

Mujeres en contexto de COVID: entre la crisis económica y sanitaria*

*Women in the context of COVID:
between the economic and health crisis*

Ormart, Elizabeth¹; Dlabach, Sofía²; Pasquali Evelyn³

RESUMEN

Durante la pandemia por SARS-COV-2 se ha debatido sobre la necesidad de priorizar la salud o la economía. Esta disyuntiva nos impulsó a indagar el impacto de la crisis sanitaria y la económica causada por dicha pandemia en un grupo de embarazadas argentinas (N=175)-y un grupo control de mujeres no embarazadas en edad reproductiva (N=169)- encontrando así que ambas cuestiones que parecen dicotómicas, no lo son; antes bien, tienen un impacto estresor muy fuerte en las mujeres. Sin embargo, nos hemos propuesto comprender las complejas vinculaciones existentes entre mujeres y pandemia, intentando visibilizar un sistema de intersecciones entre relaciones laborales, familiares, económicas y sanitarias. La posibilidad de tener un trabajo en relación de dependencia, que no puedan perder con la crisis económica por su estado de embarazo funciona como factor protector en el grupo experimental, al que se suman los espacios abiertos en los hogares, la posibilidad de realizar teletrabajo evitando el uso de transporte e incrementando las horas disponibles para el sueño u otras actividades.

Palabras clave: Crisis sanitaria y económica, COVID, Estrés, Embarazo

ABSTRACT

During the SARS-COV-2 pandemic, there has been debate about the need to prioritize health or economy. This dilemma prompted us to investigate the impact of the health and economic crisis caused by this pandemic in a group of Argentine pregnant women (N=175) -and a control group of non-pregnant women of reproductive age (N=169) - thus finding that both questions that seem dichotomous are not; rather, they have a very strong stressful impact on women. However, we have proposed to understand the complex links between women and the pandemic, trying to make visible a system of intersections between labor, family, economic and health relationships. The possibility of having a job in a dependency relationship, which they cannot lose due to the economic crisis due to their state of pregnancy, works as a protective factor in the experimental group, to which are added the open spaces in homes, the possibility of teleworking avoiding the use of transportation and increasing the hours available for sleep or other activities.

Keywords: Health and economic crisis, COVID, Stress, Pregnancy

1. Introducción

El 11 de marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró la propagación de una nueva cepa del virus SARS-Cov -popularmente llamado "coronavirus"- como pandemia. En la actualidad, no existen aún estudios conclusivos respecto del origen del SARS-COV-2, el cual tuvo sus primeras manifestaciones clínicas en la ciudad de Wuhan, China durante el mes de diciembre de 2019, presentando un síndrome respiratorio agudo grave (López Morales, H., Del Valle, M.V., & Canet-Juric, L., 2020).

El rápido avance de la enfermedad entre las diferentes regiones del continente asiático y, posteriormente, la emergencia de brotes en el resto del mundo, alertó a la comunidad científica sobre la necesidad de tomar decisiones socio-políticas en materia de medidas sanitarias, que los distintos países aplicaron según la consideración de sus gobiernos. En Argentina, el 20 de Marzo del 2020 se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), un conjunto de medidas que implican principalmente el establecimiento de una cuarentena estricta durante 26 días con finalidad de evitar el esparcimiento del virus. Cumplido ese plazo, las restricciones fueron adaptadas territorialmente, adquiriendo mayor flexibilidad en zonas de bajo riesgo y sosteniéndose en las regiones del país más afectadas.

Estas medidas provocaron

importantes dificultades en las economías globales, controversias políticas y divergencias en el manejo de las medidas sanitarias en los diversos países; sumado a un creciente riesgo de contagio y muerte de los infectados, que adoptó el protagonismo en los medios masivos de comunicación.

La población mundial se vio afectada por múltiples determinantes que exigieron una adaptación forzada en pos de colaborar en el control de la pandemia. Este fenómeno, provocó un incremento en el padecer subjetivo que evidenciaron la necesidad de jerarquizar a la salud mental del espacio relegado que ocupa en las áreas de salud (López Morales, H., Del Valle, M.V., & Canet-Juric, L., 2020).

El presente escrito está enmarcado en el proyecto UBACyT "Las competencias del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida. Parte II" dirigido por la Dra. Elizabeth Ormart, iniciado en el año 2020. A continuación, se presentarán los datos obtenidos a partir una investigación realizada en nuestro país, siguiendo el modelo de indagación del equipo Gestastress de la Universidad de Granada¹. El objetivo de la misma fue medir el nivel de estrés, insomnio y ansiedad en aquellas mujeres que tuvieron que atravesar su embarazo durante el ASPO y DISPO por la pandemia de COVID-19 utilizando un grupo control de mujeres no embarazadas en edad reproductiva durante el mismo período.

La selección de la población

¹Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología Doctora Magíster y Licenciada en Psicología, UBA.

Universidad de Buenos Aires UBA Profesora Adjunta Regular. Coordinadora de la práctica Profesional 824: El rol del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida. Facultad de Psicología UBA. Universidad de Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica (UBACyT). Investigadora Categoría 1.

²Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología, UBA. Docente de la práctica profesional 824, "El Rol del Psicólogo en el Ámbito de las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida"

Universidad de Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica (UBACyT) Investigadora del proyecto UBACyT 20020150100164BA "Las competencias del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida".

³Universidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciada en Psicología, UBA.

* Se agradece a la estudiante Natalia López su valiosa colaboración para la realización del presente trabajo

a investigar se sustentó tomando investigaciones antecedentes que concluyeron que las mujeres y los jóvenes, fueron los grupos poblacionales más afectados por síntomas psicológicos como puede ser la ansiedad, el estrés y la depresión durante el primer año de pandemia. Siendo las mujeres embarazadas, un grupo considerado de alto riesgo y con un requerimiento de mayor acompañamiento psicoterapéutico (López Morales, H., Del Valle, M.V., & Canet-Juric, L., 2020). Se considera, además, que dentro del grupo de gestantes, las mujeres que conciben por técnicas reproductivas suelen estar expuestas a mayores niveles de estrés (Bailey, Ellis-Caird & Croft, 2017).

Los instrumentos utilizados enmarcan al estudio dentro de la Teoría Cognitiva-Conductual, la cual propone que las emociones dependen de los pensamientos y no de los hechos objetivos de la realidad; a su vez, plantea la interrelación entre los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, de tal manera que la modificación de uno de ellos afectará a los demás componentes. Con "aspectos cognitivos" se hace referencia a las creencias, las cuales son patrones más o menos estables que determinan la forma de ver el mundo, es decir, la interpretación que se hace de la realidad.

Por otro lado, algunos conceptos que demandan ser definidos por estar implicados en todos los instrumentos utilizados son:

- **Estrés:** reacción fisiológica causada por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes, es decir que implica una evaluación cognitiva que califica al evento como dañino (Muzio, 2014). La relevancia del estrés para este estudio radica en el hecho de que, al volverse crónico, las personas son menos capaces de desarrollar los recursos de afrontamiento necesarios y adecuados (Daneri, 2012); y a largo plazo, puede producir cambios irreversibles en el organismo (Bonet, 2013).

- **Resiliencia:** adaptabilidad frente a las amenazas; fortalezas que desarrolla una persona frente a las adversidades como resultado de una interacción entre los factores protectores y de riesgo. Es decir, los mecanismos para hacer frente a las adversidades. Es una capacidad que se puede promover, y que se construye a lo largo de toda la vida (Oriol-Bosch, 2012).

- **Afrontamiento:** esfuerzos cognitivo-conductuales para manejar ciertas demandas (internas o externas) evaluadas como excedentes para los recursos del individuo. Hay más de un tipo, y a lo largo de la vida y dependiendo de la circunstancia, se oscila entre ellos (Bonet, 2013).

2. Antecedentes

Luego de la declaración de la pandemia por COVID-19 cuidar la

salud de los grupos más vulnerables ha tomado un valor preponderante. Es por ello que numerosas investigaciones han tomado como objetivo la indagación o sondeo del estado de la salud mental de los mismos.

A fin de conocer el estado de salud mental de las embarazadas, es decir, la prevalencia de síntomas psicológicos y/o psiquiátricos, relacionados al estrés, ansiedad y depresión, se han llevado a cabo algunos estudios a nivel mundial, de los cuales, se tomarán tres especialmente relevantes.

El primero de ellos, desarrollado por Berthelot et al. (2020) en Quebec, reclutó a dos grupos de embarazadas; el primero en centros de maternidad antes del inicio de la pandemia, entre abril de 2018 y marzo de 2020, (n=496) y el otro online durante la pandemia, en abril de 2020 (n=1.258). En ambas cohortes se evaluó la presencia de estrés y sintomatología psiquiátrica en general mediante la Kessler Distress Scale (K10), la Post-traumatic Checklist 8 for DSM-5 (PCL-5), la Dissociative Experiences Scale (DES-II) y el Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).

En los resultados se pudo observar que el 10,9% de las gestantes del grupo que había sido reclutado durante la pandemia presentaba sintomatología ansiosa y depresiva clínicamente significativa frente al 6% de las mujeres del grupo previo a la pandemia. Además, en las gestantes con antecedentes de enfermedad

mental antes de la pandemia el riesgo de desarrollar síntomas ansiosos y depresivos era mayor.

El segundo estudio es multicéntrico y se inició en China en diciembre de 2019 (Ayaz R, et al., 2020), antes de la aparición de la COVID-19. Tenía como objetivo evaluar la presencia de síntomas depresivos en gestantes mediante la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Este estudio ha permitido valorar el estado de salud mental en una muestra de 4.124 gestantes antes y después de que el COVID-19 fuera declarado pandemia. De esta cohorte, 1.285 mujeres fueron evaluadas durante el mes de enero de 2020, cuando la epidemia ya era conocida, mientras que 2.839 lo fueron antes.

Los hallazgos en este estudio mostraron que el porcentaje de síntomas depresivos de las embarazadas que habían sido evaluadas después de la declaración de la pandemia era significativamente más elevado que en aquellas mujeres que habían sido valoradas antes de la aparición del COVID-19 (29,6% vs. 26%). Asimismo, las gestantes valoradas posteriormente al inicio de la epidemia presentaban más pensamientos negativos. Además, se pudo observar que durante la pandemia, a medida que aumentaban los casos confirmados de SARS-CoV-2, también lo hacía el número de mujeres con puntuaciones altas en la EPDS. En este sentido, las puntuaciones altas en dicha escala antes de la pandemia representaban el 26%, en tanto que

durante la epidemia esta muestra aumentó hasta un 34,2%.

El tercer estudio (López-Morales, et al, 2020) elaborado en la ciudad de Mar del Plata, contaba con el objetivo de analizar longitudinalmente las consecuencias psicopatológicas de la pandemia en mujeres embarazadas y explorar diferencias con mujeres no embarazadas. En dicho estudio participaron 102 mujeres embarazadas y un grupo de control de 102 mujeres no embarazadas (la mayoría de ellas informó tener estudios universitarios y poco impacto financiero de la pandemia). Ellas completaron el Beck Depression Inventory-II, el State-Trait Anxiety Inventory y el Positive and Negative Affect Schedule, en tres momentos diferentes (2, 14 y 47 días después del inicio del encierro). Durante este tiempo de cuarentena en ASPO, todas las mujeres mostraron un aumento gradual de los indicadores psicopatológicos y una disminución del afecto positivo. Las mujeres embarazadas mostraron un aumento más pronunciado de la depresión, la ansiedad y el afecto negativo en relación con las mujeres no embarazadas. Pasados los 50 días, el grupo de gestantes registró 32,7% de indicadores compatibles con depresión moderada y severa (vs.10% en el grupo control).

Los resultados sobre los indicadores de ansiedad también registraron un aumento en el día 50 de confinamiento en comparación con los datos del inicio del confinamiento.

También identificaron un efecto significativo del tiempo y una interacción entre el tiempo y el grupo sobre la ansiedad. A su vez, estos indicadores fueron significativamente más pronunciados en el contexto de la pandemia en comparación con una cohorte pre-COVID-19.

Por otra parte, no se encontró ningún efecto de las variaciones sociodemográficas sobre los cambios en los síntomas de la depresión, la ansiedad y la afectividad.

Estos estudios demuestran un incremento de síntomas de depresión y ansiedad en las gestantes durante el COVID-19. Por tanto, se demuestra que tanto la prolongación de la pandemia, como el proceso del embarazo, parecen ser variables que potencian la gravedad de los síntomas psicopatológicos. A partir de estos hallazgos nos preguntamos: ¿Es el estado de preñez en sí mismo el factor estresor o existen otras variables que incrementan los niveles de estrés? ¿qué incidencia tienen las variables socioeconómicas que afectan a las mujeres en su nivel de estrés? ¿Puede ser la inestabilidad laboral un factor estresor en este grupo? La necesidad de confinamiento y teletrabajo, en las mujeres embarazadas ¿puede generar tranquilidad, ya que evita el contagio? Y ¿qué ocurre con el grupo control? ¿Existen condiciones habitacionales que incrementen el estrés de las mujeres? Según el INDEC (2020) de cada 100 mujeres que trabajan, 24 lo hacen en los sectores de salud y educación, y 17 son

trabajadoras de casas particulares. Las que trabajan en el área de salud son las más expuestas al contagio. Ellas junto con las que trabajan en educación tienen empleos en relación de dependencia. Mientras que las trabajadoras de casas particulares suelen tener empleos no formales. A partir de esta emergencia sanitaria, nos preguntamos ¿la situación laboral de las mujeres será un factor que incremente o disminuya el estrés? Y esta situación ¿es distinta en las mujeres que están embarazadas y las que no lo están?

3. Metodología

3.1. Población

Las participantes (N=344) fueron divididas en un grupo A (N=175), cuyo criterio de inclusión fue que hayan estado embarazadas y/o dado a luz durante el ASPO y DISPO de 2020 y 2021, y un grupo B -o grupo control- (N=169).

Para la conformación de la muestra se requirió que las mujeres sean mayores de 18 años y que residan en Argentina. La media de edad fue de 30,72 para el grupo A y de 30,26 para el B.

Del grupo experimental, 36,6% (N=64) vive en el Gran Buenos Aires, 24,6% (N=43) en Capital Federal, el 20,6% (N=36) en el interior de la provincia de Buenos Aires y el 18,2% (N=32) en otra provincia. Dentro de las mujeres de este grupo, el 98,2% (N=172) dice vivir acompañada mientras que apenas el 1,7% (N=3) dice vivir sola. Con

respecto a su situación laboral, el 15,4% (N=27) es estudiante, el 2,2% (N=4) trabaja como personal doméstico, el 8% (N=14) trabaja de manera presencial, el 19,4% (N=34) es autónoma, el 29,1% (N=51) está de licencia por embarazo, y el 25,7% (N=45) teletrabaja.

Por su parte, dentro del grupo control, El 63,9% (N=108) dice vivir en Gran Buenos Aires, el 12,4% (N=21) en provincia de Buenos Aires, el 21,8% (N=37) en Capital Federal y el 1,8% (N=3) en otra provincia. En este grupo, el 86,9% (N=147) vive acompañada mientras que el 13,5% (N=22) vive sola. En cuanto a su situación laboral, el 40% (N=68) dice ser estudiante, el 28,8% (N=49) teletrabaja, el 17,7% (N=30) es autónoma, mientras que el 0,6 (N=1) dijo estar de licencia. Esto se correlaciona con la pregunta que respecta a si son profesionales de salud, ya que el 88,2% (N=150) asegura no ser personal sanitario, mientras que el 11,8% (N=20) dicen sí serlo y estar trabajando actualmente.

3.2. Instrumento

Los datos fueron obtenidos a raíz de dos encuestas -una para cada grupo- elaboradas en la plataforma Google Forms y distribuidas mediante un link a las mujeres que cumplieran con los criterios previamente citados. El enlace fue administrado por redes sociales con el fin de llegar al mayor número de mujeres posibles, dando así como resultado un muestreo con formato de bola de nieve². Las encuestas se elaboraron siguiendo

el modelo del grupo Gestaestress, pero demandaron previamente un esfuerzo de adaptación idiomática, modificando giros lingüísticos y expresiones diferentes en ambos países. Asimismo, la encuesta para mujeres no embarazadas fue reformulada modificando ítems y suprimiendo otros. La distribución del instrumento para ser completado se hizo durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2020.

Las encuestas fueron conformadas, para el grupo A, por 190 preguntas y, para el grupo B, por 170. La reducción del número de preguntas tiene que ver con la eliminación de la Escala de Preocupaciones Prenatales ya que no era un instrumento acorde para la población del grupo control y otras preguntas referidas al embarazo en curso.

Se inicia el cuestionario con un conjunto de preguntas que indagan variables sociodemográficas y el estado de salud durante el período consignado por el ASPO. Estas últimas, pretenden pesquisar aspectos de la salud general y la influencia específica del COVID-19 en la salud de las encuestadas y/o allegados.

El sondeo continúa con la inclusión de los siguientes test psicométricos:

- Inventario de síntomas SCL-90-R (Casullo y Pérez, 2008): es una escala autoadministrada que consta en 90 ítems, e indaga el malestar psicológico actual con el fin de detectar trastornos psicopatológicos. Se evalúa e interpreta de acuerdo

a nueve dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de angustia psicológica (índice de severidad global, síntomas positivos totales e índice de síntomas positivos de angustia). Cuenta con una elevada consistencia interna (de 0,73 a 0,88) y estabilidad temporal (de 0,40 a 0,82). Este test se utilizó con la finalidad de excluir personas con psicopatología grave, pero no se analizó.

- Cuestionario de Preocupaciones Prenatales (Yali y Lobel, 1999): se trata de un instrumento de evaluación de estrés específico del embarazo que consta de 12 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones. Posee una adecuada fiabilidad entendida como consistencia interna de $\alpha = 0,81$.

- Escala de Estrés Percibido (Cohen et al, 1983): mide la respuesta psicológica general frente a los estresores a través de dos dimensiones (Eklund, Bäckström y Tuveesson, 2014; González Ramírez y Landero Hernández, 2007): la primera comprende a los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14, es decir, aquellos referidos al estrés percibido y la incapacidad para manejarlo, mientras que la segunda agrupa a los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13,

aquellos referidos a la capacidad de afrontamiento y resiliencia al estrés, y cuya puntuación se invierte para obtener una valoración total de estrés autopercibido. Los 14 ítems de la escala se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 0 (nunca) a 4 (muy frecuentemente). A mayor puntuación directa corresponde mayor nivel de estrés percibido (Reyna, Mola y Correa, 2019).

- Escala de Resiliencia (Connor y Davidson, 2003): se trata de un cuestionario autoadministrado que mide la habilidad para tolerar cambios, problemas personales, enfermedades, fracaso, sensación de dolor y presión. Está integrado por 10 ítems tipo Likert con 5 alternativas de respuesta. Asimismo, cuenta con una alta fiabilidad (de 0,85).

- Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): estudia la medida del bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida a través del juicio global que hacen las personas sobre ésta.

- Escala Atenas de insomnio (EAI) (Soldatos et al, 2000): consta de 8 reactivos, los cuales determinan la cantidad y la calidad del sueño, y su impacto diurno. Está basada en los criterios diagnósticos para el insomnio no orgánico según la CIE-10, y sus respuestas siguen una escala de 0 (ausencia del problema) a 3 (mayor severidad). La puntuación total se obtiene de la suma de todas las respuestas, en un rango de 0 a 24.

3.3. Recaudos éticos

Consentimiento informado: el consentimiento informado, al ser una evaluación online debido a las características en la que nos encontramos, será redactado en la primera parte del cuestionario online. La participante, deberá aceptar para poder continuar con la evaluación, o en caso de no querer, cerrar el enlace.

Derecho explícito de la persona a retirarse del estudio: para retirarse del estudio, tan solo deben dejar incompleta la batería de cuestionarios, lo que ocasionará que no se guarden las respuestas. Se especifica en la primera página del enlace.

Garantías de confidencialidad: se les hace explícita la garantía de confidencialidad de sus datos. Con el fin de salvaguardar el anonimato de las participantes, la primera pregunta solicitará que se identifiquen con las 3 iniciales de su nombre y su número favorito, para así tratar de forma anónima sus datos.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Describir el impacto psicológico que pudo ocasionar el ASPO y DISPO debido a la emergencia sanitaria y la crisis económica causada por COVID-19 en mujeres residentes en Argentina que durante dicho período están cursando un embarazo y explorar las diferencias

con un grupo control de mujeres no embarazadas.

4.2. Objetivos específicos

- Comparar el nivel de estrés del grupo experimental (mujeres embarazadas) con el grupo control (mujeres no embarazadas)
- Describir el impacto psicológico que provocó la crisis sanitaria y económica en el grupo experimental y control.
- Describir las características socioeconómicas, habitacionales y laborales de las mujeres que integran la muestra.

5. Hipótesis

1. Las mujeres que trabajan en relación de dependencia tienen menor nivel de estrés producto de la estabilidad financiera que les da su trabajo.
2. La cantidad de personas a cargo incrementa el nivel de estrés de las mujeres.
3. La disponibilidad de un espacio abierto en la casa disminuye los niveles de estrés.
4. Las mujeres que tuvieron seres queridos muertos por COVID (emergencia sanitaria) presentan mayor nivel de estrés.

6. Resultados

6.1. Nivel de estrés general

El nivel de estrés en mujeres embarazadas durante los períodos

de tiempo analizados fue inferior al nivel presentado por aquellas mujeres pertenecientes al grupo control.

Grupos	N Sujetos	Media Estrés
Control	169	25,98
Experimental (embarazadas)	175	23,89
Total general	344	24,91

Figura 1: índice de estrés según EEP (Yali y Lobel, 1999) en mujeres embarazadas versus grupo control.- Fuente: elaboración propia

La diferencia entre los niveles de estrés no es estadísticamente significativa, La explicación de este dato podría radicar que el hecho de no salir de casa, genera una sensación de protección y tranquilidad en el transcurso de este periodo. Este dato, sin embargo, deberá ser leído en concomitancia con otras variables intervinientes, tales como: las condiciones habitacionales, las horas de descanso, la ausencia de horas dedicadas al traslado al trabajo, el marco de protección legal del periodo de embarazo que garantiza estabilidad económica. Queda evaluar a futuro si el tiempo prolongado de encierro tiene algún efecto estresor en este grupo poblacional.

6.2. Crisis económica

Dentro de los múltiples datos recabados por el instrumento, algunos de ellos apuntaban a características socioeconómicas de las personas que componen la muestra.

Los datos que se tuvieron en cuenta para elaborar este eje son: la

presencia o ausencia de espacio abierto en la vivienda, la situación laboral actual, el temor de perder el trabajo y la cantidad de personas a cargo. La lectura de estos datos será atravesada por la variable nivel de estrés, que es un eje transversal en este trabajo.

6.2.1. Situación laboral actual

La población perteneciente al grupo A se encuentra en un 29% tomando una licencia por maternidad, el 26% realizando teletrabajo desde su hogar, el 19% de la muestra trabaja de

6.2.2 Cantidad de personas a cargo

En relación a la cantidad de personas a cargo que poseen los diferentes sujetos de la muestra, del grupo A el 56,5% (N=99) no tiene personas a su cargo, el 31,4% (N=55) dice tener 1, el 9,14% (N=16) tener 2 y el 1,1% (N=2) dice tener 3, 0,57% (N=1) dice tener 4, 0,57% (N=1) dice tener 5 y 0,57% (N=1) dice tener a cargo “primos menores” pero no especifica cantidad. En el grupo B el 59,4% (N=101) dice no tiene personas a cargo, el 14,7(N=25) tiene 1 sola persona, el 15,29% (N=26)

Situación laboral	Grupo A: mujeres embarazadas			Grupo B: control			Totales		
	N Sujetos	Porcentaje	Media de Estrés	N Sujetos	Porcentaje	Media de Estrés	N Sujetos	Porcentaje	Media de Estrés
Autónoma	34	19%	25,15	30	18%	24,63	64	19%	24,91
Licencia	51	29%	24,76	1	1%	23,00	52	15%	24,73
Estudiante	27	15%	27,52	68	40%	27,62	95	28%	27,59
Teletrabajo	45	26%	20,42	49	29%	24,86	94	27%	22,73
Trabajo como personal domestico	4	2%	36,75	0	0%	-	4	1%	36,75
Trabajo presencial en oficina	14	8%	18,07	21	12%	25,33	35	10%	22,43
Total general	175	100%	23,89	169	100%	25,98	344	100%	24,91

Figura 2: índice de estrés (Yali y Lobel, 1999) según situación laboral. - Fuente: elaboración propia

forma autónoma, un 15% se encuentra actualmente estudiando, sólo un 8% trabaja de manera presencial durante el período de tiempo analizado y un 2% es personal doméstico.

En relación a la situación laboral, los mayores niveles de estrés se observan en mujeres que trabajan como personal doméstico. Luego, de mayor a menor índice de estrés, le siguen: estudiantes; mujeres en licencia por embarazo; personal autónomo; mujeres que trabajan presencialmente y, finalmente, aquellas que hacen teletrabajo.

tiene 2 personas a cargo, y el 5,8% (N=11) dice tener 3 personas a cargo. En el grupo B, hay un 0,58% (N=1) que no contesta, y 1,78% (N=3) que dicen tener al menos 2 personas a cargo, porque hablan de “hijos” en plural, pero no especifican cuánto. Finalmente, el 0,58% (N=1) no responde.

El grupo B tiene mayor número de sujetos con 3 personas a cargo. Además, también el 1,17% (N=2) dice tener 4 y el 0,58% (N=1) dice tener 6 personas a cargo

Esta diferencia en aquellos sujetos que se encuentran con valores más altos de la muestra del grupo B,

tienen una diferencia con respecto a los sujetos del grupo A.

Personas a Cargo	N Sujetos	Media de Estrés
Grupo Control		
0	100	27,27
1	26	26,19
2	26	22,46
3	11	23,82
4	2	30,50
6	1	23,00
Si - No Aclara Cantidad	3	17,33
Grupo Embarazadas		
0	97	23,58
1	57	23,54
2	16	26,25
3	2	27,00
4	1	20,00
5	1	28,00
Si - No Aclara Cantidad	1	29,00
Total general	344	24,91

Figura 3- Cantidad de personas a cargo - Fuente: elaboración propia

6.2.3 Temor a perder el trabajo.

Ante la pregunta por el temor a perder el trabajo, las mujeres embarazadas contestaron

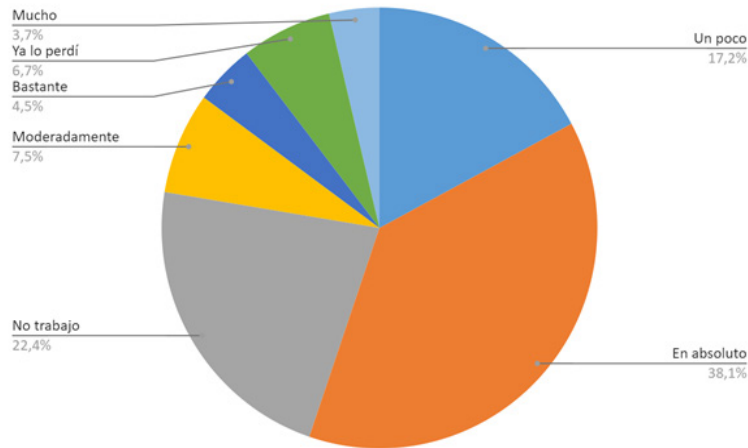


Figura 4 - Temor a perder el empleo - Grupo Experimental. Fuente: elaboración propia

mayoritariamente que no, dado que la suma de “un poco” y “en absoluto” da un 55,2%. Esto podría explicarse por el hecho de que la mayoría de los sujetos que componen la muestra, está en relación de dependencia.

Teniendo en cuenta nuestra legislación (Ley de Contrato de Trabajo, No. 20.744, 1976), las mujeres embarazadas no pueden ser despedidas, esta puede ser otra razón que justifique los resultados obtenidos. Se podría decir que el embarazo funciona en estos casos como un reaseguro para no perder el trabajo.

Por otro lado, quienes tienen “Bastante” y “Mucho” miedo a perder el trabajo en el grupo experimental representan el 8,2% de la muestra. Si a esto se le suma el 6,7% que ya perdió el trabajo, se podría decir que el 14,7% de los sujetos encuestados sufre el impacto de la crisis económica.

Por otro lado, la suma de los porcentajes de quienes contestan que tienen “un poco” de miedo y “ningún miedo en absoluto” de perder el trabajo representan el 46,1% de la muestra. Casi 10 puntos menos en comparación con el grupo experimental.

Si en el grupo control se suman quienes tienen “Mucho” y “Bastante” miedo de perder el trabajo, se obtiene como resultado un porcentaje de 10,8%;

total de un 15,5% del grupo control que sufre el impacto de la crisis económica producida por la pandemia.

6.2.4. Disponibilidad de espacios abiertos en la vivienda

La disponibilidad de espacios abiertos en las viviendas indica un estatus socioeconómico: más allá de la cantidad de habitaciones de la vivienda y sus materiales, tener un espacio al

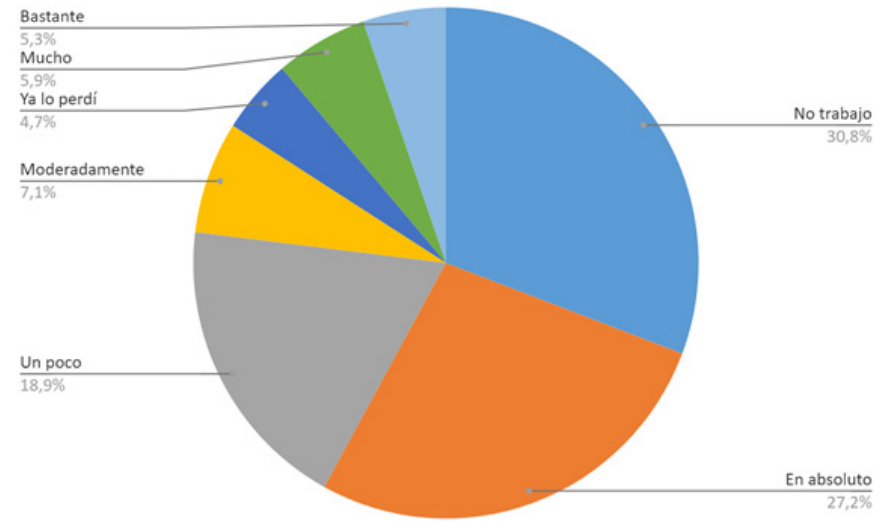


Figura 5: temor a perder el empleo en grupo control. - Fuente: Elaboración propia

en este caso, 2,6% más que el grupo experimental. Esto podría explicarse por el reaseguro que la legislación argentina le da a las embarazadas de no ser despedidas. Si a esta población se le suma quienes efectivamente ya han quedado desempleadas, se obtiene un

aire libre implica contar con metros cuadrados. En tiempos de pandemia, donde el aislamiento lleva a la población a convivir, trabajar y estudiar en el mismo espacio en el que los familiares llevan adelante sus actividades, contar con un espacio al aire se vuelve esencial por

constituir un elemento de distracción, produciendo una disminución de nervios y ansiedad por el encierro.

Como puede verse en la tabla a continuación, en ambos grupos poblacionales, quienes no cuentan con espacios abiertos tienden a puntuar más alto en los niveles de estrés.

Disponibilidad de Espacios Abiertos	N Sujetos	Media Estrés
Grupo Control	169	25,98
No cuenta con espacio abierto	21	26,71
Tiene espacio abierto	148	25,87
Grupo Embarazadas	175	23,89
No cuenta con espacio abierto	27	26,04
Tiene espacio abierto	148	23,49
Total general	344	24,91

Figura 6: Disponibilidad de espacios abiertos en la vivienda - Fuente: elaboración propia

6.3. Crisis sanitaria

Dentro de los múltiples datos recabados por el instrumento, para elaborar este eje se tuvo en cuenta la información que apuntaba a si los participantes de la muestra habían atravesado la enfermedad -y en qué medida-, si habían tenido familiares que habían atravesado la enfermedad -y en qué medida- y si habían perdido a un ser querido a causa de dicha enfermedad.

COVID Propio	N Sujetos	Porcentaje	Media Estrés
Positivo - Síntomas leves	14	8,00%	24,43
Positivo - Síntomas moderados/graves	4	2,29%	32,25
No tuvo COVID	154	88,00%	23,38
Sintomatología leve, sin diagnóstico	3	1,71%	36,33
Total general	175	100,00%	23,89

Figura 7: COVID en primera persona - Fuente: elaboración propia

6.3.1. Haber atravesado la enfermedad en primera persona

Los datos obtenidos en el ítem “haber atravesado la enfermedad en primera persona” muestran que 18 mujeres, es decir el 10,29% del total de la población, han dado positivo al test de Coronavirus. De ellas, 4 han manifestado tener síntomas moderados o graves, alcanzando un 32,25 de media de estrés; mientras que las 14 mujeres restantes han cursado la enfermedad con síntomas leves, puntuando un 24,43 en la media de estrés.

Por otra parte, el 88% de la población encuestada ha manifestado no haber cursado el COVID-19, y han registrado un puntaje de 23,38 de media de estrés.

Por último, las personas que han respondido tener síntomas leves pero que no se han hecho el test, representan el 1,71% de la muestra y han tenido el mayor puntaje de media de estrés, sumando un 36,33. Lo cual indicaría que, la incertidumbre de saber o no si tiene coronavirus, aumenta los índices de estrés.

6.3.2. Que un ser querido atraviese la enfermedad

En relación a los datos obtenidos en el estrés percibido por familiares o seres queridos que hayan atravesado la enfermedad, el 56,57% de la población ha reportado que sus seres queridos han cursado la enfermedad y se encuentran todos leves, alcanzando asimismo una media de 23,27 de estrés.

Mientras que, el 16,57% de las mujeres ha manifestado que sus seres queridos se han infectado de COVID y algunos se encuentran con síntomas moderados o graves, de manera que han sumado una puntuación de 24,10 en la media de estrés.

El 26,86% de la población

restante, ha comentado que no tienen seres queridos que se hayan contagiado de COVID, sin embargo, la puntuación media de estrés ha alcanzado un 25,04. Registrando un mayor estrés dada la preocupación por los seres queridos.

6.3.3. Pérdida de un ser querido

Al indagar la percepción de estrés en la pérdida de un ser querido, se ha encontrado que, del total de la población encuestada, el 76% de las mujeres han manifestado no haber perdido un ser querido, sumando un 23,14 en la media de estrés. Mientras que el 23,43% restante, que sí perdió a un ser querido, ha puntuado una media de 26,32 en la escala de estrés.

COVID Terceros	N Sujetos	Porcentaje	Media Estrés
No	47	26,86%	25,04
Sí, y algunos están moderados o graves	29	16,57%	24,10
Sí, y todos están leves	99	56,57%	23,27
Total general	175	100,00%	23,89

Figura 8: COVID en seres queridos - Fuente: elaboración propia

Pérdida de un ser querido	N Sujetos	Porcentaje	Media Estrés
No perdió a un ser querido	134	76,57%	23,14
Sí perdió a un ser querido	41	23,43%	26,32
Total general	175	100,00%	23,89

Figura 9: pérdida de ser querido - Fuente: elaboración propia

6.4 Calidad de vida.

Una de las preguntas presentadas en el formulario, indagaba

sobre la percepción de la calidad de vida: si ésta había mejorado, empeorado o si no había cambiado.

Los resultados de esta variable

muestran que la mayoría en ambos grupos (41% en el grupo experimental y 47,3% en el grupo control) identifican que su vida ha empeorado. Un sorprendente 88,1% de las mujeres argentinas considera que la pandemia ha afectado su nivel de vida. Las razones económicas y sanitarias se sostienen en los datos como las principales resultantes de este hallazgo

Asimismo, el porcentaje de mujeres embarazadas que indica que su nivel de vida ha mejorado es más

alto (27,6%) que quienes eligieron esa opción del cuestionario del grupo control (24,3%). Se podría pensar, que la expectativa de la llegada del nuevo miembro familiar incide de manera considerable en estos datos, sumado a los elementos que venimos señalando en relación con la modalidad de teletrabajo, habitacional, e inclusive la posibilidad de incrementar las horas de sueño son factores que disminuyen el nivel de estrés (Ramirez Ortiz et al, 2021).

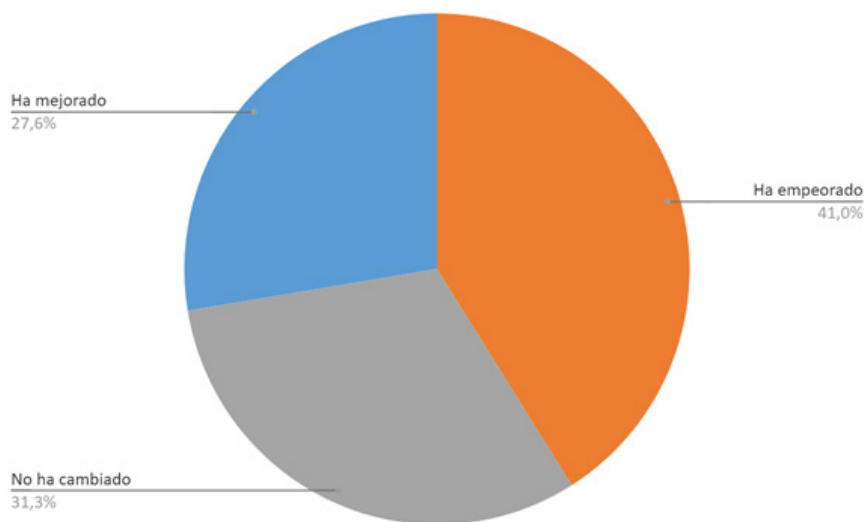


Figura 10: Calidad de vida. Grupo experimental. - Fuente: elaboración propia

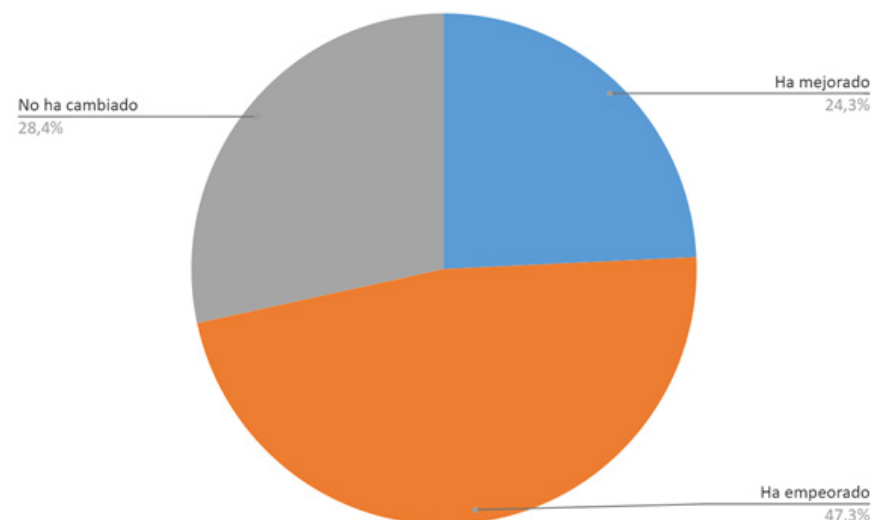


Figura 11: Calidad de vida grupo control. - Fuente: elaboración propia.

7. Discusión

La pregunta por la antinomia salud o economía, es una pregunta que ha recorrido al mundo entero, pero que se ha presentado con fuerza en la sociedad argentina.

Introducida por el ámbito político y desarrollada por la sociedad, las posturas a favor de uno u otro polo han producido disputas ¿En base a qué criterios tomar semejante decisión?

Tener un orden en la actividad cotidiana es un factor de equilibrio para la salud mental. La pandemia por COVID-19 ha trastocado las rutinas (Espido Granado, 2014). Las medidas de aislamiento tienen dos vertientes. Una sanitaria, al presentarse como medida

de cuidado, la otra, económica, al afectar las diferentes formas de ganarse la vida que tiene una sociedad.

A lo largo de este trabajo se ha indagado el impacto psicológico -nivel de estrés- que causan tanto los factores relacionados a la crisis económica como a la crisis sanitaria.

Producto de las estrategias políticas de confinamiento, las viviendas se han vuelto un lugar de trabajo, estudio, refugio, aislamiento e incluso a veces, recinto de cuidados médicos (Verdugo López, 2021). Otras investigaciones (Parrado-Gonzalez, y León-Jariego, 2020 y Verdugo López, 2021) resaltan la importancia de los tipos de vivienda para llevar adelante de las maneras

más sanas posibles los momentos de confinamiento y las actividades que deben desarrollarse durante este periodo. Estos datos se correlacionan con los obtenidos por esta investigación y expuestos en la figura 6, donde se demuestra que tener espacios abiertos en la vivienda, disminuye el nivel de estrés dado que facilita el esparcimiento, la realización de actividades físicas y sociales que pueden aliviar la fatiga y el estrés del confinamiento.

Sin embargo, no todas las personas tuvieron la capacidad de integrar la multiplicidad de funciones que adquirieron las viviendas. Muchas personas se vieron impedidas de llevar adelante sus actividades laborales y muchas otras han perdido el trabajo.

Históricamente, las variables que inciden en el estrés laboral tienen que ver con la carga horaria de trabajo, las características laborales, la capacitación adecuada, la escasez de ofertas de empleo, y, la cantidad de personas a cargo (Castillo Ávila, Torres Llano, Ahumada Gómez, et al, 2014). Aquí podemos agregar a las personas a cargo dentro del ámbito familiar, tal como se destaca en el presente trabajo. Asumir la responsabilidad económica de los menores (que se ven impedidos de trabajar) o los mayores (a quienes trabajar les supone un peligro mayor en este contexto) aumenta la carga sobre las personas, y por ende, el padecimiento psicológico. A su vez, a esta responsabilidad que suponen las personas a cargo, generalmente

menores, se suma el hecho de que las tareas domésticas son realizadas mayoritariamente por mujeres (INDEC, 2020). Esta desigual distribución de las tareas hogareñas es un factor que incrementa el estrés en ambos grupos.

La crisis económica actual producto de la pandemia por COVID 19 adquiere otras características: la inseguridad del presente y el miedo al futuro que le confieren un impacto psicológico diferenciado y más profundo que el provocado por el resto de las crisis financieras estudiadas. (Espido Granado, 2014). En este sentido, se pudo ver, como aparece en las figuras 4 y 5, que el 11,4% de la población de mujeres argentinas perdió su trabajo, mientras que el 19,4% tiene “mucho” o “bastante” miedo de perderlo.

La noción de trabajo es esencial en la subjetividad moderna porque además de facilitar relaciones sociales más allá de la familia, es fundante en los procesos de construcción de identidad. La pérdida del empleo trae consigo consecuencias psicológicas, una de ellas, el aumento en el nivel de estrés (Espido Granado, 2014).

Vemos entonces, que la antinomia economía o salud no es tan radical. Sus fronteras se desdibujan si se considera que al aumentar el malestar de la población afectada se tiende a generar una mayor demanda de atención sanitaria, por ejemplo al buscar en el médico de atención primaria alivio a los problemas de estrés, ansiedad y depresión reactiva. (Espido Granado,

2014). Por ende, se podría decir que el impacto de la crisis económica, repercute en el aspecto sanitario, aumentando aún más, su carga.

Dado que el COVID-19 deja cierto grado de discapacidad en algunos casos, se cobra alta cantidad de vidas, sobrepasa los recursos y amenaza con la seguridad y el funcionamiento de las comunidades, que se equipara a un desastre natural, teniendo su punto de conexión en la noción de “pérdida”. Las “pérdidas primarias” son aquellas que derivan directamente del virus, mientras que las “pérdidas secundarias” se refieren a las secuelas o consecuencias derivadas del mismo (como pueden ser las consecuencias socioeconómicas). Las “pérdidas múltiples” se observan como el resultado de una combinación de ambas, y son las típicas de las catástrofes naturales. (Briceño Patiña, et al, 2020). Si se retoma lo planteado anteriormente de que la crisis económica repercute sobre el aspecto sanitario, se puede entender con mayor profundidad por qué la emergencia de esta pandemia es considerada una catástrofe.

La pandemia por COVID 19 continúa siendo un contexto de múltiples factores amenazantes y por tanto, estresantes, donde la confusión y la falta de información certera han primado en el día a día de la comunidad, obligando a la personas a realizar un mayor esfuerzo para adaptarse. En tal escenario, la incertidumbre es otro factor necesario de considerar. Como se puede ver en la figura 7, aquellas personas que

presentaron síntomas leves compatibles con la enfermedad de COVID 19 pero que no han sido diagnosticadas, presentan los mayores niveles de estrés, lo cual coincide con la hipótesis de considerar la incertidumbre como factor amenazante, ya que lo podemos relacionar con el temor a infectarse o infectar a otros. Entre los factores psicológicos que incrementan el nivel del estrés existe evidencia que la incertidumbre es uno de ellos (Leichtentritt et al; 2005; Ramírez Ortiz, 2021).

A continuación, en el nivel de estrés, le siguen aquellas personas que atravesaron la enfermedad con síntomas moderados o graves, como evidencia la figura 7. En este caso, la cercanía de la experiencia de la muerte es lo que explicaría estos resultados (Briceño Patiña, León Rodríguez, Medina Castro, et al 2020). La noción de la muerte está muy emparentada con la noción de duelo.

Dentro de las medidas de contención implementadas por los gobiernos para impedir la propagación del virus, el aislamiento social se podría considerar un factor de perturbación social dada su prolongación excesiva en el tiempo. La carencia de acompañamiento a los infectados en el transcurso de la enfermedad, la incertidumbre laboral, y el hacinamiento, son factores que generan impotencia y malestar, elevando así los niveles de estrés, tal como se presenta en la figura 8.

Las cosas empeoran cuando un familiar muere. El duelo por el

fallecimiento de un ser querido es un acontecimiento estresante que generalmente requiere de un proceso de adaptación a la nueva realidad, de acuerdo con la gravedad del caso será necesaria medicación o intervenciones psicológicas de procesamiento (DSM V, 2013). Sin embargo, los duelos acontecidos durante la pandemia causada por el COVID 19 adquieren características diferentes. Como pueden ser la inmediatez, la falta de anticipación, culpa (por contagio, abandono y/o por no despedirse), la imposibilidad de ver al fallecido y de despedirse, la desinformación o información confusa que en los comienzos de la pandemia se propagaba en los medios de comunicación locales, la soledad y la falta de apoyo que suponen las medidas de confinamiento, dando como resultado un desborde emociones, dudas sobre los cuidados médicos que el familiar ha recibido, trastornos psicológicos y duelos patológicos (Lacasta-Reverte, Zarcero, López-Perez et al, 2020 y Larrotta-Castillo,; Méndez-Ferreira, Arnold et al; 2020). Todas estas cuestiones pueden verse en la figura 10, que evidencia cómo aumenta el nivel de estrés en las personas que sufren la pérdida de un ser querido.

Finalmente, entre el 41% y 47,3% de la población estudiada asegura que su calidad de vida ha empeorado a partir del comienzo de la pandemia (tal como muestran las figuras 10 y 11 respectivamente); y este resultado no es sorprendente si se analizan

los estresores que suponen las crisis económica y sanitaria.

8. Conclusión

Durante la pandemia el gobierno argentino se ha visto en la tensión entre priorizar la salud o la economía. Si analizamos el impacto subjetivo en el grupo experimental y control, puede verse que tanto la crisis sanitaria como la económica tienen efectos decisivos a la hora de incrementar el nivel de estrés y el padecimiento subjetivo asociado.

En el marco de una crisis sanitaria como la causada por el COVID-19 es esperable un aumento en el nivel de estrés producto del miedo, la incertidumbre y la preocupación por el estado de salud, tanto propio como ajenos. Estos son datos que se reflejaron en la investigación. El estrés se considera el resultado de la incapacidad de afrontamiento del individuo a las demandas del ambiente (condiciones socioeconómicas, carga de trabajo, estilo de vida, personalidad, apoyo social) de ahí que observemos que el confinamiento priva a las mujeres de contactos ambientales satisfactorios e incrementa el nivel de estrés de ambos grupos.

Sin embargo, la población elegida para este estudio - mujeres embarazadas - no parecería presentar por su condición un grupo más vulnerable en este contexto; al contrario, se podría pensar que el embarazo es un factor protector a nivel de la economía del

hogar. En lo que respecta a la variable economía, se pudo ver que aquellas mujeres que tienen más personas a cargo puntúan más en el nivel de estrés. Asimismo, quienes no encuentran su situación laboral protegida por la legislación argentina que impide despedir a mujeres embarazadas, puntúan más en estrés. El embarazo en el hogar, sin tener que salir a trabajar fuera de la casa, ha contribuido a mejorar los índices habituales de estrés en el embarazo. Siguiendo la misma línea, la disponibilidad de espacio abierto en la vivienda - un indicador de status económico - ayuda a disminuir los niveles de estrés.

En la otra variable, la sanitaria, se encontró de manera esperable que quienes tuvieron COVID-19 con síntomas moderados o graves presentan más niveles de estrés. Sin embargo, el dato novedoso, es que aquellas personas que no se enfermaron, o que tienen síntomas, pero no la confirmación de la infección, presentan puntajes aún más elevados. Se podrían interpretar los datos a la luz de lo desarrollado en la discusión sobre el impacto psicológico de la incertidumbre. La misma línea de datos se sigue con la información relevada sobre los familiares y amigos de las mujeres encuestadas.

Cuando la muerte de un familiar se hace presente, y más aún cuando es de manera repentina, inesperada y sin posibilidad de despedirse, estar atravesando un proceso de duelo aumenta el nivel de estrés.

La presente indagación es el

comienzo de una exploración más amplia, tendiente a complejizar las relaciones entre mujeres y pandemia, intentando visibilizar un sistema de intersecciones entre relaciones laborales, familiares, económicas y sanitarias. Intentando evitar explicaciones unicasales y vislumbrando la complejidad de los elementos que se juegan en una crisis sanitaria de esta magnitud. Quedan pendientes preguntas abiertas sobre los efectos a largo plazo de la exposición al confinamiento, las variables culturales y los cambios que podemos observar en la población de mujeres embarazadas luego de dar a luz.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición*. Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- Bailey, A., Ellis-Caird, H., & Croft, C. (2017). Living through unsuccessful conception attempts: a grounded theory of resilience among women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(4), 324-333. doi:10.1080/02646838.2017.1320366
- Bonet, J.L. (2013). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones B.
- Briceño Patiña, B., León Rodríguez, A. H., Medina Castro, N., & González-Días, J.M. (2020). Anotaciones en torno al duelo durante la pandemia COVID-19 en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de*

- Psiquiatría, 1(19), 6-12. Obtenido de http://www.apalweb.org/docs/revista_20.pdf#page=6
- Castillo Ávila, I. Y., Torres Llanos, N., Ahumada Gómez, A., Cárdenas Tapias, K., & Licona Castro, S. (2014). Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(1), 34-43. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81730850005>
- Casullo, M. M. y Pérez, M. (2008). El Listado de Síntomas SCL-90-R de Derogatis. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 71-82.
- Daneri, M. F. (2012). Psicobiología del Estrés. [Diapositivas de Power Point]. Obtenido de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542
- Espido Granada, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000200010>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Sabatés, J., Auné, S., Putrino, N., Helmich, N., & Grasso, J. (2021). Secuelas psicológicas en personas que tuvieron COVID-19. Relevamiento del impacto psicológico de haber padecido COVID-19 en población argentina. *Observatorio Psicología Social Aplicada*. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/secuelas_psicologicas_en_personas_q_tuvieron_COVID_19.pdf
- Lacasta-Reverte, M. A., Zarcero, M. T., López-Pérez, Y., Carracero Sanchidrian, D., Pérez Manrique, T., Casado Sanmartín, C., . . . Marquí-Esquittino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Medicina Paliativa*, 27(3), 201-208. Obtenido de https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/1421/2/08.%20AE_Lacasta.pdf
- Larotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A., & Mora-Jaimes, C. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(2), 179-180. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343864478019/343864478019.pdf>
- Leichtentritt, R.; Blumenthal, N.; Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High-Risk Pregnancy and Hospitalization: The Women's Voices. *Health & Social Work*, Volume 30, Issue 1, February 2005, Pages 39–47, <https://doi.org/10.1093/hsw/30.1.39>
- López-Morales, H., Del Valle, M., Canet-Juric, L., Andrés, M., Galli, J., Poó, F., & Urquijo, S. (2020). Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Research*, 295. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113567>
- López, X. N (2021). Gestar y maternar en tiempos de pandemia: sus implicancias psicoemocionales [Tesis de Licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. Repositorio Institucional – Universidad de Buenos Aires.
- Mateu Pérez, R., García Renedo, M., Gil Beltrán, J. M., & Caballer Miedes, A. (2009). ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. *Jornades de Foment de la Investigació*.
- Mikulic, I., Crespi, M., & Caballero, R. (2019). Escala de satisfacción con la vida (SWLS): estudio de las propiedades psicométricas en adultos de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 26, 395-402.
- Muzio, R. (2014). Estrés y Ansiedad. [Diapositivas de Power Point]. Obtenido de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/teo%20estres_ansiedad.pdf
- Nenclares Portocarrero, A., & Jiménez-Genchi, A. (2005). Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud mental*, 28(5), 34-39. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000500034&lng=es&tng=es
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, 15(2), 77-78.
- Parrado-González, A., & León-Jariego, J. C. (2020). Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en la población española. *Revista Española de Salud Pública*, 8, 1-16.
- Quintana-Lagunas, R., Armendáriz-García, N., & Alonso Castillo, M. (2020). Modelo de incertidumbre, estrés percibido y estrategias de afrontamiento para explicar el bienestar físico y psicosocial en adolescentes embarazadas. *Eureka*, 17, 333-344.
- Obtenido de <https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-M-28.pdf>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2021). Consecuencias de la pandemia COVID 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Universidad de Colombia*. En línea: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Reyna, C., Mola, D., & Correa, P. (2019). Escala de Estrés Percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés*, 25, 138-147.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 555-560. doi:10.1016/S0022-3999(00)00095-7
- Veiga, M., Puccio, M., & Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79-89.
- Verdugo López, M. (2021). Habitabilidad de la vivienda en tiempos de pandemia por COVID-19 en México. El caso de Culiacán. *Ehquidad Revista Internacional De Políticas De Bienestar Y Trabajo Social*, 15, 77-112. doi:<https://doi.org/10.15257/ehquidad.2021.0004>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20, 39-52.

Notas

¹ PID2019-110115GB-I00. Universidad de Granada. El papel del estrés perinatal en el temperamento, psicopatología y reactividad de la descendencia. (Childstress). Proyecto concedido por el Ministerio de Ciencia y Educación I+D. Investigadora Principal: María Isabel Peralta Ramírez. Integrantes del equipo: Dr. José Puertas; Dra Inmaculada García García; Dr.Francisco Cruz Quintana; Dra. Milagros Cruz; María del Carmen García Ríos; Ana María Santos; Dra. Eva Montero; Ángeles García León; Susan Ayers; Julien Homer; Elizabeth Ormart. 01/09/2020-31/08/2022.

² El muestreo por bola de nieve es una técnica de muestreo no probabilística en la que los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos. El nombre de "bola de nieve" proviene justamente de esta idea: del mismo modo que una bola de nieve al rodar por una ladera se va haciendo más y más grande, esta técnica permite que el tamaño de la muestra vaya creciendo a medida que los individuos seleccionados invitan a participar a sus conocidos.