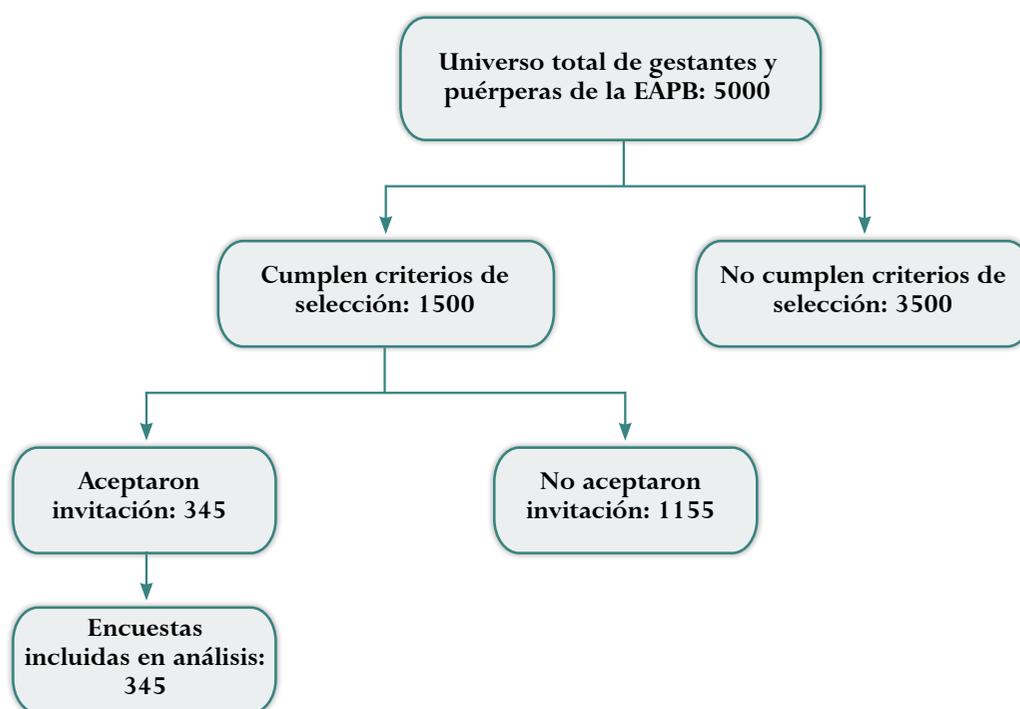
*Análisis estadístico:* la información se exportó a una base de datos de *Office-Excel* y posteriormente al programa *Jamovi* versión 1.2.27.0 para el análisis estadístico. Se realizó análisis descriptivo de las variables cuantitativas por medio de medidas de tendencia central y dispersión, y las cualitativas por medio de frecuencias absolutas y relativas con su respectivo intervalo de confianza del 95 %; se presentan en tablas y gráficos.

*Aspectos éticos:* se garantizó la confidencialidad de la información y la privacidad de las participantes. El

estudio fue aprobado por el comité de Bioética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Se solicitó la firma del consentimiento informado para la participación formal de las gestantes.

## RESULTADOS

Se contó con una base de datos de 5.000 gestantes, de ellas 1.500 cumplieron los criterios de inclusión-exclusión; todas se invitaron a participar, de estas aceptaron finalmente 345 mujeres que continuaban en gestación y que respondieron de manera voluntaria la encuesta. Para el análisis de la información se tuvieron en cuenta las respuestas de las 345 encuestas respondidas (Figura 1).



**Figura 1.** Flujograma de selección de población para el estudio.

**Fuente:** elaboración propia.

En cuanto a las características sociodemográficas de las participantes, la edad media fue 25 años (rango: 15 a 44 años) el 15 % de las gestantes que participaron tenían entre 15 y 19 años, el 33,6 % de las mujeres no tenían pareja (n=116). Respecto

a los antecedentes clínicos, el 51,9 % (n=179) de las gestantes cursaban su primera gestación, el 9 % estaba en el primer trimestre de embarazo, el 18 % informaba que había tenido depresión o ansiedad durante su vida (Tabla 1).

**Tabla 1.**  
**Características sociodemográficas y clínicas de mujeres gestantes entrevistadas para riesgo de depresión durante la pandemia COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020- 2021.**

| Variable  | Total   |      |
|---|---------|------|
|   | n (345) | %    |
| <b>Región residencia</b>  |         |      |
| Rural   | 81      | 23,5 |
| Urbana  | 264     | 76,5 |
| <b>Estudios finalizados</b>   |         |      |
| Bachillerato  | 199     | 57,7 |
| Post Universitario  | 2       | 0,6  |
| Primaria  | 37      | 10,7 |
| Técnico   | 78      | 22,6 |
| Universitario   | 29      | 8,4  |
| <b>Ocupación</b>  |         |      |
| Ama de Casa   | 147     | 42,6 |
| Con empleo o independiente  | 53      | 15,4 |
| Desempleada   | 86      | 24,9 |
| Estudiante  | 59      | 17,1 |
| <b>Seguridad social</b>   |         |      |
| EPS contributivo  | 43      | 12,5 |
| EPS subsidiado  | 299     | 86,7 |
| Prepagada/Póliza de salud   | 3       | 0,9  |
| <b>Trimestre de gestación</b>   |         |      |
| Primer trimestre  | 31      | 9,0  |
| Segundo trimestre   | 163     | 47,2 |
| Tercer trimestre  | 151     | 43,8 |
| <b>Número de hijos menores a su cargo</b>                                   |         |      |
| Cero hijos  | 179     | 51,9 |
| Un hijo   | 108     | 31,3 |
| Dos hijos   | 41      | 11,9 |
| Tres hijos  | 15      | 4,3  |
| Cuatro hijos  | 2       | 0,6  |
| <b>¿Alguna vez le han dado tratamiento para los nervios o la depresión?</b> |         |      |
| Sí, Medicamentos  | 16      | 4,6  |
| Sí, Medicamentos y tratamiento psicológico                                  | 10      | 2,9  |
| Sí, tratamiento psicológico   | 28      | 8,1  |
| No he recibido tratamiento  | 291     | 84,3 |
| <b>¿Alguna vez le han dicho que tiene?</b>                                  |         |      |
| Depresión o ansiedad  | 62      | 18,0 |
| Otro tipo de diagnóstico psiquiátrico diferente a depresión o ansiedad      | 11      | 3,2  |

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos recopilados en esta investigación.

Respecto a los conocimientos y prácticas acerca de la pandemia por COVID-19, el 87 % de las gestantes informó haber tomado medidas para prevenir el contagio, tales como la higiene de manos, uso del tapabocas y procurar el distanciamiento social; así mismo, informaron haber considerado medidas de bienestar como hacer ejercicio físico, buscar ayuda espiritual, meditación, manualidades, entre otras. El 7,2 % recibió atención por psicología o psiquiatría. Un 33,9 % de las participantes afirma no haber recibido información acerca del COVID-19 y embarazo, el 8,4 % percibía no tener red de apoyo y el 4,9 % haber sido víctima de violencia en el hogar durante la pandemia.

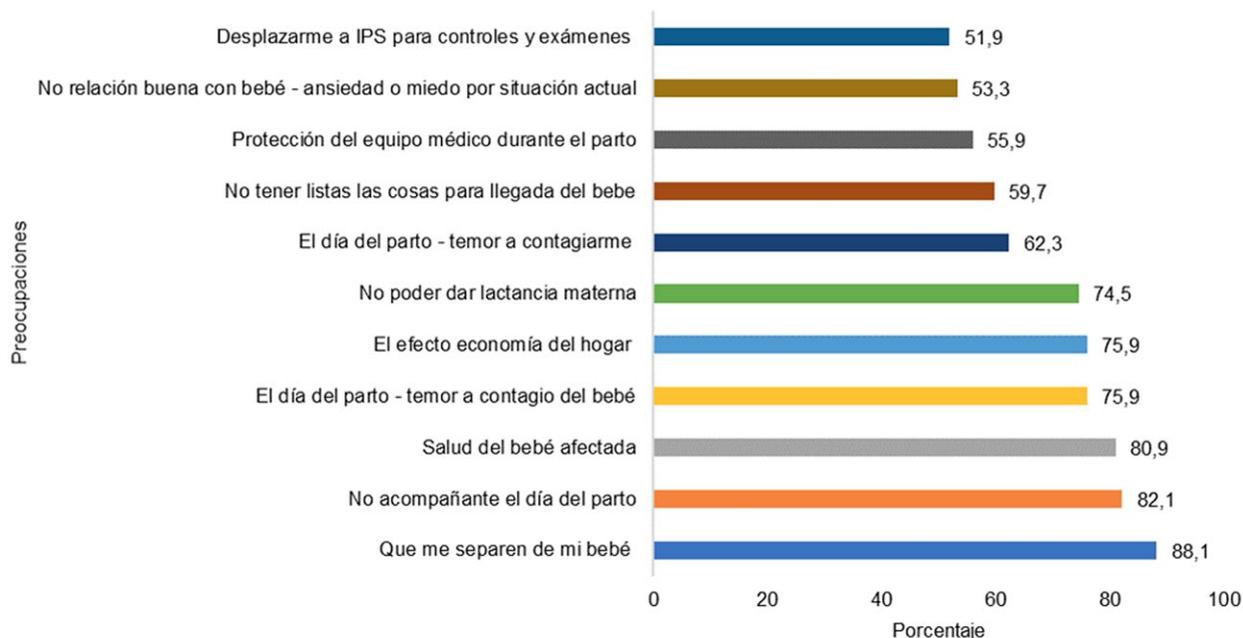
Respecto a la prevalencia del riesgo de depresión en la población a estudio, fue del 30,4 %. El 8,4 % de las mujeres tuvieron una respuesta afirmativa en el ítem de haber pensado en hacerse daño en los últimos 7 días.

Se halló que las preocupaciones más frecuentes fueron las relacionadas con la salud y bienestar del neonato, los problemas económicos, la atención del parto y, por último, los problemas de desplazamiento para los controles (Figura 2).

Algunas madres fueron separadas de sus hijos una vez se producía el nacimiento debido a la falta de guías de manejo y el desconocimiento respecto al comportamiento del virus. Otra preocupación altamente prevalente fue el temor al contagio del bebé. Las madres estaban más preocupadas por el posible contagio de sus hijos que el de ellas mismas (75,9 % vs 36,9 %, respectivamente).

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio indican que el 30,4 % de las participantes presentó riesgo de depresión. Por otra parte, se identifica una importante percepción de haber tenido ansiedad y depresión en algún momento previo a la gestación (18 %), alta frecuencia de medidas de autocuidado (87 %), falta de apoyo social (8 %) y violencia intrafamiliar (94,7 %) e importante preocupación por el bienestar y la salud del neonato en el marco de la pandemia.



**Figura 2.** Preocupaciones de las gestantes por causa de la pandemia COVID-19, Antioquia, Colombia, 2020 – 2021. **Fuente:** elaboración propia a partir de los datos recopilados en esta investigación.

Los resultados de esta indagación acerca de la percepción de depresión por medio de encuesta en línea es similar a la informada en 293 mujeres gestantes postparto en México, mayores de 18 años, a quienes se aplicó la escala de depresión postparto de Edimburgo con una prevalencia de síntomas del 39 % (IC 95 %: 32-43 %) (22).

En Colombia se informó un estudio multicéntrico que incluyó 946 mujeres gestantes en 6 ciudades, a quienes se les realizó una entrevista vía *web* entre abril y mayo de 2020 con el fin de conocer síntomas de depresión y ansiedad. No mencionan el instrumento que utilizaron; sin embargo, informan una prevalencia de síntomas del 25,4 % (23). Por otra parte, en Irán se realizó una encuesta en línea aplicada a 205 mujeres gestantes, se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), allí se informa una prevalencia de síntomas de depresión en el 32 % de la población entrevistada (24). En los países desarrollados se informa una frecuencia similar, en Canadá, por ejemplo, se encuestaron en línea a 1987 participantes, se aplicó la escala de Edimburgo con una prevalencia de síntomas del 37 % (25). Sin embargo, en una revisión rápida de la literatura, Ahmad et al.

incluyen 17 estudios que utilizaron diferentes escalas para evaluar el riesgo de depresión; se informa una prevalencia de síntomas del 56 % para Turquía, y 58 % en España (26).

Respecto a los factores generadores de estrés, los hallazgos de este estudio son similares a los informados por Leben en Canadá, en cuanto a que la preocupación por las amenazas que representa el COVID-19 para la salud del neonato, el no recibir el control prenatal adecuado y el aislamiento social se asociaron a una mayor frecuencia de depresión y ansiedad (25). Así mismo, Basu et al. en un estudio transnacional llevado a cabo en 6.894 participantes de 18 a 46 años en 64 países (27) entre mayo y junio del 2020, identificaron que las preocupaciones relacionadas con el embarazo y el parto, el riesgo de que el bebé contrajera COVID-19 y la falta de apoyo social se asoció a altos niveles de ansiedad y depresión. Estos autores informan que el 93 % de las pacientes siguieron las recomendaciones de lavado de manos, y 85 % el uso de máscaras para la prevención de transmisión de la infección; no obstante, estas actitudes no modificaron los niveles de ansiedad o depresión. Las preocupaciones económicas también fueron fuente

de estrés. Moyer, en una muestra de 2.747 mujeres gestantes entrevistadas en línea informa que el 63 % tenía temor de perder el trabajo o quedarse sin ingresos, el otro 37 % informó estrés por un incremento en el número de conflictos en la familia (28). Respecto a la violencia intrafamiliar, los datos de este estudio son similares a los informados por Teshome et al. en Etiopia, quien realizó un estudio de 464 mujeres gestantes; los autores informan que hasta el 7 % de las participantes fueron víctimas de violencia de pareja íntima (29). Por otra parte, Kotlar et al. en una revisión de alcance sobre el impacto de la pandemia en la salud materna e infantil, informan que aunque no hay datos con representatividad epidemiológica del incremento de la violencia doméstica en las gestantes, sí hay informes de incremento en el número de llamadas a líneas de atención de emergencias, informes de policía, así como también estudios en población no representativa de la población, tanto en países de altos, medios y bajos ingresos (30).

Como limitaciones de este estudio se tiene que el muestreo fue por conveniencia, lo que limita la generalización de los datos y un alto riesgo de sesgos de selección (no respondedores). No se controlaron otros factores que podrían generar estrés en el embarazo, como las patologías propias que afectan a la madre o al feto, lo que podría sobrestimar el efecto del COVID-19 como fuente de estrés. Como fortalezas se tiene el uso de la escala de Edimburgo para gestantes validada al español, lo que permite tener una aproximación estandarizada a los síntomas de depresión y el uso de los métodos digitales para hacer la encuesta, dadas las limitaciones para tener el relacionamiento persona a persona durante la pandemia.

## CONCLUSIONES

Los síntomas de depresión han sido frecuentes en las mujeres gestantes durante la pandemia del COVID-19. El personal que brinda atención a mujeres gestantes durante este periodo de pandemia debe explorar los motivos de preocupación generadores de estrés de las gestantes e informar adecuadamente sobre los riesgos para ella y el neonato, así como también buscar y detectar situaciones intrafamiliares relacionadas. Se requiere hacer la evaluación de la aplicación en

línea de herramientas para confirmar el diagnóstico de ansiedad y depresión, como también el efecto de intervenciones educativas y de otros métodos de reducción del estrés en la gestación.

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a:

La Dra. Gladis Adriana Vélez-Álvarez por impulsar y apoyar la investigación mientras fue directora del grupo Nacer hasta su muerte en el año 2021.

Las mujeres afiliadas a Savia Salud EPS que compartieron su experiencia de gestación en tiempos de pandemia por COVID-19, de esta manera han contribuido para que otras mujeres puedan gozar de nuevas estrategias para mantener su salud mental y cursar con una gestación más armoniosa y saludable. A la EAPB Savia Salud por facilitar la información que permitiera realizar la investigación. Se espera que estos resultados orienten la toma de decisiones favorables para la salud mental de su población gestante en tiempos de pandemia.

A la Universidad de Antioquia por facilitar los medios para desarrollar la investigación y favorecer la gestión del conocimiento como uno de sus pilares misionales.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report –51. Geneva: WHO; 2020. 9 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
3. OECD. The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government. Paris: OECD; 2020. 94 p. Disponible en: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government-d3e314e1/>
4. Freedland KE, Dew MA, Sarwer DB, Burg MM, Hart TA, Ewing SWF, et al. Health psychology in the time of

- COVID-19. *Heal Psychol.* 2020;39(12):1021–5. <https://doi.org/10.1037/hea0001049>
5. Eaton J, Rahman A, Gater R, Saxena S, Hammerich A, Saeed K. From adversity to resilience in the COVID-19 era: strengthening mental health systems in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Heal J.* 2020;26(10):1148–50. <https://doi.org/10.26719/2020.26.10.1148>
  6. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Maternal Psychological Distress, Prenatal Cortisol, and Fetal Weight. *Psychosom Med.* 2006;68(5):747–53. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b>
  7. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2021;18(1):162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
  8. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Martín JPB, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord.* 2015;175:18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
  9. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235–48. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
  10. López-Morales H, del Valle MV, Canet-Juric L, Andrés ML, Galli JI, Poó F, et al. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2021;295:113567. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113567>
  11. Wu Y-T, Zhang C, Liu H, Duan C-C, Li C, Fan J-X, et al. Perinatal Depression of Women Along with 2019 Novel Coronavirus Breakout in China. *SSRN Electron J.* 2020. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3539359>
  12. Thapa SB, Mainali A, Schwank SE, Acharya G. Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(7):817–8. <https://doi.org/10.1111/aogs.13894>
  13. Ho-Fung C, Andersson E, Hsuan-Ying H, Acharya G, Schwank S. Self-reported mental health status of pregnant women in Sweden during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):260. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04553-x>
  14. Hu M, Zhou Y, Xue M, Ren Y, Li S, Wang R, et al. The prevalence and correlates of peripartum depression in different stages of pregnancy during COVID-19 pandemic in China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):114. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04428-1>
  15. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(10):973–82. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
  16. Herba CM, Glover V, Ramchandani PG, Rondon MB. Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(10):983–92. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30148-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30148-1)
  17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782–6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
  18. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119(5):350–64. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x>
  19. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2007;58(4):277–83. <https://doi.org/10.18597/rcog.437>
  20. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. [Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale]. *Actas Esp Psiquiatr.* 30(2):106–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12028943>
  21. Alvarado R, Jadresic E, Guajardo V, Rojas G. First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(4):607–12. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0466-z>
  22. Suárez-Rico BV, Estrada-Gutierrez G, Sánchez-Martínez M, Perichart-Perera O, Rodríguez-Hernández C,

- González-Leyva C, et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4627. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094627>
23. Parra-Saavedra M, Villa-Villa I, Pérez-Olivo J, Guzman-Polania L, Galvis-Centurion P, Cumplido-Romero Á, et al. Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;151(2):203–8. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13348>
  24. Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngyknd S, Mirghafourvand M. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol*. 2020;8(1):99. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00464-8>
  25. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020;277:5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
  26. Ahmad M, Vismara L. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7112. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137112>
  27. Basu A, Kim HH, Basaldua R, Choi KW, Charron L, Kelsall N, et al. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. Kamperman AM, editor. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249780>
  28. Moyer CA, Compton SD, Kaselitz E, Muzik M. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(6):757–65. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01073-5>
  29. Teshome A, Gudu W, Bekele D, Asfaw M, Enyew R, Compton SD. Intimate partner violence among prenatal care attendees amidst the COVID-19 crisis: The incidence in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;153(1):45–50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13566>
  30. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18(1):10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Silvia Lucia Gaviria-Arbeláez: elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información, revisión del contenido intelectual, aprobación de la versión enviada a proceso editorial y participación en el diseño del material gráfico.

Alina Uribe-Holguín: elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información, revisión del contenido intelectual, aprobación de la versión enviada a proceso editorial y participación en el diseño del material gráfico.

Liana Sirley Gil-Castaño: elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición y procesamiento de la información, revisión del contenido intelectual, aprobación de la versión enviada a proceso editorial y participación en el diseño del material gráfico.

Silvia Elena Uribe-Bravo: elaboración del documento, revisión del contenido intelectual, interpretación y análisis de datos y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

Luz Elena Serna-Galeano: elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información, interpretación y análisis de datos y revisión del contenido intelectual.

Carolina Álvarez-Mesa: elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información y revisión del contenido intelectual.

Robinson Palacio-Moná: elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información y revisión del contenido intelectual.

Sandra María Vélez-Cuervo: revisión bibliográfica y del contenido intelectual, revisión, validación, interpretación y análisis de datos, desarrollo del manuscrito y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron ninguna fuente de financiación.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.