

UNIVERSIDAD LOYOLA ANDALUCÍA



TESIS DOCTORAL

“Transiciones no normativas hacia la maternidad: Un análisis cualitativo desde la perspectiva de la mujer”

Doctoranda: María Consuelo Cruz Ramos

Directora y tutora: Dra. Davinia María Resurrección Mena

Directora: Dra. Yolanda Hernández Albújar

Mención de Doctorado Internacional

Sevilla, 2026

UNIVERSIDAD LOYOLA ANDALUCÍA



TESIS DOCTORAL

“Transiciones no normativas hacia la maternidad: Un análisis cualitativo desde la perspectiva de la mujer”

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

Doctoranda: María Consuelo Cruz Ramos
Directora y tutora: Dra. Davinia María Resurrección Mena
Directora: Dra. Yolanda Hernández Albújar

- Mención de Doctorado Internacional

Sevilla, 2026



Agradecimientos

Esta tesis doctoral se ha construido a lo largo del tiempo gracias a las personas que me han acompañado en el proceso.

Gracias a Davinia por darme la confianza que me falta, por ser inspiración y por creer en mí. Gracias a Yole por su mirada compasiva hacia el mundo, por enseñarme a mirar más allá. Aunque suele decirse que el proceso de una tesis doctoral es emocionalmente complejo,

en mi caso no ha sido así gracias a mis directoras. Gracias a su apoyo constante, compromiso, motivación e ilusión, este trabajo ha sido posible.

Gracias a Martín por ser y estar siempre. Por escuchar, acompañar, sostener y ayudarme a sentirme orgullosa de mí misma. Por ser compañero en la vida real y en la profesional, por pensar, debatir y reflexionar junto a mí.

Gracias a mis padres por su esfuerzo constante, que me ha permitido construir todas las oportunidades posibles para alcanzar la felicidad. Gracias a mi familia, a mi hermano, a Ana, a Luis y, en especial, a mis abuelos. Y no puedo dejar de agradecer a Esperanza y José Manuel por su atención y cariño.

Gracias a la Dra. Roxana Ynoub por acoger a una desconocida en su aventura por Buenos Aires, nunca sabré expresar todo lo que me traigo de esa época. Tendré que volver para confirmarlo.

Gracias a Rumbos por confiar en mí desde el primer momento y ofrecerme el lugar más seguro que conozco para crecer como psicóloga y, sobre todo, como persona. Gracias a todas y cada una de mis compañeras.

Gracias a la Universidad Loyola Andalucía por el amplio recorrido académico que me ha permitido construir.

Gracias a los profesionales que han confiado en este proyecto y a todas las mujeres que han participado en los estudios de esta tesis doctoral. Por la inmensa generosidad de contar cada una de sus historias.

Muchas gracias a los revisores expertos internacionales por la evaluación de este trabajo y al comité de tesis por el esfuerzo dedicado a la evaluación.

TRANSICIONES NO NORMATIVAS HACIA LA MATERNIDAD: UN ANÁLISIS CUALITATIVO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MUJER	8
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	11
Evolución de las teorías psicológicas sobre la transición hacia la maternidad	11
Fundamentos de la psicología perinatal	17
El periodo de embarazo	21
El proceso de parto	27
El periodo de posparto	32
Transición no normativa hacia la maternidad	38
La transición hacia la maternidad durante la adolescencia	40
La transición hacia la maternidad durante la pandemia de la COVID-19	42
La transición hacia la maternidad ante el duelo perinatal	44

Preguntas de investigación y objetivos	47
CAPÍTULO 2. MARCO EPISTEMOLÓGICO Y METODOLOGÍA	50
Epistemología construccionista	50
Metodologías cualitativas	53
Metodologías aplicadas en la presente tesis doctoral	54
Revisión sistemática	54
Análisis temático reflexivo	56
Reflexividad	62
Criterios de calidad	63
Consideraciones éticas	64
CAPITULO 3. RESULTADOS	¡Error! MARCADOR NO DEFINIDO.
Maternidad adolescente: Una revisión sistemática sobre los desafíos de la salud mental	¡Error! Marcador no definido.
Resultados derivados del estudio realizado para dar respuesta al OE1	¡Error! Marcador no definido.
Resultados tras la selección de estudios	¡Error! Marcador no definido.
La experiencia de parto durante la pandemia de la COVID-19: Un análisis temático cualitativo	¡Error!
Marcador no definido.	
Resultados derivados del estudio realizado para dar respuesta al OE2	¡Error! Marcador no definido.
Resultados del análisis temático reflexivo	¡Error! Marcador no definido.
La experiencia de duelo perinatal desde la perspectiva de las madres: Un análisis temático reflexivo	¡Error!
Marcador no definido.	
Resultados derivados del estudio realizado para dar respuesta al OE3	¡Error! Marcador no definido.
Resultados del análisis temático reflexivo	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	¡Error! MARCADOR NO DEFINIDO.
Discusión de los resultados del estudio para responder al Objetivo Específico 1	¡Error! Marcador no definido.
Discusión de los resultados del estudio para responder al Objetivo Específico 2	¡Error! Marcador no definido.
Discusión de los resultados del estudio para responder al Objetivo Específico 3	¡Error! Marcador no definido.
Discusión general	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	65
Implicaciones prácticas	67
Futuras líneas de investigación	70
Fortalezas y limitaciones	71
CHAPTER 5. CONCLUSIONS	73

REFERENCIAS	82
ANEXOS	160
Anexo 1	160
Anexo 2	161
Anexo 3	162
Anexo 4	163
BREVE CURRICULUM VITAE	170

Transiciones no normativas hacia la maternidad: Un análisis cualitativo desde la perspectiva de la mujer

Resumen

El objetivo general de la presente tesis doctoral es comprender la transición no normativa hacia la maternidad desde la perspectiva de la mujer. Para ello se han explorado tres situaciones específicas de transición hacia la maternidad no normativa: cuando esta sucede durante la adolescencia, la pandemia sanitaria de la COVID-19 y la pérdida perinatal.

La tesis doctoral recoge este objetivo en cinco capítulos. En el **primer capítulo**, se presenta una visión general sobre las distintas teorías que recogen cómo se produce la transición hacia la maternidad. Se describe cómo el creciente interés por la salud materna da lugar a la creación de un ámbito de estudio especializado, la psicología perinatal. A través de este apartado, se expone de forma específica cómo son los procesos de embarazo, parto y posparto en la actualidad, incluyéndose cuáles son los problemas de salud mental más comunes que pueden experimentar las madres en cada etapa específica, así como los factores de riesgo asociados. Para acercar el foco al objetivo de la tesis, se aporta información relevante sobre tres situaciones específicas de transición no normativa que podrían situar a las madres en una posición de mayor vulnerabilidad durante la maternidad. El capítulo finaliza con la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos.

El **segundo capítulo** recoge el marco epistemológico al que se acoge la presente tesis doctoral, así como el enfoque metodológico que se aplica para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos. Se detallan las metodologías de revisión sistemática y de análisis temático. El capítulo finaliza con un apartado de reflexividad, criterios de calidad y consideraciones éticas.

En el **tercer capítulo** se presentan los resultados de los diferentes estudios realizados para tratar de responder a cada objetivo específico. Concretamente, se presentan los resultados de una revisión sistemática sobre las condiciones psicológicas durante la transición hacia la

maternidad en la adolescencia y los resultados de dos análisis temáticos reflexivos, uno sobre la experiencia de parto durante la pandemia de la COVID-19 y otro sobre la experiencia de posparto tras una pérdida perinatal.

En el **cuarto capítulo**, se presentan las discusiones de los resultados obtenidos en cada estudio. Además, se realiza una discusión general de los hallazgos obtenidos en la presente tesis doctoral.

Finalmente, el **quinto capítulo** proporciona las conclusiones, implicaciones prácticas, futuras líneas de investigación así como fortalezas y limitaciones. Los resultados de la presente tesis doctoral permiten abandonar el significado universal y reduccionista sobre la transición a la maternidad al visualizar experiencias de transición que no se ajustan a los estándares sociales preestablecidos y al tener en consideración la amplia variedad de dimensiones que influyen en la experiencia materna. Con aportaciones como la de esta investigación se podrá ayudar a los responsables políticos a diseñar programas de atención sanitaria especializada, así como estrategias de prevención, promoción e intervención en la salud mental materna, ayudando de esta manera a madres, bebés, familias y, por tanto, a la sociedad.

Abstract

The overall objective of this doctoral dissertation is to understand the non-normative transition to motherhood from women's perspective. To this end, three specific situations of non-normative transition to motherhood have been explored: when it occurs during adolescence, during the COVID-19 pandemic, and following perinatal loss.

The doctoral thesis addresses this objective across five chapters. In the first chapter, an overview is presented with various theories that describe how the transition to motherhood occurs. It describes how the growing interest in maternal health has led to the creation of a specialized field of study: perinatal psychology. This section specifically outlines the current

processes of pregnancy, childbirth, and the postpartum period, including the most common mental health issues mothers may experience at each specific stage, as well as the associated risk factors. To bring the focus closer to the thesis objective, relevant information is provided on three specific situations of non-normative transition that could place mothers in a position of greater vulnerability during motherhood. The chapter concludes with the research question, the general objective, and the specific objectives.

The second chapter outlines the epistemological framework underpinning this doctoral thesis, as well as the methodological approach applied to achieve each of the proposed objectives. The methodologies of systematic review and thematic analysis are detailed. The chapter concludes with a section on reflexivity, quality criteria, and ethical considerations.

In the third chapter, the results of the various studies conducted to address each specific objective are presented. Specifically, the results of a systematic review on psychological conditions during the transition to motherhood in adolescence are presented, along with the results of two reflective thematic analyses: one on the childbirth experience during the COVID-19 pandemic and another on the postpartum experience following a perinatal loss.

In the fourth chapter, the findings from each study are discussed. Additionally, a general discussion of the findings from this doctoral thesis is provided. The chapter concludes with a discussion of the study's limitations and strengths.

Finally, the fifth chapter presents the conclusions, practical implications, and future research directions. The findings of this doctoral thesis challenge the universal and reductionist understanding of the transition to motherhood by highlighting transition experiences that do not conform to pre-established social norms and by taking into account the wide variety of factors that influence the maternal experience. Contributions such as this research can help policymakers design specialized healthcare programs, as well as strategies

for prevention, promotion, and intervention in maternal mental health, thereby helping mothers, babies, families, and, consequently, society.

Capítulo I. Introducción y Objetivos

La población mundial supera actualmente los 8.000 millones de habitantes, de los cuales casi la mitad son mujeres. Muchas de ellas transitarán por la experiencia de la maternidad; sin embargo, solo en tiempos recientes ha surgido un interés científico significativo por comprender esta vivencia en toda su complejidad. Esta tesis se centra precisamente en visibilizar las maternidades no normativas, situando a la madre como protagonista principal y atendiendo especialmente a aquellas que transitan este momento crucial fuera de los modelos tradicionales preestablecidos. Entre estas experiencias se incluyen: la transición hacia la maternidad durante la adolescencia, la pandemia de la COVID-19 y el posparto tras una pérdida perinatal. Estas trayectorias desafían las narrativas idealizadas y simplificadas de la maternidad, revelando las complejidades psicológicas, sociales y culturales que moldean la identidad materna en contextos que desafían los estándares sociales. Al hacerlo, esta investigación contribuye a reorientar el foco científico hacia realidades marginadas que, hasta recientemente, han permanecido en las periferias del discurso académico.

Evolución de las teorías psicológicas sobre la transición hacia la maternidad

Una madre no nace, se hace, siendo los aspectos históricos, culturales, sociales y psicológicos los que construyen el complejo constructo de la maternidad (Oberman, 2005). La maternidad inicia con el embarazo, y continúa con el parto y el posparto, en una transición en la que la mujer experimenta cambios físicos, psicológicos, sociales e incluso espirituales (Hwang et al., 2022), por lo que se considera un periodo no solo transformativo, sino además crítico en el ciclo vital de la mujer (Erikson, 1959; Oiberman y Paolini,

2019). Esta cuestión ha sido ampliamente estudiada desde múltiples enfoques teóricos y disciplinas, dando lugar a un cuerpo de conocimientos diverso y en constante expansión.

Ya en 1956, Donald Woods Winnicott presentó su obra *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, donde desarrolló su teoría sobre la preocupación maternal primaria, una fase compleja que permite a las madres estar en plena sintonía con sus hijos y que se desarrolla a lo largo del último trimestre del embarazo. Es en este estado, al que se refiere como una ‘enfermedad normal’, en el que se desarrolla una serie de vínculos que facilitan a las madres identificarse y comprender las necesidades de sus bebés (Winnicott, 1956). Aunque se solía pensar que esta fase duraba varias semanas después del parto, su duración era incierta y podía variar según el contexto, influyendo en las características del bebé (Winnicott, 1956). Más tarde, el mismo autor amplió su teoría mediante el concepto de «madre suficientemente buena», con el propósito de situar la maternidad como un proceso dinámico en el que no se busca alcanzar un ideal de perfección, sino adaptarse a las necesidades cambiantes del bebé (Winnicott, 1971). Con esta idea hacía énfasis en que la relación entre la madre y el bebé se transforma con el tiempo, y es gracias al ambiente de sostén y seguridad que ofrece la madre que el bebé puede pasar de una dependencia absoluta a una creciente independencia (Winnicott, 1971).

Las contribuciones teóricas de Winnicott, aunque centradas fundamentalmente en el desarrollo emocional temprano (Leckman et al., 2004; Lloyd Jones, 2015; Von Mohr et al., 2017) sentaron las bases para el posterior avance de teorías fundamentales sobre la transición a la maternidad, como la Teoría de la Adquisición del Rol Maternal de Reva Rubin (1961, 1975) y la Teoría de la Adopción del Rol Materno de Ramona Mercer (1981, 1985). Ambas autoras situaron la transición hacia la maternidad como un proceso dinámico en el que se producía una construcción progresiva de las habilidades maternas y, por consiguiente, de la identidad materna. Tanto Reva Rubin como Ramona Mercer compartían una visión de la

transición a la maternidad a través de un proceso de adaptación con una serie de fases que las madres tienen que atravesar para integrar su nuevo rol como madre.

Siguiendo con la propuesta de Rubin, la autora identificó cuatro tareas esenciales que una mujer debía cumplir durante el embarazo para adaptarse a su nuevo rol como madre: encontrar un camino seguro para ella y su hijo, asegurar la aceptación del niño, establecer un vínculo con su hijo aún por nacer y aprender a entregarse a la maternidad (Rubin, 1975). Al igual que Winnicott, la autora subrayó que el vínculo entre madre e hijo comienza antes del nacimiento, ya que los movimientos fetales despertarían la conciencia de la madre sobre la presencia de su bebé (Rubin, 1977). Este nexo inicial se caracterizaría por un estado de simbiosis entre madre y bebé hasta el momento del parto, en el que se produciría una polarización en la que la madre comienza a identificar y reivindicar a su bebé como un individuo separado.

Este proceso de diferenciación conduce a una reformulación del autoconcepto de la madre, lo que le permitiría lograr la separación de identidades y establecer su propia identidad como tal (Koniak-Griffin, 1993). La autora se centró específicamente en el periodo temprano del posparto y describió dos fases de desarrollo que la mujer experimentaría en ese instante, «*taking-in*» y «*taking-hold*», que pueden traducirse como aceptación o asimilación y control o estabilización, respectivamente (Rubin, 1961). La aceptación o asimilación sucedería en los primeros días tras el parto y se caracterizaría por el sueño y el apetito de la madre, así como por la ansiedad por recuperar el control del funcionamiento de su propio cuerpo (Rubin, 1961). En la fase de estabilización, la ansiedad —relacionada con la preocupación materna por adaptarse a los estándares establecidos— tendería a consolidarse según la respuesta del bebé ante las acciones de la madre que le ayudan a orientarse en el nuevo rol (Rubin, 1961). En su trabajo, la autora ya habló de la depresión posparto como una respuesta normal en la

que la mujer debe ajustar la brecha creada durante el embarazo entre la idealización de su rol maternal y la realidad (Rubin, 1967, como se citó en Gay et al., 1988).

Ramona Mercer, discípula de Rubin, en la década de los 80 retomó y amplió las propuestas de su mentora para desarrollar la Teoría de Adopción del Rol Maternal. Mercer (1981) extendió su teoría hasta el primer año de vida del bebé y enfatizó que esta transición implicaría una adaptación a nivel físico, psicológico, cognitivo y social. Además, la autora definió específicamente esta transición como un proceso dinámico de adquisición de habilidades maternas, en el que las madres experimentarían placer, gratificación, armonía e intimidad, contribuyendo así al desarrollo de su identidad materna (Mercer, 1985). Se trataría de un proceso interactivo en el que las respuestas maternas se verían moldeadas por factores internos y del entorno; es decir, la autora destacaba el impacto de factores internos, como la autoestima y las experiencias pasadas, pero también consideró los factores del entorno, contemplando los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y macrosistema (Mercer 1991, como se citó en Alvarado et al., 2011).

Con esta base teórica, Mercer (1981) desglosó la adquisición del rol materno en cuatro fases secuenciales: anticipatoria, formal, informal y personal. Durante estas etapas, la madre conseguiría evolucionar hacia su rol materno a través de las expectativas sociales, siguiendo normas establecidas sobre los cuidados e imitando modelos ajenos, hasta que la madre interioriza el rol, experimentando armonía, confianza y competencia en su maternidad (Mercer, 1985). La autora también señaló que este proceso se iniciaría en la etapa prenatal y se extendería de tres a 10 meses posparto, indicando que, en la mayoría de los casos, las madres experimentarían la completa internalización del rol maternal en su identidad a los nueve meses (Mercer et al., 1986 como se citó en Koniak-Griffin, 1993). Al igual que estas autoras, Daniel Stern (1995) al conceptualizar la constelación maternal destacó una serie de

tareas que contribuyen a la constitución del sujeto como como madre. Sin embargo, este autor hizo mayor énfasis en la reorganización psíquica, es decir, en la transformación identitaria e intersubjetiva que experimentaría la mujer durante la transición hacia la maternidad. Más específicamente, la reorganización psíquica de Stern (1995) describe cómo la transición hacia la maternidad se produce a través de un diálogo interno a tres bandas: con su propia madre, con ella misma como madre y con el bebé como forma de construir su identidad y su realidad. Además, el autor planteó cuatro dimensiones que se verían afectadas por esta transición. En primer lugar, la dimensión de la vida y el crecimiento, centrada en la preocupación por el desarrollo y la maduración del bebé. En segundo lugar, la relación primaria, entendida como el establecimiento de un vínculo emocional intenso con el hijo. En tercer lugar, la matriz de apoyo, que hace referencia a los sistemas de sostén que rodean a la madre (pareja, familia, red social y servicios). Por último, la reorganización de la identidad, que se refiere a la profunda transformación de la autoimagen y del sentido de sí misma que la mujer experimenta al asumir el rol materno. Es importante destacar que, aunque estas nuevas tareas se considerarían comunes entre las madres, no son universales, ya que son diversas las variables psicológicas, sociales y culturales que influyen (Stern, 1995, como se citó en Innamorati et al., 2010). Esta transición se vería influida de manera positiva o negativa por las expectativas, las fantasías, los miedos, las inseguridades o las experiencias previas, entre otros aspectos (Stern, 1999).

Coherente con la reestructuración psíquica de la identidad que define Stern, Monique Bydlowski (1997) teorizó sobre la transparencia psíquica, haciendo referencia a un proceso de regresión que se produce durante el embarazo y que provocaría una disminución de las defensas inconscientes, así como una atención focalizada en la vida interna. Todo ello facilitaría un acceso más directo a los deseos, conflictos e impulsos, además de propiciar regresiones sobre dinámicas relacionales que habían permanecido ocultas, tales como

situaciones vergonzosas o dolorosas asociadas a traumas experimentados en la infancia Bydlowski, 1997; como se citó en Bazan et al., 2019).

En esta misma línea, y de forma más reciente, Oiberman y Paolini (2019) hablan de un periodo de crisis de identidad y de maduración psicológica a través del proceso de gestación y anidación psíquica. Por un lado, la gestación psíquica se refiere a cómo durante el embarazo o, en algunas ocasiones, antes de este, la madre vive esta adaptación a través de representaciones psíquicas transitorias de sí misma en un rol maternal, lo que le permitiría construir esta nueva estructura (Oiberman y Paolini, 2024). Por otro lado, la anidación psíquica se definiría como aquella tarea en la que la madre da un espacio a otro en el propio cuerpo; es decir, registra la existencia de un bebé en gestación, lo cual es esencial para el inicio de la vinculación y el apego (Oiberman y Paolini, 2024).

Como resultado de la evolución de estas teorías, el concepto contemporáneo de «matrescencia», acuñado por Dana Raphael (1975) y posteriormente en continuo desarrollo por Aurélie Athan (2008, 2024a), enfatiza la maduración psicológica que experimenta la mujer durante su transición a la maternidad. Además, se ha ampliado para abarcar diversas formas de maternidad, como la adopción o la subrogación, así como para incluir diversas variables significativas que participan e influyen en esta transición, como la cultura, la economía, o la espiritualidad entre otras. Aurélie Athan (2024a) aporta esta definición de maternidad y de matrescencia:

La maternidad es una transformación del desarrollo a lo largo de la vida que es de naturaleza biológica, neurológica, psicológica, social, cultural, económica, política, moral, ecológica, existencial y espiritual. Además, la creación de una nosología integral para la matrescencia también debe implicar la clasificación de los desafíos y las oportunidades de desarrollo posibles dentro de cada uno de estos dominios. (p. 3)

La evolución de las contribuciones teóricas presentadas hasta ahora parte de la necesidad de describir una nueva experiencia subjetiva en la mujer, denominada subjetividad maternal (Laufer, 2024). Como explica Bleichmar (2005), la subjetividad se refiere a la forma en que cada sociedad establece los criterios que permiten la construcción de individuos capaces de integrarse en su cultura y a cómo cada individuo configura su singularidad. En otras palabras, la subjetividad maternal se construiría en base a las relaciones con los propios cuidadores, el bebé imaginado, el bebé real, la identidad maternal fantaseada y la realidad de la maternidad que se va desarrollando, junto con las influencias del mundo social y político (Blom y Bekar, 2024). Cada mujer forja su propia subjetividad maternal a través de sus experiencias, emociones, pensamientos y de la manera en que da sentido a la maternidad. En consecuencia, esta subjetividad se construye a partir de un delicado equilibrio entre su historia personal, sus deseos, los factores internos y externos, así como las expectativas feministas y personales (Blom y Bekar, 2024; Raphael-Leff, 2010).

Cuando el proceso de transición hacia la maternidad se produce en circunstancias que no se adaptan a las expectativas o estándares sociales, es decir, cuando la transición es no normativa, pueden surgir experiencias complejas que ponen a prueba la subjetividad y la salud mental materna. Por ello, las investigaciones destacan la importancia de seguir profundizando en la salud mental perinatal desde un enfoque cualitativo, como forma de situar a la mujer como protagonista, pudiendo reconocer así la variabilidad de experiencias (Blom y Bekar, 2024; Botía-Morillas y Jurado-Guerrero, 2018; Miller, 2005).

Fundamentos de la psicología perinatal

Como respuesta a la necesidad de comprender los procesos psicológicos en la mujer durante la transición hacia la maternidad y su impacto tanto en la madre como en el bebé y, por tanto, en el sistema familiar, emerge la psicología perinatal como una disciplina integradora. Su origen surge a partir de la práctica clínica de la psiquiatría perinatal en el

Reino Unido a lo largo de los años 50. En esa época, se observaron beneficios significativos al no separar a la diada madre-hijo cuando se encontraban hospitalizadas durante el periodo de posparto (Missonnier, 2023). A partir de este momento, se inició un proceso de investigación sobre la relación entre madres e hijos, lo que resultó en la organización de las primeras unidades de hospitalización materno-infantiles. A su vez, el auge de las teorías sobre el desarrollo infantil (a través de las aportaciones de autores como Winnicott, Stern o Bibring) y el análisis sobre el proceso de transición a la maternidad (es decir, las observaciones sobre las disfunciones en la adaptación al rol maternal) constituyeron las dimensiones que dieron origen a la psicología perinatal (Missonnier, 2023).

Aunque este enfoque inicial se centraba en los trastornos psiquiátricos graves durante el posparto y, a pesar de que en la actualidad se mantiene una visión psicopatológica de la atención en psicología, la psicología perinatal evolucionó para abarcar el momento de embarazo, parto y posparto más amplio, además de incorporar múltiples facetas que influyen en la salud mental materna, infantil y familiar (Oberman et al., 2013). El reconocimiento de la maternidad como un momento de especial vulnerabilidad, la alta prevalencia de trastornos psicológicos y las consecuencias a largo plazo en la salud mental de la madre, del bebé y de la familia han desencadenado un interés creciente en la comunidad científica. La Organización Mundial de la Salud (OMS [WHO]), (2022) estima que al menos una de cada cinco mujeres presentará dificultades psicológicas durante la etapa perinatal, convirtiéndose en un problema de salud pública con un importante impacto en la sociedad (Wisner et al., 2024). Por ello, en los últimos años, el crecimiento de las investigaciones enfocadas en la salud mental perinatal ha sido exponencial, abarcando múltiples áreas, como el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y la promoción de la salud mental de las madres (Dhillon et al., 2017; Johnson et al., 2012; Woody et al., 2017). Además, recientemente, asociaciones de salud mental perinatal, colegios profesionales de obstetricia-ginecología y la OMS han reconocido la

importancia de la salud mental perinatal, impulsando un mayor compromiso con su prevención y promoción a través de políticas y guías clínicas que la visibilizan (American College of Obstetricians & Gynecologists, 2025; Kalra et al., 2024; OMS, 2022; Shea et al., 2024).

A pesar de estos avances, es necesario reconocer que existen diversas variables que dificultan el diagnóstico y la atención de salud mental en el periodo perinatal (Lee-Carbon et al., 2022; Tyokighir et al., 2022). Entre estas variables se encuentran, por ejemplo, las barreras autoimpuestas de las propias mujeres en cuanto a la solicitud de atención psicológica a causa del estigma, la vergüenza, el juicio y la culpa (Daehn et al., 2022; Moore et al., 2021; Myors et al., 2013). Las percepciones de las madres sobre los trastornos mentales, junto con la falta de conocimiento y el miedo a ser etiquetadas como malas madres, pueden dificultar la solicitud de ayuda y, por tanto, el acceso a un tratamiento (Sambrook Smith et al., 2019; Viveiros et al., 2018; Webb et al., 2024). Otro posible obstáculo se encuentra en los profesionales de la salud, que pueden mostrar escasa concienciación o tener poca formación sobre psicología perinatal (Bayrampour et al., 2018; Webb et al., 2024). Además, la relación establecida entre la paciente y los profesionales durante los controles prenatales va a influir, facilitando o dificultando, en la decisión de las madres de comunicar sus sentimientos durante esta etapa de transición (Webb et al., 2024). Por otro lado, a nivel organizacional, los impedimentos pueden surgir de la insuficiencia de recursos, del acceso limitado a los servicios públicos, de la falta de financiación para programas o de protocolos específicos que aborden la evaluación de la salud mental en las madres (Bayrampour et al., 2018; Sambrook Smith et al., 2019; Webb et al., 2024). Por último, a nivel sociocultural, las diferencias lingüísticas o culturales pueden constituir un obstáculo adicional, especialmente para las personas migrantes (Sambrook Smith et al., 2019; Webb et al., 2024).

Acorde con lo anterior, es importante señalar que, a pesar de la alta proporción de madres que consideran necesitar un tratamiento psicológico, a nivel global, menos del 40% acuden a servicios de salud mental (Daehn et al., 2022; Lee-Carbon et al., 2022). Por todo lo descrito, se convierte en esencial el papel de los profesionales de atención médica perinatal para la detección de posibles aspectos psicológicos que afectan a la salud mental de las madres (Shea et al., 2024). Establecer una relación de confianza, realizar un cribado de salud mental con herramientas validadas durante el embarazo, el parto y el posparto, crear protocolos de derivación definidos y adaptados a la situación específica de la mujer y reconocer los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad se convierten en tareas esenciales de primera línea para promover y prevenir problemas graves en las madres (Shea et al., 2024). Para ello, es necesario reconocer que los procesos de embarazo, parto y posparto tienen características concretas y, por tanto, vulnerabilidades específicas. Cada una de estas etapas genera preocupaciones y estresores específicos que evolucionan paralelamente al desarrollo de la identidad materna, de modo que la forma en que se experimenta cada fase se ve influida por la anterior (Moniri et al., 2024; Türkmen et al., 2020).

En resumen, la psicología perinatal es fundamental para mejorar la calidad de vida de las madres y de sus hijos. Esta disciplina contribuye a reducir la morbilidad mental, optimizar los costes económicos mediante intervenciones preventivas que disminuyen la necesidad de hospitalizaciones prolongadas y tratamientos tardíos, y fortalecer la seguridad emocional tanto de padres como de bebés (Combellick et al., 2024).

A continuación, para profundizar en la salud mental perinatal, se describe brevemente la transición hacia la maternidad a través del proceso psicológico del embarazo, el parto y el posparto, junto con las principales variables psicológicas implicadas en cada uno de estos momentos de la etapa perinatal. El objetivo es analizar en profundidad los rasgos únicos de

cada proceso y examinar cómo se desarrollan la subjetividad e identidad materna a través de la experiencia de estos procesos. Además, se analizan las dificultades psicológicas que pueden presentarse durante la transición a la maternidad en algunas mujeres y circunstancias, así como factores de riesgo que pueden influir en la salud mental de las madres.

El periodo de embarazo

Cuando el embarazo es deseado, se suele enmarcar a nivel sociocultural como una etapa de exaltación y felicidad, algo que en la actualidad se ve intensificado por las redes sociales (Oviatt y Reich, 2019). El uso de las plataformas digitales ha contribuido a normalizar la exposición pública del proceso de embarazo, desde la publicación periódica de la evolución de la gestación hasta la difusión de celebraciones como el momento de anunciar la noticia a la familia, las fiestas de revelación de sexo o los *baby showers*. Estas prácticas han llegado a funcionar casi como una exigencia social implícita, reforzando la idealización del embarazo que la literatura especializada ha intentado cuestionar (Chee et al., 2024; Rosenbaum et al., 2024).

Sin embargo, la realidad es que la ambivalencia constituye una de las emociones más características del embarazo (Koletzko et al., 2015; Moisan et al., 2023; Patel et al., 2015). Esta ambivalencia se trata de una fase inicial propia del comienzo del embarazo (Bjelica et al., 2018; Fernández Lorenzo y Olza, 2021), que además se considera saludable; la mayoría de las madres viven emociones intensas y oscilantes—amor, miedo, irritación, rechazo, ternura— y esto no es patológico en sí mismo, sino parte esperable del proceso (Bjelica et al., 2018; Raphael-Leff, 2010). De alguna forma, esta ambivalencia puede considerarse un factor protector, puesto que a través de las representaciones psíquicas de cómo se ve a sí misma como madre, de lo que vivió como hija y de la visualización del bebé en gestación, se producirá la construcción subjetiva de la madre (Blom y Bekar, 2024; Stern, 1995).

Por lo tanto, resulta fundamental considerar la crisis evolutiva que se articula entre pasado y presente para comprender la reorganización psíquica de las madres y las dificultades que atraviesan tanto en el plano intrapersonal como en el interpersonal (Blom y Bekar, 2024). Las vulnerabilidades internas durante el embarazo abarcan aspectos vinculados a la historia infantil y las experiencias tempranas de la mujer, su estilo de apego y la presencia de trastornos mentales previos, además de otros factores relacionados con la edad materna, ya sea avanzada o temprana (Răchită et al., 2023; Shea et al., 2024; Val et al., 2025; Watson et al., 2024). Por su parte, las vulnerabilidades externas comprenden elementos contextuales como la carencia de apoyo familiar, social o de pareja; la presencia de violencia de género; las dificultades laborales, económicas o derivadas de procesos migratorios; así como escenarios de crisis sociales como, por ejemplo, conflictos bélicos, emergencias sanitarias o situaciones de pandemia (Hessami et al., 2022; Punamäki et al., 2018; Shahmir et al., 2023; Villalonga-Olives et al., 2017; Wu et al., 2021).

La relación inevitable entre la compleja transición hacia la maternidad y la posible presencia de múltiples retos coloca a las mujeres en una posible situación de riesgo para el desarrollo de dificultades en la salud mental materna (Tran et al., 2025). Son diversos los trastornos mentales prevalentes en la etapa del embarazo, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Fawcett et al., 2019; Viswasam et al., 2021). A continuación, se abordan algunas de las condiciones psicológicas más comunes.

La ansiedad durante el embarazo es una combinación de emociones, pensamientos y síntomas físicos y conductuales, en la que las madres manifiestan sentirse culpables, negativas, inquietas o desconectadas, junto con cambios corporales y fisiológicos asociados como respiración irregular, palpitaciones, pánico o insomnio (Pierce et al., 2022). Estas

experiencias emocionales y físicas pueden conducir a las madres a aislarse, evitar las interacciones o distanciarse de actividades (Pierce et al., 2022). Se trata de una sintomatología frecuente y, aunque las tasas varían según distintos factores, aproximadamente hasta un 29% de las mujeres embarazadas refieren síntomas de ansiedad y cerca de un 8% reciben un diagnóstico clínico de ansiedad durante la gestación (Langille et al., 2023; Nielsen-Scott et al., 2022; Silva et al., 2017). A pesar de estas tasas, existe heterogeneidad en la literatura científica respecto a la evolución de la sintomatología a lo largo de los distintos trimestres de gestación (Dennis et al., 2017; Redondo et al., 2025; Shen et al., 2024). Algunas investigaciones describen una mayor presencia de los síntomas ansiosos en el primer trimestre del embarazo, seguida de una disminución y de una relativa estabilidad en los trimestres posteriores (Kazemi y Dadkhah, 2020; Redondo et al., 2025; Shen et al., 2024 Soto-Balbuena et al., 2018). En este grupo de estudios, las tasas del primer trimestre oscilan entre el 13.11% y el 23.9%, descienden en el segundo trimestre hasta valores entre el 8.36% y el 17%, y aumentan de forma ligera en el tercer trimestre, situándose entre el 11.64 % y el 17.6% (Redondo et al., 2025; Shen et al., 2024; Soto-Balbuena et al., 2018). Por el contrario, otros trabajos señalan un patrón distinto, con un incremento progresivo de la sintomatología a medida que avanzan los trimestres, alcanzando hasta un 24.6% en el tercer trimestre de gestación (Dennis et al., 2017; Figueiredo y Conde, 2011).

Con respecto a la depresión durante el embarazo, se trataría de uno de los trastornos más comunes en el periodo perinatal, afectando aproximadamente entre el 10.9% y el 30% de las mujeres embarazadas (Aziz et al., 2025; Oliveira et al., 2022; Wu et al., 2024). La depresión se caracteriza por síntomas psicológicos y emocionales, como el llanto, la anhedonia, la irritabilidad y la dificultad para vincularse con el bebé, o incluso sentir rechazo hacia este (Reminick et al., 2013; Rollè et al., 2020). Se reconoce como un problema de salud pública debido a las consecuencias en la salud física y psicológica de la madre, del bebé y, en

general, del sistema familiar (Pereira et al., 2014). Al analizar los patrones a lo largo de los trimestres de gestación, diversos estudios señalan una mayor gravedad de los síntomas depresivos durante el primer trimestre, seguida de una tendencia a la estabilización en los trimestres siguientes (Ertmann et al., 2023; Muyiduli et al., 2021; Wu et al., 2024). Por ejemplo, Truijens et al. (2017) observaron la persistencia de la sintomatología depresiva a lo largo del embarazo en aproximadamente el 4% de los casos diagnosticados.

La coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos durante el periodo perinatal es un fenómeno a tener en cuenta (Yang et al., 2023). Aproximadamente el 9% de las mujeres experimentan simultáneamente ambas sintomatologías (Ou et al., 2025), y la prevalencia de esta comorbilidad puede alcanzar hasta el 10.04% en determinadas muestras (Bante et al., 2021; Cena et al., 2021). En este sentido, se ha identificado que factores como la edad —tener entre 30 y 35 años—, presentar alteraciones del sueño o contar con antecedentes de trastornos del estado de ánimo previos a la concepción incrementan significativamente el riesgo de desarrollar ambos cuadros clínicos simultáneamente (Cena et al., 2021).

Cuando la sintomatología de depresión y ansiedad no se presenta simultáneamente, ambas condiciones comparten factores de riesgo que pueden organizarse en varios niveles interrelacionados. En primer lugar, se encuentran los factores demográficos y socioeconómicos, entre los que destacan la edad materna, el nivel educativo, el estado civil, el entorno de origen y la situación laboral, que influyen en los recursos disponibles y en la exposición a situaciones de vulnerabilidad (Cena et al., 2020; Răchită et al., 2023; Truijens et al., 2017; Tsakiridis et al., 2019; Vaillancourt et al., 2022; Val et al., 2025; Yin et al., 2021). En segundo lugar, los factores obstétricos, como la infertilidad, los antecedentes de abortos, complicaciones obstétricas, recibir un diagnóstico de enfermedad o malformación, o ser madre primeriza, añaden una carga adicional de riesgo en términos de salud física y de

vivencia del embarazo (Charrois et al., 2022; Nisarga et al., 2022; Shariatpanahi et al., 2023; Tsakiridis et al., 2019; Yang et al., 2023; Zhu et al., 2018). En tercer lugar, se incluyen los factores psiquiátricos y psicológicos, entre ellos los antecedentes de trastornos de ansiedad, la historia familiar de psicopatología, la presencia de un perfeccionismo disfuncional, las alteraciones del sueño y diferentes formas de regulación emocional, como la evitación, la distracción o la rumiación (Allen et al., 2023; Ayen et al., 2024; Brittain et al., 2015; Priyadarshanie et al., 2024; Racine et al., 2020, 2021; Verhelst et al., 2024). Finalmente, los acontecimientos vitales estresantes, como la falta de apoyo social, las complicaciones médicas durante el período de gestación, experiencias previas de abuso o violencia intrafamiliar, o el fallecimiento de seres queridos, tienden a interactuar con las dimensiones anteriores e intensificar la vulnerabilidad psicológica durante el periodo de embarazo (Ayen et al., 2024; Biaggi et al., 2016; Brittain et al., 2015; Mahenge et al., 2013; Priyadarshanie et al., 2024; Val et al., 2025).

Además de la depresión y la ansiedad, el TOC es otra de las psicopatologías que puede emerger o agravarse durante el embarazo. Esta problemática se define por la presencia de obsesiones, entendidas como pensamientos, ideas, imágenes o impulsos intrusivos o compulsiones, es decir, conductas repetitivas o ritualizadas (Starcevic et al., 2020). Durante el embarazo, tal como indican Hudepohl et al. (2022), la sintomatología se centra con mayor frecuencia en la obsesión de contaminación o de hacer daño al bebé, junto con compulsiones de limpieza y de comprobación. El TOC en el embarazo puede llegar a ser muy incapacitante y presenta tasas de prevalencia más altas que en la población general (Hudepohl et al., 2022), puesto que la incertidumbre y los cambios constantes y profundos que las mujeres experimentan durante el embarazo se vinculan con frecuencia al inicio del TOC o al agravamiento de los síntomas en mujeres que ya presentaban el trastorno previamente (McDougle et al., 2010). Su prevalencia, aunque variable según las diversas investigaciones,

oscila entre el 3.5% y el 7.8% (Fairbrother et al., 2021; Miller et al., 2022; Uguz et al., 2007), pudiendo aumentar hasta el 15.1% en el caso de sintomatología leve (Nakić Radoš et al., 2025). Además, aunque estos síntomas tienden a aumentar progresivamente durante la gestación, el posparto suele ser un periodo especialmente complejo para muchas madres (Fairbrother et al., 2021, 2024). Con respecto a los factores de riesgo específicos para el desarrollo del TOC, la literatura presenta resultados contradictorios. Mientras que Nakić Radoš et al. (2025) indican que ninguna variable sociodemográfica u obstétrica predice de forma significativa los síntomas de TOC durante el embarazo, Nasiri et al. (2021) han observado que las mujeres con TOC tienden con mayor frecuencia a ser mayores de 25 años, caucásicas, con un nivel socioeconómico más alto, fumadoras o consumidoras de alcohol y otras drogas. En cuanto a los antecedentes obstétricos, Wang y Jia (2024) señalan que las complicaciones durante el embarazo y el estado de salud fetal son factores de riesgo que pueden provocar la aparición de TOC durante esta etapa.

La relevancia de detectar la posible sintomatología de salud mental durante el embarazo se encuentra no solo en ayudar a la madre, sino también en las consecuencias a largo plazo para ella y para el desarrollo infantil del bebé. La ansiedad puede afectar directamente en la sintomatología física del embarazo (náuseas, vómitos, acidez y dolores musculares), y, al igual que la depresión, en una mayor probabilidad de aborto espontáneo, preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, parto prematuro, o bajo peso del bebé al nacer (Dadi et al., 2020; Grigoriadis et al., 2018; Miller et al., 2022; Priyadarshanie et al., 2023; Zhang et al., 2023). Además, la sintomatología depresiva puede prolongarse en el tiempo, intensificarse e incluso incluir pensamientos o conductas suicidas (Asad et al., 2010; Tabb et al., 2023). Cuando esta sintomatología se mantiene a largo plazo, existe un mayor riesgo de presentar dificultades en el desarrollo del vínculo con el bebé, lo que puede dar lugar a la aparición de problemas emocionales, cognitivos, conductuales e incluso sociales durante la

infancia e incluso observables en la adolescencia (Soto-Balbuena et al., 2022; Tien et al., 2020). Con respecto al TOC, las mujeres embarazadas con síntomas o diagnóstico formal de este presentan un claro deterioro de la calidad de vida, especialmente en los ámbitos de la salud física, el bienestar psicológico y las relaciones sociales (Gezginç et al., 2008). Pese a las discrepancias existentes entre los estudios, en términos generales, se coincide en que el TOC durante el embarazo es clínicamente relevante, ya que actuaría como un factor de riesgo para el incremento de la sintomatología en el posparto, con consecuencias significativas tanto para la madre como para el bebé (Abramowitz et al., 2025; Fairbrother et al., 2024).

El proceso de parto

El parto constituye una experiencia única e irrepetible para cada mujer, que abarca dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales, y que, además, se caracteriza por su naturaleza liminal, es decir, por representar un momento de transición que transforma profundamente la vida (Downe et al., 2018). Siguiendo la propuesta teórica de Kurz et al. (2022), el parto puede entenderse como un rito de paso que implica separación, transición y reintegración en un nuevo rol materno. En la fase de transición, la mujer se encuentra en un estado de liminalidad entre su identidad previa y la nueva, atravesando una experiencia física intensa que la sitúa en una posición de vulnerabilidad, pero también de posible crecimiento. Estas autoras se refieren a dicho proceso como «partuscencia» y destacan que el entorno y la forma en que la mujer es acompañada durante el parto determinan la dirección de dicha transformación, favoreciendo que se viva como un crecimiento personal o, por el contrario, como una experiencia traumática (Kurz et al., 2022). En la misma línea, Olza et al. (2020) teorizan el parto como un evento neuro-psico-social en el que la oxitocina endógena no solo impulsa las contracciones, sino que también modula la analgesia, el bienestar y la transformación materna, siempre que se equilibre con apoyo continuo y entornos protectores.

Además del proceso puramente fisiológico, existen diversos factores que influyen en la experiencia, positiva o negativa, del parto. Con respecto a la experiencia positiva, varios estudios han identificado, a partir de las narraciones personales de las mujeres, que la sensación de control, el apoyo práctico y psicológico por parte de los profesionales sanitarios, el apoyo de la persona que acompaña a la mujer y la seguridad del entorno tienen una influencia positiva en la percepción subjetiva del parto en las madres (Hosseini Tabaghdehi et al., 2020a; Olza et al., 2018; Rönnérhag et al., 2018; OMS 2018). Esta percepción es vital puesto que puede favorecer la adaptación de la madre a su nuevo rol, su empoderamiento, su autoestima, el vínculo temprano con el bebé, una lactancia más prolongada y, en términos generales, su funcionamiento y satisfacción vital (Havizari et al., 2021; Prata et al., 2017; Raudasoja et al., 2022).

De manera más concreta, la sensación de control parece ser un factor esencial. En esta línea, Olza et al. (2018) destacan en sus resultados la importancia de la capacidad de control externo e interno de las madres; es decir, que participen activamente en los acontecimientos y en la toma de decisiones (control externo), y que tengan la oportunidad de regular sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas (control interno). Otros autores señalan que este control puede conseguirse mediante una preparación al parto, el conocimiento del proceso y del entorno, estrategias de afrontamiento como la respiración y el movimiento, y el apoyo externo de las matronas, así como la información y la presencia de la pareja, lo que genera seguridad, autoeficacia y una mayor autoestima materna (Hosseini Tabaghdehi et al., 2020a).

Con respecto al factor de apoyo, las mujeres necesitan apoyo emocional y práctico por parte de los profesionales. Es decir, las mujeres necesitan conocer a las personas que las atienden, sentir que las escuchan, que sean amables y respetuosos con ellas, que haya una

comunicación transparente y respetando lo acordado para el parto (Downe et al., 2018; Rodríguez-Almagro et al., 2019). Se trata de un tipo de apoyo en el que la calidad de la relación y la percepción de apoyo disponible son más determinantes que su cantidad objetiva (Ekström-Bergström et al., 2022). Concretamente, Ekström-Bergström et al. (2022) identifican cuatro tipos de apoyo fundamental: emocional (empatía, afecto, confianza que genera seguridad y pertenencia), de valoración (refuerzo de la autoeficacia y de la competencia percibida), informativo (conocimiento para comprender y resolver problemas) e instrumental (ayuda práctica). Cuando las madres reciben este tipo de apoyo, se fortalece su resiliencia interna y se mejora su satisfacción con la experiencia del parto (Ekström-Bergström et al., 2022).

En esta línea, también se encuentra el apoyo de la persona acompañante, encargada de brindar cuidados físicos, emocionales y sociales (Pereda-Goikoetxea et al., 2026). Siguiendo a Bohren et al. (2019), existirían cuatro formas principales de apoyo a las madres por parte de la persona acompañante: proporcionar apoyo informativo; es decir, facilitar información práctica sobre el proceso y mejoraron la comunicación con el personal sanitario; brindar apoyo de defensa, es decir, actuar como defensores, expresando las preferencias de la mujer; ofrecer apoyo físico mediante masajes, ayuda para moverse y técnicas de alivio del dolor sin medicamentos; proporcionar apoyo emocional mediante elogios, palabras calmantes y una presencia continua que fomentaba la seguridad y el control. Por ello, la presencia del acompañante trasciende el mero apoyo: genera mayor confianza y seguridad en la madre, lo que se asocia con un menor riesgo de intervenciones (Hoffmann et al., 2023).

Una de las últimas variables a destacar sería la seguridad del entorno hospitalario. Esta seguridad incluiría una comunicación temprana sobre riesgos, beneficios y opciones para reducir la imprevisibilidad, junto con una continuidad relacional mediante la presencia física

constante de los profesionales, además de asegurar la privacidad de la madre, especialmente en situaciones como los exámenes vaginales, que sin consentimiento o innecesarios pueden provocar vergüenza o una sensación de pérdida de control (Aktaş y Aydın, 2019; Rönnerhag et al., 2018).

A pesar de tener identificados los factores que favorecerían una experiencia de parto positiva, la literatura señala que hasta el 54.5% de las madres perciben el parto como una experiencia negativa o incluso traumática (Bagherinia et al., 2025; Henriksen et al., 2017; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020b; Modarres et al., 2012), siendo diversas las posibles causas. A nivel obstétrico, algunos estudios señalan que la cesárea de emergencia, la inducción del parto, la hemorragia durante el parto, una percepción elevada del dolor durante el parto y la imposibilidad de realizar el contacto piel con piel pueden contribuir a una experiencia negativa (Chabbert et al., 2021; Froeliger et al., 2025, 2026; Viirman et al., 2023).

A nivel psicológico, las emociones de miedo relacionadas con la muerte, la preocupación por la salud propia o la del bebé, la tocofobia —miedo al parto— y el estado de disociación durante el parto son los factores que más influirían en el riesgo de percibir el parto como traumático (Viirman et al., 2022, 2023). A nivel relacional, la insatisfacción con el apoyo emocional y práctico recibido tiene un impacto negativo, ya que los desacuerdos, las faltas de respeto, la negligencia y, en general, la mala comunicación puede aumentar la inseguridad y la desconfianza, afectando directamente a la experiencia de las madres (Henriksen et al., 2017; Rodríguez-Almagro et al., 2019; Viirman et al., 2023). En algunos casos, esta experiencia negativa, tanto objetiva como subjetiva, puede derivar en un trauma psicológico (Demirel et al., 2022) o en un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (McKelvin et al., 2021; Yildiz et al., 2017). En esta línea, el TEPT derivado del parto se caracteriza por síntomas intrusivos, como recuerdos repetitivos e incontrolables, pesadillas o

flashbacks vívidos del evento traumático, acompañados frecuentemente de amnesia disociativa o de recuerdos fragmentados del nacimiento (Leinweber et al., 2022; Rehberg et al., 2025; Riquelme Gallego et al., 2022). Estos síntomas se combinan con conductas de evitación sistemática de estímulos relacionados, tales como entornos hospitalarios o discusiones sobre el parto, junto con una sensación persistente de irre realidad (desrealización) o de indiferencia emocional, lo que dificulta el vínculo afectivo temprano con el bebé (Cook et al., 2018; Kranenburg et al., 2023; Rehberg et al., 2025). Además, predominan sentimientos negativos como ira, vergüenza o culpa que afectan a la identidad materna, pudiendo generar aislamiento emocional y, en los casos más graves, derivar en ideación suicida o en pensamientos recurrentes de autolesión que dificultan la adaptación posparto (Kranenburg et al., 2023; Riquelme Gallego et al., 2022). El TEPT derivado del parto tiene una alta prevalencia, aunque variable según las investigaciones, y oscila entre el 2.9% y el 35.59% (Arora et al., 2024; Lai et al., 2023; McKelvin et al., 2021; Modarres et al., 2012; Steetskamp et al., 2022).

Más allá de los síntomas ya mencionados, una experiencia negativa de parto tiene consecuencias tanto a corto como a largo plazo (Nahae et al., 2024). Por un lado, la madre puede experimentar dificultades en la lactancia y en el vínculo con el bebé (Cavallé-Abasolo et al., 2025). Por otro lado, una experiencia negativa de parto puede influir en la relación de pareja debido a la falta de comprensión y apoyo por parte de esta, dando lugar a una tensión en la relación y, por consiguiente, la pérdida de intimidad (Delicate et al., 2018). A largo plazo, esta vivencia puede impactar en futuras decisiones reproductivas maternas como evitar posteriores embarazos o solicitar cesáreas programadas (Shorey et al., 2018), además de afectar directamente al desarrollo socioemocional del infante (Suarez y Yakupova, 2024).

El periodo de posparto

El periodo de posparto o puerperio se inicia con el nacimiento del bebé, y aunque organismos como la OMS establecen una duración de seis semanas, cada vez son más los autores que consideran una duración de 12 meses debido a la complejidad de los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimenta la mujer (Ahrens et al., 2023; Frijmersum et al., 2025; Kumarasinghe et al., 2024; OMS, 2022; UNICEF, 2023). Dentro del proceso de posparto pueden diferenciarse cuatro etapas: el puerperio inmediato, temprano, ampliado y emocional (Ramírez-Matos, 2021). Se trata de diferentes etapas que atraviesa la madre a través de las cuales se produce el vínculo con el bebé y la integración de la identidad materna. Estas etapas se experimentan de forma intensa en los primeros momentos del posparto y evolucionan a medida que el recién nacido crece (Hwang et al., 2022; Ramírez-Matos, 2021).

Si en el embarazo comienzan las fantasías y expectativas en torno al bebé y al propio papel de la mujer como madre, en el posparto se impone la tarea de ajustar las ideas preconcebidas a la realidad (Tsai y Wang, 2019). Se trataría de una adaptación multidimensional que se produce en las esferas física, psicológica, social y relacional (Hwang et al., 2022). En la esfera física, la madre tiene que adaptarse a la fatiga física que supone el cuidado de un recién nacido, pero también a los cambios que sufre su cuerpo (Lee et al., 2025; Tsai y Wang, 2019). La madre experimenta la carga de la fatiga física, a la vez que las exigencias de ejercicio o dieta para volver al cuerpo previo, influenciadas por la presión social, donde el ideal es parecer que no eres madre (Lee et al., 2025; Prinds et al., 2020). En la esfera psicológica, el posparto puede ser un momento de felicidad y autorrealización, pero también de frustración y angustia que se originan en la preocupación por el estado de salud del recién nacido, abarcando aspectos como la alimentación, la higiene y el sueño de este (Rotich y Wolvaardt, 2017; Xiao et al., 2019). En la esfera social, la madre se enfrenta al desafío de equilibrar sus roles como madre, hija, amiga, esposa y trabajadora. Además, su

entorno también le atribuye el rol de madre, lo que la sitúa en una posición diferente a la que ocupaba antes (Hwang et al., 2022). Por último, en la esfera relacional, se produce la vinculación entre madre y bebé, necesaria para que la madre pueda empatizar y entender las necesidades del recién nacido, pero también se redefinen las relaciones de pareja y familiares, en las que se establecen diferentes prioridades (Hwang et al., 2022).

Por tanto, el posparto es un periodo de especial relevancia y sensibilidad en el que la madre debe adaptarse a los cambios que conlleva la maternidad, momento en el que el apoyo y la comprensión recibida se convierten en elementos cruciales para el bienestar psicológico de la madre (Yeh et al., 2017). Los síntomas psicológicos en esta etapa son comunes; hasta el 50% de las mujeres experimentan *baby blues*, depresión o ansiedad (Zivoder et al., 2019), además de TOC o psicosis posparto, que, a pesar de su menor prevalencia, destacan por el grave impacto que tienen en la salud de la madre y del bebé (Fairbrother et al., 2021; VanderKruik et al., 2017).

La tristeza posparto, también conocida como *maternity* o *baby blues*, es un síndrome psicológico transitorio que generalmente comienza en los primeros días posteriores al parto y persiste hasta la sexta semana (Ntaouti et al., 2020). Se considera un trastorno subsindrómico no patológico con una prevalencia de hasta el 75% (Rezaie-Keikhaie et al., 2020). Sin embargo, su diagnóstico es crucial, ya que su presencia es un fuerte predictor de la depresión posparto o del trastorno adaptativo (Chechko et al., 2024; Landman et al., 2024; Takács et al., 2016; Watanabe et al., 2008). Entre los síntomas más comunes, las madres suelen experimentar cansancio, baja autoestima, desánimo, tristeza persistente e hiperreactividad emocional (M'Baïlara et al., 2005; Takács et al., 2016).

La depresión posparto, posiblemente el trastorno perinatal más conocido, afecta entre el 6% y el 20% de las mujeres, siendo más frecuente en países de bajos ingresos (Alshikh

Ahmad et al., 2021; Gelaye et al., 2016; Nakić Radoš et al., 2024; Zivoder et al., 2019). Se trata de un trastorno del estado de ánimo con una amplia gama de síntomas físicos, emocionales y comportamentales (American Psychological Association, 2022; Nguyen et al., 2023). A nivel físico, las madres presentan palpitaciones, dificultades respiratorias, náuseas, cansancio y alteraciones del sueño (Nguyen et al., 2023). A nivel emocional, se puede experimentar nerviosismo, irritabilidad, tristeza persistente, pensamientos obsesivos, deterioro de la concentración y de la toma de decisiones, sensación de sentirse insuficientes y pensamientos suicidas o de hacer daño al bebé (Nakić Radoš et al., 2024; Valverde et al., 2023). A nivel comportamental, aunque se trata de conductas menos frecuentes, las madres expresan síntomas como hablar sin sentido, deambular por el exterior e incluso agredir a alguien, además de posibles conductas autolesivas (Nguyen et al., 2023).

En cuanto a la ansiedad posparto, una revisión sistemática reciente estimó una prevalencia del 14% (Liu et al., 2022), aunque algunos estudios sugieren que podría alcanzar el 48.1% (Austin et al., 2010; Fairbrother et al., 2016; Feldman et al., 2025). Si bien la literatura científica no es concluyente sobre la evolución de la ansiedad a lo largo del posparto, se observa un aumento a los dos meses posparto, con una prevalencia de hasta el 27.6% (Doncarli et al., 2024). Al igual que durante el embarazo, la ansiedad posparto se manifiesta con síntomas físicos como palpitaciones, náuseas o cefaleas. Sin embargo, la preocupación excesiva por la salud y los cuidados del bebé, la irritabilidad derivada de la falta de sueño y la sobrecarga de múltiples responsabilidades son los síntomas más característicos (Soto-Balbuena et al., 2022; Wenzel et al., 2005). Esta sintomatología puede afectar significativamente a la capacidad de la madre para funcionar, lo que lleva a una alta comorbilidad con la depresión posparto (Feldman et al., 2025).

Con respecto al TOC en la etapa de posparto, se caracteriza por los pensamientos obsesivos e intrusivos en relación con el bienestar del bebé, así como con el propio rol de la madre, como el miedo a dañar al bebé (accidental o intencionalmente), temor a que se asfixie, muera mientras duerma o enferme gravemente (Feldman et al., 2025; Starcevic et al., 2020). La prevalencia de los pensamientos obsesivos sobre dañar al bebé, intencional o accidentalmente, es del 53.9% y del 95.8%, respectivamente (Collardeau et al., 2024). Se trata de un tipo de pensamientos comunes que se agravan en intensidad a causa de la fatiga o el sueño. El estrés y las interpretaciones cognitivas erróneas son factores importantes que contribuyen a su aparición y gravedad (Brok et al., 2017; Fairbrother et al., 2018). A pesar de ello, la evidencia científica indica que la presencia de intrusiones dañinas aisladas no aumenta el riesgo de violencia de las madres hacia sus hijas/os (Brok et al., 2017). Ante esto, la respuesta conductual se manifiesta mediante compulsiones específicas de comprobación, la búsqueda constante de consuelo, la distracción y la evitación, como forma de aliviar la angustia o prevenir una situación temida (Feldman et al., 2025; Starcevic et al., 2020). Más allá de la sintomatología que puede considerarse común, la prevalencia de este tipo de trastorno ha fluctuado a lo largo de los años hasta llegar al 16.9% en los estudios más recientes (Fairbrother et al., 2021; Mahaffey et al., 2022; Miller et al., 2022; Phillips et al., 2022).

Por último, la psicosis posparto se caracteriza por episodios únicos o recurrentes de síntomas psicóticos y del estado de ánimo que se manifiestan durante el periodo posparto (Toor et al., 2024). A pesar de la baja prevalencia, entre 0.89 y 2.6 por cada 1000 nacimientos, se considera una emergencia psiquiátrica debido a las posibles consecuencias en la madre y el bebé (Bergink et al., 2016; Friedman et al., 2023; VanderKruik et al., 2017). Los síntomas de este trastorno son diversos y variables y suelen aparecer de forma repentina en las primeras semanas de posparto, pudiendo agravarse si no se interviene (Bergink et al., 2016).

Se pueden observar cambios de ánimo, pensamiento y comportamiento, como puede ser la preocupación exagerada o, por lo contrario, el desinterés por el bebé, paranoia o desconfianza en los demás, agitación, irritabilidad, depresión, alucinaciones, desesperanza, delirios, pensamientos sobre autolesión, suicidio o infanticidio. Además, puede incluir cambios a nivel de conciencia, como la perplejidad, la confusión, la desorientación y la sensación de irrealidad (Bergink et al., 2016; Olivares Crespo y Marcos Nájera, 2022).

Los factores de riesgo para desarrollar cualquiera de los trastornos mencionados en el posparto (depresión, ansiedad, TOC o psicosis) son múltiples y en ocasiones, se superponen. Por ejemplo, ser madre primeriza, experimentar complicaciones obstétricas o de salud mental durante el embarazo o un parto traumático es un factor de riesgo común para todos ellos (Alshikh Ahmad et al., 2021; Chechko et al., 2024; Feldman et al., 2025; House et al., 2016; Hudepohl et al., 2022; Kansagra et al., 2025; Landman et al., 2024; Liu et al., 2022; Michalczyk et al., 2023; Öztürkler y Çinar, 2025). Los antecedentes psiquiátricos o haber experimentado situaciones adversas o traumáticas durante la infancia, como el abuso sexual o violencia, también son indicadores de alto riesgo para la depresión y la ansiedad posparto (Chechko et al., 2024; Doncarli et al., 2024; Feldman et al., 2025; Landman et al., 2024; Liu et al., 2021; Shin et al., 2021). Sin embargo, como indican diversas investigaciones, estos factores no presentan una asociación significativa con los fenómenos obsesivo-compulsivos posparto (Drake et al., 2024; Hipke, 2024), siendo en el caso del TOC la sintomatología de TEPT el mayor de los predictores durante el posparto (Drake et al., 2024).

En el caso de la psicosis posparto, existe un desacuerdo respecto de la influencia de las situaciones adversas durante la infancia. Mientras Perry et al. (2016) no encontraron evidencia que vincule las experiencias adversas infantiles con la psicosis posparto, el estudio de Fekih-Romdhane et al. (2024) mostró que el trauma infantil, particularmente el maltrato psicológico

y la negligencia, aumenta significativamente el riesgo de experimentar psicosis posparto. Sin embargo, las investigaciones coinciden en factores de riesgo como presentar un diagnóstico previo de trastorno bipolar, ingresos psiquiátricos previos, vulnerabilidad genética, hormonal e incluso inmunológica (Bergink et al., 2016; Michalczyk et al., 2023; Olivares Crespo y Marcos Nájera, 2022; Perry et al., 2024).

Por último, es importante destacar el papel de factores ampliamente estudiados, como la edad, la precariedad económica, el bajo estatus social, la condición de migrante y la ausencia de apoyo de la pareja, que sitúan a las mujeres en una posición de mayor vulnerabilidad ante la depresión y la ansiedad posparto (Alshikh Ahmad et al., 2021; Dadhwal et al., 2023; Feldman et al., 2025; Liu et al., 2021; Stewart y Vigod, 2019).

En resumen, las consecuencias de presentar esta sintomatología impactan en la salud física, mental y social tanto de la madre como del bebé, y su repercusión será visible a corto, medio y largo plazo. En el caso tanto de la depresión posparto como de la ansiedad posparto, existe un mayor riesgo de disminución de la calidad de vida a largo plazo, así como un mayor riesgo de consumo de sustancias y conductas suicidas (Feldman et al., 2025; Slomian et al., 2019). Por otro lado, el bebé tiene un mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales, conductuales y cognitivos (Feldman et al., 2025; Slomian et al., 2019). Estas consecuencias deterioran la interacción madre-bebé, reduciendo el compromiso emocional y generando una percepción negativa de la relación, lo que supondrá un mayor riesgo de apego inseguro, prácticas parentales menos saludables y una probabilidad elevada de maltrato infantil (Slomian et al., 2019).

En el caso del TOC, el conocimiento sobre sus consecuencias aún es limitado y requiere más investigación, aunque los estudios disponibles ya indican que puede afectar a las madres de diversas maneras: pueden experimentar una menor confianza en sí mismas, mayor

angustia, menor probabilidad de recibir apoyo social y menor probabilidad de realizar actividades de autocuidado, además de que el TOC puede interferir en la lactancia y vinculación entre madre y bebé en las situaciones más graves (Blum et al., 2022; Challacombe et al., 2016; Phillips et al., 2022).

Por último, la sintomatología de la psicosis posparto genera en las madres un elevado sufrimiento y angustia, además de la pérdida de la confianza en sí mismas, lo que las lleva al aislamiento a causa de la culpa y la vergüenza que sienten, además de emociones que se intensifican al no poder adaptarse al rol maternal establecido (Fusar-Poli et al., 2025). Pero es el riesgo de suicidio o de infanticidio, con una prevalencia de 18% y entre 1% y 4.5% respectivamente, lo que más preocupa en este tipo de trastorno (Babu et al., 2008; Friedman et al., 2023). Debido al impacto en el entorno, investigaciones como la de Forde et al. (2020) hacen especial mención a la integración de las necesidades psicológicas y psicosociales en el tratamiento para superar el enfoque biomédico. Además, la recurrencia es uno de los factores que más inquieta a los profesionales, ya que entre el 50% y el 80% de las mujeres que han experimentado una psicosis posparto la volverán a experimentar en el siguiente posparto (Tinkelman et al., 2017).

Transición no normativa hacia la maternidad

Como se ha descrito a lo largo del capítulo, la maternidad es una transición compleja definida como una crisis de adaptación e identidad (Oberman y Paolini, 2019). Esta transición, marcada por la incertidumbre y ambivalencia, puede presentar desafíos aún más significativos cuando se produce en circunstancias o contextos no convencionales. Es decir, cuando el proceso de maternidad no se ajusta a las expectativas o estándares sociales establecidos, puede suponer un desafío adicional para las mujeres que la experimentan.

Se entiende por transición normativa aquel proceso en el que el embarazo, el parto y el posparto transcurren de forma favorable, sin generar un impacto negativo en la experiencia de la mujer ni comprometer su salud física, psicológica o social. Sin embargo, son diversos los factores que pueden situar a algunas mujeres en una posición de mayor riesgo, incrementando la probabilidad de que la madre experimente una transición no normativa, aumentando a su vez el riesgo de complicaciones psicológicas (Brembilla et al., 2019). Estas condiciones que podemos considerar de vulnerabilidad pueden estar presentes en los niveles biológico, psicológico y social (de Oliveira et al., 2021; Keedle et al., 2026; Roberts et al., 2022; Vignato et al., 2021).

A nivel biológico, factores como complicaciones obstétricas (preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, bajo peso al nacer, ingreso de bebé o madre en Unidad de Cuidados Intensivos, pérdida perinatal...), la edad materna (adolescencia o edad avanzada) y enfermedades crónicas (hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, enfermedades de transmisión sexual, obesidad...) pueden tener un impacto directo en la experiencia de las madres (Bodunde et al., 2025; Cattane et al., 2021; Gong et al., 2023; Kapetanovic et al., 2014; Shea et al., 2024).

A nivel psicológico, las experiencias adversas durante la infancia, la presencia de trastornos mentales antes o durante el embarazo o los eventos vitales estresantes durante la gestación pueden ser elementos que pueden influir en la salud mental de las madres (Liu et al., 2021; Osofsky et al., 2021; Priyadarshanie et al., 2024). Por último, a nivel social, factores como la posición socioeconómica, la insuficiencia de apoyo social, la calidad de la relación de pareja y la violencia doméstica son considerados factores de riesgo, a lo que también se suman las crisis sociales, económicas o sanitarias como la pandemia COVID-19 (Alipour et al., 2018; Bedaso et al., 2021; Qutteina et al., 2018; Stocker et al., 2020; White et al., 2024)

que pueden impactar la experiencia de embarazo, parto y posparto de las mujeres (Saleh et al., 2023).

Como se ha señalado, entre las múltiples situaciones que pueden vivirse de manera simultánea a la etapa perinatal, la presente tesis doctoral se enmarca en tres situaciones excepcionales que de alguna forma rompen con el modelo normativo de maternidad dominante: la transición hacia la maternidad durante la adolescencia, la pandemia de la COVID-19 y el duelo perinatal. A continuación, se detallan estas tres excepcionalidades.

La transición hacia la maternidad durante la adolescencia

El pasaje hacia la maternidad durante la adolescencia supone una doble transición: de la adolescencia a la edad adulta y a la maternidad, una situación que presenta una amplia variabilidad según el contexto cultural (Alzate et al., 2018; Pradhan et al., 2015), pero que requiere especial atención a causa de los desafíos físicos, psicológicos y sociales a los que se enfrentan las adolescentes (Erfina et al., 2019). La natalidad de madres adolescentes sigue siendo un reto social. A nivel mundial, se calcula que hay alrededor de 12.4 millones de bebés nacidos de madres adolescentes (OMS, 2024). En España, según los datos más recientes publicados, la tasa de fecundidad adolescente es de 0.07 nacimientos por 1000 adolescentes de 10 a 14 años y de 4.20 en adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que refleja una baja incidencia, aunque persistente (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

En el ámbito físico, las madres adolescentes presentan un mayor riesgo de complicaciones tanto para ellas como para el feto. Entre las más frecuentes se encuentran la hipertensión, el parto prematuro, el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento fetal y la preeclampsia (Diabelková et al., 2023; Pietras et al., 2024). Asimismo, tanto las madres como sus hijos/as son más susceptibles a sufrir hemorragias posparto, anemia y otras enfermedades (Todhunter et al., 2022). Sin embargo, las adolescentes parecen tener menor probabilidad de

padecer diabetes gestacional, de necesitar inducción al parto, de tener un parto vaginal asistido o de requerir una cesárea (Jain et al., 2018; Wang et al., 2012). Con respecto a la influencia en el bebé, diversos autores señalan que los bebés de madres adolescentes pueden tener mayor riesgo de trastornos del desarrollo, del aprendizaje y de la conducta (Grossman et al., 2023; Jeha et al., 2015; Jutte et al., 2010).

En el ámbito psicológico, la literatura ha tendido a centrarse de manera preferente en la depresión posparto, mientras que otros trastornos, como el trastorno de ansiedad generalizada, el TEPT o el trastorno bipolar, han recibido una menor atención, lo que limita una comprensión integral del problema (Corcoran, 2016; Dinwiddie et al., 2017; Hymas y Girard, 2019; Jeha et al., 2015). En cuanto a la depresión, son diversas las revisiones que observan una alta prevalencia en el posparto adolescente y concluyen que los factores asociados a su aparición son los antecedentes de trastornos depresivos, la falta de apoyo familiar o social, el bajo nivel socioeconómico o las experiencias traumáticas en la infancia (Dinwiddie et al., 2017; Hymas y Girard, 2019; Jeha et al., 2015). No obstante, algunas investigaciones cualitativas han mostrado que, junto con emociones negativas, también pueden aparecer emociones positivas en las madres, como la felicidad y el orgullo, así como un mayor sentido de madurez y responsabilidad (Cox et al., 2021; Dalton, 2015; Erfina et al., 2019; Gbogbo, 2020).

En el ámbito social, la estigmatización de un embarazo adolescente tiene un fuerte impacto en la salud mental de las madres (Erfina et al., 2019). En relación con sus pares, las madres adolescentes suelen enfrentarse a experiencias de desprecio y marginación, lo que favorece el aislamiento y aumenta los sentimientos de soledad y desesperanza (Erfina et al., 2019; Gbogbo, 2020). No obstante, aquellas madres adolescentes que reciben apoyo de su familia y de su entorno social presentan una mejora significativa en su bienestar. Además,

este respaldo constituye un factor esencial y determinante para el desarrollo de una identidad materna positiva, una mayor autoestima y una sensación reforzada de autoeficacia (Barr et al., 2013; Erfina et al., 2019; Tung et al., 2021; Wittenberg et al., 2022). Por todo lo descrito, es importante comprender las condiciones psicológicas durante el período perinatal, centrándose específicamente en el proceso de embarazo, parto y posparto en adolescentes, para poder ampliar el conocimiento y mejorar la salud mental perinatal en la población adolescente.

La transición hacia la maternidad durante la pandemia de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 representó un momento crucial para la investigación en salud mental perinatal debido al impacto psicológico en esta población (Pankaew et al., 2024). Durante la pandemia, se observó un incremento significativo de los niveles de depresión, ansiedad y síntomas de estrés postraumático en mujeres embarazadas y puérperas (Costa et al., 2023; Kerker et al., 2023; Mateus et al., 2022).

Durante el embarazo y el posparto, se observó un aumento significativo, en comparación con momentos previos a la pandemia, en cuanto a la sintomatología depresiva y ansiosa. Específicamente, se detectó que la presencia de depresión oscilaba entre el 25.1% y el 37% (Ghazanfarpour et al., 2022; Lebel et al., 2020; Sun et al., 2021; Tomfohr-Madsen et al., 2021). Durante el posparto, la tasa de depresión osciló entre el 25.27% y el 34% (Chen et al., 2022; Safi-Keykaleh et al., 2022; Sahebi et al., 2024). En el caso de la ansiedad, la incidencia durante el embarazo fue de hasta el 38% (Hamzehgardeshi et al., 2021; Liu et al., 2021) y de hasta el 33.8% en el posparto (Benarous et al., 2023; Gao et al., 2022).

Concretamente en España, Motrico et al. (2022) mostraron que la prevalencia de ansiedad y depresión perinatal fue del 33.3% y del 47.2%, respectivamente. Es importante destacar que, aunque esta crisis ha supuesto graves repercusiones psicológicas, la salud mental de las

madres variaba ampliamente en función del contexto en el que las madres se encontraban (Mesquita et al., 2023).

Entre los factores de riesgo identificados se encontraron los diagnósticos previos de salud mental, la disminución del apoyo social, la juventud de la mujer, el ser primípara o una mayor exposición al virus SARS-CoV-2 (Gómez-Baya et al., 2023; Rabinowitz et al., 2023). Otros factores que tuvieron un gran impacto en la salud mental de las madres fueron las interrupciones en la atención prenatal y posnatal y los cambios en los planes de parto, contribuyendo a un aumento de la angustia, el aislamiento y la desesperanza en las mujeres (Jin y Murray, 2023; Mateus et al., 2022).

Tal como se ha señalado en párrafos anteriores, el parto es una experiencia que genera deseos y temores (Downe et al., 2018) y tiene un profundo impacto en las mujeres a nivel fisiológico, psicológico y social (Finlayson et al., 2020; Olza et al., 2018). La literatura afirma que cuando las madres se sienten en un entorno seguro, tienen control sobre la toma de decisiones y reciben apoyo por parte del personal sanitario y de su acompañante, el parto se vive como una experiencia positiva (Garthus-Niegel et al., 2013). Pero la pandemia de la COVID-19 afectó a todos estos factores: se interrumpieron las clases presenciales de preparación al parto, disminuyeron las pruebas diagnósticas y se limitó el acceso a consultas prenatales. Además, se extendió el miedo a asistir a centros sanitarios y había una gran incertidumbre, incluso para los sanitarios, sobre cómo se llevaría a cabo el parto. Por ejemplo, tenían dudas sobre si sus parejas podrían acompañarlas en el quirófano, si las separarían de sus bebés al nacer e incluso si sus bebés tendrían que someterse a alguna prueba diagnóstica de SARS-CoV-2. Este nivel de desconocimiento tuvo un efecto profundo para muchas madres, pudiendo influir en la percepción del parto como experiencia negativa (Adams, 2022; Davis-Floyd et al., 2020).

Dado que la experiencia negativa del parto se asocia con un mayor riesgo de sufrir depresión posparto y TEPT, además de influir en la autoestima de la madre, en el desarrollo de sentimientos positivos hacia el bebé y en la adaptación al rol de madre (Nilsson et al., 2013; Rodríguez-Almagro et al., 2019), el parto durante la pandemia de la COVID-19 se convirtió en una situación de especial vulnerabilidad, que impactó en esta etapa de transición hacia la maternidad y que tuvo efectos en la subjetividad maternal (Larotonda y Mason, 2022; Saleh et al., 2023; Tan et al., 2024). Por estos motivos, es fundamental escuchar las opiniones de las mujeres embarazadas y situarlas en el centro de este proceso. Conocer y profundizar en cómo fueron las vivencias de las madres durante esta crisis sanitaria histórica ayudará a identificar los factores específicos que han influido en la experiencia de las mujeres embarazadas durante la pandemia y, por tanto, permitirá crear protocolos basados en la prevención y la promoción de la salud mental materna.

La transición hacia la maternidad ante el duelo perinatal

Como se ha mencionado, durante la etapa de posparto se producen cambios físicos, psicológicos y sociales que ayudan a la madre a adaptarse al nuevo rol. Sin embargo, cuando el posparto se produce en un momento de no normatividad, como es el duelo perinatal, se presentan situaciones de especial complejidad. La noticia de la pérdida de un hijo/a en la etapa perinatal desencadena una respuesta natural, pero compleja, de duelo (Gozuyesil et al., 2022; Laura et al., 2024). El duelo perinatal es una experiencia profundamente transformadora y, aunque es un fenómeno común, cada mujer lo vive de manera íntima y singular (Arnold y Gemma, 2008).

A nivel psicológico, la pérdida perinatal, muchas veces repentina e inesperada, puede resultar traumática para la mujer que la vive, así como para las personas más allegadas (Richards et al., 2015; Worden, 2013). Como señalan Donegan et al. (2023), este proceso

provoca una reacción emocional de naturaleza compleja, que abarca sentimientos de dolor, culpa, soledad, incertidumbre y miedo, acompañada de la pérdida de todos los sueños que se han proyectado a lo largo del periodo de gestación en relación con el bebé (Berry et al., 2021). Muchas de estas mujeres experimentan depresión, ansiedad y TEPT tras la pérdida (Davoudian et al., 2021; Farren et al., 2020; Zhang et al., 2024) aunque, en ocasiones, las madres pueden experimentar emociones ambivalentes que no siempre se relacionan con sentimientos negativos (Berry et al., 2021; Jones et al., 2017). En los meses de embarazo vivieron momentos de felicidad y satisfacción, recuerdos que emergen y se confunden con el de la pérdida. Además, muchas de las mujeres que pudieron estar con sus hijos, agradecen haber tenido la posibilidad de conocerlos y la oportunidad de haber pasado tiempo con ellos, aunque hubiera sido de forma breve. Para ellas, es una ocasión para construir recuerdos (Camacho-Ávila et al., 2019; Ryninks et al., 2014) lo que ayuda a procesar el duelo y da lugar a un crecimiento personal donde superan límites personales y construyen una vida más consciente y plena (Donegan et al., 2023).

A nivel familiar, la pérdida puede tener consecuencias en la dinámica habitual. Las parejas de las mujeres tienden a reprimir sus emociones, y aunque consideran que su duelo puede ser menos intenso, también lo sienten más silenciado y desautorizado (Mota et al., 2023). Estas parejas intentan buscar un equilibrio entre procesar su propio duelo y cuidar y sostener a la madre (Mota et al., 2023). Aunque ambos progenitores tienen emociones similares, la diferente forma de vivir y gestionar el duelo puede crear disarmonía en la pareja (Fernández-Sola et al., 2020; Jones et al., 2017; Murphy y Cacciatore, 2017) influyendo en la satisfacción de esta (Gravensteen et al., 2018). En el caso de familias con hijos mayores, estos también se verán afectados por la situación y por el duelo que están viviendo tanto ellos como sus padres (Mota et al., 2023). Duelo que en ocasiones se extiende a las abuelas, quienes lo viven con preocupación hacia su hijo y con tristeza por la pérdida de ilusión y esperanza de su

papel como abuela (Lockton et al., 2020). No obstante, si bien el proceso de duelo puede generar dificultades en las relaciones familiares, también constituye una oportunidad para fomentar el diálogo, la cohesión y el respeto mutuo, contribuyendo al fortalecimiento de los vínculos y a una resiliencia familiar reforzada (Cacciatore et al., 2008; Fernández-Sola et al., 2020; Lockton et al., 2020).

A nivel social, el duelo materno suele experimentarse en silencio debido al estigma y a la falta de comprensión por parte de la sociedad (Fernández-Sola et al., 2020). Las mujeres enfrentan interacciones sociales incómodas en las que su pérdida es desvalorizada y pueden recibir comentarios que agravan su malestar (Burden et al., 2016). Como consecuencia, muchas madres optan por el aislamiento o restringen selectivamente sus relaciones sociales (Berry et al., 2021). Además, este distanciamiento puede verse acentuado por sentimientos de culpa y vergüenza, los cuales intensifican su desconexión del entorno social (Brierley-Jones et al., 2015). Por el contrario, en su búsqueda de sentido durante el proceso de duelo, muchas madres encuentran satisfacción en los grupos de apoyo, donde se sienten comprendidas y, al mismo tiempo, pueden brindar acompañamiento a otras mujeres que atraviesan la misma experiencia (Murphy y Cacciatore, 2017).

Las consecuencias para la salud mental de las mujeres tras una pérdida perinatal pueden observarse a corto, medio y largo plazo (Andersson et al., 2012; Burden et al., 2016). Por ejemplo, tienen un mayor riesgo de acudir a urgencias o de ser ingresadas en el hospital por problemas psiquiátricos o por dependencia de drogas o alcohol (Lewkowitz et al., 2019). Además, esta experiencia negativa puede influir en los siguientes embarazos (Campbell-Jackson y Horsch, 2014), ya que existe un mayor riesgo de que estos se vivan con más ansiedad, miedo e incertidumbre (Burden et al., 2016; Meaney et al., 2017). Por ello, en embarazos posteriores, las madres tienden a establecer, de forma consciente o inconsciente,

estrategias de afrontamiento, como contener la excitación del nuevo embarazo, evitar hacerse ilusiones, evitar leer, pensar o hablar de embarazos, evitar hacer compras para el bebé o tener dificultades para visualizar o imaginar cómo será el final del embarazo, el parto y, en general, la imagen del futuro bebé (Andersson et al., 2012). Esta sintomatología también puede influir en las decisiones durante el parto, observándose un aumento de las cesáreas y las inducciones (Pekkola et al., 2020; Silver et al., 2018). Por todo lo descrito, es esencial profundizar en la experiencia de duelo de estas mujeres y el impacto que ha supuesto en sus vidas para visualizar y contribuir al reconocimiento de su identidad como madres.

Preguntas de investigación y objetivos

El recorrido teórico y de investigación presentado hasta ahora muestra cómo la psicología perinatal ha experimentado una evolución en los últimos años que ha permitido una mayor visualización, concienciación y normalización de la salud mental materna. La creciente investigación en torno a este tema ha permitido conocer la realidad de la alta prevalencia de síntomas psicológicos durante este periodo y sus consecuencias a corto, medio y largo plazo en la madre, el bebé, la familia y, por tanto, en la sociedad (Bauer et al., 2015; Roetner et al., 2022). Sin embargo, las investigaciones se han centrado en mayor medida en las consecuencias sobre el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, reduciéndose, en ocasiones, el impacto en la madre y su experiencia (Perold, 2024; Raphael-Leff, 2010). Además, en la sociedad actual caracterizada por una hegemonía patriarcal, se observa que la experiencia materna ha sido colectivamente dissociada (Blom y Bekar, 2024; Perold, 2024). Es decir, las representaciones sociales dominantes que idealizan la maternidad como una parte innata y orgánica eliminan la posibilidad de la ambivalencia, naturalmente presente en la maternidad (Perold, 2024). Esto contribuye a la falta de reconocimiento de la subjetividad maternal e impide la comprensión de las experiencias auténticas y reales de las mujeres, sobre

todo en aquellas transiciones no normativas, ampliando aún más la brecha entre expectativas y realidad (Ambrosini y Stanghellini, 2012; Doherty et al., 2025; Perold, 2024).

Bajo este enfoque, que reivindica el reconocimiento de la subjetividad materna desde su propia experiencia, es fundamental que la investigación en psicología perinatal siga profundizando a nivel cualitativo para situar a la mujer como sujeto central y reconocer su perspectiva también como evidencia generadora de conocimiento válido y necesario (Blom y Bekar, 2024; Perold, 2024). La presente tesis doctoral sigue dicha coherencia epistemológica, articulándose en torno a la necesidad de explorar y comprender los significados que las madres han dado a su propia experiencia al transitar por la maternidad en diferentes crisis vitales.

Continuando en esa línea, esta tesis se centra en la siguiente pregunta de investigación: Desde la perspectiva de las propias madres, ¿cómo se vive la transición hacia la maternidad en situaciones no normativas? Se busca dar respuesta y comprender la experiencia de las madres mediante enfoques cualitativos, lo cual es esencial para promover el bienestar materno y familiar, ya que permite entender significados, necesidades y estrategias de afrontamiento desde la propia voz de las mujeres. Este conocimiento generado permitirá detallar intervenciones más sensibles y efectivas en salud perinatal, así como políticas de apoyo al cuidado y recursos comunitarios que respeten la diversidad de vivencias y contextos. Por ello, el objetivo general de la presente tesis doctoral es comprender la transición no normativa hacia la maternidad desde la perspectiva de la mujer. Para alcanzar el objetivo general, se han planteado tres objetivos específicos, de manera que se puede explorar esta transición hacia la maternidad en situaciones de embarazo, parto y posparto consideradas no normativas:

- Objetivo Específico 1 (OE1): Conocer las condiciones psicológicas durante el periodo perinatal en el embarazo, parto y posparto en madres adolescentes.

- Objetivo Específico 2 (OE2): Comprender la experiencia de parto desde la perspectiva de las mujeres durante la pandemia de la COVID-19.
- Objetivo Específico 3 (OE3): Comprender la experiencia de posparto tras la pérdida perinatal desde la perspectiva de las madres.

Por un lado, dado que la literatura actual no ofrece una síntesis clara y actualizada sobre el embarazo adolescente a nivel global, resulta necesario conocer su estado actual en el mundo, razón por la cual se realizó esta revisión sistemática para responder al OE1. Por otro lado, para alcanzar los OE2 y OE3, se utilizó una metodología cualitativa de análisis temático reflexivo basada en entrevistas semiestructuradas. El uso de datos cualitativos se decidió al ser un enfoque que permite un mayor entendimiento de cómo la vivencia de la maternidad está influyendo en las principales protagonistas, las mujeres. Por ello, se utilizó esta metodología en dos momentos considerados no normativos: la pandemia de la COVID-19 y el duelo perinatal. Estas metodologías se detallan en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Marco epistemológico y metodología

En este capítulo se presenta el marco epistemológico en el que se basa la presente tesis doctoral y su relación con la metodología elegida para responder a la pregunta de investigación. En él se desarrolla la metodología aplicada a cada uno de los objetivos específicos, y se incluyen la reflexividad de la autora, los criterios de calidad y las consideraciones éticas.

Epistemología construccionista

Como señala Athan (2024b), es fundamental explorar la experiencia de las madres para reconocer la subjetividad materna y situarla en el centro, y así entender mejor la complejidad de la transición no normativa hacia la maternidad. Esto implica validar la experiencia materna como legítima y significativa, de forma que las mujeres puedan experimentar la transformación que supone la comprensión de ellas mismas, para su beneficio y para el de la sociedad.

En la investigación cualitativa, los estudios se sustentan en diferentes enfoques epistemológicos que dan lugar a una amplia diversidad de metodologías e incluso a variaciones dentro de estas (Kovács et al., 2019). La presente tesis doctoral se sitúa en el marco de la epistemología construccionista la cual se centra sobre todo en interpretaciones subjetivas: en cómo las personas perciben, expresan e interpretan su realidad (Gergen, 1999; Kovács et al., 2019). Desde la perspectiva del construccionismo, la realidad no existe de forma independiente de quienes la perciben y construyen, sino que la realidad de cada individuo se construye a través de las interacciones sociales; en otras palabras, no existe una realidad objetiva, o tal como indica Gergen (2007):

Ver al conocimiento no como producto de las mentes individuales sino de las relaciones comunitarias. O, más en general, todas las proposiciones con sentido acerca de lo real y de lo bueno tienen sus orígenes en las relaciones”. (p. 218)

En este sentido, la identidad se concibe como un logro de la interacción y práctica social y no como producto del pensamiento individual (Gergen, 2007). En la presente tesis se sigue esa línea y se considera que lo mismo ocurre en la transición hacia la maternidad. La maternidad es un producto, sobre todo, de las interacciones sociales: la mujer participa de su propia construcción a través de los diversos roles sociales que desempeña en diferentes contextos, por lo que la verdad y, por tanto, su subjetividad, siempre estarán condicionadas por las creencias colectivas del entorno social (López-Silva, 2013).

Partiendo de ese enfoque más interaccional, Molina (2006) incorpora la teoría de Gergen (2001) para analizar la maternidad en la posmodernidad, es decir, en un proceso cultural e histórico caracterizado por el cuestionamiento de las metanarrativas y de las verdades universales (Gergen, 2007). La maternidad, en la cultura occidental, deja de ser la única condición que define a la mujer para convertirse en una elección. Sin embargo, la mujer se ve influenciada por los múltiples roles sociales a los que se adapta en diversos contextos. Se expone a innumerables patrones de comparación cultural a los que se ve expuesta (madre perfecta, profesional exitosa, pareja ideal), por lo que acaba por saturarse ante el exceso de información e incluso respecto de las expectativas que se tienen depositadas en ella. Como consecuencia, finalmente acaba fracturándose ante las incoherencias que la atraviesan (López-Silva, 2013), propiciando la manifestación de la crisis de identidad femenina (Molina, 2006). Esta saturación, junto con la exigencia de la autoeficacia, para lo cual la autora recurre a la teoría de Ehrenberg (2000), complejiza la crisis identitaria del género femenino, entendiendo

las afecciones en la salud mental durante la maternidad como una respuesta natural al sentimiento de insuficiencia que caracteriza la sociedad actual (Molina, 2006).

Es por todo esto por lo que, además, la epistemología feminista resulta indispensable en la investigación que aquí se presenta, reforzando la postura de que la maternidad es una conceptualización construida socialmente. Las reflexiones y críticas feministas deconstruyen las creencias del eterno maternal y rompen con la relación entre maternidad y feminidad (DiQuinzio, 1999) así como con el instinto maternal inherente a la mujer, redefiniéndolo como una construcción social y no como algo innato y natural (Badinter, 1991). Sin embargo, la maternidad se plantea desde ideologías que aún persisten en las mujeres y sobre ellas (Staneva y Wittkowski, 2013). Esto significa que, por un lado, la maternidad es interpretada por las mujeres de acuerdo con las expectativas que se desprenden de los mitos históricos y culturales; por otro, estos mitos están profundamente arraigados en la percepción de las mujeres sobre cómo debería ser su experiencia de maternidad (Ambrosini y Stanghellini, 2012; Luz, 2007). Específicamente, Doherty et al. (2025) exploran los mitos y creencias que persisten en la actualidad, entre los que destacan la creencia en una recuperación física y psicológica rápida, la vinculación afectiva inmediata al conocer al bebé, además del desconocimiento de la pérdida de identidad, de la libertad y de los cambios en las relaciones de pareja, familiares y sociales. Las expectativas construidas socialmente se mantienen a causa de lo que ya fue descrito como la conspiración del silencio sobre las maternidades (McVeigh, 1997), pero, además, se agravan a causa de la influencia de las redes sociales donde destacan las imágenes idealizadas de la maternidad perfecta, marcando aún más la brecha entre las expectativas y la realidad (Doherty et al., 2025; Tate, 2026).

Por todo ello, resulta esencial la convergencia entre ambas epistemologías, ya que comparten la centralidad del contexto social para interpretar creencias y comportamientos, el

cuestionamiento de verdades absolutas y el intento de integrar la diversidad de saberes (Gonzaga et al., 2022). La interpretación individual y social de la transición hacia la maternidad tiene una repercusión directa en la experiencia subjetiva de la mujer, impactando en su autodefinición y autoevaluación, incluso en aquellas mujeres que deciden no ser madres (Molina, 2006). Además, el concepto de maternidad se encuentra en constante transformación, con dinámicas que nos llevan a nuevos significados, por ello, profundizar en las experiencias de las madres desde un enfoque construccionista y feminista se vuelve una estrategia necesaria para abandonar metanarrativas reduccionistas sobre la maternidad (Davis y Athan, 2023; Saletti Cuesta, 2008).

Metodologías cualitativas

Tal como indica Ynoub (2022) “el diseño debe optimizar las condiciones para captar en toda su variabilidad y riqueza aquello que se desea describir, explicar o interpretar” (p. 43). Es por ello que las metodologías cualitativas se adecuan mejor a los objetivos y fundamentos teóricos de la presente tesis, puesto que el lenguaje no solo dice cosas, sino que construye sujetos, relaciones, espacios y épocas (Filinich, 1998). Además, las metodologías cualitativas buscan comprender los fenómenos sociales en términos de los significados que les atribuyen las personas y lo hacen mediante una amplia variedad de materiales empíricos, como entrevistas individuales o grupales, experiencias personales, historias de vida, textos e incluso producciones culturales (Denzin y Lincoln, 2012; Flick, 2011). Otros autores han destacado los beneficios que tiene, como el papel activo del investigador, la interdisciplinariedad y el pluralismo que permiten múltiples metodologías e interpretaciones, la capacidad de profundización más compleja y matizada en la recogida y en el análisis de los datos y la reflexividad de los autores (Gemignani et al., 2019). Estas características definen la investigación cualitativa, que aporta una comprensión humana e íntima de las subjetividades

individuales sin perder la diversidad contextual y cultural, dejando atrás la universalidad y la generalización de los resultados (Gemignani et al., 2019).

Metodologías aplicadas en la presente tesis doctoral

Revisión sistemática

Para dar respuesta al OE1, conocer las condiciones psicológicas durante el periodo perinatal en el embarazo, parto y posparto en madres adolescentes, se utilizó una metodología de revisión sistemática. Las revisiones sistemáticas permiten recopilar evidencia científica sobre un tema específico. Aunque son consideradas científicas, transparentes, objetivas y replicables, pueden introducir sesgos durante su desarrollo, por lo que se convierte en esencial el uso de guías que garanticen la calidad metodológica, como PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al., 2020; Uttley et al., 2023).

El uso de la guía PRISMA permite realizar un estudio con suficiente calidad metodológica para poder comprender y profundizar en las condiciones psicológicas durante el período perinatal durante la adolescencia. Para ello, se siguieron una serie de pasos (consultar Higgins y Green, 2011 para más detalles): Formular la pregunta, planificar los criterios de elegibilidad, planificar la metodología, buscar los estudios, aplicar los criterios de elegibilidad, obtener los datos, evaluar el riesgo de sesgo de los estudios, analizar e interpretar los resultados y obtener conclusiones (Higgins y Green, 2011; Page et al., 2020; Pardal-Refoyo y Pardal-Peláez, 2020). Este proceso se realiza mediante el análisis de la evidencia disponible y el consenso de expertos en el tema.

A partir de la pregunta de investigación, se establecen tanto el objetivo general de la revisión sistemática como los objetivos específicos, que constituyen la base para el inicio del estudio. Una vez definidos dichos objetivos, se continúa con el establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión exhaustivos que abarcan la población, la intervención, los

resultados, los diseños de estudio, el idioma, la fecha de publicación y el tipo de publicación.

Para continuar con el rigor y la transparencia del estudio, tras tener toda la información sobre la planificación del estudio, este se registra en PROSPERO antes de iniciar el estudio.

PROSPERO es un registro internacional y público de revisiones sistemáticas y metaanálisis que recopila información clave sobre el estudio, como los criterios de inclusión, los resultados esperados y la planificación de análisis con el objetivo de proporcionar transparencia y ciencia abierta, reducir el sesgo de publicación y prevenir la duplicación involuntaria y el desperdicio de recursos en la investigación (Posso y Sala, 2024; PROSPERO, 2025). Para crear este registro, además de la información señalada, se detalla la estrategia de búsqueda, identificando las bases de datos más relevantes para la pregunta de investigación (como, por ejemplo, Web of Science, PsycINFO, Pubmed o Scopus), los términos de búsqueda y las palabras clave.

Tras planificar y procesar estos apartados para su registro en PROSPERO, comienza la aplicación de la metodología a través de la selección de los estudios. Para ello, se extraen los datos de las bases de datos predefinidas y se someten a una evaluación por pares, es decir, se realiza un proceso de doble evaluación independiente, llevado a cabo por dos revisores distintos, como forma de minimizar el sesgo, mejorar la transparencia y reforzar la credibilidad (Veroniki et al., 2025). Durante ese proceso, en caso de desacuerdo entre los dos revisores principales, se resuelve mediante discusión o, si el desacuerdo persiste, un tercer revisor toma la decisión final. Además, para garantizar la fiabilidad, se calcula el estadístico Kappa de Cohen, que valida la doble evaluación y mide la calidad del proceso de selección. A continuación, se extraen los datos y se recopila la información relevante para el objeto de estudio. Después, se evalúa la calidad de los estudios incluidos de forma individual mediante herramientas específicas para cada tipo de diseño de estudio. Por último, se sintetizan los

resultados mediante la interpretación y la redacción de los datos obtenidos, lo cual también se realiza mediante el trabajo continuo por pares.

Análisis temático reflexivo

El análisis temático reflexivo es un método común y extendido dentro de las metodologías cualitativas a través del cual se identifica, analiza e informa sobre temas presentes en los datos (Braun y Clarke, 2006, 2019). Estos datos, normalmente recogidos a través de entrevistas individuales o grupales o de grupos focales, se analizan de forma detallada para identificar patrones. Se trata de un método que informa sobre las experiencias, los significados y la realidad del participante; es decir, cómo el participante construye y da sentido a sus experiencias, y cómo estos significados pueden influir a su vez en sus experiencias e identidad (Braun y Clarke, 2006). Por tanto, su epistemología se integra en el construccionismo desde el enfoque de que el significado y la experiencia se construyen de forma relacional y no individual (Braun y Clarke, 2006).

Es un método cuyo análisis de datos es plural, ya que puede adoptar un enfoque tanto inductivo como deductivo, incluso una combinación de ambos. A nivel inductivo, el análisis temático reflexivo se centra en la codificación de los datos sin interpretación y ajustados a un marco teórico. A nivel deductivo, la codificación está enfocada al análisis más detallado de los datos en busca de temas explícitos, pero también latentes, con la intención de una búsqueda más profunda de ideologías, o conceptualizaciones subyacentes que implican interpretaciones (Braun y Clarke, 2006). De manera concreta, un análisis temático reflexivo de carácter interpretativo exige una discusión en la que se amplíen estos resultados y se contextualicen en los ámbitos social, cultural e incluso político en los que emergen y desde los que se interpretan.

La reflexividad constituye un factor primordial en el desarrollo integral del proceso de investigación (Braun y Clarke, 2006). Es una premisa que invita a los autores a profundizar en su teoría o teorías de base, dado que, a lo largo de los años, han observado una tendencia a reducir esta metodología a un mero procedimiento, en lugar de un compromiso teórico hacia un enfoque profundo, flexible y creativo (Braun y Clarke, 2019, 2021). La misma preocupación se observa en la investigación cualitativa en general, donde diversos autores convergen con la opinión de Braun y Clarke (2006), y señalan que se está cosificando y perdiendo consideraciones éticas y epistemológicas (Brinkmann, 2007; Watts, 2013). Por ello, siguiendo a los autores citados, es fundamental aclarar que no se trata de una receta estricta a seguir, sino que es un enfoque flexible pero metódico, que exige reflexividad, transparencia, conocimiento teórico, formación y compromiso epistemológico (Braun y Clarke, 2019, 2021). Este enfoque, además, reconoce el yo como instrumento (Eisner, 1998; Tójar Hurtado, 2006) por lo que esclarece la necesidad del desarrollo de cualidades personales como la curiosidad, la escucha, la flexibilidad, además de la responsabilidad, profesionalidad y la experiencia.

Como se indicó en el primer capítulo, tanto el OE2, comprender la experiencia de parto desde la perspectiva de las mujeres durante la pandemia de la COVID- 19, como el OE3, comprender la experiencia de posparto tras la pérdida perinatal, se basan en una metodología cualitativa a través del análisis temático reflexivo. Para alcanzar ambos objetivos, el procedimiento metodológico comparte la secuencia de pasos. En ambos estudios, en primer lugar, se realiza el reclutamiento de las participantes, para más tarde recoger los datos mediante entrevistas semiestructuradas. Finalmente, se analiza en profundidad la información obtenida en dichas entrevistas.

Recogida de datos: Entrevistas semiestructuradas

Para dar respuesta a ambos objetivos (OE2, OE3), los dos estudios realizados emplearon entrevistas semiestructuradas en profundidad. Para referirnos a las entrevistas, hacemos uso de la descripción de Josselson (2013) en su libro *Interviewing for Qualitative Inquiry*:

Una entrevista es una invitación abierta a alguien para que nos hable sobre algún tema que nos interesa como investigadores y, de ese modo, nos proporcione datos que nos permitan aprender más sobre algún aspecto del mundo psicológico o social que nuestro participante vive y representa. Establecemos los límites de dicha conversación declarando nuestro propósito y orientando la charla hacia un ámbito concreto de experiencia, y luego utilizamos nuestras habilidades para intentar fomentar la producción de un relato auténtico y personal¹. (p. 9)

El objetivo de este tipo de entrevistas no es cuantificar la información que proporcionan los participantes, sino ahondar en sus vivencias y sentimientos en relación con situaciones específicas (Kvale, 2011). Si bien es una herramienta rigurosa que requiere planificación y formación, adopta un formato cercano para generar confianza y seguridad, permitiendo mantener la espontaneidad del participante (Tójar Hurtado, 2006).

Las entrevistas suelen estructurarse en torno a una serie de dudas o intereses que el investigador ha desarrollado tras profundizar en un tema. Comienzan con una pregunta introductoria general sobre el tema de estudio para que la persona participante pueda iniciar su discurso con libertad (Kvale, 2011). Durante la entrevista, se utiliza una guía general con preguntas amplias para profundizar en la temática y obtener descripciones más detalladas (Moustakas, 1994). Este fue el enfoque adoptado en la realización de ambos estudios ya que daba una cierta flexibilidad para que las participantes desarrollaran sus propias trayectorias de

¹ La traducción al español corresponde a la autora del presente trabajo.

conversación (Van Manen, 2014) mientras que a la vez servía de guía para reconducir la conversación hacia los objetivos de la investigación, en el caso de que fuera necesario, guiando al entrevistado hacia datos relevantes. La reconducción fue un recurso poco usado, ya que, según Kvale (2011) en las entrevistas de calidad hay poca intervención de la entrevistadora y respuestas largas y ricas en contenido por parte del entrevistado. Por eso se le dio una gran importancia a la espontaneidad y la libertad con que respondían las participantes, intentando evitar la sensación de interrogatorio o de automatismo.

Las entrevistas en profundidad semiestructuradas requieren escucha activa y alta receptividad por parte de la entrevistadora. Esto exige experiencia y formación, pero también una gran capacidad de adaptación y flexibilidad para formular las preguntas pertinentes en el momento adecuado (Tójar Hurtado, 2006). Estas características han tenido especial relevancia a lo largo de los dos estudios que se presentan, siendo importante destacar que se realizó un entrenamiento previo, además de entrevistas piloto tanto para confirmar la estructura adecuada de la entrevista como para poner en práctica y afianzar habilidades en la gestión de entrevistas. Estas competencias, que se fueron refinando progresivamente con cada encuentro, se vieron al mismo tiempo reforzadas por la formación y la condición profesional como psicóloga, lo que permitió una mayor profundidad y sensibilidad en la conducción de las entrevistas.

Análisis de datos

Para el análisis de las entrevistas se siguieron las seis fases del análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2006, 2019):

- Familiarización con los datos: Realizar una lectura exhaustiva y reiterada de las transcripciones, escuchar meticulosamente las grabaciones y elaborar notas preliminares sobre los patrones identificados, las ideas que suscitan interés y la

amplia gama de significados que se manifiestan en ellas. Este proceso requiere una participación activa y crítica, distinta de una lectura pasiva.

- Generación de códigos iniciales: Identificar segmentos textuales relevantes y asignar códigos iniciales de carácter interpretativo. Realizar una codificación sistemática de las características interesantes, extrayendo y recopilando datos pertinentes para cada código. Realizar al menos dos pasadas iterativas para capturar la riqueza semántica y la diversidad de los datos; los códigos deben ser inclusivos, reflejar contradicciones y evitar encajar prematuramente en temas preexistentes.
- Búsqueda de temas: Agrupar los códigos en temas amplios, recopilando datos relevantes bajo cada uno y comenzando a conceptualizar las relaciones entre ellos (por ejemplo, utilizando mapas temáticos preliminares, tablas o notas manuscritas). Esta fase pasa del nivel micro (códigos individuales) al macro (temas coherentes), identificando patrones significativos que se alineen con la pregunta de investigación. Es importante no descartar códigos “residuales” que puedan ser útiles en el análisis posterior.
- Revisión de los temas: Garantizar la coherencia de los temas a través de comprobaciones internas y externas. A nivel interno, asegurar que los extractos codificados formen un patrón consistente dentro de cada tema. A nivel externo, contrastar con el conjunto de datos completo para asegurar que los temas capturen la esencia global sin omitir variabilidad. Si es necesario, se pueden refinar los temas fusionándolos, dividiéndolos o eliminándolos.
- Definición y denominación de los temas: Explorar la esencia central del texto, identificando su mensaje principal y su relevancia. Analizar las relaciones jerárquicas entre los temas principales y subtemas, y observar que la narrativa

global responde a la pregunta de investigación. Es necesario nombrar los temas de forma concisa y evocadora, asegurando una distinción clara entre ellos y una coherencia interna.

- Elaboración del informe: Seleccionar extractos representativos que equilibren interpretación y datos (aproximadamente 50% cada uno). El objetivo es teorizar patrones en relación con la literatura, logrando un relato lógico y no descriptivo. Es crucial explicitar los supuestos epistemológicos, las decisiones metodológicas y el rol activo del investigador, evitando la pasividad de los “temas emergentes”.

Lo que sucede previamente a la entrevista es tan importante como el desarrollo de la entrevista en sí (Josselson, 2013). Por ello, durante la fase inicial de la entrevista es necesario prestar especial atención a la presentación de la persona entrevistadora, a la introducción informativa sobre el interés de la investigación, así como a las implicaciones éticas que conlleva (Kvale, 2011). Además, a lo largo de las entrevistas de especial sensibilidad, se debe monitorear el impacto psicológico de la entrevista, dado que pueden emerger emociones complejas que requieran de regulación en tiempo real. Este aspecto se acentúa particularmente ante la posible evocación de imágenes traumáticas y de experiencias que aún no han sido procesadas al no haber tenido el espacio para hacerlo. Durante las entrevistas, por tanto, la presencia y escucha activa son primordiales. Además, antes de finalizar cada entrevista, se ofrece a las participantes la posibilidad de retomar contacto para continuar transmitiendo información relevante sobre el tema de estudio, así como un espacio de apoyo profesional en caso de que experimenten desregulación emocional y requieran ayuda psicológica. Por último, el diario de campo es una herramienta esencial dentro de la investigación cualitativa. En ambos estudios, las anotaciones estuvieron presentes desde el inicio de la investigación, a través de la reflexión individual y colectiva con las directoras de la tesis doctoral. A su vez, estas anotaciones se realizan al finalizar las entrevistas de forma que no se pierda información

subjetiva que formara parte de la interacción, como la comunicación no verbal, las emociones que estuvieron presentes o las sensaciones de la propia entrevistadora durante el proceso.

Reflexividad

La reflexividad constituye un mecanismo clave para asegurar la calidad de la investigación cualitativa y mitigar los sesgos de la investigadora que estuvo presente durante el desarrollo de la tesis doctoral (Dodgson, 2019; McCabe y Holmes, 2009). Una actitud reflexiva implica que el investigador debe reflexionar conscientemente sobre sí mismo, reconociendo cómo su implicación personal influye en el proceso de investigación (Berger, 2013). Como recoge Ynoub (2022), los/las investigadores/as se encuentran en un mundo social e, inexorablemente, tienen una forma de pensar y estar en el mundo, por lo que están comprometidos con sus propias experiencias. Durante el proceso de investigación es inevitable que salgan a la superficie aspectos de la propia vida del investigador, es decir, la subjetividad propia se convierte en un recurso del investigador (Gough y Madill, 2012), por ello, es fundamental reconocer la complejidad de la intersubjetividad y hacer explícitos factores como las creencias políticas, la orientación sexual, la posición social y las orientaciones teóricas, entre otros, como parte de la transparencia en la investigación (Berger, 2013; Dodgson, 2019).

En esta línea, Gemignani (2017) destaca la importancia de una reflexividad crítica, relacional y discursiva. Identificar sesgos es solo el primer paso, ya que esta práctica implica una co-construcción entre investigadora y participantes, transformando la indagación en un proceso experiencial y discursivo que genera tanto conocimiento como realidades. Por lo tanto, el investigador debe ser consciente de que sus implicaciones éticas y políticas contribuyen a la construcción de la realidad social que nos rodea.

Tras los aspectos teóricos señalados, hay que indicar que, para la realización de los estudios, así como para la redacción y preparación de la tesis doctoral, se ha incorporado la interpretación de la doctoranda desde un posicionamiento muy concreto. Hablando en primera persona, me identifico como una mujer blanca, joven, de nivel socioeconómico medio y psicóloga en la clínica privada. Mi enfoque es integrador, con base en la teórica psicoanalítica. Además, soy especialista en psicología perinatal gracias a diversas formaciones y a la práctica que llevo a cabo. Esta especialización me proporciona una sensibilidad particular, ya que, aunque no soy madre ni he estado nunca embarazada, me permite prestar especial atención a los factores de vulnerabilidad emocional y a la necesidad de proteger el vínculo madre-bebé. Desde el inicio de la tesis doctoral, la reflexividad ha estado presente mediante la reflexión continua a través de los diarios de campo en cada investigación, las conversaciones introspectivas con las tutoras y el proceso psicoterapéutico continuado, que impacta directamente en este proceso de reflexión.

Criterios de calidad

Los dos estudios cualitativos para responder a OE2 y OE3 se realizaron siguiendo los criterios de la lista de verificación de directrices para la presentación de informes de investigación cualitativa, SRQR, por sus siglas en inglés (*Standards for Reporting Qualitative Research*; O'Brien et al., 2014), como forma de asegurar la transparencia y el rigor de los estudios. A su vez, la validez y confiabilidad de los resultados se aseguraron a través de la triangulación de datos e investigadores, siendo estas técnicas de control de sesgos en investigación cualitativa (Ynoub, 2022). La puesta en común de datos consiste en situarlos dentro de un proceso de interacción con otras fuentes de datos (Ynoub, 2022). Esto supone confrontar los resultados con trabajos previos de investigación realizados por expertos en la materia (Rapley, 2021). La triangulación de investigadores, como forma de contribuir a la confiabilidad de los resultados y de reducir los sesgos individuales se realizó mediante

múltiples miradas de investigadores con diversas experiencias y prácticas (Ynoub, 2022). En el caso de los estudios que se presentan en la tesis doctoral, esto se realizó con expertos tanto en metodologías cualitativas como en la temática de la maternidad.

Consideraciones éticas

Los aspectos éticos deben tenerse en consideración en la investigación durante su preparación, realización, transcripción e interpretación (de Wet et al., 2023; Kvale, 2011). En la presente tesis doctoral, las consideraciones éticas se respetaron y guiaron el proceso de diseño y realización de la misma.

El estudio que da respuesta al OE1 no necesitó la aprobación del comité de ética para su realización, puesto que, al tratarse de una revisión sistemática, es una síntesis de estudios publicados previamente en la literatura. Los estudios que dan respuesta al OE2 y OE3 obtuvieron previamente la aprobación de un Comité Ético de Investigación. Para ambos estudios se obtuvo la aprobación requerida del Comité Ético de la Universidad Loyola Andalucía y del Comité Ético de la Investigación Biomédica de Andalucía, cuando fue necesario (Anexos 1, 2 y 3). En ambos casos se presentó un protocolo que incluyó una hoja informativa, un consentimiento informado, así como la determinación de la forma en que se aseguraría la confidencialidad de los participantes. Para ambos estudios, se incluyó: (a) presentación del entrevistador/a, especificando institución de adscripción y entidad avaladora (Universidad Loyola Andalucía); (b) agradecimiento explícito por la participación voluntaria; (c) explicación clara de la justificación y objetivos del estudio; (d) descripción detallada del procedimiento (duración aproximada, estructura temática, dinámica conversacional); y (e) solicitud explícita de permiso para grabar audio, acompañada del compromiso formal de confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, conforme a las normativas éticas aprobadas. Además, en la preparación se diseñaron de forma estratégica el reclutamiento de

participantes, la primera toma de contacto y la organización de la entrevista, debido al momento de vulnerabilidad en el que se encontraban las participantes, tal como se describió previamente. Para el desarrollo de las investigaciones, se realizó formación específica en investigación cualitativa y concretamente en la realización de entrevistas con población en situación de vulnerabilidad, garantizando la calidad de los datos obtenidos y asegurando el uso adecuado de la información.

Capítulo 5. Conclusiones

En este apartado se recogen las principales conclusiones derivadas de la presente investigación, así como sus implicaciones prácticas, las futuras líneas de investigación y las fortalezas y limitaciones.

Esta tesis profundiza en las experiencias de las madres en situaciones de transición no normativa hacia la maternidad. Al identificar los factores que influyen significativamente en estas experiencias, se logra una comprensión más completa del proceso de transición hacia la maternidad durante la adolescencia, la pandemia de la COVID-19 y el duelo perinatal. Los principales hallazgos muestran cómo estas formas de transitar hacia la maternidad están moldeadas por dimensiones institucionales, socioculturales, biológicas y subjetivas, influyendo de forma directa en la experiencia de las madres y, por tanto, en su salud mental. Además, estas dimensiones tendrán un impacto positivo o negativo, mayor o menor en su intensidad, según la situación concreta de cada mujer, por lo que estos resultados son generalizables a otras formas no normativas de transitar la maternidad.

Con respecto a los estudios que conforman esta tesis doctoral, las variables institucionales y socioculturales son aquellas que más impactan en la experiencia de las mujeres, por lo que los resultados ponen de relieve la necesidad de cambiar el paradigma sociosanitario sobre la transición no normativa hacia la maternidad. En las experiencias de las madres, estas dimensiones no siempre estuvieron dotadas de los recursos necesarios para

atender a las necesidades específicas de cada mujer, influyendo directamente en la subjetividad maternal. A pesar de que en la actualidad hay situaciones concretas que comienzan a tener mayor visualización en el ámbito social y sanitario, como en el caso de la experiencia de duelo perinatal, es necesario seguir avanzando en la creación de protocolos más humanizados y relacionales, sobre todo en aquellas transiciones no normativas que se encuentran aún más desautorizadas, como la maternidad adolescente. Por todo ello, la experiencia no normativa de la transición hacia la maternidad se puede convertir en una situación de especial vulnerabilidad para la salud mental materna, no solo por el impacto de estas situaciones concretas en la experiencia de la mujer, sino por desafiar las expectativas sociales sobre la maternidad, así como las estructuras institucionales como la atención médica prenatal, de parto y posnatal. Este enfoque resulta esencial para evitar que la responsabilidad de los síntomas psicológicos recaiga exclusivamente en las madres, generando la percepción de que el problema reside en ellas, cuando en realidad intervienen múltiples factores que configuran su vivencia y subjetividad.

A pesar de la complejidad de las experiencias maternas, independientemente del contexto de la transición hacia la maternidad, ya sea durante la adolescencia, una crisis sanitaria o una pérdida perinatal, la mujer destaca por la capacidad de adaptación y resiliencia, y por tanto de crecimiento personal. Esto pone aún más en evidencia la necesidad de escuchar a la mujer, situarla en el centro de su experiencia teniendo en consideración la multitud de factores mencionados. De esta forma se conseguiría abandonar el objetivo de una descripción totalizante y exclusiva sobre la maternidad y se comprendería como una crisis evolutiva y de identidad, con los aspectos positivos y negativos que la acompañan, alejándola de la idealización social e implicando un proceso de transformación social.

Implicaciones prácticas

Al poner en común los resultados de las investigaciones realizadas en la presente tesis doctoral, estos pueden resultar útiles para profesionales clínicos y responsables políticos a fin de seguir desarrollando intervenciones específicas basadas en la evidencia. Por ello, utilizando el modelo presentado en la tesis, las implicaciones prácticas que se plantean se realizan para cada una de las dimensiones explicadas anteriormente.

A **nivel institucional**, es necesario mejorar la atención médica durante la transición hacia la maternidad. Para ello, una propuesta es resulta necesario integrar la psicología perinatal en los planes de estudio universitarios de los grados y posgrados relacionados con la psicología clínica y de la salud. Asimismo, debe incorporarse en aquellas titulaciones que atienden a pacientes de las unidades obstétrico-ginecológicas, pediatría y afines, como, por ejemplo, medicina, enfermería, fisioterapia y otras formaciones sanitarias. Una mirada multidisciplinar hacia la experiencia psicológica de la mujer ayudará a visualizar, concientizar y romper las barreras habituales que impiden a las madres solicitar ayuda, además de detectar, promover e intervenir oportunamente en su salud mental. Este tipo de formaciones no debe quedarse en exclusivo en la educación universitaria, sino que es importante estar en continuo contacto con la evolución de las necesidades específicas de las mujeres.

Además de plantear este avance en la formación de los profesionales, es esencial fortalecer la atención médica desde una perspectiva biopsicosocial, dejando atrás la exclusividad del modelo biomédico y estableciendo intervenciones que integren las dimensiones sociales y personales de las madres. Para ello, resulta necesario promover la concienciación, sensibilización y formación de los profesionales sanitarios en contacto directo con pacientes de obstetricia y ginecología.

En esta línea, se debe incorporar la figura del psicólogo no solo como apoyo en esta capacitación, sino como elemento esencial del equipo interdisciplinario en la atención

prenatal, integrando la psicología de manera rutinaria en el seguimiento de las embarazadas, especialmente cuando la transición no es normativa. Es necesario detectar cuando se produce una transición no normativa, y, para ello, es esencial implementar estrategias de detección de salud mental desde el principio, que incluyan documentar la biografía vital del paciente, su trayectoria en salud mental y física, y su contexto personal presente. Una forma de detectar síntomas psicológicos es mediante un cribado de salud mental desde un enfoque relacional, y no exclusivamente a través de cuestionarios. Las mujeres necesitan sentir confianza con el personal sanitario para poder expresar situaciones adversas que pueden estar viviendo, las cuales suelen minimizarse para evitar ser etiquetadas como insuficientes. Para lograrlo, es necesario incorporar un enfoque que visualice y priorice la salud mental en el que la presencia del profesional de psicología es esencial. La entrevista psicológica perinatal que Oiberman et al. (1998) han ido desarrollando en su carrera profesional dentro de los dispositivos de salud mental perinatal en el área hospitalaria de Buenos Aires, es un recurso que permite la incorporación de la dimensión psicológica en el historial clínico. Esta entrevista tiene en cuenta cinco categorías que deben identificarse (Oiberman, 2013). En primer lugar, los sucesos significativos que incluyen los sucesos vitales de pareja (separación, violencia...), de muertes (hijos previos, pareja...), sociales (violencia familiar, abuso sexual...), situaciones actuales (enfermedades, mudanzas, patologías en un hijo/a...). En segundo lugar, los problemas maternos físicos asociados al embarazo (hipertensión, pérdidas previas...). En tercer lugar, los problemas maternos psicológicos (ansiedad, depresión...). En cuarto lugar, los conflictos infantiles (fallecimiento de los padres, abuso en la infancia...). Por último, el impacto ante el nacimiento (dificultades en el vínculo o la lactancia, duelo perinatal...). Esta entrevista permite obtener una mirada integral al incorporar la dimensión psicosocial, alejando la transición hacia la maternidad de un proceso exclusivamente biológico (Oiberman, 2013). La recopilación de esta información facilitará la creación de una alianza terapéutica

con la madre, la detección de situaciones adversas y factores de riesgo, la promoción de factores protectores, la implementación de un seguimiento adaptado a sus circunstancias específicas, la anticipación de posibles dificultades en el parto y posparto, así como la aplicación de intervenciones personalizadas que optimicen los resultados materno-infantiles a largo plazo, protegiendo así a madre, bebé y sistema familiar.

Por último, es necesario seguir investigando en salud mental perinatal. Es importante seguir estableciendo proyectos de investigación basados en metodología cualitativa para poder profundizar y comprender las experiencias de las mujeres en primera persona. Estas investigaciones servirán como base para desarrollar protocolos e intervenciones así como campañas de promoción y prevención que atiendan a las necesidades reales de la salud mental de las madres, los bebés y, en última instancia, nuestra sociedad.

A **nivel social**, es necesario concienciar y visibilizar la maternidad real. Para ello, los grupos de apoyo entre madres ofrecen un espacio donde, a través de la apertura, la sinceridad y el sentido de comunidad que se cultiva, las mujeres pueden aliviar sentimientos de soledad, tristeza, incertidumbre o ambivalencia, al tiempo que adquieren una comprensión más profunda de la diversidad de experiencias maternas. Además, la colaboración interdisciplinar en intervenciones prenatales grupales, que involucra a profesionales de pediatría, psicología, enfermería o fisioterapia, ofrece a las madres la oportunidad de obtener una amplia gama de información. Esta información abarca todos los aspectos que se han desarrollado a lo largo de esta tesis doctoral, evitando el reduccionismo que limita la maternidad a la experiencia exclusiva del parto. Además, es importante dar voz a las asociaciones que ayudan a familias en la etapa perinatal en contextos de dificultad, como en el caso de España, Red Madre, que proporciona apoyo solidario ofreciendo orientación, acompañamiento y asistencia a mujeres ante embarazos inesperados, facilitando la superación de los conflictos asociados. Así como

Matrioskas y Umamanita, asociaciones que sensibilizan, visibilizan y brindan apoyo a familias afectadas por el duelo perinatal.

A **nivel biológico**, es importante dotar de información a las madres sobre los cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos, neuronales y endocrinos que se producen durante el embarazo y parto y que permiten la adaptación materna al crecimiento fetal y al parto. Especialmente en aquellas ocasiones en las que pueden surgir complicaciones obstétricas. El conocimiento de los cambios corporales propios y del desarrollo del bebé durante el embarazo puede contribuir a una mayor conciencia corporal, al autoconocimiento y a la autoconfianza en las madres. Esto debe formar parte de la atención médica integral previamente mencionada, pero también de formaciones dirigidas a madres y acompañantes como las clases de preparación al parto. Específicamente, en esta preparación es necesario promover un parto consciente donde la mujer pueda hacer uso de sus propias habilidades.

A **nivel individual**, es imprescindible hablar de las experiencias reales y pedir ayuda profesional cuando sea necesario. Es esencial lidiar contra la conspiración del silencio en torno a la maternidad, siendo la intervención más directa para promover la visualización de la maternidad con los aspectos positivos y negativos que conlleva. La transformación social puede verse ampliamente impulsada por la decisión individual.

Futuras líneas de investigación

A partir de los hallazgos obtenidos, se abren diversas líneas de investigación futura que es necesario explorar con mayor profundidad.

Como se comentaba previamente, en primer lugar, es fundamental dar voz a las maternidades reales, por lo que es necesario investigar a través de enfoques cualitativos, como la hermenéutica o la fenomenología, que pueden ofrecer perspectivas diversas y enriquecedoras. A partir de los resultados que se obtengan, se podrá desarrollar intervenciones especializadas en la atención prenatal temprana. Además, este tipo de investigaciones

focalizadas en la experiencia de las madres ayudará a la visibilización de maternidades reales, impulsando a nivel social la desidealización de la maternidad, lo que facilitaría la naturalización de sus aspectos negativos y, por ende, reduciría las barreras habituales en la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres.

En segundo lugar, la transición no normativa puede manifestarse de múltiples formas, determinadas por la experiencia individual y única de cada mujer, lo que hace esencial seguir investigando y atender a circunstancias y eventos vitales específicos como cuando esta se produce durante el duelo por la pérdida de un familiar, cambios laborales, procesos migratorios o relaciones con parejas que residen en el extranjero, entre otras.

En tercer lugar, es necesario acercar la investigación a las experiencias de transición no normativas hacia la parentalidad de las parejas, de forma que se pueda analizar su impacto en la construcción conjunta de identidades parentales y la salud mental familiar.

En cuarto lugar, es necesario realizar investigaciones sobre poblaciones concretas, y, de esta forma, comprender los factores sociales, culturales e institucionales que influyen, identificando las variables de mayor impacto para implementar cambios significativos al compararlas con otras situaciones culturales y sociales.

Por último, la psicología perinatal se centra en los primeros años de maternidad, dejando un vacío en la comprensión de la maternidad tardía. Por ello, resulta crucial investigar otros momentos evolutivos en la trayectoria materna, como la maternidad durante la adolescencia de los hijos e hijas, cuando estos se independizan, entre otros.

Fortalezas y limitaciones

En la presente tesis doctoral se identifican limitaciones junto a fortalezas que refuerzan sus hallazgos.

Entre las limitaciones más destacables se encuentra la población estudiada. Por un lado, aunque la revisión sistemática incorpora una amplia diversidad de razas y etnias y

culturas, los estudios incluidos no analizaron poblaciones europeas. Es probable que esto se deba a una menor prevalencia de embarazo adolescente en occidente, sin embargo, aunque el declive es evidente, el 1,7% de las madres en España son adolescentes, por lo que es necesario conocer cómo el contexto sociocultural y la atención sanitaria pueden influir en la salud mental de esta minoría. Por otro lado, las entrevistas cualitativas se limitaron a mujeres españolas que se autopercebían como blancas, con un nivel educativo medio-alto y un nivel socioeconómico medio. Específicamente, el estudio sobre experiencias de parto durante la pandemia de la COVID-19 se centró exclusivamente en mujeres andaluzas, mientras que, en el estudio de duelo perinatal, aunque mostró mayor variabilidad muestral, también predominó en participantes andaluzas. Adicionalmente, con respecto a la investigación sobre duelo perinatal, la selección de participantes se realizó a través de derivaciones de profesionales sanitarios, lo que puede introducir un sesgo en la muestra, inclinándola hacia mujeres con mayor acceso a atención médica o psicológica. Estas limitaciones subrayan la necesidad de extender la investigación a otras comunidades con trayectorias vitales distintas, como mujeres racializadas, inmigrantes, no heterosexuales, personas con discapacidad y otros colectivos históricamente infrarrepresentados.

A pesar de estas limitaciones, la presente tesis doctoral profundiza en la comprensión de significados y experiencias, permitiendo captar cómo las madres viven y dan sentido a diferentes situaciones durante la transición hacia la maternidad, además de comprender las emociones, los valores y las creencias involucradas. Los resultados contribuyen de diversas maneras. Por una parte, promueve evitar la estigmatización del embarazo adolescente como factor de riesgo directo para la salud mental de las mujeres jóvenes, permitiendo el acceso a una visión más integral de este fenómeno. En esta línea, los datos comparativos con grupos de madres adultas han aportado nueva información para futuras investigaciones centradas en la prevención de factores de riesgo específicos, independientemente de la edad materna, y han

prestado mayor atención a los factores biopsicosociales. Por otra parte, las entrevistas ofrecieron a las madres un espacio seguro donde pudieron expresar su experiencia personal, atribuir significado a sus vivencias y reelaborar su dolor como una forma de contribuir a la concienciación y visibilidad del duelo perinatal y experiencias complejas de parto, constituyendo esta su principal motivación para participar. En esta línea, y concretamente con respecto a la experiencia de pérdida perinatal, el amplio rango gestacional, que abarca la experiencia de pérdida independientemente de la semana de gestación, saca a la luz las pérdidas tempranas y permite comparar las experiencias de pérdidas tempranas y tardías. Por tanto, este estudio no solo genera conocimiento científico, sino que también promueve la participación activa de los agentes de cambio en las prácticas perinatales, fomentando una transformación social. Cabe destacar como otra fortaleza que los resultados abarcan la experiencia completa desde el embarazo hasta el posparto, integrando los diversos procesos por los que transita la mujer sin reducirlos a un único momento. Asimismo, ofrece información sobre experiencias reales en la atención sanitaria en situaciones de vulnerabilidad, destacando el papel crucial de los protocolos sanitarios y el apoyo de los profesionales de la obstetricia y ginecología en la adaptación a las nuevas realidades. Los aspectos positivos y negativos que pueden observarse en los resultados servirán para seguir avanzando en la construcción de sistemas sanitarios más respetuosos y humanizados, colocando a la mujer en el centro de su experiencia e incorporando de manera explícita la salud mental en la atención.

Chapter 5. Conclusions

This section presents the main conclusions drawn from this research, as well as its practical implications, future research directions, and its strengths and limitations.

This thesis explores mothers' experiences in non-standard transitions to motherhood. By identifying the factors that significantly influence these experiences, a more comprehensive understanding of the transition to motherhood during adolescence, the COVID-19 pandemic, and perinatal bereavement is achieved. The main findings show how these pathways to motherhood are shaped by institutional, sociocultural, biological, and subjective dimensions, directly influencing mothers' experiences and, consequently, their mental health. Furthermore, these dimensions will have a positive or negative impact, varying in intensity, depending on each woman's specific situation; therefore, these results are generalizable to other non-normative pathways to motherhood.

With regard to the studies comprising this doctoral thesis, institutional and sociocultural variables are those that most significantly impact women's experiences; consequently, the results highlight the need to shift the social and health care paradigm regarding non-normative transitions to motherhood. In the mothers' experiences, these dimensions were not always equipped with the necessary resources to address each woman's specific needs, directly influencing maternal subjectivity. Although there are currently specific situations that are beginning to receive greater visibility in the social and health sectors—such as the experience of perinatal bereavement—it is necessary to continue advancing in the creation of more humanized and relational protocols, especially regarding non-normative transitions that remain even more marginalized, such as adolescent motherhood. For all these reasons, the non-normative experience of the transition to motherhood can become a situation of particular vulnerability for maternal mental health, not only due to the impact of these specific situations on the woman's experience, but also because they challenge social expectations regarding motherhood, as well as institutional structures such as prenatal, childbirth, and postnatal medical care. This approach is essential to prevent the responsibility for psychological symptoms from falling exclusively on mothers,

creating the perception that the problem lies with them, when in reality multiple factors shape their experience and subjectivity.

Despite the complexity of maternal experiences, regardless of the context of the transition to motherhood—whether during adolescence, a health crisis, or a perinatal loss—women stand out for their capacity for adaptation and resilience, and thus for personal growth. This further highlights the need to listen to women, placing them at the center of their own experience while taking into account the multitude of factors mentioned. In this way, we would move away from the goal of a totalizing and exclusive description of motherhood and instead understand it as a developmental and identity crisis, with the positive and negative aspects that accompany it, distancing it from social idealization and implying a process of social transformation.

Practical Implications

By synthesizing the findings of the research conducted in this doctoral dissertation, these results can be useful to clinicians and policymakers in further developing evidence-based interventions. Therefore, using the model presented in the dissertation, the practical implications are outlined for each of the dimensions discussed above.

At the institutional level, it is necessary to improve medical care during the transition to motherhood. To this end, one proposal is to integrate perinatal psychology into the university curricula of undergraduate and graduate programs related to clinical and health psychology. Likewise, it should be incorporated into degree programs that train professionals caring for patients in obstetrics-gynecology, pediatrics, and related fields, such as medicine, nursing, physical therapy, and other healthcare disciplines. A multidisciplinary approach to women's psychological experiences will help identify, raise awareness of, and break down the common barriers that prevent mothers from seeking help, as well as detect, promote, and intervene in a timely manner regarding their mental health. This type of training should not be

limited exclusively to university education; rather, it is important to remain in constant contact with the evolving specific needs of women.

In addition to advancing professional training in this way, it is essential to strengthen medical care from a biopsychosocial perspective, moving beyond the exclusivity of the biomedical model and establishing interventions that integrate the social and personal dimensions of mothers. To this end, it is necessary to promote awareness, sensitization, and training among healthcare professionals in direct contact with obstetrics and gynecology patients.

In this vein, the role of the psychologist must be incorporated not only as support in this training but as an essential element of the interdisciplinary team in prenatal care, routinely integrating psychology into the follow-up of pregnant women, especially when the transition is non-standard. It is necessary to detect when a non-standard pregnancy occurs, and to do so, it is essential to implement mental health screening strategies from the outset, including documenting the patient's life history, her mental and physical health trajectory, and her current personal context. One way to detect psychological symptoms is through mental health screening using a relational approach, rather than exclusively through questionnaires. Women need to feel confident with healthcare staff in order to express adverse situations they may be experiencing, which are often downplayed to avoid being labeled as inadequate. To achieve this, it is necessary to incorporate an approach that prioritizes mental health, in which the presence of a psychologist is essential. The perinatal psychological interview that Oiberman et al. (1998) have developed throughout their professional careers within perinatal mental health settings in the Buenos Aires hospital system is a resource that allows for the incorporation of the psychological dimension into the clinical record. This interview takes into account five categories that must be identified (Oiberman, 2013). First, significant events, including life events involving the couple (separation, violence...), deaths (previous children,

partner...), social events (domestic violence, sexual abuse...), and current situations (illnesses, moves, a child's medical conditions...). Second, physical maternal problems associated with pregnancy (hypertension, previous miscarriages, etc.). Third, psychological maternal problems (anxiety, depression, etc.). Fourth, childhood conflicts (death of parents, childhood abuse, etc.). Finally, the impact of childbirth (difficulties with bonding or breastfeeding, perinatal grief, etc.).

This interview provides a comprehensive view by incorporating the psychosocial dimension, moving the transition to motherhood away from an exclusively biological process (Oberman, 2013). Gathering this information will facilitate the creation of a therapeutic alliance with the mother, the detection of adverse situations and risk factors, the promotion of protective factors, the implementation of follow-up tailored to her specific circumstances, the anticipation of potential difficulties during labor and the postpartum period, as well as the application of personalized interventions that optimize long-term maternal and infant outcomes, thereby protecting the mother, baby, and family system.

Finally, further research into perinatal mental health is necessary. It is important to continue establishing research projects based on qualitative methodology to deepen our understanding of women's firsthand experiences. This research will serve as the foundation for developing protocols and interventions, as well as promotion and prevention campaigns that address the real mental health needs of mothers, babies, and, ultimately, our society.

At the social level, it is necessary to raise awareness and bring real motherhood into the open. To this end, support groups for mothers offer a space where, through openness, sincerity, and the sense of community that is cultivated, women can alleviate feelings of loneliness, sadness, uncertainty, or ambivalence, while gaining a deeper understanding of the diversity of maternal experiences. Furthermore, interdisciplinary collaboration in group prenatal interventions—involving professionals in pediatrics, psychology, nursing, and

physical therapy—offers mothers the opportunity to access a wide range of information. This information encompasses all the aspects explored throughout this doctoral thesis, avoiding the reductionism that limits motherhood to the exclusive experience of childbirth. Furthermore, it is important to give a voice to associations that assist families during the perinatal period in challenging contexts, such as Red Madre in Spain, which provides supportive assistance by offering guidance, accompaniment, and support to women facing unexpected pregnancies, helping them overcome associated conflicts. As well as Matrioskas and Umamanita, associations that raise awareness, provide visibility, and offer support to families affected by perinatal bereavement.

At the biological level, it is important to provide mothers with information about the biological, physiological, psychological, neural, and endocrine changes that occur during pregnancy and childbirth and that enable maternal adaptation to fetal growth and childbirth. This is especially true in cases where obstetric complications may arise. Understanding one's own body changes and the baby's development during pregnancy can contribute to greater body awareness, self-knowledge, and self-confidence in mothers. This should be part of the comprehensive medical care mentioned earlier, but also of training programs aimed at mothers and their support partners, such as childbirth preparation classes. Specifically, this preparation should promote a conscious birth where women can make use of their own abilities.

At the individual level, it is essential to discuss real experiences and seek professional help when necessary. It is crucial to combat the conspiracy of silence surrounding motherhood, as this is the most direct way to promote a realistic view of motherhood, including both its positive and negative aspects. Social transformation can be significantly driven by individual decisions.

Future Research

Based on the findings obtained, several avenues for future research have emerged that warrant further exploration.

As mentioned earlier, first and foremost, it is essential to give a voice to real-life motherhood experiences; therefore, research must be conducted using qualitative approaches, such as hermeneutics or phenomenology, which can offer diverse and enriching perspectives. Based on the results obtained, specialized interventions in early prenatal care can be developed. Furthermore, this type of research focused on mothers' experiences will help bring real motherhood into the spotlight, promoting the de-idealization of motherhood at the societal level, which would facilitate the normalization of its negative aspects and, consequently, reduce the common barriers women face when seeking help.

Second, non-normative transitions can manifest in multiple ways, determined by each woman's individual and unique experience, making it essential to continue researching and addressing specific life circumstances and events—such as when a transition occurs during the grieving process following the loss of a family member, job changes, migration processes, or relationships with partners residing abroad, among others.

Third, research must focus on couples' experiences of non-normative transitions to parenthood, so that their impact on the joint construction of parental identities and family mental health can be analyzed.

Fourth, research must be conducted on specific populations to understand the social, cultural, and institutional factors at play, identifying the variables with the greatest impact to implement meaningful changes by comparing them with other cultural and social contexts.

Finally, perinatal psychology focuses on the early years of motherhood, leaving a gap in our understanding of later motherhood. Therefore, it is crucial to investigate other

developmental stages in the maternal trajectory, such as motherhood during the adolescence of sons and daughters, when they become independent, among others.

Strengths and Limitations

This doctoral thesis identifies limitations alongside strengths that reinforce its findings.

Among the most notable limitations is the study population. On the one hand, although the systematic review incorporates a wide diversity of races, ethnicities, and cultures, the included studies did not analyze European populations. This is likely due to a lower prevalence of teenage pregnancy in the West; however, although the decline is evident, 1.7% of mothers in Spain are teenagers, making it necessary to understand how the sociocultural context and healthcare can influence the mental health of this minority. On the other hand, the qualitative interviews were limited to Spanish women who self-identified as white, with a medium-to-high educational level and a medium socioeconomic status. Specifically, the study on childbirth experiences during the COVID-19 pandemic focused exclusively on women from Andalusia, while the study on perinatal bereavement, although it showed greater sample variability, also predominantly included participants from Andalusia.

Additionally, regarding the research on perinatal grief, participants were selected through referrals from healthcare professionals, which may introduce a bias in the sample, skewing it toward women with greater access to medical or psychological care. These limitations underscore the need to extend research to other communities with different life trajectories, such as racialized women, immigrants, non-heterosexual individuals, people with disabilities, and other historically underrepresented groups.

Despite these limitations, this doctoral thesis deepens our understanding of meanings and experiences, allowing us to grasp how mothers experience and make sense of different situations during the transition to motherhood, as well as to understand the emotions, values,

and beliefs involved. The results contribute in various ways. On the one hand, it helps avoid stigmatizing adolescent pregnancy as a direct risk factor for young women's mental health, providing a more comprehensive view of this phenomenon. In this vein, comparative data with groups of adult mothers have yielded new insights for future research focused on preventing specific risk factors, regardless of maternal age, and have placed greater emphasis on biopsychosocial factors. On the other hand, the interviews offered mothers a safe space where they could express their personal experiences, attribute meaning to their lived experiences, and rework their grief as a way to contribute to raising awareness and visibility of perinatal bereavement and complex childbirth experiences, which constituted their main motivation for participating. In this vein, and specifically regarding the experience of perinatal loss, the broad gestational range—which encompasses the experience of loss regardless of gestational week—brings early losses to light and allows for a comparison of early and late loss experiences. Therefore, this study not only generates scientific knowledge but also promotes the active participation of agents of change in perinatal practices, fostering social transformation. Another strength worth noting is that the results encompass the entire experience from pregnancy through the postpartum period, integrating the various processes women go through without reducing them to a single moment. Furthermore, it provides information on real-life experiences in healthcare settings during times of vulnerability, highlighting the crucial role of healthcare protocols and the support of obstetric and gynecological professionals in adapting to new realities. The positive and negative aspects observed in the results will serve to further advance the development of more respectful and humanized healthcare systems, placing women at the center of their experience and explicitly incorporating mental health into care.

Referencias

- Abramowitz, J. S., Hellberg, S. N., Krasnow, J., Friedman, J. B., Myers, N. S., Nestadt, P. S., Ojalento, H. J., Juel, E. K., Samuels, J., Kimmel, M. E., Osborne, L. M., Storch, E. A., Nestadt, G., & Musci, R. J. (2025). Prenatal obsessive beliefs predict postpartum obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Psychiatry Research*, 351, Article 116620. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116620>
- Adams, C. (2022). Pregnancy and birth in the United States during the COVID-19 pandemic: The views of doulas. *Birth*, 49(1), 116–122. <https://doi.org/10.1111/birt.12580>
- Ahrens, K. A., Palmsten, K., Lipkind, H. S., Pfeiffer, M., Gelsinger, C., & Ackerman-Banks, C. (2023). Mental health within 24 months after delivery among women with common pregnancy conditions. *Journal of Women's Health*, 32(7), 787–800. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0367>
- Akhter, S., Kumkum, F. A., Bashar, F., & Rahman, A. (2021). Exploring the lived experiences of pregnant women and community health care providers during the pandemic of COVID-19 in Bangladesh through a phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 810. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04284-5>
- Aktaş, S., & Aydın, R. (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 176–192. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540863>
- Allen, E. C., Goslawski, M. M., Taple, B. J., Sakowicz, A., Alvarado-Goldberg, M., & Miller, E. S. (2023). The association between adverse childhood experiences and perinatal depression symptom trajectories. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 5(8), Article 101039. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101039>

- Alipour, Z., Kheirabadi, G. R., Kazemi, A., & Fooladi, M. (2018). The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: A systematic review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(6), 549-559.
<https://doi.org/10.26719/2018.24.6.549>
- Alshikh Ahmad, H., Alkhatib, A., & Luo, J. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), Article 542. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04016-9>
- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañon-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*, 2(1), 195–201. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>
- Alzate, M. M., Villegas, S., & Salihu, H. M. (2018). The power of culture and context on Hispanic/Latina teen pregnancy and birth in Oklahoma: provider and parental perspectives. *Social Work in Health Care*, 57(10), 890–905.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1514351>
- Ambrosini, A., & Stanghellini, G. (2012). Myths of motherhood. The role of culture in the development of postpartum depression. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 48(3), 277–286. https://doi.org/10.4415/ANN_12_03_08
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2025). ACOG Explains: Mental Health and Pregnancy. <https://www.acog.org/womens-health/videos/salud-mental-y-embarazo>
- American Psychological Association. (2022). Postpartum depression.
<https://www.apa.org/topics/women-girls/postpartum-depression>

- Anderson, C. A., & Connolly, J. P. (2018). Predicting posttraumatic stress and depression symptoms among adolescents in the extended postpartum period. *Heliyon*, 4, e00965. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018>
- Anderson, C. A., & Ghirmazion, E. (2020). The adolescent birth experience: A comparison of three diverse groups. *Journal of Perinatal Education*, 29, 197–207. <https://doi.org/10.1891/j-pe-d-19-00027>
- Andersson, I. M., Nilsson, S., & Adolfsson, A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 262–270. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00927.x>
- Arnold, J., & P. B. Gemma. (2008). The continuing process of parental grief. *Death Studies* 32(7), 658–673. <https://doi.org/10.1080/07481180802215718>
- Arora, I. H., Woscoboinik, G. G., Mokhtar, S., Quagliarini, B., Bartal, A., Jagodnik, K. M., Barry, R. L., Edlow, A. G., Orr, S. P., & Dekel, S. (2024). A diagnostic questionnaire for childbirth related posttraumatic stress disorder: a validation study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(1), 134.e1–134.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.1229>
- Asad, N., Karmaliani, R., Sullaiman, N., Bann, C. M., McClure, E. M., Pasha, O., Wright, L. L., & Goldenberg, R. L. (2010). Prevalence of suicidal thoughts and attempts among pregnant Pakistani women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(12), 1545–1551. <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.526185>
- Athan, A. M. (2024a). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1364845. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1364845>

- Athan, A. (2024b). Matrescence as a theoretical space for renewal: Discussion of the special issue on maternal subjectivity. *Psychoanalytic Perspectives*, 21(3), 441–447.
<https://doi.org/10.1080/1551806X.2024.2377931>
- Austin, M. P. V., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S. R., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K., & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: How prevalent are they and can we improve their detection? *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 395–401. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0153-7>
- Ayen, S. S., Kasahun, A. W., & Zewdie, A. (2024). Depression during pregnancy and associated factors among women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06409-y>
- Aziz, H. A., Yahya, H. D. B., Ang, W. W., & Lau, Y. (2025). Global prevalence of depression, anxiety, and stress symptoms in different trimesters of pregnancy: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Psychiatric Research*, 181, 528–546. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.11.070>
- Babu, G., Subbakrishna, D., & Chandra, P. (2008). Prevalence and correlates of suicidality among Indian women with post-partum psychosis in an inpatient setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(11), 976–980.
<https://doi.org/10.1080/00048670802415384>
- Badinter, E. (1991). ¿Existe el instinto maternal? *Historia del amor maternal: siglos XVII al XX*. Paidós.
- Bagherinia, M., Haseli, A., Bagherinia, E., Mansouri, N., Dolatian, M., & Mahmoodi, Z. (2025). Prevalence of negative birth experience: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07269-w>

- Bante, A., Mersha, A., Zerdo, Z., Wassihun, B., & Yeheyis, T. (2021). Comorbid anxiety and depression: Prevalence and associated factors among pregnant women in Arba Minch Zuria district, Gamo zone, southern Ethiopia. *PLoS ONE*, 16(3), Article e0248331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248331>
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A., & Williams, Z. (2015). A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstetrics and Gynecology*, 125(6), 1313–1320. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000859>
- Barr, A. B., Simons, R. L., Simons, L. G., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2013). Teen Motherhood and Pregnancy Prototypes: The Role of Social Context in Changing Young African American Mothers' Risk Images and Contraceptive Expectations. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(12), 1884–1897. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9912-x>
- Bauer, A., Pawlby, S., Plant, D. T., King, D., Pariante, C. M., & Knapp, M. (2015). Perinatal depression and child development: Exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychological Medicine*, 45(1), 51–61. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001044>
- Bayrampour, H., Hapsari, A. P., & Pavlovic, J. (2018). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*, 59, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020>
- Bazan, A., Mendes, S. J., Antoine-Moussiaux, J., & Prys, D. (2019). Empirical evidence for psychic transparency in pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*, 36(3), 239–248. <https://doi.org/10.1037/pap0000212>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-

- analysis. *Reproductive Health*, 18(1), Article 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Bermea, A. M., Forenza, B., Adams Rueda, H., & Toews, M. L. (2019). Resiliency and adolescent motherhood in the context of residential foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36, 459–470. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0574-0>
- Benarous, X., Brocheton, C., Bonnay, C., Boissel, L., Crovetto, C., Lahaye, H., Guilé, J. M., Theret, P., Gondry, J., & Foulon, A. (2023). Postpartum maternal anxiety and depression during COVID-19 pandemic: Rates, risk factors and relations with maternal bonding. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(1), 44–51.
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. (2016). Postpartum psychosis: Madness, mania, and melancholia in motherhood. *American Journal of Psychiatry*, 173(12), 1179–1188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
- Berry, S. N., Marko, T., & Oneal, G. (2021). Qualitative interpretive metasynthesis of parents' experiences of perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(1), 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.004>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & 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>

- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy: A psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102–106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Topía Editorial.
- Blom, I., & Bekar, O. (2024). Developing a Maternal Identity: Theoretical, Developmental and Clinical Considerations. *Psychoanalytic Perspectives*, 21, 405–429. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2024.2375985>
- Blum, S., Mack, J. T., Weise, V., Kopp, M., Asselmann, E., Martini, J., & Garthus-Niegel, S. (2022). The impact of postpartum obsessive-compulsive symptoms on child development and the mediating role of the parent–child relationship: A prospective longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 886347. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.886347>
- Bodunde, E. O., Buckley, D., O'Neill, E., Al Khalaf, S., Maher, G. M., O'Connor, K., McCarthy, F. P., Kublickiene, K., Matvienko-Sikar, K., & Khashan, A. S. (2025). Pregnancy and birth complications and long-term maternal mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 132(2), 131–142. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17889>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Article CD012449. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Bonell C. (2011). Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality*, 6(3), 255–272. <https://doi.org/10.1080/13691050310001643025>

- Botía-Morillas, C., & Jurado-Guerrero, T. (2018). El proceso de una investigación cualitativa longitudinal sobre la transición a la maternidad y paternidad en España. *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 41, 33–56.
<https://doi.org/10.5944/empiria.41.2018.22603>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Brembilla, A., Bernard, N., Pujol, S., Parmentier, A. L., Eckman, A., Mariet, A. S., Houot, H., Tenailleau, Q., Thiriez, G., Riethmuller, D., Barba-Vasseur, M., & Mauny, F. (2019). Pregnancy vulnerability in urban areas: A pragmatic approach combining behavioral, medico-obstetrical, socio-economic and environmental factors. *Scientific Reports*, 9, 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-55005-0>
- Brierley-Jones, L., Crawley, R., Lomax, S., & Ayers, S. (2014). Stillbirth and stigma: The spoiling and repair of multiple social identities. *Omega: Journal of Death and Dying*, 70(2), 143–168. <https://doi.org/10.2190/OM.70.2.a>
- Brinkmann, S. (2007). The good qualitative researcher. *Qualitative Research in Psychology*, 4(1-2), 127–144. <https://doi.org/10.1080/14780880701473516>
- Brittain, K., Myer, L., Koen, N., Koopowitz, S., Donald, K. A., Barnett, W., Zar, H. J., & Stein, D. J. (2015). Risk factors for antenatal depression and associations with infant

- birth outcomes: Results from a South African birth cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(6), 504–514. <https://doi.org/10.1111/ppe.12216>
- Brok, E. C., Lok, P., Oosterbaan, D. B., Schene, A. H., Tendolkar, I., & van Eijndhoven, P. F. (2017). Infant-related intrusive thoughts of harm in the postpartum period: A critical review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8), e913–e923. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r11083>
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt, pain and stigma to hope and pride: A systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), Article 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Buzi, R. S., Smith, P. B., Kozinetz, C. A., Peskin, M. F., & Wiemann, C. M. (2015). A socioecological framework to assessing depression among pregnant teens. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 2187–2194. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1733->
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: Itinéraire psychanalytique de la maternité [The debt of life: Psychoanalytical itinerary of maternity]*. Presses Universitaires de France.
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*, 11(4), 351–372. <https://doi.org/10.1080/10522150802451667>
- Cala, M. L. P., & Hernández, L. F. A. (2019). Duelo por muerte perinatal: Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(1), 32–45. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2853.2019>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: A

qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 1–11.

<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>

Campbell-Jackson, L., & Horsch, A. (2014). The psychological impact of stillbirth on

women: A systematic review. *Illness, Crisis & Loss*, 22(3), 237–256.

<https://doi.org/10.2190/IL.22.3.d>

Carroll, H., Rondon, M. B., Sanchez, S. E., Fricchione, G. L., Williams, M. A., & Gelaye, B.

(2021). Resilience mediates the relationship between household dysfunction in childhood and postpartum depression in adolescent mothers in Peru. *Comprehensive Psychiatry*, 104, Article 152215. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152215>

Cassidy P. R. (2021). The Disenfranchisement of Perinatal Grief: How Silence, Silencing and

Self-Censorship Complicate Bereavement (a Mixed Methods Study). *Omega*, 88(2), 709–731. <https://doi.org/10.1177/00302228211050500>

Catherine, N. L. A., Lever, R., Sheehan, D., Zheng, Y., Boyle, M. H., McCandless, L., Gafni,

A., Gonzalez, A., Jack, S. M., Tonmyr, L., Varcoe, C., MacMillan, H. L., & Waddell,

C. (2019). The British Columbia Healthy Connections Project: Findings on socioeconomic disadvantage in early pregnancy. *BMC Public Health*, 19, Article 1161. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7479-5>

Cattane, N., Räikkönen, K., Anniverno, R., Mencacci, C., Riva, M. A., Pariante, C. M., &

Cattaneo, A. (2021). Depression, obesity and their comorbidity during pregnancy: Effects on the offspring's mental and physical health. *Molecular Psychiatry*, 26(2), 462–481. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0813-6>

Cavallé-Abasolo, E., Dikmen-Yildiz, P., Gómez-Gómez, I., Barros-Martins, L., & Motrico, E.

(2025). Impact of traumatic childbirth and birth-related posttraumatic stress disorder on breastfeeding outcomes: A systematic review of longitudinal and cohort studies. *Birth*, 52(4), 553–571. <https://doi.org/10.1111/birt.70005>

- Cena, L., Gigantesco, A., Mirabella, F., Palumbo, G., Camoni, L., Trainini, A., & 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., & Stefana, A. (2020). Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *European Psychiatry*, 63(1), Article e82. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.82>
- Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43–66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>
- Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J., & Acheson, R. (2016). Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behavior and Development*, 44, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.04.003>
- Charrois, E. M., Mughal, M. K., Arshad, M., Wajid, A., Bright, K. S., Giallo, R., & Kingston, D. (2022). Patterns and predictors of depressive and anxiety symptoms in mothers affected by previous prenatal loss in the ALSPAC birth cohort. *Journal of Affective Disorders*, 307, 244–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.055>
- Cechko, N., Losse, E., Frodl, T., & Nehls, S. (2024). Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: Intersection of risk factors and reciprocal influences. *BJPsych Open*, 10(1), Article e10. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.612>

- Chee, R. M., Capper, T. S., & Muurlink, O. T. (2024). Social media influencers' impact during pregnancy and parenting: A qualitative descriptive study. *Research in Nursing and Health*, 47(1), 7–16. <https://doi.org/10.1002/nur.22350>
- Chen, Q., Li, W., Xiong, J., & Zheng, X. (2022). Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: A literature review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), Article 2219. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042219>
- Chichester, M., & Harding, K. M. (2021). Early pregnancy loss: Invisible but real. *Nursing*, 51(12), 28-32. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000800080.92781.c5>
- Çiçekoğlu Öztürk, P., & Taştekin Ouyaba, A. (2024). Prevalence and related factors of eating disorders in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(2), 397–411. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07051-3>
- Collardeau, F., Anglin, O. L. U., Albert, A. Y. K., Mayhue, J. G., & Fairbrother, N. (2024). Prevalence and course of unwanted, intrusive thoughts of infant-related harm. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 85(3), Article 23m15145. <https://doi.org/10.4088/JCP.23m15145>
- Combellick, J. L., Esmaeili, A., Johnson, A. M., Haskell, S. G., Phibbs, C. S., Manzo, L., & Miller, L. J. (2024). Perinatal mental health and pregnancy-associated mortality: Opportunities for change. *Archives of Women's Mental Health*, 27, 417–424. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01404-2>
- Contreras-Carretero, N. A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M. L., Segovia-Nova, S., González-Yóquez, T. A., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). Perinatal mental health and recommendations

- for integral care in gyneco-obstetric hospitals. *Cirugía y Cirujanos*, 90, 564–572.
<https://doi.org/10.24875/CIRU.21000003>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cooke, L. M., Moodley, S., & Paruk, L. (2023). The profile of adolescent patients presenting to a tertiary maternal mental health clinic. *South African Journal of Psychiatry*, 29, a2185. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v29i0.2185>
- Corcoran, J. (2016). Teenage pregnancy and mental health. *Societies*, 6, 21.
<https://doi.org/10.3390/soc6030021>
- Costa, R., Pinto, T. M., Conde, A., Mesquita, A., Motrico, E., & Figueiredo, B. (2023). Women's perinatal depression: Anhedonia-related symptoms have increased in the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 84, 102–111.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.06.007>
- Cox, S. M., Lashley, C. O., Henson, L. G., Medina, N. Y., & Hans, S. L. (2021). Making meaning of motherhood: Self and life transitions among African American adolescent mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(1), 120–131.
<https://doi.org/10.1037/ort0000521>
- Dadhwal, V., Sagar, R., Bhattacharya, D., Kant, S., Misra, P., Choudhary, V., & Vanamail, P. (2023). Prevalence of postpartum depression and anxiety among women in rural India: Risk factors and psychosocial correlates. *Indian Journal of Medical Research*, 158(4), 407–416. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_3489_20
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: An umbrella review. *BMC Public Health*, 20(1), Article 173. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>

- Daehn, D., Rudolf, S., Pawils, S., & Renneberg, B. (2022). Perinatal mental health literacy: Knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), Article 574.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04865-y>
- Dahan O. (2020). Birthing Consciousness as a Case of Adaptive Altered State of Consciousness Associated with Transient Hypofrontality. *Perspectives on Psychological Science*, 15(3), 794–808. <https://doi.org/10.1177/1745691620901546>
- Dalton, E. D. (2015). The protective effects of adolescent motherhood in South Central Appalachia: Salvation from drugs and emptiness. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(4), 409-417. <https://doi.org/10.1177/1043659614524249>
- Davis, A., & Athan, A. (2023). Ecopsychological development and maternal ecodistress during matrescence. *Ecopsychology*, 15(3), 281–293.
<https://doi.org/10.1089/eco.2022.0084>
- Davis, A., & Bradley, D. (2024). Telemedicine utilization and perceived quality of virtual care among pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 30(8), 1261–1269.
<https://doi.org/10.1177/1357633X221133862>
- Davis-Floyd, R., Gutschow, K., & Schwartz, D. A. (2020). Pregnancy, birth and the COVID-19 pandemic in the United States. *Medical Anthropology*, 39(5), 413–427.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
- Davoudian, T., Gibbins, K., & Cirino, N. H. (2021). Perinatal loss: The impact on maternal mental health. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 76(4), 223–233.
<https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000874>
- Dazzan, P. (2021). Schizophrenia during pregnancy. *Current Opinion in Psychiatry*, 34, 238-244. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000706>

de Arriba-García, M., Diaz-Martinez, A., Monfort-Ortiz, R., Roca-Prats, A., Monfort-Beltrán, S., Ivañez-Muñoz, M., Alberola-Rubio, J., & Perales-Marín, A. (2022).

GESTACOVID project: psychological and perinatal effects in Spanish pregnant women subjected to confinement due to the COVID-19 pandemic. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 5665–5671.

<https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1888922>

de Oliveira, K. F., de Oliveira, J. F., Wernet, M., Carvalho Paschoini, M., & Ruiz, M. T.

(2021). COVID-19 and pregnancy: A scoping review on pregnancy characteristics and outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5), Article e12956.

<https://doi.org/10.1111/ijn.12956>

de Wet, M., Hannon, S., Hannon, K., Axelin, A., Uusitalo, S., Bartels, I., Eustace-Cook, J.,

Escuriat, R., & Daly, D. (2023). Systematic review of ethical issues in perinatal mental health research. *Nursing Ethics*, 30(4), 482–499.

<https://doi.org/10.1177/09697330231153683>

Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102–115.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397270>

Demirel, G., Kaya, N., & Evcili, F. (2022). The relationship between women's perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother's satisfaction.

Journal of Obstetrics and Gynaecology, 42(1), 83–90.

<https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1882970>

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*,

210(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>

- Dennis, C.-L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G. E., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: A qualitative systematic review. *Women's Health*, 3(4), 487–502. <https://doi.org/10.2217/17455057.3.4.487>
- DeYoung, S. E., & Mangum, M. (2021). Pregnancy, birthing, and postpartum experiences during COVID-19 in the United States. *Frontiers of Sociology*, 6, Article 611212. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.611212>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2012). *Manual de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-based interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 8(6), 1421–1437. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0726-x>
- Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, Ľ. (2023). Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), Article 4113. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>
- Diamond-Smith, N., Logan, R., Adler, A., Gutierrez, S., Marshall, C., & Kerns, J. L. (2024). Prenatal and postpartum care during the COVID-19 pandemic: An increase in barriers from early to mid-pandemic in the United States. *Birth*, 51(2), 450–458. <https://doi.org/10.1111/birt.12800>
- Dinwiddie, K. J., Schillerstrom, T. L., & Schillerstrom, J. E. (2018). Postpartum depression in adolescent mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 39, 168–175. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1334051>
- DiQuinzio, P. (1999). *The impossibility of motherhood: Feminism, individualism, and the problem of mothering*. Routledge.
- Dodgson, J. E. (2019). Reflexivity in qualitative research. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 220–222. <https://doi.org/10.1177/0890334419830990>

- Doherty, J., Folan, M., O'Donoghue, A., Gill, L., Sheehy, L., Brophy, C., & Coughlan, B. (2025). The early motherhood expectations versus reality study. *Families, Systems, and Health*, 43(2), 367–381. <https://doi.org/10.1037/fsh0000995>
- Doncarli, A., Demiguel, V., le Ray, C., Deneux-Tharaux, C., Lebreton, E., Apter, G., Boudet-Berquier, J., Crenn-Hebert, C., Vacheron, M.-N., Regnault, N., & Tebeka, S. (2024). Prevalence of anxiety symptoms and associated factors at 2 months postpartum, results from a 2021 French national prospective cohort study. *European Psychiatry*, 67(1), Article e89. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1799>
- Donegan, G., Noonan, M., & Bradshaw, C. (2023). Parents' experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*, 121, Article 103673. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103673>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE*, 13(4), Article e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Drake, M. H., Friesen-Haarer, A. J., Ward, M. J., & Miller, M. L. (2024). Obsessive-compulsive disorder symptoms and intrusive thoughts in the postpartum period: Associations with trauma exposure and PTSD symptoms. *Stress and Health*, 40(2), Article e3316. <https://doi.org/10.1002/smi.3316>
- Ediz, Ç., & Budak, F. K. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: A randomized controlled study. *Rural and Remote Health*, 23(3), Article 7553. <https://doi.org/10.22605/RRH7553>
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad*. Nueva Visión.
- Eisner, E. W. (1998). *El ojo ilustrado: Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa* (Obra original publicada en 1990). Paidós.

- Ekström-Bergström, A., Thorstensson, S., & Bäckström, C. (2022). The concept, importance and values of support during childbearing and breastfeeding: *A discourse paper*. *Nursing Open*, 9(1), 156–167. <https://doi.org/10.1002/nop2.1108>
- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.013>
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. International Universities Press.
- Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Siersma, V., Overbeck, G., Strøyer de Voss, S., Modin, F. A., & Lutterodt, M. C. (2023). Factors in early pregnancy predicting pregnancy-related pain in the second and third trimester. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 102(10), 1269–1280. <https://doi.org/10.1111/aogs.14670>
- Escañuela Sánchez, T., Matvienko-Sikar, K., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2023). Exploring first-time mothers' experiences and knowledge about behavioural risk factors for stillbirth. *Health Expectations*, 26(1), 329–342. <https://doi.org/10.1111/hex.13662>
- Fairbrother, N., Beck, Q. M., & Keeney, C. L. (2024). Perinatal timing of obsessive-compulsive disorder onset. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 85(3), Article 24m15266. <https://doi.org/10.4088/JCP.24m15266>
- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A. Y. K., Challacombe, F. L., Thordarson, D. S., Woody, S. R., & Janssen, P. A. (2021). High prevalence and incidence of obsessive-compulsive disorder among women across pregnancy and the postpartum. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(2), Article 20m13398. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13398>

- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082>
- Fairbrother, N., Thordarson, D. S., Challacombe, F. L., & Sakaluk, J. K. (2018). Correlates and predictors of new mothers' responses to postpartum thoughts of accidental and intentional harm and obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(4), 437–453. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000765>
- Farralles, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC Psychology*, 8(1), Article 18. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
- Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D., & Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: A multicenter, prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1–367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & 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), Article 18r12527. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12527>
- Fekih-Romdhane, F., el Hadathy, D., Malaeb, D., Barakat, H., & Hallit, S. (2024). Relationship between childhood trauma and postpartum psychotic experiences: The

- role of postnatal anxiety and depression as mediators. *BMC Psychiatry*, 24(1), Article 587. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06019-0>
- Feldman, N., Hibara, A., Ye, J., Macaranas, A., Larkin, P., Hendrix, E., Aydinian, T., Mittal, L., Wiegartz, P., Silbersweig, D., & Liu, C. H. (2025). Postpartum anxiety: A state-of-the-art review. *The Lancet Psychiatry*, 12(12), 947–959. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00197-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00197-X)
- Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1063–1073. <https://doi.org/10.1111/scs.12816>
- Fernández Lorenzo, P., & Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Editorial Síntesis.
- Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., & Granero-Molina, J. (2020). Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3421. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103421>
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.007>
- Filinich, M. I. (1998). *La enunciación* (1ª ed.). EUDEBA.

- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS ONE*, 15(4), Article e0231415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>
- Flick, U. (2008). *Managing quality in qualitative research*. Sage.
- Flick, U. (2011). *Introducing research methodology: A beginner's guide to doing a research project*. Sage.
- Forde, R., Peters, S., & Wittkowski, A. (2020). Recovery from postpartum psychosis: A systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 597–612. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01025-z>
- Friedman, S. H., Reed, E., & Ross, N. E. (2023). Postpartum psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 25(2), 65–72. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4>
- Frijmersum, Z. Z., van der Meij, E., de Leeuw, R. A., Anema, J. R., Huirne, J. A. F., & Bakker, P. C. A. M. (2025). Assessment of recovery after childbirth: A cross-sectional study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 314, Article 114676. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.114676>
- Froeliger, A., Deneux-Tharaux, C., Loussert, L., Bouchghoul, H., Laure Sutter-Dallay, A., Madar, H., Sentilhes, L., & TRAAP2 study group. (2025). Prevalence and risk factors for postpartum depression 2 months after cesarean delivery: A prospective multicenter study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 232(5), 491.e1–491.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.10.031>
- Froeliger, A., Deneux-Tharaux, C., Sutter-Dallay, A.-L., Bouchghoul, H., Loussert, L., Madar, H., & Sentilhes, L. (2026). Childbirth-related posttraumatic stress disorder and

- postpartum depression following cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 233(6), S199–S215. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.03.040>
- Fusar-Poli, P., Estradé, A., Mathi, K., Mabilia, C., Yanayirah, N., Floris, V., Figazzolo, E., Esposito, C. M., Mancini, M., Rosfort, R., Catalan, A., Baldwin, H., Patel, R., Stanghellini, G., Ratcliffe, M., & Maj, M. (2025). The lived experience of postpartum depression and psychosis in women: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, 24(1), 32–45. <https://doi.org/10.1002/wps.21264>
- Gao, S., Su, S., Zhang, E., Liu, R., Zhang, Y., Wang, C., Liu, J., Xie, S., Yin, C., & Yue, W. (2022). Psychological health status in postpartum women during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 319, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.107>
- Garcia, R., Ali, N., Griffiths, M., & Randhawa, G. (2020). A qualitative study exploring the experiences of bereavement after stillbirth in Pakistani, Bangladeshi and White British mothers living in Luton, UK. *Midwifery*, 91, Article 102833. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102833>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Gay, J. T., Edgil, A. E., & Douglas, A. B. (1988). Reva Rubin revisited. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 17(6), 394–399. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1988.tb00464.x>

- Gbogbo, S. (2020). Early motherhood: Voices from female adolescents in the Hohoe Municipality, Ghana—a qualitative study utilizing Schlossberg’s Transition Theory. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), Article 1716620. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1716620>
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. In *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Gemignani, M. (2017). Toward a critical reflexivity in qualitative inquiry: Relational and posthumanist reflections on realism, researcher’s centrality, and representationalism in reflexivity. *Qualitative Psychology*, 4(2), 185–198. <https://doi.org/10.1037/qup0000070>
- Gemignani, M., Ferrari, S., & Benítez, I. (2019). Rediscovering the roots and wonder of qualitative psychology in Spain: A cartographic exercise. *Qualitative Research in Psychology*, 16(3), 417–440. <https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1605273>
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Sage Publications.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social: Aportes para el debate y la práctica*. Ediciones Uniandes.
- Gezginç, K., Uguz, F., Karatayli, S., Zeytinci, E., Aşkin, R., Güler, Ö., Şahin, F., Murat Emül, H., Özbulut, Ö., & Geçici, Ö. (2008). The impact of obsessive-compulsive disorder in pregnancy on quality of life. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(2), 134–137. <https://doi.org/10.1080/13651500701777363>

- Ghazanfarpour, M., Bahrami, F., Rashidi Fakari, F., Ashrafinia, F., Babakhanian, M., Dordeh, M., & Abdi, F. (2022). Prevalence of anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 43(3), 315–326.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1929162>
- Ghorbani, M., Keramat, A., Goli, S., Abasi, E., Eskandari, N. (2020). Comparison of mental health and foetal attachment in adolescent and non-adolescent pregnancies. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 14(6), VC05–VC08.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2020/44346.13788>
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F.B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research*, 55(5), 356–365.
<https://doi.org/10.1097/00006199-200609000-00008>
- Golan, A., & Leichtentritt, R. D. (2016). Meaning reconstruction among women following stillbirth: A loss fraught with ambiguity and doubt. *Health & Social Work*, 41(3), 147–154. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw007>
- Gómez-Baya, D., Gómez-Gómez, I., Domínguez-Salas, S., Rodríguez-Domínguez, C., & Motrico, E. (2023). The influence of lifestyles to cope with stress over mental health in pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 42(26), 22164–22183. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03287-5>
- Gong, J., Fellmeth, G., Quigley, M. A., Gale, C., Stein, A., Alderdice, F., & Harrison, S. (2023). Prevalence and risk factors for postnatal mental health problems in mothers of infants admitted to neonatal care: Analysis of two population-based surveys in

- England. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), Article 370.
<https://doi.org/10.1186/s12884-023-05684-5>
- Gonzaga, D. S. K., Guanaes-Lorenzi, C., & Nogueira, C. (2022). Epistemological debate to the understanding of feminist social constructionist research. *Psicologia & Sociedade*, 34, Article e260679. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34260679-en>
- González-Timoneda, A., Hernández, V. H., Moya, S. P., Blazquez, R.A. (2021). Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women and Birth*, 34, 465–472.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.001>
- Gottfredsdottir, H., Steingrimsdóttir, Þ., Björnsdóttir, A., Guðmundsdóttir, E. Ý., & Kristjánsdóttir, H. (2016). Content of antenatal care: Does it prepare women for birth?. *Midwifery*, 39, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.002>
- Gough, B., & Madill, A. (2012). Subjectivity in psychological science: From problem to prospect. *Psychological Methods*, 17(3), 374–384. <https://doi.org/10.1037/a0029313>
- Gozuyesil, E., Manav, A. I., Yesilot, S. B., & Sucu, M. (2022). Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: One-year cohort study. *São Paulo Medical Journal*, 140(2), 188–198. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0148.R1.09062021>
- Gravensteen, I. K., Jacobsen, E. M., Sandset, P. M., Helgadottir, L. B., Rådestad, I., Sandvik, L., & Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1666-8>

- 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., & 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), Article 17r12011. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>
- Grossman, C. A., Schlichting, L. E., Werner, E. F., Vivier, P. M., Reilly-Chammat, R., & Ayala, N. K. (2023). Third-grade educational outcomes of the children of adolescent women. *Maternal and Child Health Journal*, 27(3), 508–515. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03565-5>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Guldin, M.-B., & Leget, C. (2024). The integrated process model of loss and grief: An interprofessional understanding. *Death Studies*, 48(7), 738–752. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2272960>
- Hamzehgardeshi, Z., Omidvar, S., Amoli, A. A., & Firouzbakht, M. (2021). Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: A web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), Article 208. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03694-9>
- Harrison, R., Jones, B., Gardener, P., & Lawton, R. (2021). Quality assessment with diverse studies (QuADS): An appraisal tool for methodological and reporting quality in systematic reviews of mixed- or multi-method studies. *BMC Health Services Research*, 21, Article 144. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06122-y>
- Havizari, S., Ghanbari-Homaie, S., Eyvazzadeh, O., & Mirghafourvand, M. (2021). Childbirth experience, maternal functioning and mental health: How are they related?

Journal of Reproductive and Infant Psychology, 40(4), 399–411.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1913488>

Hecker Luz, A. M., Oliveira Berni, N. I. de, & Selli, L. (2007). Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 42–48. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100008>

Hennessy, M., & O'Donoghue, K. (2024). Bridging the gap between pregnancy loss research and policy and practice: Insights from a qualitative survey with knowledge users. *Health Research Policy and Systems*, 22, Article 15. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01103-z>

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., & Bidens Study Group. (2017). Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>

Herrera, C. L., Byrne, J. J., Nelson, D. B., Schell, R. C., & Dashe, J. S. (2022). Postpartum Depression Risk following Prenatal Diagnosis of Major Fetal Structural Anomalies. *American Journal of Perinatology*, 39(1), 16–21. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1739265>

Hessami, K., Romanelli, C., Chiurazzi, M., & Cozzolino, M. (2022). COVID-19 pandemic and maternal mental health: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 35(20), 4014–4021. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1843155>

Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0). The Cochrane Collaboration.

- Hipke, K. N. (2024). Maternal adverse childhood experiences and perinatal anxiety, obsessive compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, and substance use. *WMJ: Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 123(6), 451–459.
<https://wmjonline.org/wp-content/uploads/2024/123/6/451.pdf>
- Hipwell, A. E., Murray, J., Xiong, S., Stepp, S.D., Keenan, K.E. (2016). Effects of adolescent childbearing on maternal depression and problem behaviors: A prospective, population-based study using risk-set propensity scores. *PLOS ONE*, 11(5), Article e0155641. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155641>
- Hoffmann, L., Hilger, N., Riolino, E., Lenz, A., & Banse, R. (2023). Partner support and relationship quality as potential resources for childbirth and the transition to parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), Article 435.
<https://doi.org/10.1186/s12884-023-05748-6>
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M.G., de Miranda, E., Stramrood, C.A.I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 515–523.
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Hosseini Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020a). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233–1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Hosseini Tabaghdehi, M., Kolahdozan, S., Keramat, A., Shahhossein, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020b). Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: A systematic review. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(22), 3849–3856. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1583740>

- House, S. J., Tripathi, S. P., Knight, B. T., Morris, N., Newport, D. J., & Stowe, Z. N. (2016). Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: Course of illness and obstetrical outcome. *Archives of Women's Mental Health*, 19(1), 3–10.
<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0542-z>
- Hudepohl, N., MacLean, J. V., & Osborne, L. M. (2022). Perinatal obsessive-compulsive disorder: Epidemiology, phenomenology, etiology, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 24(4), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01333-4>
- Hutti M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(5), 630–638.
<https://doi.org/10.1177/0884217505279998>
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: A methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8–17.
<https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- Hymas, R., & Girard, L. C. (2019). Predicting postpartum depression among adolescent mothers: A systematic review of risk. *Journal of Affective Disorders*, 246, 873–885.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.041>
- Innamorati, M., Sarracino, D., & Dazzi, N. (2010). Motherhood constellation and representational change in pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 379–396.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20261>
- Ishitsuka, K., Yamamoto-Hanada, K., Mezawa, H., Yang, L., Saito-Abe, M., Nishizato, M., Sato, M., Miyaji, Y., Kumasaka, N., Ohya, Y., Kamijima, M., Yamazaki, S., Kishi, R., Yaegashi, N., Hashimoto, K., Mori, C., Ito, S., Yamagata, Z., Inadera, H., Nakayama,

T., Iso, H., Shima, M., Nakamura, H., Suganuma, N., Kusuhara, K., & Katoh, T.

(2024). Teenage and young adult pregnancy and depression: Findings from the Japan Environment and Children's Study. *Archives of Women's Mental Health*, 27, 293–299.

<https://doi.org/10.1007/s00737-023-01400-6>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Madres de mayor edad*.

<https://es.statista.com/grafico/24320/edad-media-de-las-mujeres-al-dar-a-luz-a-su-primer-hijo-en-paises-europeos-seleccionados/>

Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Indicador ODS 4.6.4: Tasa de suicidio ajustada por edad*. <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/indicador.htm?id=4864>

Jain, L. H., Van Eyk, N., Woolcott, C., & Kuhle, S. (2018). Characteristics and outcomes of adolescent births in Nova Scotia: A retrospective cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 40(11), 1459–1465.

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.01.029>

Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L., & Nassar, A. (2015). A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8(1), 1–8. <https://doi.org/10.3233/NPM-15814038>

Jin, Y., & Murray, L. (2023). Perinatal mental health and women's lived experience of the COVID-19 pandemic: A scoping review of the qualitative literature 2020-2021. *Midwifery*, 123, Article 103706. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103706>

- Johnson, M., Schmeid, V., Lupton, S. J., Austin, M. P., Matthey, S. M., Kemp, L., Meade, T., & Yeo, A. E. (2012). Measuring perinatal mental health risk. *Archives of Women's Mental Health*, 15(5), 375–386. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0297-8>
- Jones, K., Baird, K., & Fenwick, J. (2017). Women's experiences of labour and birth when having a termination of pregnancy for fetal abnormality in the second trimester of pregnancy: A qualitative meta-synthesis. *Midwifery*, 50, 42–54. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.014>
- Jørgensen, M. L., Prinds, C., Mørk, S., & Hvidtjørn, D. (2021). Stillbirth – transitions and rituals when birth brings death: Data from a Danish national cohort seen through an anthropological lens. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1206–1215. <https://doi.org/10.1111/scs.12967>
- Josselson, R. (2013). *Interviewing for qualitative inquiry: A relational approach*. Guilford Press.
- Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: Social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers. *Academic Pediatrics*, 10(5), 293–301. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.008>
- Kalra, H., Tran, T., Romero, L., Sagar, R., & Fisher, J. (2024). National policies and programs for perinatal mental health in India: A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 91, 103836. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103836>
- Kansagra, D. J., Amin, C. D., & Chauhan, R. B. (2025). The prevalence and risk factors of postpartum depression in Western India: A cross-sectional study. *Indian Journal of*

Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 50(1), 70–75. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_232_23

Kapetanovic, S., Dass-Brailsford, P., Nora, D., & Talisman, N. (2014). Mental health of HIV-seropositive women during pregnancy and postpartum period: A comprehensive literature review. *AIDS and Behavior*, 18(6), 1152–1173.

<https://doi.org/10.1007/s10461-014-0728-9>

Karavadra, B., Stockl, A., Prosser-Snelling, E., Simpson, P., & Morris, E. (2020). Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: A qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, Article 600. [https://doi.org/10.1186/s12884-020-](https://doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2)

[03283-2](https://doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2)

Kassa, G. M., Arowojolu, A. O., Odukogbe, A. T. A., & Yalew, A. W. (2021). Adverse maternal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia: A prospective cohort study. *PLOS ONE*, 16, Article e0257485.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257485>

Kazemi, A., & Dadkhah, A. (2022). Changes in prenatal depression and anxiety levels in low risk pregnancy among Iranian women: A prospective study. *Asia-Pacific Psychiatry*, 14(1), Article e12419. <https://doi.org/10.1111/appy.12419>

Keedle, H., Phung, M., Young, K., Keedle, W., Baird, K., & Dahlen, H. (2026). The Perinatal Experience of Women With a History of Intimate Partner Violence: The Birth Experience Study. *Birth*, 53(1), 201–214. <https://doi.org/10.1111/birt.70016>

- Kelley, M. C., & Trinidad, S. B. (2012). Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth-a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, Article 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-137>
- Kerker, B. D., Willheim, E., & Weis, J. R. (2023). The COVID-19 pandemic: Implications for maternal mental health and early childhood development. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 37(2), 265–269. <https://doi.org/10.1177/08901171221140641b>
- Khan, J. R., Muurlink, O., Hu, N., Awan, N., & Lingam, R. (2023). Pregnancy, spousal connectedness, and young married women's mental health: An analysis of the Bangladesh adolescent health and wellbeing survey. *Archives of Women's Mental Health*, 26, 235–244. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01302-7>
- Kinser, P. A., Jallo, N., Amstadter, A. B., Thacker, L. R., Jones, E., Moyer, S., Rider, A., Karjane, N., & Salisbury, A. L. (2021). Depression, anxiety, resilience, and coping: The experience of pregnant and new mothers during the first few months of the COVID-19 pandemic. *Women's Health Reports*, 30, 654–664. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8866>
- Kimbui, E., Kuria, M., Yator, O., Kumar, M. (2018). A cross-sectional study of depression with comorbid substance use dependency in pregnant adolescents from an informal settlement of Nairobi: Drawing implications for treatment and prevention work. *Annals of General Psychiatry*, 17, Article 53. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0222-2>
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understanding of grief*. Taylor & Francis.

- Koniak-Griffin, D. (1993). Maternal role attainment. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(3), 257–262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00791.x>
- Koshchavtsev, A. G., Mul'tanovskaya, V. N., & Lorer, V. V. (2008). Baby blues syndrome as an adaptation disorder in the early stages of formation of the mother-child system. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 38(4), 439–442.
<https://doi.org/10.1007/s11055-008-0063-6>
- Kovács, A., Kiss, D., Kassai, S., Pados, E., Kaló, Z., & Rácz, J. (2019). Mapping qualitative research in psychology across five Central-Eastern European countries: Contemporary trends: A paradigm analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 16(3), 354–374.
<https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1605271>
- Kranenburg, L., Lambregtse-van den Berg, M., & Stramrood, C. (2023). Traumatic childbirth experience and childbirth-related post-traumatic stress disorder (PTSD): A contemporary overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), Article 2775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042775>
- Kumarasinghe, M., Herath, M. P., Hills, A. P., & Ahuja, K. D. K. (2024). Postpartum versus postnatal period: Do the name and duration matter? *PLOS ONE*, 19(4), Article e0300118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300118>
- Kurz, E., Davis, D., & Browne, J. (2022). Parturescence: A theorisation of women's transformation through childbirth. *Women and Birth*, 35(2), 135–143.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.009>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.

- Lai, X., Chen, J., Li, H., Zhou, L., Huang, Q., Liao, Y., Krewski, D., Wen, S. W., Zhang, L., & Xie, R. H. (2023). The incidence of post-traumatic stress disorder following traumatic childbirth: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 162(1), 211–221. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14643>
- Landman, A., Ngameni, E. G., Dubreucq, M., Dubreucq, J., Tebeka, S., & Dubertret, C. (2024). Postpartum blues: A predictor of postpartum depression, from the IGEDEPP Cohort. *European Psychiatry*, 67(1), Article e30. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1741>
- Langille, C., Andreou, P., & Piccinini-Vallis, H. (2023). The prevalence of pregnancy-specific perinatal anxiety in Nova Scotia. *Maternal and Child Health Journal*, 27(7), 1127–1132. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03639-y>
- Larotonda, A., & Mason, K. A. (2022). New life, new feelings of loss: Journaling new motherhood during Covid-19. *SSM - Mental Health*, 2, Article 100120. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100120>
- Lau, M., Lin, H., & Flores, G. (2014). Pleased to be pregnant? Positive pregnancy attitudes among sexually active adolescent females in the United States. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(4), 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.10.005>
- Laufer, B. (2024). Shadow maternal subjectivities. *Psychoanalytic Perspectives*, 21(3), 349–372. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2024.2375974>
- Laura, V., Ahmad, M., Enrica, S., & Cristina, S. (2024). Perinatal loss: Attachment, grief symptoms and women's quality of life. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2419374>

Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020).

Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277(1), 5–13.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>

Leckman, J. F., Feldman, R., Swain, J. E., Eicher, V., Thompson, N., & Mayes, L. C. (2004).

Primary parental preoccupation: Circuits, genes, and the crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission*, 111(7), 753–771.

<https://doi.org/10.1007/s00702-003-0067-x>

Lee, M. F., Muldoon, J., Grant, R., McAuley, S., Bolton, K., Allan, M., & Burke, K. J.

(2025). I've grown a human, but I don't feel like 'me' anymore: Body image narratives in early motherhood in Australia. *Health Promotion Journal of Australia*,

36(2), Article e70034. <https://doi.org/10.1002/hpja.70034>

Lee-Carbon, L., Nath, S., Trevillion, K., Byford, S., Howard, L. M., Challacombe, F. L., &

Heslin, M. (2022). Mental health service use among pregnant and early postpartum women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2229–2240.

<https://doi.org/10.1007/s00127-022-02331-w>

Lee, V. W. W., & Newman, L. K. (2018). A model for the provision of integrated perinatal

and infant mental health services in regional settings. *Australasian Psychiatry:*

Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 26(5), 531–

533. <https://doi.org/10.1177/1039856218783856>

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-

Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a

- woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687–696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- le Roux, K., Christodoulou, J., Stansert-Katzen, L., Dippenaar, E., Laurenzi, C., le Roux, I. M., Tomlinson, M., & Rotheram-Borus, M. J. (2019). A longitudinal cohort study of rural adolescent vs adult South African mothers and their children from birth to 24 months. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, Article 24. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2164-8>
- Lewkowitz, A. K., Rosenbloom, J. I., Keller, M., López, J. D., Macones, G. A., Olsen, M. A., & Cahill, A. G. (2019). Association between stillbirth ≥ 23 weeks gestation and acute psychiatric illness within 1 year of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(5), 491.e1–491.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.027>
- Liang, P., Wang, Y., Shi, S., Liu, Y., & Xiong, R. (2020). Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20, Article 557. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02969-3>
- Liu, C., Pan, W., Li, L., Li, B., Ren, Y., & Ma, X. (2021). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia symptoms among patients with COVID-19: A meta-analysis of quality effects model. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, Article 110516. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110516>
- Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665–2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>

- Lockton, J., Oxlad, M., & Due, C. (2021). Grandfathers' experiences of grief and support following pregnancy loss or neonatal death of a grandchild. *Qualitative Health Research*, 31(14), 2715–2729. <https://doi.org/10.1177/10497323211041331>
- López-Silva, P. (2013). Realidades, construcciones y dilemas: Una revisión filosófica al construccionismo social. *Cinta de Moebio*, 46, 9–25. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2013000100002>
- Madden, N., Emeruwa, U. N., Friedman, A. M., Aubey, J. J., Aziz, A., Baptiste, C. D., Coletta, J. M., D'Alton, M. E., Fuchs, K. M., Goffman, D., Gyamfi-Bannerman, C., Kondragunta, S., Krenitsky, N., Miller, R. S., Nhan-Chang, C.-L., Saint Jean, A. M., Shukla, H. P., Simpson, L. L., Spiegel, E. S., Yates, H. S., Zork, N., & Ona, S. (2020). Telehealth uptake into prenatal care and provider attitudes during the COVID-19 pandemic in New York City: A quantitative and qualitative analysis. *American Journal of Perinatology*, 37(10), 1005–1014. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712939>
- Mahaffey, B. L., Levinson, A., Preis, H., & Lobel, M. (2022). Elevated risk for obsessive-compulsive symptoms in women pregnant during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*, 25(2), 367–376. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01157-w>
- Mahenge, B., Likindikoki, S., Stöckl, H., & Mbwapbo, J. (2013). Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: A cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(8), 940–947. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12185>

- Manurung, S., & Setyowati, S. (2021). Development and validation of the maternal blues scale through bonding attachments in predicting postpartum blues. *Malaysian Family Physician*, 16(1), 64–74. <https://doi.org/10.51866/OA1037>
- Martell, L. K. (1996). Is Rubin's "taking-in" and "taking-hold" a useful paradigm? *Health Care for Women International*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/07399339609516215>
- Martín Agudiez, N., Rodríguez Muñoz, M. de la F., & Kovacheva, K. (2022). Trastorno obsesivo compulsivo en el período perinatal. En M. de la F. Rodríguez Muñoz & R. A. Caparrós-González (Eds.), *Psicología perinatal en entornos de salud* (pp. 115–134). Pirámide.
- Martínez-Serrano, P., Pedraz-Marcos, A., Solís-Muñoz, M., & Palmar-Santos, A. M. (2019). The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain: A qualitative study. *Midwifery*, 77, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.013>
- Mateus, V., Bina, R., Bramante, A., Felice, E., Kalcev, G., Mauri, M., Mesquita, A., & Motrico, E. (2022). Psychopathology and COVID-19 pandemic in the perinatal period. En M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, & C. Pariente (Eds.), *Key Topics in Perinatal Mental Health* (pp. 471–485). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3_32
- M'Baïlara, K., Swendsen, J., Glatigny-Dallay, E., Dallay, D., Roux, D., Sutter, A. L., Demotes-Mainard, J., & Henry, C. (2005). Baby blues: Characterization and influence of psycho-social factors. *Encephale*, 31(3), 331–336. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(05\)82398-x](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(05)82398-x)

- McCabe, J. L., & Holmes, D. (2009). Reflexivity, critical qualitative research and emancipation: A Foucauldian perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1518–1526. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04978.x>
- McDougle, C. J., Epperson, C. N., Pittman, B., Forray, A., & Focseneanu, M. (2010). Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1061–1068. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05381blu>
- McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (2021). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth*, 34(5), 407–416. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021>
- McVeigh, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *Clinical Nursing Research*, 6(4), 335–348. <https://doi.org/10.1177/105477389700600404>
- Meaney, S., Everard, C. M., Gallagher, S., & O'Donoghue, K. (2017). Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: A qualitative study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(4), 555–562. <https://doi.org/10.1111/hex.12480>
- Meaney, S., Leitao, S., Olander, E. K., Pope, J., & Matvienko-Sikar, K. (2021). The impact of COVID-19 on pregnant women's experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies. *Women and Birth*, 35(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.013>
- Mehta, A., & Srinivas, S. K. (2021). The fourth trimester: 12 weeks is not enough. *Obstetrics & Gynecology*, 137(5), 779–781. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004373>

- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73–77. <https://doi.org/10.1097/00006199-198103000-00003>
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34(4), 198–203. <https://doi.org/10.1097/00006199-198507000-00002>
- Mercer, R. T., Kay, M., & Tomlinson, P. S. (1986). Predictors of maternal role attainment at one year postbirth. *Western Journal of Nursing Research*, 8(1), 9–32. <https://doi.org/10.1177/019394598600800102>
- Mesquita, A., Costa, R., Bina, R., Cadarso-Suárez, C., Gude, F., Díaz-Louzao, C., Dikmen-Yildiz, P., Osorio, A., Mateus, V., Domínguez-Salas, S., Voursoura, E., Levy, D., Alfayumi-Zeadna, S., Wilson, C. A., Contreras-García, Y., Carrasco-Portiño, M., Saldivia, S., Christoforou, A., Hadjigeorgiou, E., Felice, E., ... Motrico, E. (2023). A cross-country study on the impact of governmental responses to the COVID-19 pandemic on perinatal mental health. *Scientific Reports*, 13(1), Article 2805. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29300-w>
- Michalczyk, J., Miłosz, A., & Soroka, E. (2023). Postpartum psychosis: A review of risk factors, clinical picture, management, prevention, and psychosocial determinants. *Medical Science Monitor*, 29, e942520. <https://doi.org/10.12659/MSM.942520>
- Míguez, M. C., Fernández, V., & Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25, 47–64. <https://www.imrpess.com/journal/bp/25/1/pii/20172501047>
- Miller, T. (2005). *Making sense of motherhood*. Cambridge.

- Miller, E. S., Saade, G. R., Simhan, H. N., Monk, C., Haas, D. M., Silver, R. M., Mercer, B. M., Parry, S., Wing, D. A., Reddy, U. M., & Grobman, W. A. (2022). Trajectories of antenatal depression and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(1), 108.e1-108.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.07.007>
- Miller, M. L., Roche, A. I., Lemon, E., & O'Hara, M. W. (2022). Obsessive-compulsive and related disorder symptoms in the perinatal period: Prevalence and associations with postpartum functioning. *Archives of Women's Mental Health*, 25(4), 771–780. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01239-3>
- Missonnier, S. (2023). The genesis of perinatal clinical psychology and its contemporary issues. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1090365. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1090365>
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahn timer, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/88>
- Mohammad, K. I., Sabbah, H., Aldalaykeh, M., ALBashtawy, M., Abuobead, K. Z., Creedy, D., & Gamble, J. (2021). Informative title: Effects of social support, parenting stress and self-efficacy on postpartum depression among adolescent mothers in Jordan. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 3456–3465. <https://doi.org/10.1111/jocn.15846>
- Moisan, C., Bélanger, R., Calvin, J., Shipaluk, L., Fraser, S., Morin, V., & Muckle, G. (2023). Exploring ambivalence toward pregnancy among young Inuit women. *Culture, Health & Sexuality*, 25(1), 94–109. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.2022211>

Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé (Santiago)*, 15(2), 93–103.

<https://doi.org/10.4067/s0718-22282006000200009>

Molina-García, L., Hidalgo-Ruiz, M., Cocera-Ruiz, E. M., Conde-Puertas, E., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2019). The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLOS ONE*, 14, Article e0227063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227063>

Moniri, M., Mirghafourvand, M., Meedya, S., & Ghanbari-Homaie, S. (2024). Can pregnancy experience predict birth experience, postpartum depression and anxiety? A prospective descriptive study. *Nursing Open*, 11(12), Article e70116.

<https://doi.org/10.1002/nop2.70116>

Montagnagnoli, C., Zanconato, G., Ruggeri, S., Cinelli, G., & Tozzi, A. E. (2021). Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery*, 94, Article 102916.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102916>

Moore, J. E., McLemore, M. R., Glenn, N., & Zivin, K. (2021). Policy opportunities to improve prevention, diagnosis, and treatment of perinatal mental health conditions.

Health Affairs, 40(10), 1534–1542. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00779>

Moridi, M., Amin Shokravi, F., & Ahmadi, F. (2019). The paradox of acceptance: A content analysis of Iranian married female adolescent in confronting pregnancy. *Plo S one*, 14(5), Article e0216649. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216649>

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. SAGE Publications.

<https://doi.org/10.4135/9781412995658>

- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2023). Paternal experiences of perinatal loss: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), Article 4886. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064886>
- Motrico, E., Domínguez-Salas, S., Rodríguez-Domínguez, C., Gómez-Gómez, I., Rodríguez-Muñoz, M. F., & 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>
- Murakami, K., Ishikuro, M., Obara, T., Ueno, F., Noda, A., Onuma, T., Matsuzaki, F., Kikuchi, S., Kobayashi, N., Hamada, H., Iwama, N., Metoki, H., Saito, M., Sugawara, J., Tomita, H., Yaegashi, N., & Kuriyama, S. (2022). Maternal personality and postpartum mental disorders in Japan: The Tohoku Medical Megabank Project Birth and Three-Generation Cohort Study. *Scientific Reports*, 12(1), Article 6400. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09944-w>
- Murphy, S., & Cacciatore, J. (2017). The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), 129–134. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.002>
- Mutahi, J., Larsen, A., Cuijpers, P., Swartling Peterson, S., Unutzer, J., McKay, M., Johnston-Stewart, G., Jewell, T., Kinuthia, J., Gohar, F., Lai, J., Wamalwa, D., Gachuno, O., & Kumar, M. (2022). Mental health problems and service gaps experienced by pregnant adolescents and young women in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *EClinicalMedicine*, 44, Article 101289. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101289>
- Muyiduli, X., Wang, S., Mo, M., Shen, Y., Shao, B., Li, M., & Yu, Y. (2021). Changing patterns of prenatal depression and anxiety status in different trimesters and modified

- form of Zung scales for pregnant women. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(4), 367–374. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1828930>
- Myors, K. A., Schmied, V., Johnson, M., & Cleary, M. (2013). “My special time”: Australian women’s experiences of accessing a specialist perinatal and infant mental health service. *Health and Social Care in the Community*, 22(3), 268–277. <https://doi.org/10.1111/hsc.12079>
- Nahae, J., Rezaie, M., Abdoli, E., Mirghafourvand, M., Ghanbari-Homaie, S., & Jafarzadeh, M. (2024). Association of childbirth experience with long-term psychological outcomes: A prospective cohort study. *Reproductive Health*, 21(1), Article 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01819-9>
- Nakić Radoš, S. N., Akik, B. K., Žutić, M., Rodriguez-Muñoz, M. F., Uriko, K., Motrico, E., Moreno-Peral, P., Apter, G., & van den Berg, M. L. (2024). Diagnosis of peripartum depression disorder: A state-of-the-art approach from the COST Action Riseup-PPD. *Comprehensive Psychiatry*, 130, Article 52456. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152456>
- Nakić Radoš, S., Brekalo, M., Matijaš, M., & Žutić, M. (2025). Obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms during pregnancy and postpartum: Prevalence, stability, predictors, and comorbidity with peripartum depression symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), Article 176. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07302-y>
- Nannini, S., Tung, I., Northrup, J. B., Stepp, S. D., Keenan, K., & Hipwell, A. E. (2021). Changes in severity of depression and borderline personality disorder symptoms from pregnancy to three years postpartum in adolescent mothers. *Journal of Affective Disorders*, 294, 459–463. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.034>

- Nasiri, K., Czuzoj-Shulman, N., & Abenhaim, H. A. (2021). Association between obsessive-compulsive disorder and obstetrical and neonatal outcomes in the USA: A population-based cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 971–978.
<https://doi.org/10.1007/s00737-021-01140-5>
- Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38(8), 485–498.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79–91.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Nielsen-Scott, M., Fellmeth, G., Opondo, C., & 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>
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, Article 349124. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Nisarga, V., Anupama, M., & Madhu, K. N. (2022). Social and obstetric risk factors of antenatal depression: A cross-sectional study from South-India. *Asian Journal of Psychiatry*, 72, Article 103063 <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103063>
- Nowak, A. L., Braungart-Rieker, J. M., & Kuo, P. X. (2022). Social support moderates the relation between childhood trauma and prenatal depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40, 644–658.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1938980>

- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Ntaouti, E., Gonidakis, F., Nikaina, E., Varelas, D., Creatsas, G., Chrousos, G., & Siahianidou, T. (2020). Maternity blues: Risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(13), 2253–2262. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1548594>
- Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2017). The spiritual and theological challenges of stillbirth for bereaved parents. *Journal of Religion and Health*, 56(3), 1081–1095. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0365-5>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Oiberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 5, 115–130. <https://doi.org/10.18682/pd.v5i0.456>
- Oiberman, A. (Comp.). (2013). *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Lugar Editorial.
- Oiberman, A., & Paolini, C. I. (2019). Proceso de la maternidad y maternaje: Fundamentación teórica. <http://enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=45&idtt=96>

- Oladeji, B. D., Bello, T., Kola, L., Araya, R., Zelkowitz, P., & Gureje, O. (2019). Exploring differences between adolescents and adults with perinatal depression: Data from the expanding care for perinatal women with depression trial in Nigeria. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 761. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00761>
- Olivares Crespo, M. E., & Marcos Nájera, R. (2022). Trastorno mental grave perinatal. En M. de la F. Rodríguez Muñoz & R. A. Caparrós González (Eds.), *Psicología perinatal en entornos de salud* (pp. 57–78). Ediciones Pirámide.
- Oliver, N., Barber, X., & Roomp, K. (2020). Assessing the impact of the COVID-19 pandemic in Spain: Large-scale, online, self-reported population survey. *Journal of Medical Internet Research*, 22, Article e21319. <https://doi.org/10.2196/21319>
- Olza, I., Fernández Lorenzo, P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sánchez, A., Amado Gómez, E., & Dip, M. E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 41, 23–35. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352021000100003>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), Article e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarme, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of

- maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. In *PLoS ONE*, 15(7), Article e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Ong, S. F., Chan, W. C. S., Shorey, S., Chong, Y. S., Klainin-Yobas, P., & He, H. G. (2014). Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: A descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 772–778. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.004>
- Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., Frazer, A. L., Fields-Olivieri, M. A., Many, M., Selby, M., Holman, S., & Conrad, E. (2021). The importance of adverse childhood experiences during the perinatal period. *The American Psychologist*, 76(2), 350–363. <https://doi.org/10.1037/amp0000770>
- Ou, L., Shen, Q., Xiao, M., Wang, W., He, T., & Wang, B. (2025). Prevalence of co-morbid anxiety and depression in pregnancy and postpartum: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55, Article e84. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000601>
- Oviatt, J. R., & Reich, S. M. (2019). Pregnancy posting: Exploring characteristics of social media posts around pregnancy and user engagement. *mHealth*, 5, 46. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.09.09>
- Öztürkler, S., & Çınar, N. (2025). Effect of obsessive compulsive behavior and breastfeeding self-efficacy on maternal satisfaction in the postpartum period: A case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), Article 652. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07739-1>
- Pacheco Borrella, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados*, 14(2), 27–43. <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.14.05>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., Shamseer, L., & Moher, D. (2020). Mapping of reporting guidance for systematic reviews and meta-analyses generated a comprehensive item bank for future reporting guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 118, 60–68.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.11.010>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palfreyman, A., & Gazeley, U. (2022). Adolescent perinatal mental health in South Asia and Sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *Social Science & Medicine*, 313, Article 115413.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115413>
- Panda, S., O'Malley, D., Barry, P., Vallejo, N., & Smith, V. (2021). Women's views and experiences of maternity care during COVID-19 in Ireland: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 103, Article 103092. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103092>
- Pankaew, K., Carpenter, D., Kerdprasong, N., Nawamawat, J., Krutchan, N., Brown, S., Shawe, J., & March-McDonald, J. (2024). The impact of Covid-19 on women's mental health and wellbeing during pregnancy and the perinatal period: A mixed-methods systematic review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 1–17.
<https://doi.org/10.1177/00469580241301521>

- Pantell, M. S., Baer, R. J., Torres, J. M., Felder, J. N., Gomez, A. M., Chambers, B. D., Dunn, J., Parikh, N. I., Pacheco-Werner, T., Rogers, E. E., Feuer, S. K., Ryckman, K. K., Novak, N. L., Tabb, K. M., Fuchs, J., Rand, L., & Jelliffe-Pawlowski, L. L. (2019). Associations between unstable housing, obstetric outcomes, and perinatal health care utilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1(4), Article 100053. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100053>
- Paolini, C. I., & Oiberman, A. (2024). *El proceso psíquico del embarazo y sus obstáculos*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Pardal-Refoyo, J. L., & Pardal-Peláez, B. (2020). Anotaciones para estructurar una revisión sistemática. *Revista ORL*, 11(2), 155–160. <https://dx.doi.org/10.14201/orl.22882>
- Paricio del Castillo, R. (2024). Salud materno-infantil y salud mental perinatal: Un ámbito de mejora en la sanidad española. *Revista Española de Salud Pública*, 98, Article e202404031. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/209>
- Parra-Saavedra, M., Villa-Villa, I., Pérez-Olivo, J., Guzman-Polania, L., Galvis-Centurion, P., Cumplido-Romero, Á., Santacruz-Vargas, D., Rivera-Moreno, E., Molina-Giraldo, S., Guillen-Burgos, H., Navarro, E., Flórez-Lozano, K., Barrero-Ortega, A., Sanz-Cortes, M., & Miranda, J. (2020). Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151, 203–208. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13348>
- Patel, P. R., Laz, T. H., & Berenson, A. B. (2015). Patient characteristics associated with pregnancy ambivalence. *Journal of Women's Health*, 24(1), 37–41. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4924>

- Peahl, A. F., Smith, R. D., & Moniz, M. H. (2020). Prenatal care redesign: creating flexible maternity care models through virtual care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(3), 389.e1–389.e10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.029>
- Pekkola, M., Tikkanen, M., Gissler, M., Paavonen, J., & Stefanovic, V. (2020). Stillbirth and subsequent pregnancy outcome - a cohort from a large tertiary referral hospital. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(8), 765–770. <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0425>
- Pereda-Goikoetxea, B., Fiaño-Santos, M., Tomas-Riscado, S., Uranga-Iturriotz, M., & Huitzi-Egilegor, J. X. (2026). What is my role? A qualitative study of labor, birth, and postpartum experiences of partners. *Nursing and Health Sciences*, 28(1), Article e70280 <https://doi.org/10.1111/nhs.70280>
- Pereira, A. T., Soares, M. J., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Valente, J., Nogueira, V., Roque, C., Madeira, N., Pinto De Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2014). Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 1(10), 1–7. <http://hdl.handle.net/10400.4/1734>
- Perold, A. L. (2024). Making mothers known: The powerful implications of Ellen Toronto's maternal subjectivity: A dissociated self-state. *Psychoanalytic Perspectives*, 21(3), 430–440. <https://doi.org/10.1080/1551806x.2024.2377934>
- Perry, A., Gordon-Smith, K., di Florio, A., Forty, L., Craddock, N., Jones, L., & Jones, I. (2016). Adverse childhood life events and postpartum psychosis in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 205, 69–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.061>

- Perry, A., Gordon-Smith, K., Lewis, K. J. S., di Florio, A., Craddock, N., Jones, L., & Jones, I. (2024). Perinatal sleep disruption and postpartum psychosis in bipolar disorder: Findings from the UK BDRN Pregnancy Study. *Journal of Affective Disorders*, 346, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.005>
- Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Kärrman Fredriksson, M., Peira, N., Silverstein, R. A., Sveen, J., & Berterö, C. (2023). Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. *PloS one*, 18(8), Article e0289617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289617>
- Phillips, W. L., Keim, S. A., Crerand, C. E., & Jackson, J. L. (2022). Maternal obsessive-compulsive symptoms and infant feeding practices. *Breastfeeding Medicine*, 17(3), 259–268. <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0062>
- Pierce, S. K., Reynolds, K. A., Hardman, M. P., & Furer, P. (2022). How do prenatal people describe their experiences with anxiety? A qualitative analysis of blog content. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), Article 398. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04697-w>
- Pietras, J., Jarząbek-Bielecka, G., Mizgier, M., & Markowska, A. (2024). Adolescent pregnancy—medical, legal and social issues. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 37(1), Article 2391490. <https://doi.org/10.1080/14767058.2024.2391490>
- Posso, M., & Sala, M. (2024). PROSPERO - Reasons for its existence and why a systematic review and/or meta-analysis should be registered. *Cirugía Española*, 102(7), 386–388. <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2024.04.004>

- Prata, N., Tavrow, P., & Upadhyay, U. (2017). Women's empowerment related to pregnancy and childbirth: Introduction to special issue. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, Article 352. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1490-6>
- Preis, H., Gozlan, M., Dan, U., & Benyamini, Y. (2018). A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery*, 63, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.002>
- Prince, A., Wade, J., Power, M. L., Gunawansa, N., Cruz-Bendezú, A., Schulkin, J., & Macri, C. J. (2023). Postpartum care: Discussions and counseling for the peripartum period. *Journal of Neonatal Perinatal Medicine*, 16(4), 657–664. <https://doi.org/10.3233/NPM-230167>
- Prinds, C., Nikolajsen, H., & Folmann, B. (2020). Yummy mummy — The ideal of not looking like a mother. *Women and Birth*, 33(3), Article e266-e273. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.009>
- Priyadarshanie, M. N., Waas, D. A., Goonewardena, S., Balasuriya, A., Senaratna, C. V., & Fernando, S. (2024). Risk factors for antenatal anxiety: A cross-sectional study in field antenatal clinics in Sri Lanka. *BMJ Open*, 14(10), Article e083991. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-083991>
- Priyadarshanie, M. N., Waas, D. A., Goonewardena, S., Senaratna, C. V., & Fernando, S. (2023). Association of antenatal anxiety disorders with antenatal comorbidities and adverse pregnancy outcomes among clinic attendees at a tertiary-care hospital in Sri Lanka. *Heliyon*, 9(3), Article e13900. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13900>
- Punamäki, R. L., Diab, S. Y., Isosavi, S., Kuittinen, S., & Qouta, S. R. (2018). Maternal pre- and postnatal mental health and infant development in war conditions: The Gaza

- Infant Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(2), 144–153. <https://doi.org/10.1037/tra0000275.supp>
- Qutteina, Y., Nasrallah, C., James-Hawkins, L., Nur, A. A., Yount, K. M., Hennink, M., & Abdul Rahim, H. F. (2018). Social resources and Arab women's perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*, 31(5), 386–397. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.005>
- Răchită, A. I. C., Strete, G. E., Sălcudean, A., Ghiga, D. V., Rădulescu, F., Călinescu, M., Nan, A. G., Sasu, A. B., Suci, 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*, 59(6), Article 1009. <https://doi.org/10.3390/medicina59061009>
- Racine, N., Devereaux, C., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1), Article 28. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03017-w>
- Racine, N., Zumwalt, K., McDonald, S., Tough, S., & Madigan, S. (2020). Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *Journal of Affective Disorders*, 263, 576–581. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.030>
- Rabinowitz, E. P., Kutash, L. A., Richeson, A. L., Sayer, M. A., Samii, M. R., & Delahanty, D. L. (2023). Depression, anxiety, and stress in pregnancy and postpartum: A longitudinal study during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, 121, Article 103655. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103655>
- Ramírez Matos, E. (2022). *Psicología del posparto*. Síntesis.

Raphael, D. (1975). *Being female: Reproduction, power, and change*. De Gruyter Mouton.

<https://doi.org/10.1515/9783110813128>

Raphael-Leff, J. (1986). Facilitators and regulators: Conscious and unconscious processes in pregnancy and early motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 59(1), 43–

55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1986.tb02664.x>

Raphael-Leff, J. (2010). Healthy maternal ambivalence. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*, 18(2), 57-73. <https://psycnet.apa.org/record/2012-06538-004>

Rapley, T. (2021). *Doing conversation, discourse and document analysis* (2^a ed.). SAGE

Publications. <https://doi.org/10.4135/9781526441843>

Raudasoja, M., Vehviläinen-Julkunen, K., & Tolvanen, A. (2022). Passing the test of motherhood? Self-esteem development and birth experience in the transition to motherhood: A longitudinal mixed methods study in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 78(12), 4246–4260. <https://doi.org/10.1111/jan.15468>

Redondo, M. M., Liebana-Presa, C., Pérez-Rivera, J., Martín-Vázquez, C., Calvo-Ayuso, N., & García-Fernández, R. (2025). Exploring self-perceived stress and anxiety throughout pregnancy: A longitudinal study. *Diseases*, 13(4), Article

121. <https://doi.org/10.3390/diseases13040121>

Rehberg, F., Rihm, L., Göbel, A., Thiel, F., Büechl, V. C. S., Even, M., & Garthus-Niegel, S. (2025). Perinatal PTSD and the mother-infant bond: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 114, Article 103050.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.103050>

- Renbarger, K. M., Place, J. M., & Schreiner, M. (2021). The influence of four constructs of social support on pregnancy experiences in group prenatal care. *Women's Health Reports*, 2(1), 154–162. <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0113>
- Reingold, R. B., Barbosa, I., & Mishori, R. (2020). Respectful maternity care in the context of COVID-19: A human rights perspective. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 151(3), 319–321. <https://doi.org/10.1002/IJGO.13376>
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & 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*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>
- Richards, J., Graham, R., Embleton, N. D., Campbell, C., & Rankin, J. (2015). Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, Article 143. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0579-z>
- Riquelme Gallego, B., Amezcua Prieto, C., & Caparrós González, R. A. (2022). Estrés postraumático tras el parto: Una visión práctica para sanitarios. En M. de la F. Rodríguez Muñoz & R. A. Caparrós González (Eds.), *Psicología perinatal en entornos de salud* (pp. 207–216). Ediciones Pirámide.
- Rivadeneyra-Sicilia, A., González-Rábago, Y., Ramel, V., & García-Zurita, I. (2024). The lived experience of receiving and providing antenatal care during the Covid-19 crisis in Southern Europe: An exploratory qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 39, Article 100949. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.100949>
- Roberts, S. C. M., Berglas, N. F., & Kimport, K. (2020). Complex situations: Economic insecurity, mental health, and substance use among pregnant women

who consider - but do not have - abortions. *PloS one*, 15(1), Article e0226004. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226004>

Roberts, L., Henry, A., Harvey, S. B., Homer, C. S. E., & Davis, G. K. (2022). Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), Article 108. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04439-y>

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), Article 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Roetner, J., Petry, J., Niekamp, J., Maschke, J., Goecke, T. W., Fasching, P. A., Beckmann, M. W., Kornhuber, J., Kratz, O., Moll, G. H., Eichler, A., & das IMAC-Mind-Konsortium. (2022). Mütterliche Depressivität im kindlichen Entwicklungsverlauf: Eine prospektive Betrachtung von Auswirkungen, Risiko- und Schutzfaktoren [Maternal depression and child development: A prospective analysis of consequences, risk and protective factors]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50(5), 382–394. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000866>

Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), Article 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>

- Rönnerhag, M., Severinsson, E., Haruna, M., & Berggren, I. (2018). Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. *Nursing and Health Sciences*, 20(3), 331–337. <https://doi.org/10.1111/nhs.12558>
- Rossen, L., Opie, J. E., & O'Dea, G. (2023). A mother's voice: The construction of maternal identity following perinatal loss. *Omega: Journal of Death and Dying*, 92(3), 1559–1581. <https://doi.org/10.1177/00302228231209769>
- Rosenbaum, J. L., Smith, J. R., & Zollfrank, R. (2011). Neonatal end-of-life spiritual support care. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 61–69. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318209e1d2>
- Rosenbaum, D. L., Gillen, M. M., & Hutson, D. J. (2024). The relationship between social media use and pregnancy-related body image. *Women's Health*, 20, 1–11. <https://doi.org/10.1177/17455057241309496>
- Rotich, E., & Wolvaardt, L. (2017). A descriptive study of the health information needs of Kenyan women in the first 6 weeks postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), Article 385. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1576-1>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2017). *Obstetrics and Gynaecology workforce report 2017*. <https://www.rcog.org.uk/media/xrhdc45s/rcog-og-workforce-report-2017.pdf>
- Rubin, R. (1961). *Maternal identity and the maternal experience*. Springer.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. 2. Models and referents. *Nursing Research*, 16(4), 342–346. <https://doi.org/10.1097/00006199-196716040-00012>

- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4(3), 143-153. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1976.TB00921.X>
- Rubin, R. (1977). Binding-in in the postpartum period. *Maternal-Child Nursing Journal*, 6(2), 67-75.
- Ryninks, K., Roberts-Collins, C., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2014). Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-203>
- Safi-Keykaleh, M., Aliakbari, F., Safarpour, H., Safari, M., Tahernejad, A., Sheikhbardsiri, H., & Sahebi, A. (2022). Prevalence of postpartum depression in women amid the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 157(2), 240–247. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14129>
- Sahebi, A., Kheiry, M., Abdi, K., Qomi, M., & Golitaleb, M. (2024). Postpartum depression during the COVID-19 pandemic: An umbrella review and meta-analyses. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1393737. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1393737>
- Sahin, B. M., & Kabakci, E. N. (2021). The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and Birth*, 34, 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.022>
- Saleh, L., Canclini, S., Mathison, C., Combs, S., & Dickerson, B. (2023). “This is not what I imagined motherhood would look like”: Pregnancy, postpartum, and parenting during COVID-19 - a qualitative analysis of the first year since birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), Article 578. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05872-3>

- Saletti Cuesta, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra. Revista Internacional de Estudios de Género y Teoría Feminista*, 7, 169–183. <http://hdl.handle.net/10481/14802>
- Salim, M., Sharma, V., & Anderson, K. K. (2018). Recurrence of bipolar disorder during pregnancy: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 475–479. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0831-4>
- Sambrook Smith, M., Lawrence, V., Sadler, E., & Easter, A. (2019). Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: Systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*, 9(1), Article e024803. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024803>
- Sarı, E., & Ates, C. (2024). Motherhood role from a postpartum perspective: Effects reflected by high-risk and normal pregnancies. *Healthcare*, 12(13), Article 1248. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131248>
- Schmidt, E.-M., Décieux, F., Zartler, U., & Schnor, C. (2023). What makes a good mother? Two decades of research reflecting social norms of motherhood. *Journal of Family Theory & Review*, 15(1), 57–77. <https://doi.org/10.1111/jftr.12488>
- Shahmir, H. S., Shafaq, M., Samia, H., Aruna, H., Khadija, B., & Haleema, Y. (2023). Frequency of domestic violence in pregnancy and its adverse maternal outcomes among Pakistani women. *African Health Sciences*, 23(4), 406–414. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i4.44>
- Shariatpanahi, M., Faramarzi, M., Barat, S., Farghadani, A., & Shirafkan, H. (2023). Prevalence and risk factors of prenatal anxiety disorders: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, 6(8), Article e1491. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1491>

- Shea, A., Jumah, N. A., Forte, M., Cantin, C., Bayrampour, H., Butler, K., Francoeur, D., Green, C., & Cook, J. (2024). Guideline No. 454: Identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 46(10), Article 102696. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102520>
- Shen, Q., Xiao, M., Wang, B., He, T., Zhao, J., & Lei, J. (2024). Comorbid anxiety and depression among pregnant and postpartum women: A longitudinal population-based study. *Depression and Anxiety*, 2024, Article 7802142. <https://doi.org/10.1155/2024/7802142>
- Shin, S. H., Ksinan Jiskrova, G., Kimbrough, T., Dina, K. T., Lee, E. O., & Ayers, C. E. (2021). Maternal adverse childhood experiences and postpartum depressive symptoms in young, low-income women. *Psychiatry Research*, 296, Article 113679. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113679>
- Shorey, S., Yang, Y. Y., & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1236–1244. <https://doi.org/10.1111/jan.13534>
- Shuman, C. J., Morgan, M. E., Paredy, N., Chiangong, J., Veliz, P., Peahl, A., & Dalton, V. (2022). Associations Among Postpartum Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and COVID-19 Pandemic-Related Stressors. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(5), 626–634. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13399>
- Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27, 138–150. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.008>

- Silva, M. M. de J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem*, 51. páginas <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253>
- Silver, R. M., Siassakos, D., & Dudley, D. J. (2017, August 21). Embarazo tras un mortinato: ansiedad y mucho más. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(2), 211. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14814>
- Silverio, S. A., De Backer, K., Easter, A., von Dadelszen, P., Magee, L. A., & Sandall, J. (2021). Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: A qualitative investigation. *Midwifery*, 103, Article 103116. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103116>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1–55. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smith, M. S., Lawrence, V., Sadler, E., & Easter, A. (2019). Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: Systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*, 9(1), Article e024803. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024803>
- Smith, B., & McGannon, K. R. (2018). Developing rigor in qualitative research: Problems and opportunities within sport and exercise psychology. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 11(1), 101–121.
- Sommer, P. A., Kelley, M. A., Norr, K. F., Patil, C. L., & Vonderheid, S. C. (2019). Mexican American adolescent mothers' lived experience: Grounded ethnicity and authentic

mothering. *Global Qualitative Nursing Research*, 6, 1–15.

<https://doi.org/10.1177/2333393619850775>

Soto-Balbuena, C., Kovacheva, K., & Rodríguez Muñoz, M. de la F. (2021). Ansiedad durante el embarazo y posparto. En M. de la F. Rodríguez Muñoz & R. A. Caparrós González (Eds.), *Psicología perinatal en entornos de salud* (pp. 39–51). Síntesis.

Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. de la F., Gomis, A. I. E., Barriendos, F. J. F., Le, H. N., Blanco, C. F., González, A. M., Álvarez, E., de la Mata, Á., Bernardo, C. C., Hortal, M. L., & Hortal, B. F. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30(3), 257–63.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2017.379>

Spear, H. J., & Lock, S. (2003). Qualitative research on adolescent pregnancy: a descriptive review and analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 397–408. [https://doi.org/10.1016/s0882-5963\(03\)00160-x](https://doi.org/10.1016/s0882-5963(03)00160-x)

Staneva, A., & Wittkowski, A. (2013). Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: A qualitative study. *Midwifery*, 29(3), 260–267.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.008>

Starcevic, V., Eslick, G. D., Viswasam, K., & Berle, D. (2020). Symptoms of obsessive-compulsive disorder during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 965–981.

<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09769-8>

Steetskamp, J., Treiber, L., Roedel, A., Thimmel, V., Hasenburg, A., & Skala, C. (2022). Post-traumatic stress disorder following childbirth: Prevalence and associated

- factors—a prospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 306(5), 1531–1537. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06460-0>
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1999). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre* (Vol. 42). Grupo Planeta (GBS).
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Stocker, R., Nguyen, T., Tran, T., Tran, H., Tran, T., Hanieh, S., Biggs, B. A., & Fisher, J. (2020). Social and economic development and pregnancy mental health: Secondary analyses of data from rural Vietnam. *BMC Public Health*, 20(1), Article 1001. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09067-9>
- Suarez, A., & Yakupova, V. (2024). Effects of postpartum PTSD on maternal mental health and child socioemotional development - a two-year follow-up study. *BMC Pediatrics*, 24(1), Article 789. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05282-0>
- Sun, F., Zhu, J., Tao, H., Ma, Y., & Jin, W. (2021). 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 Gynaecology*, 42(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1857360>
- Sürer Adanir, A., Önder, A., Alkan Bülbül, G., Uysal, A., & Özatalay, E. (2020). Can gestation be considered as trauma in adolescent girls: Post-traumatic stress disorder in

teen pregnancy. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40, 936–940.

<https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1673714>

Tabb, K. M., Dalton, V. K., Tilea, A., Kolenic, G. E., Admon, L. K., Hall, S. V., Zhang, X., Ryckman, K. K., & Zivin, K. (2023). Trends in antenatal depression and suicidal ideation diagnoses among commercially insured childbearing individuals in the United States, 2008-2018. *Journal of Affective Disorders*, 320, 263–267.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.120>

Takács, L., Smolík, F., Mlíková Seidlerová, J., Čepický, P., & Hoskovcová, S. (2016).

Poporodní blues - česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“

[Postpartum blues - a Czech adaptation of the Maternity Blues Questionnaire]. *Česká*

gynekologie, 81(5), 355-368. [https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-](https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-gynaecology/2016-5-8/postpartum-blues-a-czech-adaptation-of-the-maternity-blues-questionnaire-59649?hl=cs)

[gynaecology/2016-5-8/postpartum-blues-a-czech-adaptation-of-the-maternity-blues-questionnaire-59649?hl=cs](https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-gynaecology/2016-5-8/postpartum-blues-a-czech-adaptation-of-the-maternity-blues-questionnaire-59649?hl=cs)

Tan, A., Blair, A., Homer, C. S., Digby, R., Vogel, J. P., & Bucknall, T. (2024). Pregnant and postpartum women's experiences of the indirect impacts of the COVID-19 pandemic in high-income countries: A qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and*

Childbirth, 24(1), Article 262. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06439-6>

Tate, M. K. (2026). Idealized motherhood and maternal anxiety. *Issues in Mental Health*

Nursing, 1-19. <https://doi.org/10.1080/01612840.2026.2612950>

Tele, A., Kathono, J., Mwaniga, S., Nyongesa, V., Yator, O., Gachuno, O., Wamalwa, D.,

Amugune, B., Cuijpers, P., Saxena, S., McKay, M., Carvajal, L., Lai, J., Huang, K. Y.,

Merali, Z., & Kumar, M. (2022). Prevalence and risk factors associated with

- depression in pregnant adolescents in Nairobi, Kenya. *Journal of Affective Disorders Reports*, 10, Article 100424. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100424>
- Tembo, C. P., Burns, S., & Portsmouth, L. (2022). Maternal mental health of adolescent mothers: A cross-sectional mixed-method study protocol to determine cultural and social factors and mental health needs in Lilongwe, Malawi. *BMJ Open*, 12, Article e056765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056765>
- Thiel, F., & Dekel, S. (2020). Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 189–197. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00978-0>
- Tien, J., Lewis, G. D., & Liu, J. (2020). Prenatal risk factors for internalizing and externalizing problems in childhood. *World Journal of Pediatrics*, 16(4), 341–355. <https://doi.org/10.1007/s12519-019-00319-2>
- Tinkelman, A., Hill, E. A., & Deligiannidis, K. M. (2017). Management of new onset psychosis in the postpartum period. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), 1423–1424. <https://doi.org/10.4088/JCP.17ac11880>
- Todhunter, L., Hogan-Roy, M., & Pressman, E. K. (2022). Complications of pregnancy in adolescents. *Seminars in Reproductive Medicine*, 40(1-02), 98–106. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1734020>
- Tójar Hurtado, J. C. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Editorial La Muralla.
- Tomfohr-Madsen, L. M., Racine, N., Giesbrecht, G. F., Lebel, C., & Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-

analysis. *Psychiatry Research*, 300, Article 113912.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912>

Toor, R., Wiese, M., Croicu, C., & Bhat, A. (2024). Postpartum psychosis: A preventable psychiatric emergency. *Focus*, 22(1), 44–52.

<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230025>

Tran, C. B., Ivanova, K., Stavrova, O., & Reitz, A. K. (2025). Changes in psychological well-being across the transition to motherhood: Combining longitudinal and experience sampling methods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 130(2), 373–398.

<https://dx.doi.org/10.1037/pspp0000573>

Truijens, S. E. M., Spek, V., van Son, M. J. M., Guid Oei, S., & Pop, V. J. M. (2017). Different patterns of depressive symptoms during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 539–546. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0738-5>

Tsai, S. S., & Wang, H. H. (2019). Role changes in primiparous women during 'doing the month' period. *Midwifery*, 74, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.007>

Tsakiridis, I., Bousi, V., Dagklis, T., Sardeli, C., Nikolopoulou, V., & Papazisis, G. (2019). Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: A scoping review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300(4), 849–859. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05270-1>

Tung, I., Keenan, K., & Hipwell, A. E. (2021). Adolescent mothers' psychological wellbeing during pregnancy and infant emotional health. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 52(5), 616–632.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1981339>

- Türkmen, H., Yalnız Dilcen, H., & Özçoban, F. A. (2020). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: A prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 422–434. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792429>
- Tyokighir, D., Hervey, A. M., Schunn, C., Clifford, D., & Ahlers-Schmidt, C. R. (2022). Qualitative assessment of access to perinatal mental health care: A social-ecological framework of barriers. *Kansas Journal of Medicine*, 15(1), 48–54. <https://doi.org/10.17161/kjm.vol15.15853>
- Uludağ, E., Serçekuş, P., Vardar, O., Özkan, S., & Alataş, S. E. (2022). Effects of online antenatal education on worries about labour, fear of childbirth, preparedness for labour and fear of covid-19 during the covid-19 pandemic: A single-blind randomised controlled study. *Midwifery*, 115, Article 103484. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103484>
- UNICEF. (2022). Early childbearing. <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>
- UNICEF. (2023). Adolescent health and well-being. <https://www.unicef.org/health/adolescent-health-and-well-being>
- Uttley, L., Quintana, D. S., Montgomery, P., Carroll, C., Page, M. J., Falzon, L., Sutton, A., & Moher, D. (2023). The problems with systematic reviews: a living systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 156, 30–41. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2023.01.011>
- Vahidi, F., Mirghafourvand, M., Naseri, E., & Ghanbari-Homaie, S. (2023). Birth-related posttraumatic stress disorder and negative childbirth experience related to maternal

- functioning among adolescent mothers: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, Article 371. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05717-z>
- Vaillancourt, M., Lane, V., Ditto, B., & Da Costa, D. (2022). Parity and Psychosocial Risk Factors Increase the Risk of Depression During Pregnancy Among Recent Immigrant Women in Canada. *Journal of immigrant and minority health*, 24(3), 570–579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01284-7>
- Viaux, S., Maurice, P., Cohen, D., & Jouannic, J. M. (2020). Giving birth under lockdown during the COVID-19 epidemic. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49, Article 101785. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101785>
- Val, A., Posse, C. M., & Míguez, M. C. (2025). Risk factors for prenatal anxiety in European women: A review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(9), Article 3248. <https://doi.org/10.3390/jcm14093248>
- Valverde, N., Mollejo, E., Legarra, L., & Gómez-Gutiérrez, M. (2023). Psychodynamic psychotherapy for postpartum depression: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 27(7), 1156–1164. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03655-y>
- Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315422657>
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L. S., Barbour, K., Cecatti, J. G., Cottler, S., Fawole, O., Firoz, T., Gadama, L., Ghérissi, A., Gyte, G., Hindin, M., Jayathilaka, A., Kalamar, A., Kone, Y., Lange, I., ... von Dadelszen, P. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), Article 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>

- Verhelst, P., Sels, L., Lemmens, G., & Verhofstadt, L. (2024). The role of emotion regulation in perinatal depression and anxiety: A systematic review. In *BMC Psychology*. 12(1), Article 529. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02033-9>
- Veroniki, A. A., Hutton, B., Stevens, A., McKenzie, J. E., Page, M. J., Moher, D., McGowan, J., Straus, S. E., Li, T., Munn, Z., Pollock, D., Colquhoun, H., Godfrey, C., Smith, M., Tufte, J., Logan, S., Catalá-López, F., Tovey, D., Franco, J. V. A., Chang, S., ... Tricco, A. C. (2025). Update to the PRISMA guidelines for network meta-analyses and scoping reviews and development of guidelines for rapid reviews: A scoping review protocol. *JBIC Evidence Synthesis*, 23(3), 517–526. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00308>
- Vignato, J., Beck, C. T., Conley, V., Inman, M., Patsais, M., & Segre, L. S. (2021). The Lived Experience of Pain and Depression Symptoms during Pregnancy. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 46(4), 198–204. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000724>
- Viirman, F., Hess Engström, A., Sjömark, J., Hesselman, S., Sundström Poromaa, I., Ljungman, L., Skoog Svanberg, A., & Wikman, A. (2023). Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: A mixed methods study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 282, 146–154. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.01.031>
- Viirman, F., Hesselman, S., Wikström, A. K., Skoog Svanberg, A., Skalkidou, A., Sundström Poromaa, I., & Wikman, A. (2022). Negative childbirth experience – what matters most? A register-based study of risk factors in three time periods during pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 34, Article 100779. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100779>

- Villalonga-Olives, E., Kawachi, I., & von Steinbüchel, N. (2017). Pregnancy and birth outcomes among immigrant women in the US and Europe: A systematic review. In *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(6), 1469–1487.
<https://doi.org/10.1007/s10903-016-0483-2>
- Viswasam, K., Berle, D., Milicevic, D., & Starcevic, V. (2021). Prevalence and onset of anxiety and related disorders throughout pregnancy: A prospective study in an Australian sample. *Psychiatry Research*, 297, Article 113721.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113721>
- Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2018). Barriers and facilitators of accessing perinatal mental health services: The perspectives of women receiving continuity of care midwifery. *Midwifery*, 65, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.018>
- von Mohr, M., Mayes, L. C., & Rutherford, H. J. V. (2017). The transition to motherhood: Psychoanalysis and neuroscience perspectives. *Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 154–173. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277905>
- Wang, J., & Jia, F. (2024). Analysis of the characteristics and influencing factors of perinatal obsessive-compulsive symptoms in elderly parturients. *British Journal of Hospital Medicine*, 85(10), 1–13. <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0202>
- Wang, S. C., Wang, L., & Lee, M. C. (2012). Adolescent mothers and older mothers: Who is at higher risk for adverse birth outcomes? *Public Health*, 126(12), 1038–1043.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.08.014>
- Wang, T. H., Tzeng, Y. L., Teng, Y. K., Pai, L. W., & Yeh, T. P. (2022). Evaluation of psychological training for nurses and midwives to optimise care for women with

- perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 104, Article 103160. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103160>
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(3), 211–217. <https://doi.org/10.1080/01674820801990577>
- Watson, C. R., Eaton, A., Campbell, C. I., Alexeeff, S. E., Avalos, L. A., Ridout, K. K., & Young-Wolff, K. C. (2024). Association of adverse childhood experiences and resilience with depression and anxiety during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 143(5), 707–710. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005545>
- Watts, S. (2014). User skills for qualitative analysis: Perspective, interpretation and the delivery of impact. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.776156>
- Webb, R., Ford, E., Shakespeare, J., Easter, A., Alderdice, F., Holly, J., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., McMullen, S., Gilbody, S., Salmon, D., & Ayers, S. (2024). Conceptual framework on barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care and treatment for women: The MATRIx evidence synthesis. *Health and Social Care Delivery Research*, 12(2), 1–187. <https://doi.org/10.3310/KQFE0107>
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & 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>
- White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., &

- Mantovani, N. (2024). Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 25(1), 494–511. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>
- Williamson, S. P., Moffitt, R. L., Broadbent, J., Neumann, D. L., & Hamblin, P. S. (2023). Coping, wellbeing, and psychopathology during high-risk pregnancy: A systematic review. *Midwifery*, 116, Article 103556. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103556>
- Winnicott, D. W. (1956). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ediciones Paidós.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Wisner, K. L., Murphy, C., & Thomas, M. M. (2024). Prioritizing maternal mental health in addressing morbidity and mortality. *JAMA Psychiatry*, 81(5), 521–526. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5648>
- Wittenberg, J. P., Flaherty, L. T., Becker, D. F., Harper, G., Crookall, J. M., Vianna, N., & Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Adolescence. (2022). Stigma as a source of stress for adolescent mothers and their babies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(9), 650–654. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001545>
- Wonch Hill, P., Cacciatore, J., Shreffler, K. M., & Pritchard, K. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies*, 41(4), 226–235. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & 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>

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (5ª ed.).

Ediciones Paidós.

World Bank. (2022). *Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)*.

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>

World Health Organization. (2022a). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

World Health Organization. (2022b). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health service*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

World Health Organization. (2024). *Embarazo adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Wu, D., Chen, S., Zhong, X., Zhang, J., Zhao, G., & Jiang, L. (2024). Prevalence and factors associated with antenatal depressive symptoms across trimesters: A study of 110,584 pregnant women covered by a mobile app-based screening programme in Shenzhen, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), Article 480.

<https://doi.org/10.1186/s12884-024-06680-z>

Wu, F., Lin, W., Liu, P., Zhang, M., Huang, S., Chen, C., Li, Q., Huang, W., Zhong, C.,

Wang, Y., & Chen, Q. (2021). Prevalence and contributory factors of anxiety and

depression among pregnant women in the post-pandemic era of COVID-19 in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*, 291, 243–251.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.014>

Xiao, X., Ngai, F. W., Zhu, S. N., & Loke, A. Y. (2019). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: A qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), Article 5.

<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2686-8>

Yang, L., Sun, J., Nan, Y., Waqas, A., Nisar, A., Wang, D., Rahman, A., & Li, X. (2023a). Prevalence of perinatal anxiety and its determinants in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 323, 193–203.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.075>

Yang, Z., Wang, X., Wang, M., Yan, S., Wu, F., & Zhang, F. (2023b). Trajectory of prenatal anxiety and depression and its association with fetal growth development. *Early Human Development*, 187, Article 105875.

<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2023.105875>

Yeh, Y. C., St John, W., Chuang, Y. H., & Huang, Y. P. (2017). The care needs of postpartum women taking their first time of doing the month: A qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(5), 576–588. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1389615>

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., Qiu, L., Yang, C., Shi, X., Chang, J., & Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression:

- Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 83, Article 101932. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932>
- Ynoub, R. (2022). *Cuestión de método: Tomo II: Aportes para una metodología crítica*. Lugar Editorial.
- Yuan, M., Bedell, S., de Vrijer, B., Eastabrook, G., Frisbee, J. C., & Frisbee, S. J. (2022). Highlighting the Mechanistic Relationship Between Perinatal Depression and Preeclampsia: A Scoping Review. *Women's Health Reports*, 3(1), 850–866. <https://doi.org/10.1089/whr.2022.0062>
- Yuill, C., McCourt, C., Cheyne, H., & Leister, N. (2020). Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, Article 343. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03023-6>
- Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng, T., & Wu, M. (2024). Complicated grief following the perinatal loss: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), Article 772. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06986-y>
- Zhang, Z. Y., Yu, J. J., Zeng, W. T., Zhou, M. C., Duan, C. C., & Zhu, L. L. (2023). Association between antenatal depression and adverse perinatal outcomes: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 323, 490–495. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.008>
- Zhu, C. S., Tan, T. C., Chen, H. Y., Malhotra, R., Allen, J. C., & Østbye, T. (2018). Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 237, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.012>

Zivoder, I., Martić-Biocina, S., Veronek, J., Ursulin-Trstenjak, N., Sajko, M., & Pauković, M. (2019). Mental disorders/difficulties in the postpartum period. *Psychiatria Danubina*, 31(3), 338–344.

Zuo, Y., Luo, B. R., Wang, L. N., Cheng, B. C., & Hu, X. L. (2022). Exploring lived experiences of informal caregivers for pregnant women seeking scheduled antenatal care during the COVID-19 lockdown in China: A phenomenological study. *Midwifery*, 109, Article 103316. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103316>

Žutić, M., Matijaš, M., Štefulj, J., Brekalo, M., & Nakić Radoš, S. (2024). Gestational diabetes mellitus and peripartum depression: a longitudinal study of a bidirectional relationship. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), Article 821. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07046-1>

Anexos

Anexo 1

Comité de Ética de la Universidad Loyola Andalucía para el estudio “La experiencia de parto durante la pandemia de la COVID-19: un análisis temático cualitativo”



El Comité de Ética de la Universidad Loyola Andalucía ha emitido valoración relativa a la investigación titulada *La experiencia del parto en Andalucía durante el COVID-19: Un estudio cualitativo* remitido por la Sra. Consuelo Cruz para su valoración ética.

El Comité de Ética de la Universidad Loyola Andalucía ha valorado, por unanimidad, acoger el informe favorable del comité de ética incluido en la documentación enviada.

Sevilla, 26 de abril de 2021

El Presidente

El Secretario

Fdo. Ignacio Sepúlveda del Río

Fdo. Alejandro Tapia Frade

Anexo 2

Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía para el estudio “La experiencia de parto durante la pandemia de la COVID-19: un análisis temático cualitativo”



Informe Dictamen Favorable Proyecto Investigación Biomédica

C.P. MCC_02 - C.I. 0024-N-21

21 de abril de 2021

CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

D. Carlos García Pérez
Secretario del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

CERTIFICA

1º. Que el CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío en su reunión del día 15/04/2021, acta CEI VM-VR_06/2021 ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: La experiencia del parto en Andalucía durante el COVID-19: Un estudio cualitativo

Código Promotor: MCC_02 **Código Interno:** 0024-N-21

Promotor: Investigador

Versión Protocolo Evaluada: 2 de fecha 11/02/2021

Versión Hoja Información al Paciente Evaluada: HIP-CI / 1 DE FECHA 08/01/2021

1º. Considera que

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEI emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

3º. Este CEI acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEI/Centros por los Investigadores:

CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío D^a. Davinia María Resurrección Mena
Universidad Loyola Andalucía

Lo que firmo en Sevilla, en la fecha reseñada en la firma electrónica.

Fdo:

D. Carlos García Pérez
Secretario del CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío

CEI de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena – Virgen del Rocío de Sevilla
Avda. Dr. Fedriani, 3 - Unidad de Investigación 2ª planta Sevilla 41071 Sevilla España
Tel. 600 162 458 Fax. Correo electrónico administracion.eecc.hvm.sspa@juntadeandalucia.es

Página 1 de 2

FIRMADO POR	JOSE CARLOS GARCIA PEREZ	21/04/2021 14:36:33	PÁGINA 1/2
VERIFICACIÓN	UUM32MZRVJB64PGFXVLNQEYMM7NGNQ	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	

Es copia auténtica de documento electrónico

Anexo 3

Comité de Ética de la Universidad Loyola Andalucía para el estudio “La experiencia de duelo perinatal desde la perspectiva de la mujer: un análisis temático reflexivo”



El Comité de Ética de la Universidad Loyola Andalucía ha emitido valoración relativa al trabajo de investigación *“La influencia del duelo perinatal en la salud mental de las mujeres: Un análisis fenomenológico de las dimensiones psicosociales involucradas”* remitido por Dña. Consuelo Cruz para su valoración ética.

El Comité de Ética de la Universidad Loyola Andalucía ha valorado, que el proyecto debe ser modificado en los siguientes puntos para que cumpla con los criterios éticos necesarios para su desarrollo,

- Habiéndose presentado un documento de memoria muy sólido, claro y bien armado, donde se aborda la investigación desde una perspectiva empática y sensible hacia las participantes en la investigación, el Comité valora que la información volcada en la hoja informativa, debido a esta situación de vulnerabilidad de las participantes, podría ser comunicada oralmente por la investigadora directamente, y posteriormente pasar el consentimiento informado de manera escrita.
- En todo caso, si se opta por pasar el documento de la hoja informativa de manera no oral, si no escrita, debería adaptarse el tono y el contenido a la especial vulnerabilidad de las participantes, y modificar el punto de tratamiento de datos en el que consta confidencial y anónimo al mismo tiempo, teniendo que ser una cosa u otra, pero no las dos al mismo tiempo.

Resolución: **INFORME FAVORABLE CON MODIFICACIONES MÍNIMAS.** Usted puede iniciar la recogida de datos siempre que haga los cambios sugeridos.

Por favor, para la subsanación, envíe los cambios subrayados en amarillo en los documentos si optara por informar con hoja informativa escrita.

Sevilla, 14 de noviembre de 2023

Vº Bº Presidente

Vº Bº Secretaria

Fdo. Ignacio Sepúlveda Del Río

Fdo. Laura Serrano Mendoza

Anexo 4

Artículo “Childbirth experience during the COVID-19 pandemic: A qualitative thematic analysis”

Midwifery 121 (2023) 103669



Contents lists available at ScienceDirect

Midwifery

journal homepage: www.elsevier.com/locate/midw



Childbirth experience during the COVID-19 pandemic: A qualitative thematic analysis



María Consuelo Cruz-Ramos^a, Davinia María Resurrección^{a,*}, Yolanda Hernández-Albújar^b

^a Department of Psychology, Universidad Loyola Andalucía, Avda. de las Universidades s/n, Dos Hermanas, Seville 41704, Spain

^b Department of Humanities and Philosophy, Universidad Loyola Andalucía, Seville 41704, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 16 September 2022
Revised 16 February 2023
Accepted 20 March 2023

Keywords:
COVID-19
Pandemic
Pregnancy
Childbirth
Postpartum
Experience, Qualitative study

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period of special vulnerability for the mental health of women. The arrival of the COVID-19 pandemic altered the routines of pregnant women, its effects on this population are thus far unknown. Therefore, the objective of this study is to understand the impact of the pandemic on the birth experience of women during the state of emergency in Andalusia, Spain.

Methods: A qualitative study was conducted with 14 women, using semistructured interviews via telematics. These were recorded and later transcribed using the F4transkript software. In order to analyze the data retrieved from the interviews and identify the main patterns of meaning/responses, the thematic analysis method was applied.

Results: The main emerging themes were 'prenatal medical care', 'hospital safety', and 'postpartum with COVID-19 restrictions'. The results indicated that the reorganization of perinatal medical care, the lack of information, and the fear of contagion were the factors that most negatively influenced the participants. Instead, the security during the birth process and the tranquility in postpartum were the positive aspects of the birth experiences during COVID-19.

Conclusion: This is the first qualitative study in Andalusia that identifies the specific aspects of the COVID-19 pandemic that have affected the mental health of pregnant women. The results contribute to a broader perception of the experience of women and the creation of health protocols for emergencies akin to the COVID-19 pandemic.

© 2023 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) defined the disease COVID-19 as a pandemic that had spread throughout the world (WHO, 2020). Specifically, in Spain, on March 15, 2020, the state of emergency came into effect, as reflected in Royal Decree 463/2020, to control and prevent infections and protect public health (Official State Gazette, 2020). This Spanish state of emergency implied a series of protection measures that varied according to the health complications of the population. At the beginning of the pandemic, there were protective measures that included cessation of all nonessential activities, lockdown, social distancing, and the use of masks (Oliver et al., 2020). Later, the sanitary measures continued with the curfew, the limitation of social gatherings, and confinement in case of contagion. Finally, the state of emergency ends in May 2021, with the use of a mask as the only safety measure (Ministry of Spain, 2022). The consequences

of this situation were reflected in the mental health of the Spanish population, with an increase in symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder (González-Sanguino et al., 2020). The main risk factors that have been identified as responsible for this increase in symptoms were reduced social support, previous mental health diagnoses, and identification with being a woman (Fenollar-Cortés et al., 2021; González-Sanguino et al., 2020).

Specifically, among pregnant women, there was an increase in symptoms of insomnia, anxiety, and depression by 58.2% compared to their pre-pandemic levels (Arriba-García et al., 2021; Parra-Saavedra et al., 2020). According to various authors, this increase in psychological symptoms among pregnant women during the pandemic could be due to changes in perinatal practices, such as telephone medical appointments, canceled childbirth preparation classes, and changes in delivery plans; to restrictions in and fears of facing complications without accompaniment; to fear of virus exposure; and to concerns with information scarcity, isolation, and lack of social support (Karavadra et al., 2020; Lebel et al., 2020; Reingold et al., 2020). Accordingly, some qualitative studies have indicated that changes in perinatal clinical practices during the pandemic have been an important stress factor for women

* Corresponding author.

E-mail address: dmresurreccion@uloyola.es (D.M. Resurrección).

(Sahin and Kabakci, 2021; Silverio et al., 2021). For instance, virtual or unaccompanied prenatal appointments were specific risk factors for postpartum depression (PPD) in women with psychological antecedents (Meaney et al., 2021; Viaux et al., 2020). In this sense, the first studies on the effect of the pandemic on pregnant women showed that the interruption of social life and the lack of support during pregnancy and postpartum were considered risk factors for PPD (Liang et al., 2020; Panda et al., 2021; Rice and Williams, 2021).

Adequate prenatal medical care is key to prevent health issues among mothers and their babies such as gestational diabetes or low birth weight (Asmare et al., 2018; Benatar et al., 2021). These routine checkouts are an opportunity to address parents' concerns and fears, relevant information about the delivery process is offered, preferences during childbirth are discussed, and usual practices that may occur during childbirth are explained (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Based on the existing literature, how the birth process occurs and is perceived affects both the mother and the newborn (Aune et al., 2015). Childbirth is a desired and feared experience (Downe et al., 2018) that has physiological, psychological, and social effects on women (Finlayson et al., 2020; Gordon et al., 2017). In Western society, childbirth is mostly perceived as a physiological process, a perception that ignores the holistic approach that includes psychological, social, and cultural factors that help to humanize childbirth (Miller et al., 2016; Olza et al., 2020). In this sense, Curtin et al. (2022) refer to the challenge that health professionals face providing a humanized delivery, highlighting the importance of trust between the woman and professionals, and that it becomes more complex with the arrival of the COVID-19 pandemic (Marino-Narvaez et al., 2021). COVID-19 pandemic and its respective safety measures altered the usual routines of both pregnancy and delivery protocols due to health restrictions such as the absence of accompaniment, the use of masks, the impossibility of doing skin-to-skin, or the separation of mother and baby in cases of contagion. There is a lack of evidence on the factors that have affected these experiences among pregnant women during the COVID-19 pandemic. For these reasons, it is critical to listen to the opinions of pregnant women and place them at the center of this process. Thus, the objective of this study is to describe the birth experience of women in Andalusia through semi-structured interviews that were conducted during the Spanish state of emergency that was caused by the COVID-19 pandemic. Identifying the specific factors that have influenced the experience of pregnant women during the pandemic will allow the creation of protocols based on the prevention and promotion of maternal mental health.

Methods

This qualitative study was approved by the Andalusian Biomedical Research Ethics Portal (CI0024-N-21). Information and consent forms indicating that all data collected will be treated confidentially and the withdrawal from the study at any moment without providing any reason were provided to the participants. The reporting of data in this study follows the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) checklist (Tong et al., 2007).

Sample identification and recruitment

The sampling was intentional and was performed following the snowball technique. The main author contacted two pregnant women, acquaintances of the authors, to test the interview guide. These two women were intermediaries who asked potential participants if they would be interested in being contacted by the researcher to participate in the research. These women were gatekeepers for the rest of the sample and there were not blind to the

study. After accepting this first contact, the author made a telephone call to offer information on the study and ask about the willingness to participate. All the people contacted agreed to participate in the study. A total of 14 participants were recruited according to four inclusion criteria: (a) be a Spanish woman, (b) have given birth in a hospital (public or private) in Andalusia during any of the phases of the state of emergency from March 15, 2020, to May 9, 2021, (c) the childbirth had to be in the last 12 months, and (d) have no cognitive impairment. After confirmation of participation, an appointment was made for each interview by phone or video call, all of them depending on the availability and comfort of the participants. Ten of the interviews were carried out by video call and four by telephone call.

Data collection

The 14 interviews were conducted in Spanish by the first author during the spring and summer of 2021. This criterion of sufficiency was based on previous studies on similar topics (González-Timoneda et al., 2021; Sahin and Kabakci, 2021). Two pilot interviews were carried out to test the appropriateness of the questions without requiring significant changes (see Table 1). The questions were focused on the general experience of pregnancy, childbirth, and postpartum. Specific questions were asked about birth regarding, e.g., expectations, support, control, perceived security, relationship with the medical team and the information received. In addition to childbirth, we include the experiences of pregnancy and postpartum to have an overview of the entire process since these three moments of transition to motherhood directly correlate with each other. These topics were selected after verifying in the scientific literature that they relate directly to whether a childbirth experience is positive or negative (Aune et al., 2015; Downe et al., 2018; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020). The interviews lasted between 33 and 66 min and at the end of them, the sociodemographic data of the participants were collected using a self-administered questionnaire.

The interviews were recorded with an audio recorder and the data of the participants were coded from the first contact, and the recordings were stored in an encrypted device. The data were translated from Spanish to English by two bilingual people (see supplementary Table 1 for original quotes).

Data analysis

The thematic analysis approach was used. Thematic analysis is a qualitative research method that identifies, analyses, organizes, describes, and reports the main themes found across the data collected, providing rich, detailed, complex, and reliable findings (Braun and Clarke, 2006; Nowell et al., 2017). The first author carried out the manual transcription of the interviews with the help of the F4Transkript software. This author made the first coding after various exhaustive readings of the interviews, showing the first list of codes that were later discussed and agreed upon with the other authors. After defining the codes, these were organized into themes and subthemes, which were also discussed until a unanimous decision was reached among the authors.

For this research, authors have followed the trustworthiness criteria explored and consolidated in the literature of qualitative inquiry (Braun and Clarke, 2006; Guba and Lincoln, 1989; Nowell et al., 2017; Smith and McGannon, 2018). Credibility was obtained by a continuous peer debriefing of the transcripts, translations, chosen themes, and analysis of the results. Dependability was ensured by the logic of the decisions and choices that were made, which were supported by the literature. Confirmability was obtained through two main strategies. First, the authors triangulated the interviewees' responses with other sources, such as ex-

Table 1
Semi-structured interview guide.

1. General experience of pregnancy during COVID-19
How was your pregnancy experience in the COVID-19 pandemic?
2. General experience of birth during COVID-19
How was your experience of giving birth in the COVID-19 pandemic?
2.1. Expectations
During the pregnancy, how did you imagine the birth to be?
2.2. Perceived support
What do you think of the support you received during the birth?
2.3. Perceived control
What do you think of the decisions that were made during the birth?
2.4. Perceived security
How safe did you feel during the birth?
3. Relationship with the medical team and the information received
What do you think of the treatment you received from the medical team and the information they offered you during the birth?
4. General experience of postpartum during COVID-19
How was your postpartum experience in the COVID-19 pandemic?

Table 2
Sociodemographic characteristics of the participants (N = 14).

Characteristics	n (%)
Age	30.6 (3.8)
Relationship status	
Married	9 (64.3)
Living as a couple	5 (35.7)
Educational level	
University studies	9 (64.3)
Higher education	2 (14.3)
Compulsory secondary education	3 (21.4)
Employment situation	
Employed	12 (85.7)
Unemployed	2 (14.3)
Primiparous/Multiparous	
Primiparous	7 (50)
Multiparous	7 (50)
Psychological problems throughout life	
No	14 (100)
Psychological problems during pregnancy	
No	14 (100)
Psychological symptoms during pregnancy	
No	14 (100)
Complications during pregnancy	
No	10 (71.4)
Type of health center	
Public	6 (42.9)
Private	8 (57.1)
Type of childbirth	
Vaginal	14 (100)
Average gestational age at time of birth COVID-19 test before childbirth	
Yes	39.5 (2.06)
No	13 (92.9)
Companion during childbirth	
Yes	14 (100)
Complications during childbirth (Perineal tears, umbilical cord problems, abnormal heart rate, perinatal asphyxia, perinatal death...)	
No	14 (100)

isting literature on the field, personal observations, and hypothesis (Flick, 2018). Second, direct quotes from participants are present throughout the document to better reflect their views. Finally, the transferability of the results can be obtained thanks to the contextual descriptions that we have provided in the main document.

Results

Sociodemographic data

The 14 participants were women who gave birth in Andalusia during the state of emergency that was imposed by the COVID-19 pandemic. Table 2 shows the participants' sociodemographic data and the characteristics of their pregnancy and birth. At the time of the interview, all the participants declared that they had no psy-

chological symptoms or any mental health diagnosis before or after childbirth.

Thematic analysis results

During the interviews, eight subthemes emerged collected into three main themes, which represented the general experience of the women (see Fig. 1). The themes were: 'prenatal medical care', 'hospital safety', and 'postpartum with COVID-19 restrictions'.

In general, the birth experience of Andalusian women during the COVID-19 period begins with a pregnancy process characterized by insecurity and uncertainty. Sanitary measures because of COVID-19 modified the usual prenatal medical care. The decrease in face-to-face medical appointments as well as the lack of information on delivery protocols produced feelings of uncertainty, fear, and stress. This caused, at the initial moment of labor, these

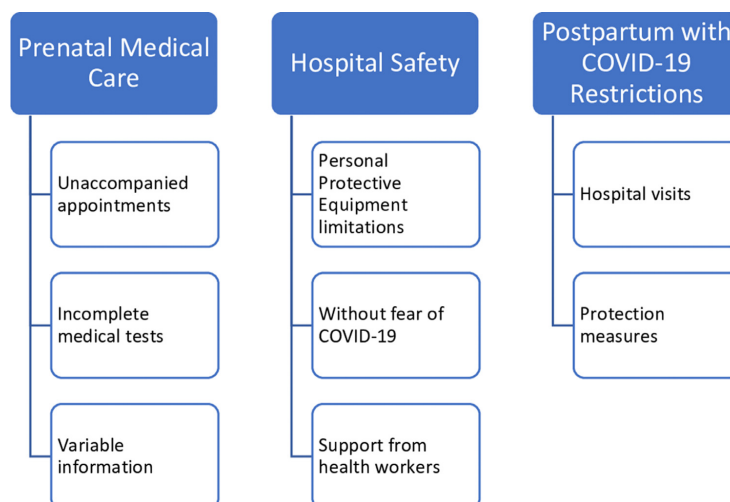


Fig. 1. Main themes of women's general experience.

women to feel distrust when entering the hospital. However, the use of protective measures and the support of health professionals help women to feel safe. After these moments, women felt insecure in the care of the baby because of a lack of support and attention from the nurses and their own families. For these reasons, postpartum was a challenge for all the participants, who had to face insecurity and fear that they or their babies would be infected and the consequences that this could entail.

Prenatal medical care

Unaccompanied appointments. The pandemic caused changes in usual medical routines. Unaccompanied care was a topic that stood out in the interviews, as it provoked feelings of loneliness in women during pregnancy. For example, the mothers experienced sadness when attending medical check-ups without their partners and being unable to share unique moments:

It made me sad not to share it, because they are beautiful moments in your life that you can only share once and you cannot [repeat], you can tell [them], but it is not the same. (P12).

The role of the partner is even more relevant for mothers with complications during pregnancy. They highlighted the support of their partners as a basic need for facing the fear they felt and desired support amid any bad news or complications:

You feel very vulnerable when you know that there may be a problem with the child, and you know that you have to go to the doctor alone and your partner has to be out [of the room]. (P01).

Moreover, the fact that in private consultations they could have companions caused ambiguity regarding the health protocols adding a feeling of discomfort to the anguish that these women experienced. Therefore, thirteen of the fourteen participants who cared for their pregnancy through public health care also completed private consultations to feel more secure, complete medical tests, or have their partner attend the ultrasound:

We spent the money to go and pay for ultrasounds that allowed us both to get in. Instead of six ultrasounds, I had twelve; every time I went [to public health care], I also went to the payment one [private consultation]. (P03).

I have had to pay, for example, so that at least [referring to her husband] could see the baby in a private consultation where the father could get in. (P11).

Incomplete medical tests. The participants of this study had their prenatal care appointments with midwifery professionals. These appointments were by telephone except for those that involved diagnostic tests. Therefore, some of the participants described feeling abandoned by the health system because they did not have any planned medical tests or did not receive their expected care:

The medical appointments during pregnancy were very neglected. I got high blood sugar and [the health workers] practically did not tell me anything [...] We, pregnant women, were very abandoned. (P14).

Another mother indicated that she self-administered a test due to certain recommendations, but she lacked the necessary knowledge:

The streptococcus test, which uses a swab on the vagina and anus, I had to perform it myself in the bathroom [of the health center] with a 37 week belly, in pandemic, times, when you were obsessed and did not want to touch anything. The results came out negative, but I did it wrong because the results of that same test by private health care were positive. (P07).

On the other hand, telephone consultations entailed inconsistency, which generated fear in pregnant women when they did not feel they could adequately gauge how they and their baby were doing:

They did not give you an appointment, it was impossible... and by phone appointments, what does the gynecologist wants me to explain, how do I carry the child inside? No. It made no sense. (P12).

Variable information. Health protocols and recommendations have varied according to the information obtained from research on COVID-19. In their stories, some mothers highlighted their lack of knowledge about the pandemic birth protocol, which caused them high levels of uncertainty and uneasiness. In general, the mothers in this study did not receive enough information regarding the presence of their partners during childbirth, the possibility of skin-to-skin contact with their babies, or the potential risk for initial separation from their newborns:

You asked, and, in fact, they told you how today, the protocol is like that, but maybe next week, it will be a different protocol. (P09).

I was afraid of the uncertainty... I didn't know what was going to happen, I didn't know if my partner would be there [during childbirth] ... (P06).

Nowadays, many mothers abandon their trust in their resources to trust professionals instead, with the assurance that healthcare professionals have the necessary knowledge to help them and their babies in every circumstance. Therefore, the fact that the participants asked for answers but did not receive them increased their concerns and fears of uncertainty. The health workers did not always cover every basic need, such as safety provided by information:

I was scared that my partner couldn't be in labor with me, the protocols were constantly changing, and I didn't know what measure would be on my delivery date... (P04).

This lack of information was reflected in some women's decision-making:

The day I went into labor I felt very bad, but I was afraid to go to the hospital and I told my partner that I would not go to the hospital until I saw my daughter's head. I didn't go until I started bleeding and panicked that I might lose my daughter. (P02).

Given the lack of information from health workers, which was due to the constant changes in the protocols, four of the women sought other ways to predict what the birth experience would be like:

To inform me, one who is gossipy and asks people close to me, who had their babies' months before. (P05).

Hospital safety

Personal protective equipment (PPE) limitations. PPE (such as masks) use was implemented in a mandatory way by the health protocols of childbirth. Four mothers identified the mask as a barrier when interacting with professionals and their children:

The mask for me is a barrier. I need to see. I want to kiss. It reassures me to see what faces they make in each situation, it is feedback without words, but for me, it is very important, and the mask took that away from me. (P04).

It is true that all that time I had to be with the mask. It was annoying to caress the child, bring him closer... well, it felt cold, right? (P08).

Another aspect that most concerned these mothers was that the mask interfered with their interactions with their newborns:

It is much sadder, because of course, the beautiful thing is to take him and smile at him; that moment that is beautiful, when your husband comes and there are looks and smiles between the three [of you] is one of the moments that you lose because of the mask. (P12).

Without fear of COVID-19. Even with the general feeling of fear caused by the pandemic, mothers felt safe concerning COVID-19 during their birth and hospital stay. Among the reasons why the women felt safe were the protection measures taken by medical professionals, the diagnostic test of COVID-19 that the women received before birth, and the limitations of visits:

The staff was super protected because apart from the gloves, they had two or three masks, so the truth is that I was very safe. (P05).

Everyone [the health professionals] came protected, with gowns, double masks, hand sanitizer in the room, even to bring you food. (P13).

In general, all mothers in this study agreed that once they felt safe in the hospital environment, they could better concentrate on their labor, where their greatest concern was that their baby would be born healthy:

Once you are admitted for childbirth, you forget about the coronavirus [...] There is more fear about how it will be than when you are already in labor. I was not afraid. (P07).

The hospital environment is essential for the smooth development of childbirth. Despite such fear and uncertainty during pregnancy, the medical professionals transmitted the necessary security to the mothers to contribute to a positive experience.

Support from health workers. Even with safety measures, such as the use of PPE and social distancing, professionals focused on making mothers feel more comfortable:

I think they made the effort to make us feel more welcomed [...] and that it was an experience as close to a normal birth [as possible]. (P08).

Such closeness was not mirrored by some nurses during the days of hospital admission after birth. In the interviews, many mothers, particularly first-time mothers, commented that they would have liked more support and care from nurses after childbirth. These mothers experienced fears and doubts that they had to face alone with only the support of their partners:

When we got to the room with the nurses, there was some kind of bad feeling [...] they tried to explain how to put the baby on my breast, but my girl did not want to, and I asked if I needed help, if I could give her a bottle. They told me, 'I am not going to tell you what you have to do to feed your daughter, you will know and that made me feel bad. At that time, I needed someone to guide me slightly more. (P05).

We were abandoned [by the nurses], that was a disaster, all the children's rooms on the maternity ward were crying, the mothers were calling loudly from the doors asking the nurses to come, please come! And no one came there. (P02).

Due to the security measures imposed, the mothers of the participants could not be present to provide the necessary support to their daughters in either the immediate postpartum. Hence, some of the participants chose to skip confinement and meet with their mothers to receive this support, which was both sought after and necessary for them:

After my discharge from the hospital, I skipped the rules of the pandemic and went to my mother's house for two weeks. [...] I needed my mother to tell me how to take care of my son. (P03).

Postpartum with COVID-19 restrictions

Hospital visits. In Spain, visits to the hospital by family and friends are common, but during the pandemic, such visits were suppressed to prevent the spread of the virus and especially for the protection of newborns and their families. In general, this fact was perceived as both positive and negative by the participants. Many mothers deemed these restrictions negative because their relatives could not meet their newborns:

The downside [of childbirth] is that no one can meet the child. You give birth and on the days that you are admitted there [in the hospital], no family member can see [visit] you, and it is sad. (P01).

You like that when [the baby] is born, well, that they come to meet him... That's always good... That's the only thing I've missed... (P10).

On the other hand, five mothers perceived this restriction to be positive. In general, the participants enjoyed the absence of visits by having more time for themselves and their babies, and adapting to their new maternal role:

I appreciated not having visits both in the hospital and at home, because we were super calm, and you are tired and sore when having to receive people at home... (P07).

Protection measures. After returning home, the women experienced puerperium, marked by the pandemic's sanitary restrictions. Their new rhythms of life were complicated by the fear of contagion and the uncertainty of what would happen if the mother or baby were infected. Therefore, what should have been a moment of tranquility and adaptation became a moment of stress and anguish.

To deal with their insecurity and fear of having a newborn during a pandemic, the mothers increased their protection measures, such as avoiding leaving their homes or increasing social distancing when meeting with friends and family:

When I had the child, I did not want to see anyone. I did not want anyone to tell me to meet. I did not want anyone to see my child. Gloves, masks, [etc.,] everything seemed not enough to me, everything. (P03).

The grandmother did not come [to visit the baby] until she was two months old. And I haven't gone out [to the streets]. We only go from my house to my mother's house. The truth is that I was very afraid. (P11).

Even with the increase in these measures, women felt the commitment to attend social visits and had difficulty establishing limits:

At home, I was overwhelmed with the issue of the visits... I said them to put on the masks and wash their hands...I tried that them not to hold the baby... but it was impossible... I had to resign myself. (P06).

Discussion

The main objective of this study was to understand the birth experience of women during the state of alarm generated by COVID-19 in Andalusia through semi-structured in-depth interviews. To the best of our knowledge, this is the first qualitative study focused on this topic after the COVID-19 pandemic. Our findings showed that prenatal medical care, hospital safety, and postpartum with COVID-19 restrictions were the aspects that most influenced their experience.

One of the main results indicates that women wanted to attend medical appointments in person and that they wanted to do so in the company of their partners. Although recent studies indicated women's fear of attending in person due to contagion and even a preference for attending virtually (Akhter et al., 2021; Madden et al., 2020) the results of the present study do not support them. One possible explanation could be that, because of the lack of habit, most women did not feel confident in their capacity to verbalize appropriately their symptoms to the health professional. Another explanation could be that the lack of non-verbal communication may have made women insecure that midwives would understand them. It is also possible that cultural differences among women during pregnancy play a role, explaining why Andalusian women prefer face-to-face contact with their health provider and the accompaniment of their loved ones. Despite telemedicine is a new form of care and it is an opportunity to make prenatal care more flexible based on the specific needs of each woman (Montagnoli et al., 2021; Peahl et al., 2020), it is important to place the woman at the center of the process where she can freely opt for face-to-face, virtual, or mixed medical care depending on the specific needs.

Studies on prenatal care during the COVID-19 pandemic have shown an increase in symptoms of fear, uncertainty, and anxiety (Lebel et al., 2020; Sachin and Kabakci, 2021; Silverio et al., 2021). The lack of information provided during prenatal care, due to the cancellation of appointments or virtual appointments, may have been an important factor influencing the increase of such symptoms. This information was not always available due to the continuous changes in health restrictions and protocols. Thus, the pandemic caused women to have less information and more uncertainties about what giving birth would be like, which in turn made them feel less prepared for childbirth. This discomfort about uncertainty is in line with previous studies indicating that lack of information is related to a negative childbirth experience and to the mother's increased fear and anxiety (Giurgescu et al., 2006; Gottfredsdottir et al., 2016; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020;

Sahin and Kabakci, 2021). It is possible to promote health protocols in the prenatal period based on accurate information. These women, in their routine appointments, must be accompanied by health professionals who will provide them with updated information on delivery protocols, specific to the needs of the woman and her baby, and respond to her doubts, thus providing a protocol that is humanized and respectful for the mother.

Despite possible misinformation throughout the pregnancy, women in this study felt secure during their hospital stays due to protection measures. This result is in line with a previous study that indicated that the numerous protection measures gave them peace of mind against the virus and the privacy of emptier hospitals (Panda et al., 2021). Although prenatal medical care has been compromised during the pandemic, most professionals focused on offering women a normal birth. It is possible that the close support that the health professionals provided was an important factor in helping mothers to perceive their experience as positive and safe. This emotional and practical support is a fundamental element in boosting confidence during labor (Hollander et al., 2017) and could be maintained despite health workers' workload, physical and mental fatigue, and fear of contagion during the pandemic (Akhter et al., 2021).

Another finding that is consistent with other previous studies was that women decided to isolate themselves voluntarily because of their fear of contagion (DeYoung and Mangum, 2021; Kinser et al., 2021). Although Liang et al. (2020) have indicated that concerns about contagion and a lack of social support are risk factors for PPD, the mothers in the present study manifested to have enjoyed the intimacy and tranquility implied by the COVID-19 health restrictions. This way of living postpartum during the pandemic is similar to the puerperium in other cultures. For example, in India, new mothers spend up to sixty days without leaving home and without receiving visits to prevent infections and to bond with their babies while developing their new identity as a mother (Dennis et al., 2007). Postpartum isolation may have some benefits that have not yet been considered in Western societies. Therefore, the social norms at the beginning of motherhood should likely be adapted to the physical and psychological needs of each mother without any societal judgments or demands.

The results of this research provide important insights regarding childbirth in times of the COVID-19 crisis. From a social-health perspective, various related actions can improve the prevention of perinatal mental health. Providing information to women during the COVID-19 pandemic has been shown to decrease general discomfort (Zuo et al., 2022). For this reason, it is necessary for pregnant women and their partners to have easy access to accurate information about the processes of pregnancy, childbirth, and postpartum, as well as the influence of COVID-19 on pregnant women and their babies. These data must be updated to reflect any changes according to the latest scientific evidence. Moreover, it is advisable to create programs where gynecology and obstetrics health professionals receive training on the significance of considering psychological needs during the prenatal and postnatal process to prevent and promote the mental health of women, the family, and society in general (Wang et al., 2022). A more humanized and respectful trend with the empowerment of women where mothers' decision-making is trained and valued will provide a greater sense of capacity and affirmation in the face of the organization of the new identity of women as mothers (Olza et al., 2018).

It is important to highlight those primiparous mothers without information about delivery protocols during the COVID-19 pandemic might have more doubts and fears (Kinser et al., 2021). In contrast, non-primiparous mothers felt less insecure due to their previous experiences of pregnancy and childbirth. This knowledge became a protective factor in the face of uncertainty. This data of-

fers us the possibility to help new mothers create maternity groups led by mental health professionals and mothers with similar experiences that can help create a community of support that calms this symptomatology. Antenatal care groups are not only valid in situations of health crisis but also in situations of medical or social complications providing a positive experience by promoting practical and emotional support for women (Renbarger et al., 2021; Uludağ et al., 2022).

Finally, and although it has not been explored in this manuscript, we consider it critical to promote emotional wellbeing and self-care among health professionals. This is particularly important in times of crisis such as the one experienced during COVID-19 which put the healthcare sector under enormous pressure. Serene, and informed healthcare professionals might improve communication with and trust of patients, offering overall better services.

Strengths and limitations

This qualitative study has highlighted the importance to attend the necessities of pregnant women from their experience. However, there are some limitations to be considered. First, the interviews were not conducted in person and information could have been lost due to the virtual format. Second, this study only evaluates the experiences of Andalusian women, and it would be interesting to understand how other health systems have addressed this situation. Finally, it was not possible to collect the perspective of the health professionals who were involved as it was difficult to contact them due to the workload.

Despite these limitations, one of the main contributions of this study is that it expands the limited literature on this topic. In addition, the qualitative approach used represents strength for the study to be able to delve deeply into the experiences of women and to know the important details on which we can base the health protocols to make changes. These results have provided us with valuable knowledge that can be applied in several situations where childbirth is outside the norm. Therefore, the learnings obtained from the COVID-19 situation can be incorporated into future health protocols, providing concrete information about delivery practices without forgetting the central role played by women. For example, in health crises situations, where centres cannot provide a minimum health service, or in situations of political crisis where women's pregnancy decisions could be affected, and psychological symptoms may be increased.

Future studies need to include a more diverse sample that incorporates different modes of conception and birth, in addition to considering the effects of vaccination on the pregnant population, new strains of coronavirus, and other relevant health restrictions. In addition, it will be necessary to study the consequences of some of the protection measures that are still in place, such as the use of masks in medical centres. Besides, this research is a good promoter to initiate specific research on how these measures continue to affect maternal mental health in the medium and long term. Finally, this study provides a better insight to help create effective maternal group interventions.

Conclusions

The women interviewed in this qualitative study have shown a complex and comprehensive experience of how the COVID-19 pandemic has influenced the antenatal and postnatal process. According to the results of the present study, the reorganization of perinatal medical care, the lack of information, and the fear of contagion after childbirth were the aspects that most negatively affected women, producing an increase in fears, stress, and anxiety. However, the participants highlighted the security they felt during

the birth process and the tranquillity they experienced when adapting to the maternal role as positive aspects of their birth experiences during COVID-19. These positive and negative aspects that describe the experience of women will help to create humanized health protocols that include the specific needs of women in order to protect maternal mental health.

Funding sources

None declared.

Ethical approval

The study was evaluated by the Ethics Portal of Biomedical Research of Andalusia and approved on April 21, 2021, with the code C10024-N-21.

Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

CRediT authorship contribution statement

María Consuelo Cruz-Ramos: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Writing – original draft. **Davinia María Resurrección:** Conceptualization, Methodology, Supervision, Writing – review & editing. **Yolanda Hernández-Albújar:** Conceptualization, Methodology, Writing – review & editing.

Acknowledgments

We thank all the women who participated in this study.

Supplementary materials

Supplementary material associated with this article can be found, in the online version, at [doi:10.1016/j.midw.2023.103669](https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103669).

References

- Akhter, S., Kumkum, F.A., Bashar, F., et al., 2021. Exploring the lived experiences of pregnant women and community health care providers during the pandemic of COVID-19 in Bangladesh through a phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 810. doi:[10.1186/s12884-021-04284-5](https://doi.org/10.1186/s12884-021-04284-5).
- Artiba-García, M., Díaz Martínez, A., Monfort Ortiz, R., et al., 2021. GESTACOVID project: psychological and perinatal effects in Spanish pregnant women subjected to confinement due to the COVID-19 pandemic. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 21, 1–7. doi:[10.1080/14767058.2021.1888922](https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1888922).
- Asmare, G., Berhan, N., Berhanu, M., et al., 2018. Determinants of low birth weight among neonates born in Amhara Regional State Referral Hospitals of Ethiopia: unmatched case control study. *BMC Res. Notes* 11 (1), 1–7. doi:[10.1186/s13104-018-3568-2](https://doi.org/10.1186/s13104-018-3568-2).
- Aune, L., Torvik, H.M., Selboe, S.T., et al., 2015. Promoting a normal birth and a positive birth experience—Norwegian women's perspectives. *Midwifery* 31, 721–727. doi:[10.1016/j.midw.2015.03.016](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016).
- Benatar, S., Paez, K., Johnston, E.M., et al., 2021. Intensive approaches to prenatal care may reduce risk of gestational diabetes. *J. Women's Health* 30 (5), 713–721. doi:[10.1089/jwh.2020.8464](https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8464).
- Braun, V., Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 3, 77–101. doi:[10.1191/1478088706QP0630A](https://doi.org/10.1191/1478088706QP0630A).
- Curtin, M., Savage, E., Murphy, M., et al., 2022. A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. *Women Birth* 35 (4), e369–e378. doi:[10.1016/j.wombi.2021.07.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.002).
- Dennis, C.L., Fung, K., Grigoriadis, S., et al., 2007. Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Womens Health* 3, 487–502. doi:[10.2217/17455057.3.4.487](https://doi.org/10.2217/17455057.3.4.487).
- DeYoung, S.E., Mangum, M., 2021. Pregnancy, birthing, and postpartum experiences during COVID-19 in the United States. *Front. Sociol.* 6, 611212. doi:[10.3389/fsoc.2021.611212](https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.611212).

- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O.T., et al., 2018. Correction: what matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One* 13, e0194906. doi:10.1371/journal.pone.0197791.
- Fenollar-Cortés, J., Jiménez, Ó., Ruiz-García, A., et al., 2021. Gender differences in psychological impact of the confinement during the COVID-19 outbreak in Spain: a longitudinal study. *Front. Psychol.* 24, 682860. doi:10.3389/fpsyg.2021.682860.
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., et al., 2020. What matters to women in the postnatal period: a meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One* 15, e0231415. doi:10.1371/journal.pone.0231415.
- Flick, U., 2018. *Managing Quality in Qualitative*. Sage Publications.
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M.C., et al., 2006. Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nurs. Res.* 55, 356–365. doi:10.1097/00006199-200609000-00008.
- González-Sanguino, C., Ausin, B., Castellanos, M.A., et al., 2020. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav. Immun.* 87, 172–176. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.040.
- González-Timoneda, A., Hernández, V.H., Moya, S.P., et al., 2021. Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: a qualitative study. *Women Birth* 34, 465–472. doi:10.1016/j.wombi.2020.12.001.
- Gordon, I., Pratt, M., Bergunde, K., et al., 2017. Testosterone, oxytocin, and the development of human parental care. *Horm. Behav.* 93, 184–192. doi:10.1016/j.yhbeh.2017.05.016.
- Gottfredsdóttir, H., Steingrimsdóttir, Þ., Björnsdóttir, A., et al., 2016. Content of antenatal care: does it prepare women for birth? *Midwifery* 39, 71–77. doi:10.1016/j.midw.2016.05.002.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S., 1989. *Fourth Generation Evaluation*. Sage Publications.
- Hollander, M.H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., et al., 2017. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 Women's perceptions and views. *Arch. Women's Ment. Health* 20, 515–523. doi:10.1007/s00737-017-0729-6.
- Hosseini Tabaghdehi, M., Kolahdozan, S., Keramat, A., et al., 2020. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 33, 3849–3856. doi:10.1080/14767058.2019.1583740.
- Karavada, B., Stockl, A., Prosser-Snellings, E., et al., 2020. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 600. doi:10.1186/s12884-020-03283-2.
- Kinser, P.A., Jallo, N., Amstadter, A.B., et al., 2021. Depression, anxiety, resilience, and coping: the experience of pregnant and new mothers during the first few months of the COVID-19 pandemic. *J. Womens Health* 30, 654–664. doi:10.1089/jwh.2020.8866.
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., et al., 2020. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J. Affect. Disord.* 277, 5–13. doi:10.1016/j.jad.2020.07.126.
- Liang, P., Wang, Y., Shi, S., et al., 2020. Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 20, 557. doi:10.1186/s12888-020-02969-3.
- Madden, N., Emeruwa, U.N., Friedman, A.M., et al., 2020. Telehealth uptake into prenatal care and provider attitudes during the COVID-19 pandemic in New York City: a quantitative and qualitative analysis. *Am. J. Perinatol.* 37, 1005–1014. doi:10.1055/s-0040-1712939.
- Mariño-Narvaez, C., Puertas-Gonzalez, J.A., Romero-Gonzalez, B., et al., 2021. Giving birth during the COVID-19 pandemic: the impact on birth satisfaction and postpartum depression. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 153 (1), 83–88. doi:10.1002/ijgo.13565.
- Meaney, S., Leitao, S., Olander, E.K., et al., 2021. The impact of COVID-19 on pregnant women's experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies. *Women Birth* doi:10.1016/j.wombi.2021.04.013.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., et al., 2016. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet N. Am. Ed.* 388 (10056), 2176–2192. doi:10.1016/S0140-6736(16)31472-6.
- Ministry of Spain, 2022. Health crisis: regulations and useful information. https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html.
- Montagnoli, C., Zancanato, G., Ruggeri, S., et al., 2021. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery* 94, 102916. doi:10.1016/j.midw.2020.102916.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021. Antenatal care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941>.
- Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E., et al., 2017. Thematic analysis: striving to meet the trustworthiness criteria. *Int. J. Qual. Methods* 16. doi:10.1177/1609406917733847.
- Official State Gazette, 2020. Royal Decree 463/2020, of March 14, declaring the state of alarm for the management of the health crisis situation caused by COVID-19. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>.
- Oliver, N., Barber, X., Roomp, K., 2020. Assessing the impact of the COVID-19 pandemic in Spain: large-scale, online, self-reported population survey. *J. Med. Internet Res.* 22, e21319. <http://doi.org/10.2196/21319>.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., et al., 2018. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open* 8 (10), e020347.
- Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., et al., 2020. Birth as a neuro-psychosocial event: an integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One* 15 (7), e0230992. doi:10.1136/bmjopen-2017-020347.
- Panda, S., O'Malley, D., Barry, P., et al., 2021. Women's views and experiences of maternity care during COVID-19 in Ireland: a qualitative descriptive study. *Midwifery* 103, 103092. doi:10.1016/j.midw.2021.103092.
- Parra-Saavedra, M., Villa-Villa, I., Pérez-Olivo, J., et al., 2020. Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 151, 203–208. doi:10.1002/ijgo.13348.
- Peahl, A.F., Smith, R.D., Moniz, M.H., 2020. Prenatal care redesign: creating flexible maternity care models through virtual care. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 223 (3), 389. doi:10.1016/j.ajog.2020.05.029, e1.
- Reingold, R.B., Barbosa, I., Mishori, R., 2020. Respectful maternity care in the context of COVID-19: a human rights perspective. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 151, 319. doi:10.1002/ijgo.13376.
- Renbarger, K.M., Place, J.M., Schreiner, M., 2021. The influence of four constructs of social support on pregnancy experiences in group prenatal care. *J. Womens Health* 2, 154–162. doi:10.1089/jwhr.2020.0113.
- Rice, K., Williams, S., 2021. Women's postpartum experiences in Canada during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Can. Med. Assoc. Open Access J.* 9, E556–E562. doi:10.9778/cmajo.20210008.
- Sahin, B.M., Kabakci, E.N., 2021. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: a qualitative study. *Women Birth* 34, 162–169. doi:10.1016/j.wombi.2020.09.022.
- Silverio, S.A., De Backer, K., Easter, A., et al., 2021. Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: a qualitative investigation. *Midwifery* 102, 103116. doi:10.1016/j.midw.2021.103116.
- Smith, B., McGannon, K.R., 2018. Developing rigor in qualitative research: problems and opportunities within sport and exercise psychology. *Int. Rev. Sport Exerc. Psychol.* 11 (1), 101–121. doi:10.1080/1750984X.2017.1317357.
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J., 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* 19, 349–357. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
- Uludağ, E., Serçekuş, P., Vardar, O., et al., 2022. Effects of online antenatal education on worries about labour, fear of childbirth, preparedness for labour and fear of covid-19 during the covid-19 pandemic: a single-blind randomised controlled study. *Midwifery* 115, 103484. doi:10.1016/j.midw.2022.103484.
- Viaux, S., Maurice, P., Cohen, D., et al., 2020. Giving birth under lockdown during the COVID-19 epidemic. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.* 49, 101785. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101785.
- Wang, T.H., Tzeng, Y.L., Teng, Y.K., et al., 2022. Evaluation of psychological training for nurses and midwives to optimise care for women with perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 104, 103160. doi:10.1016/j.midw.2021.103160.
- World Health Organisation (WHO), 2020. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation reports. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
- Zuo, Y., Luo, B.R., Wang, L.N., et al., 2022. Exploring lived experiences of informal caregivers for pregnant women seeking scheduled antenatal care during the COVID-19 lockdown in China: a phenomenological study. *Midwifery* 109, 103316. doi:10.1016/j.midw.2022.103316.

Publicaciones

- Cruz-Ramos, M. C., Resurrección, D. M., & Hernández-Albújar, Y. (2023). Childbirth experience during the COVID-19 pandemic: A qualitative thematic analysis. *Midwifery*, 121, 103669.
- Cruz-Ramos, M. C., Hernández-Albújar, Y., & Resurrección, D. M. (Bajo revisión). Mother's experiences of perinatal grief: A qualitative study in Spain
- Cruz-Ramos, M. C., Resurrección, D. M., Baena, Sofía., & Hernández-Albújar, Y. (Bajo revisión). Adolescent motherhood and psychopathology: A systematic review.

Capítulo de libro

- Cruz-Ramos, M. C., Resurrección, D. M., & Hernández-Albújar, Y. (2023). El trastorno de estrés postraumático durante el proceso de embarazo, parto y posparto en adolescentes. En M. del Mar Simón Márquez, J. J. Gázquez Linares, Á. Martos Martínez, P. Molina Moreno, & M. del C. Pérez Fuentes (Eds.), *Actualidad en investigación para la mejora de la salud a lo largo del ciclo vital* (pp. 341–348). Dykinson.
- Cruz-Ramos, M. C., Resurrección, D. M., & Hernández-Albújar, Y. (2022). La experiencia de parto durante la pandemia COVID-19 en Andalucía: un estudio cualitativo. En G. Buela-Casal (coord.), *Advances in clinical psychology. Volume 2* (pp. 46–46). Dykinson.

Comunicaciones en congresos

- La experiencia del parto durante la pandemia COVID-19 en Andalucía: Un estudio cualitativo. (18/09/2022). XV Congreso Internacional de Psicología Clínica.
- Maternidad adolescente y psicopatología: una revisión sistemática. (14/12/2023). IX Congreso Internacional en Contextos Psicológicos,

Educativos y de la Salud, con el título: “Maternidad adolescente y psicopatología: Una revisión sistemática”.

- Mothers’ grief and the discourses of silence: A Foucauldian perspective (20/01/2026). 10th World Conference on Qualitative Research.
- Embarazo adolescente: desafíos y abordaje desde la salud mental perinatal (22/11/2025). Jornadas de Salud Mental Perinatal de la Asociación Española de Psicología Perinatal.

Formación

- Curso. Avances en salud mental reproductiva y perinatal (2021). Universidad de Zaragoza.
- Curso. Especialización en psicoterapia psicoanalítica: el niño y su familia (2021–2023). Universidad Pontificia Comillas.
- Curso. Psicopatología del embarazo, parto y posparto (2022). Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
- Curso. Duelo perinatal: teoría y práctica para su abordaje (2023). Universidad de Vitoria-Gasteiz.

Otros méritos

- Universidad Nacional de Lanús (Buenos Aires, Argentina). Estancia internacional 23/06/2025 a 23/09/2025.
- 28/03/2022. Formación a profesionales de obstetricia y ginecología a través de una sesión clínica sobre la experiencia de parto durante la pandemia de la COVID-19 en el grupo Ginemed a través de FIRST, Fetal IVF Reproduction Simulation Training Center.
- Curso. Tutora de 18 Trabajos de Fin de Máster del Máster en Psicología General Sanitaria. Universidad Internacional de Valencia.

- Curso. Miembro del Tribunal de TFM del Máster en Psicología General Sanitaria. Universidad Internacional de Valencia.



Tesis depositada en la Universidad Loyola Andalucía
Sevilla, 2026

