

Nacimientos en Pandemia: Percepción de las Madres del Uso de Medidas de Precaución Intrahospitalarias COVID-19

Births in Times of Pandemic: Mothers' Views on the Use of COVID-19 Hospital Precautionary Measures

Constanza Mena¹, Javier Cifuentes^{1, 2}, Rosa Silva¹, Rodrigo Lagos¹, Blanca Díaz¹, Elisa Palma¹, Irma Morales-Reyes³, Marcia Olhaberry⁴ and Sergio Ambiado^{1, 2}

¹ Unidad de Neonatología, Clínica INDISA, Santiago, Chile

² Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello

³ Escuela de Psicología, Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación

⁴ Escuela de Psicología e Instituto para la Investigación en Depresión y Personalidad, Pontificia Universidad Católica de Chile

Debido a la pandemia del COVID-19 los protocolos de salud incluyeron medidas de precaución intrahospitalarias adicionales, pudiendo impactar la experiencia de parto y postparto de madres y bebés. Este estudio transversal de metodología mixta describió la experiencia de las madres sobre el uso de las medidas de precaución y su percepción sobre su impacto en el nivel de malestar, emociones positivas y negativas tanto de madres como bebés y en sintomatología depresiva materna. Se obtuvo una muestra por conveniencia en una clínica privada de Santiago, comparando dos grupos: 62 madres con prueba Sars-CoV-2 PCR negativa (controles) y 58 madres con prueba Sars-CoV-2 PCR positiva o pendiente previo al parto (casos), con distintas medidas de precaución según riesgo. Se aplicó una encuesta online diseñada para el estudio y la EDPS. Se usaron pruebas t para comparación de medias, pruebas no paramétricas, y análisis temático cualitativo. Los casos experimentaron mayor malestar que los controles, pero expresaron sentirse más competentes. Un 51,67% de la muestra total presentaba riesgo de depresión postparto sin diferencias significativas entre los grupos. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de malestar, estrés o en las emociones positivas o negativas de los recién nacidos según lo reportado por las madres, pero reportaron un impacto positivo en el vínculo madre-bebé. Durante la pandemia las púerperas han sido expuestas a un contexto altamente estresante que ha impactado su salud mental. Se discuten las implicancias para los protocolos de maternidad y las necesidades de acompañamiento de estas pacientes.

Palabras clave: pandemia COVID-19, medidas de precaución, embarazo, parto, postparto

Due to the COVID-19 pandemic, health institutions adjusted protocols to include additional precautionary measures which may impact mothers' and babies' experiences of birth and post-partum. This mixed-methods cross-sectional study aims to describe mothers' experience of hospital precautionary measures and their view on how these impacted on their levels of discomfort as well as positive and negative feelings experienced by them and their newborns, and maternal depressive symptomatology. A convenience sample from a private clinic in Santiago was used to compare two groups: 62 mothers with a negative Sars-CoV-2 PCR test (controls) and 58 mothers with a positive or pending Sars-CoV-2 PCR test prior to labor (cases), with different precautionary measures applied according to risk. An online questionnaire designed for this study and the EPDS was used. T-tests were used for comparing means as well as non-parametric tests and qualitative thematic analysis. Cases experienced more discomfort than controls, but at the same time they reported feeling significantly more competent. Of the total sample, 51.67% were at risk of postpartum depression, with no significant differences between groups. No significant differences were found in newborns' level of discomfort, stress or positive or negative feelings according to mothers. Mothers reported an overall positive impact on their mother-infant bond. These results emphasize that mothers in their perinatal period have been exposed to a highly stressful context during the pandemic, which has impacted on their mental health. The impact of hospital precautionary measures, their implications for maternity protocols and these patients' need for support are discussed.

Keywords: COVID-19 pandemic, precautionary measures, pregnancy, birth, postpartum period

Constanza Mena  <https://orcid.org/0000-0002-3373-6167>

Javier Cifuentes  <https://orcid.org/0000-0002-3529-6214>

Rosa Silva  <https://orcid.org/0000-0001-5316-156X>

Marcia Olhaberry  <https://orcid.org/0000-0002-5135-2175>

Sergio Ambiado  <https://orcid.org/0000-0003-1074-3644>

No se ha utilizado ningún financiamiento para este estudio y no existe ningún conflicto de intereses en relación con la publicación de este artículo. La correspondencia debe ser enviada a Constanza Mena, Unidad de Neonatología, Clínica INDISA, Avda. Santa María 1810, Providencia, Santiago, Región Metropolitana, Chile. Email: cmena@neored.net

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia el brote de coronavirus (COVID-19). Las medidas de salud pública implementadas para contener su propagación han ido acompañadas de innumerables consecuencias psicológicas y sociales que afectan a las personas y a sus comunidades (Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, 2020).

En el contexto de una pandemia, es habitual que las personas se sientan estresadas y preocupadas por su salud y la de sus familias. Pueden experimentar miedo a enfermarse, a morir, a perder el trabajo, a no poder proporcionar ingresos suficientes a sus familias, a verse separados de sus seres queridos debido al bloqueo y al aislamiento social, y mucho más (Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, 2020).

Estar embarazada y/o tener un hijo es, idealmente, una experiencia llena de sentimientos positivos. Sin embargo, muchas mujeres sufren ansiedad y depresión durante el periodo perinatal (Topalidou et al., 2020). Además, en condiciones de estrés extremo, emergencia o catástrofe natural, aumenta el riesgo de desarrollar trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Estudios recientes realizados durante la pandemia han mostrado un aumento de la violencia hacia las mujeres (Sediri et al., 2020; ONU-Mujeres, 2020), así como una mayor preocupación por el parto y los cuidados neonatales, separaciones tempranas madre-bebé, ansiedad ante la muerte (Fakari & Simbar, 2020) y miedo generalizado (Romero et al., 2020), todos ellos factores de estrés adicionales para las futuras madres. Se ha descubierto que las mujeres experimentan más angustia mental durante la pandemia (Simha et al., 2020); concretamente, los estudios han demostrado que las mujeres en periodo perinatal son más vulnerables a desarrollar dificultades de salud mental durante la pandemia (Almeida et al., 2020).

Las instituciones sanitarias han tenido que ajustar sus protocolos clínicos para embarazadas y recién nacidos (RN) con el fin de garantizar la salud y el bienestar de todos sus pacientes. Sin embargo, estas nuevas medidas pueden repercutir en las madres y sus bebés, ya que pueden implicar la separación física entre ellos, la restricción del contacto y las visitas, y el uso de equipos de protección individual (EPI), que no son los protocolos habituales con estos pacientes. La evidencia demuestra que los RN son altamente dependientes de sus cuidadores principales y que su desarrollo emocional, social y cognitivo se construye dentro de la relación de apego madre-bebé (Winston & Chicot, 2016). Además, se sabe que el contacto piel con piel fomenta la estabilidad fisiológica y la organización conductual de los RN y promueve el apego madre-bebé (Browne, 2004). Restringir estas experiencias de la madre y el bebé puede dificultar el establecimiento de su vínculo y repercutir en su salud mental.

En el centro de salud donde se realizó este estudio, en Santiago de Chile, a toda paciente embarazada que ingresa se le pide que se haga una prueba de PCR de Sars-CoV-2 no más de 72 horas antes del parto. Si se trata de un parto de urgencia, se realiza una encuesta de riesgo y se toma la PCR de Sars-CoV-2 si la madre no la ha hecho ya. Las pacientes que refieren factores de riesgo son tratadas como "sospechosas" o COVID-19 positivas según los protocolos correspondientes de maternidad y neonatología. Si en la encuesta no consta ningún riesgo de tener COVID-19, las pacientes son tratadas con medidas de precaución hasta que se obtienen los resultados de la prueba. Hasta la fecha, no existe evidencia en Chile que describa cómo viven las madres el uso de estas medidas. Este estudio busca contribuir al conocimiento en esta área.

El objetivo principal del presente estudio fue describir las opiniones de las madres sobre el uso de medidas de precaución hospitalarias y cómo perciben que estas medidas podrían haber repercutido en su propia salud mental y en la de su NB, teniendo en cuenta la sintomatología depresiva materna, el nivel de malestar y los sentimientos positivos y negativos tanto de la madre como del bebé durante el parto y el posparto. Se espera que las madres que tuvieron que seguir medidas de precaución adicionales informen de una visión más negativa de su experiencia del parto y posparto y que informen de niveles más altos de sintomatología.

Método

Diseño

Se realizó un estudio transversal cuasiexperimental de métodos mixtos. Se tuvieron en cuenta tanto análisis exploratorios cualitativos como análisis descriptivos cuantitativos. Se compararon dos grupos de pacientes según su estado en el momento del ingreso:

1. *Casos*: Se trataba de madres que pertenecían a una de estas tres categorías:
 - confirmada COVID (+) durante el parto.
 - resultado pendiente de la prueba PCR Sars-CoV-2 durante el parto y haber identificado factores de riesgo en su encuesta ("sospechoso" y tratado como COVID-19(+) hasta que se demuestre lo contrario).
 - pendientes del resultado de la prueba PCR de Sars-CoV-2, pero sin factores de riesgo identificados ("preventivos" y se les pide que sigan medidas de precaución específicas hasta que se conozca el resultado de la prueba PCR).
2. *Controles*: Madres en las que se confirmó la presencia de COVID-19(-) durante el parto y que sólo tuvieron que seguir los nuevos protocolos utilizados durante la pandemia para todos los pacientes; es decir, recibieron el tratamiento habitual durante la pandemia.

La tabla 1 muestra los protocolos específicos relativos al uso de medidas cautelares en los servicios de maternidad y neonatología aplicados en cada grupo.

Tabla 1

Medidas de precaución según la condición de cada grupo

	Casos		Controla
	COVID-19(+)/ sospechoso con síntomas moderados a graves	Preventivo/asintomático COVID-19(+)/ sospechoso o COVID-19(+) con síntomas menores	COVID-19(-) o tratamiento habitual
Contacto piel con piel	No está permitido.	Tras el parto, se puede mantener un contacto piel con piel protegido y supervisado durante 30 minutos; las madres deben utilizar una mascarilla y desinfectarse las manos.	Permitido.
Localización del NB y contacto con la madre	Debe permanecer en la habitación de la madre o es ingresada en la UCIN si la madre presenta síntomas o no puede ocuparse del bebé. La madre no puede visitar al bebé en la UCIN hasta que se recupere (14 días). Un familiar sano sin contacto puede visitar al bebé durante su hospitalización.	Debe permanecer en la habitación de la madre, donde la cuna del bebé debe estar a una distancia mínima de 1,8 m de la cara de la madre. La madre sólo puede tener contacto físico con el bebé durante la alimentación. Existe una guardería especial sólo para intervenciones breves para estos bebés.	Puede permanecer en la habitación de la madre y/o pasar periodos de tiempo en la guardería habitual.
Alimentación	Fórmula si el recién nacido está en la UCIN (los procedimientos de higienización y la infraestructura necesaria no están disponibles en la guardería). Lactancia protectora si el RN está en la habitación de la madre: las madres deben usar mascarilla y lavarse las manos o higienizarlas con alcohol en gel.	Lactancia protectora: las madres deben utilizar mascarilla y lavarse las manos o higienizarlas con alcohol en gel.	Puede amamantar o dar leche artificial a voluntad.
Visitantes	La madre no puede recibir visitas.	Sólo se permite que una persona visite a la madre durante toda su estancia.	Sólo se permite que una persona visite a la madre durante toda su estancia.
Uso de EPI	Uso permanente de mascarillas.	Uso permanente de mascarillas.	Uso de mascarillas sólo cuando haya personal médico en la habitación.

Nota. NB: Recién nacido, UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, EPI: Equipo de Protección Individual.

* Los protocolos de lactancia materna se mantuvieron durante la pandemia, en la que se dio prioridad al alojamiento en habitaciones para promover la lactancia materna. Las matronas de maternidad apoyaron la lactancia materna.

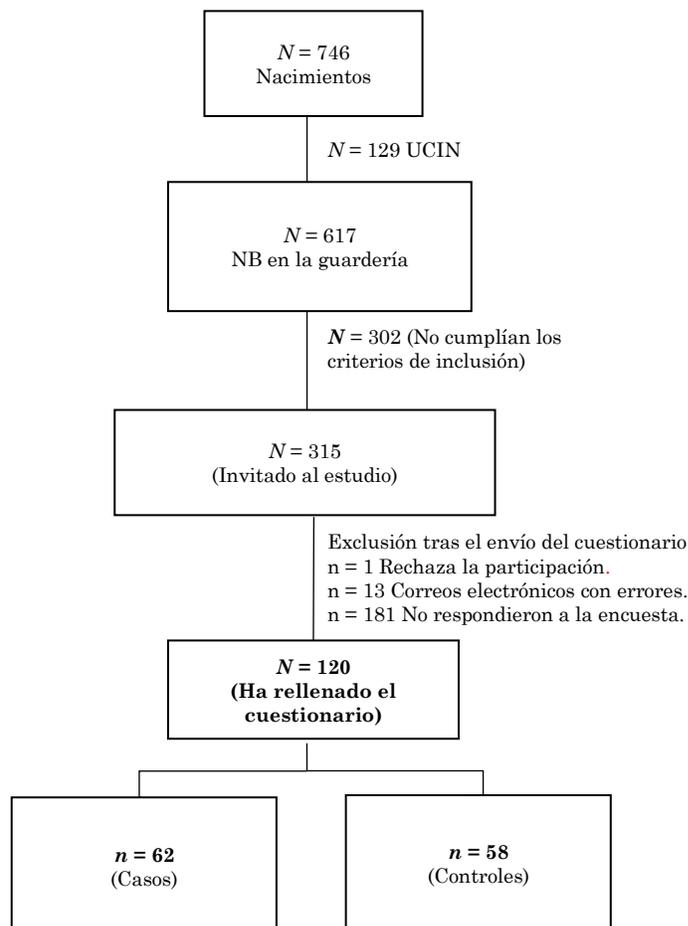
Participantes

Se obtuvo una muestra de conveniencia de pacientes que dieron a luz en una clínica privada de Santiago de Chile durante la pandemia de COVID-19, entre agosto y octubre de 2020. Durante este período, la mayoría de las comunas aún se encontraban en bloqueo total. Las madres que dieron a luz durante este tiempo experimentaron los últimos meses de su embarazo durante el pico más alto de la pandemia hasta el momento. Doce semanas antes del reclutamiento había una media de 203,6 nuevos casos por millón de personas (Mathieu et al., 2020). Sin embargo, durante los meses en que se realizó el estudio las tasas de infección fueron disminuyendo, con una media de 87,9 nuevos casos por millón de personas (Mathieu et al., 2020).

Se consideraron criterios de inclusión todas las madres que hablaran español con fluidez y tuvieran acceso a Internet. Se excluyeron las madres de RN ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) por motivos no relacionados con el COVID-19, ya que las investigaciones demuestran que tener un RN hospitalizado puede constituir un acontecimiento traumático y las tasas de depresión de estos padres son más elevadas (Bonacquisti et al., 2020). Asimismo, se excluyeron del estudio las madres menores de edad (< 18 años).

Todas las madres que cumplían los criterios de inclusión fueron invitadas a participar por el personal de la UCIN antes de su alta. Estos miembros del personal no tenían contacto previo con las madres y no estaban implicados en el cuidado de los recién nacidos ni de las madres. El cuestionario se envió a un total de 315 madres. De ellas, 13 correos electrónicos presentaron errores y no fueron entregados a sus destinatarias. A las madres que no respondieron al cuestionario en la primera semana se les envió el enlace una vez más. Un total de 121 madres respondieron y sólo una declinó explícitamente participar en el estudio, lo que dio como resultado un total de 120 participantes: 62 controles y 58 casos (véase la figura 1). En cuanto a las madres que no cumplimentaron el cuestionario, 115 eran controles y 66 casos. No se dispone de información adicional sobre los motivos por los que estas madres decidieron no participar.

Figura 1
Diagrama de flujo de la recogida de datos



Medidas

Cuestionario de autoinforme

Se diseñó un cuestionario de autoinforme en línea en una plataforma gratuita para los fines específicos de este estudio. Dado que el cuestionario no pretendía evaluar un constructo concreto, no requería un estudio de validación. Contenía 34 preguntas cerradas en escala Likert y 13 preguntas abiertas (véanse ejemplos de los ítems incluidos en el cuestionario en la Tabla 2). El cuestionario exploraba la experiencia de las madres con las medidas de precaución (cantidad y calidad de la información recibida, nivel de acuerdo y adherencia a las medidas) y la percepción de las madres sobre el impacto de estas medidas en su nivel de estrés y malestar, así como los sentimientos positivos y negativos experimentados por las madres y su RN durante el parto y el posparto. Asimismo, se les invitó a expresar su opinión sobre cómo estas medidas podrían haber repercutido en su vínculo madre-hijo. Además, se pidió a las participantes que informaran sobre su sintomatología depresiva materna actual.

Tabla 2

Ejemplos de distintos tipos de ítems del cuestionario en línea

Artículo	Tipo
La cantidad de información sobre las medidas de precaución que tenía que seguir con mi bebé era...	Escala Likert: Muy insuficiente / Insuficiente / Suficiente / Muy bueno / Excelente
En general, ¿cuál era su nivel de acuerdo con estas medidas de precaución?	Escala Likert: Totalmente en desacuerdo / En desacuerdo / Ni de acuerdo ni en desacuerdo / De acuerdo / Totalmente de acuerdo
¿Cuántas molestias le causaron las medidas cautelares?	Escala Likert: Muy poco / Poco / Un poco / Mucho / Muchísimo
En general, ¿cómo de estresante fue el parto y los primeros días posparto para tu recién nacido?	Escala Likert: Extremadamente estresante / Muy estresante / Estresante / Muy poco estresante / Nada estresante
¿En qué medida su experiencia del embarazo se vio afectada negativamente por la pandemia COVID-19?	Escala Likert: En absoluto / Muy poco / Algo / Considerable / Extremo
¿De qué manera su experiencia del embarazo se vio afectada negativamente por la pandemia COVID-19?	Abierto
¿Qué le ayudó a hacer frente a las dificultades que menciona?	Abierto
¿Cuál ha sido el aspecto más difícil de tener un bebé en la pandemia COVID-19?	Abierto
¿Cuál cree que ha sido el aspecto más difícil para su recién nacido?	Abierto
Teniendo en cuenta tu estancia en el hospital durante el parto y el posparto, sentiste.... Seguro/Ansioso/Culpable/Cómodo	Opción múltiple para cada sentimiento: En absoluto / Muy poco / Algo / Mucho / Mucho
En general, ¿qué sentimientos cree que experimentó su recién nacido durante el parto y los primeros días después del parto?	Opción múltiple: Tranquilo / Bien cuidado / Querido / Acompañado / Tranquilo / Solo / Asustado / Estresado / Confuso / Preocupado / Irritable

Las variables relacionadas con los sentimientos de las madres o NB se agruparon en sentimientos positivos y negativos. Se preguntó a las madres por la intensidad de los sentimientos que experimentaron durante el parto y el posparto. En concreto, se les preguntó por seis sentimientos positivos (tranquila, segura, pacífica, cómoda, competente y entusiasta) y 10 sentimientos negativos (tensa, alterada, arrepentida, ansiosa, preocupada, culpable, irritable, triste, enfadada y angustiada). Se tuvieron en cuenta los sentimientos positivos y negativos, ya que los estudios han demostrado que una mayor tendencia a presentar afectos negativos durante acontecimientos estresantes puede estar relacionada con la depresión (Wichers et al., 2007) mientras que el afecto positivo ante el estrés puede ser un signo de resiliencia y un factor de protección frente a la depresión (Fredrickson, 2001). Específicamente, con respecto a la depresión posparto, la investigación ha encontrado que el afecto positivo durante el embarazo puede tener un papel protector, mientras que el afecto negativo durante el embarazo tiene una mayor asociación con la depresión posparto (Bos et al., 2013).

Del mismo modo, también se pidió a las madres que informaran sobre la presencia o ausencia percibida de sentimientos en sus bebés, en concreto, cinco sentimientos positivos (tranquilo, bien cuidado, querido, acompañado y tranquilo) y seis negativos (solo, asustado, estresado, confuso, preocupado e irritable). Aunque en un rango de expresión bastante reducido, los estudios han demostrado que los RN experimentan diferentes emociones (Lewis, 2008) y se han desarrollado varias herramientas en las que se evalúa el afecto infantil (Cárcamo et al., 2014; Mesman et al., 2009).

También se consideraron variables sociodemográficas, el impacto psicológico de la pandemia durante el embarazo y los factores de estrés asociados a la pandemia para garantizar que ambos grupos tuvieran condiciones similares antes del uso de medidas preventivas. Se consideraron 18 factores de estrés asociados a la pandemia COVID-19 evaluando cinco categorías diferentes: medidas sanitarias (encierro voluntario u obligatorio y dificultades para acceder a productos esenciales), estrés económico o laboral (pérdida del empleo, suspensión temporal del empleo y disminución de los ingresos familiares), familiar (pérdida del cuidado de los hijos, aislamiento de la familia y los amigos, ruptura de la pareja, y luto relacionado o no con el COVID), cambio de residencia (domicilio, municipio o ciudad) y salud (enfermedad relacionada o no con el COVID, hospitalización relacionada o no con el COVID y enfermedad relacionada o no con el COVID de un pariente cercano o familiar).

Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS)

Para evaluar la sintomatología depresiva materna, el cuestionario también incluía la EPDS. Se trata de una escala de autoinforme de 10 ítems utilizada internacionalmente para detectar la depresión posparto. Las puntuaciones de la EPDS oscilan entre 0 y 30, donde las puntuaciones más altas indican mayor sintomatología. Se utilizó la versión validada en Chile por Jadresic et al. (1995), que muestra una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,77 para la población chilena, 76,7% de sensibilidad y 92,5% de especificidad. Considera un punto de corte de 10 para indicar riesgo de depresión postnatal.

Procedimiento

Este estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Andrés Bello. Las madres no recibieron ninguna retribución monetaria por su participación en el estudio, y sus respuestas no afectaron la atención médica prestada ni generaron costos adicionales para la familia. Se entregó información escrita sobre el estudio y sus objetivos. Se pidió a las madres su dirección personal de correo electrónico, donde recibieron el cuestionario en línea y una copia del formulario de consentimiento en un plazo no superior a tres días tras el alta. Las participantes debían declarar su consentimiento en línea para acceder al cuestionario. Todos los resultados se anonimizaron para garantizar la confidencialidad. Las madres completaron el cuestionario en el primer mes, con una media de 6,61 ($DE = 4,68$) días después del alta.

Análisis de datos

Se realizaron pruebas preliminares en SPSS 21.0 para cada variable con el fin de evaluar su distribución y determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Se utilizaron *pruebas t de Student* para comparar ambos grupos en el caso de variables con distribuciones normales. La prueba *U de Mann-Whitney* se utilizó como alternativa no paramétrica. Se realizaron pruebas de rango de Spearman para evaluar las asociaciones entre variables. Los datos categóricos se compararon mediante χ^2 . Para realizar las pruebas de χ^2 en el caso de variables con cinco o más categorías en las escalas de Likert, se fusionaron algunas categorías según el criterio de los investigadores y siguiendo la supuesta intención de cada posible respuesta. Esto permitió una lectura e interpretación más fluida de los resultados de χ^2 cuando no había suficientes casos teóricos por celda para hacerlo. A pesar de ello, cuando no había suficientes casos teóricos por celda para realizar una prueba de χ^2 , se utilizó una prueba exacta de Fisher. Se utilizó un nivel de significación de 0,01 para todas las pruebas.

Los datos cualitativos se analizaron mediante análisis temático (Braun y Clarke, 2006). Cada grupo de preguntas abiertas fue codificado por diferentes parejas de investigadores para garantizar la triangulación de los datos.

Resultados

Descripción de la muestra

Datos sociodemográficos

Ambos grupos presentaban condiciones sociodemográficas similares (véase la Tabla 3). Se encontraron diferencias significativas para el tipo de parto, donde el 93,5% de los controles tuvieron cesárea frente al 50% de los casos. Del total de la muestra, el 85,8% de las madres tuvieron un embarazo fisiológico sin morbilidad, $\chi^2(1, n = 120) = 0,168, p = 0,682$, y el 96,7% de las madres tuvieron partos a término, $\chi^2(1, n = 120) = 4,423, p = 0,035$, sin diferencias significativas entre grupos.

Tabla 3

Medidas sociodemográficas

Variable	Casos ($n = 58$)	Controles ($n = 62$)	Total ($n = 120$)	Prueba estadística
Edad	$M = 33,93, SD = 4,50$	$M = 34,66, SD = 4,54$	$M = 34,31, SD = 4,52$	$t(118) = 0,884, p = 0,378$
Primer hijo	37 (63.80%)	34 (54.80%)	71 (59.20%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,995, p = 0,319$
Seguro de enfermedad privado	58 (100%)	59 (95.20%)	117 (97.50%)	$\chi^2(1, n = 120) =, p = 0,245$
En una relación de pareja	56 (96.55%)	61 (98.38%)	117 (97.50%)	$\chi^2(1, n = 120) =, p = 0,609$
Con permiso de maternidad retribuido	53 (91.40%)	53 (85.50%)	106 (88.30%)	$\chi^2(1, n = 120) = 1,011, p = 0,315$
Embarazo gemelar	0	1 (1.60%)	1 (0.80%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,943, p = 0,331$
Edad gestacional	$M = 38,26, SD = 1,22$	$M = 38,66, SD = 0,92$	$M = 38,45, SD = 1,10$	$U = 1436, p = 0,046$
Peso NB	$M = 3224,31, SD = 435,64$	$M = 3453,69, SD = 515,29$	$M = 3336,36, SD = 493,28$	$t(118) = 2,624, p = 0,010^*, d = 0,481, IC del 99\% [0,543, 458,223]$
Tipo de nacimiento	29 (50.00%)	4 (6.50%)	33 (27.50%)	$\chi^2(1, n = 120) = 28,504, p < 0,001$
Acompañamiento durante el parto	56 (96.60%)	62 (100%)	118 (98.30%)	$\chi^2(1, n = 120) =, p = 0,232$

*Aunque estadísticamente significativa, esta diferencia no tiene relevancia clínica.

La experiencia de la pandemia durante el embarazo

En relación con los factores de estrés a los que estuvieron expuestas las madres durante la pandemia: no se encontraron diferencias entre los grupos en la cantidad de factores de estrés señalados, $U = 1638,5, p = 0,394$, ni para cada factor individual (ver tabla 4). Los factores de estrés más mencionados se asociaron a las medidas sanitarias, como los encierros obligatorios (81,7%) o voluntarios (79,2%), y a los factores familiares relacionados con éstas, como tener que aislarse de la familia y los amigos (80%). Cabe mencionar que el 34,2% del total de la muestra informó de una disminución de sus ingresos familiares.

Cuadro 4
Factores de estrés durante la pandemia

Variable	Casos (<i>n</i> = 58)	Controles (<i>n</i> = 62)	Total (<i>n</i> = 120)	Prueba estadística
Cierre obligatorio	48 (82.80%)	50 (80.60%)	98 (81.70%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,089, p = 0,765$
Cierre voluntario	45 (77.60%)	50 (80.60%)	95 (79.20%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,170, p = 0,680$
Pérdida de empleo	2 (3.40%)	1 (1.60%)	3 (2.50%)	*
Suspensión temporal de empleo	3 (5.20%)	7 (11.30%)	10 (8.30%)	$\chi^2(1, n = 120) = 1,468, p = 0,226$
Cambio de domicilio	7 (12.10%)	9 (14.50%)	16 (13.30%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,155, p = 0,694$
Cambio de municipio o ciudad	5 (8.60%)	8 (12.90%)	13 (10.80%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,569, p = 0,451$
Hospitalización no relacionada con COVID	42 (72.40%)	48 (77.40%)	90 (75.00%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,400, p = 0,527$
Hospitalización relacionada con COVID	3 (5.20%)	8 (12.90%)	11 (9.20%)	$\chi^2(1, n = 120) = 2,151, p = 0,142$
Pérdida de guarderías	13 (22.40%)	15 (24.20%)	28 (23.30%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,053, p = 0,818$
Aislamiento de la familia y los amigos	45 (77.60%)	51 (82.30%)	96 (80.00%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,409, p = 0,523$
Ruptura de pareja	1 (1.70%)	1 (1.60%)	2 (1.70%)	*
Dificultades para acceder a productos esenciales	9 (15.50%)	6 (9.70%)	15 (12.50%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,934, p = 0,334$
Enfermedad no relacionada con COVID de un pariente cercano o familiar	4 (6.90%)	4 (6.50%)	8 (6.70%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,010, p = 0,922$
Tenía COVID	2 (3.40%)	1 (1.60%)	3 (2.50%)	*
Enfermedad relacionada con COVID de un pariente cercano o familiar	8 (13.80%)	9 (14.50%)	17 (14.20%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,013, p = 0,910$
Luto relacionado con COVID	3 (5.20%)	2 (3.20%)	3 (2.50%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,284, p = 0,594$
Luto no relacionado con COVID	6 (10.30%)	5 (8.10%)	11 (9.20%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,187, p = 0,665$
Disminución de los ingresos familiares	18 (31.10%)	23 (37.10%)	41 (34.20%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0,490, p = 0,484$

*No se realizaron pruebas estadísticas porque no había suficientes casos por celda.

Con respecto a cómo percibían las madres que la pandemia había impactado en sus embarazos, los datos mostraron que ambos grupos experimentaron un impacto similar ($\chi^2 (2, n = 120) = 5,66, p = 0,059$). Del total de la muestra, el 49,17% declaró que la COVID-19 había repercutido negativamente en su embarazo de forma considerable o extrema.

Complementando estos datos con el análisis cualitativo de las preguntas abiertas, 87 madres señalaron que lo más difícil durante el embarazo fue no poder compartir la experiencia con su familia extensa y no disponer de su red de apoyo debido al encierro. Asimismo, 10 madres mencionaron que se sintieron más vulnerables durante el embarazo y que tuvieron que tomar precauciones adicionales. Las madres también afirmaron sentirse asustadas, ansiosas, preocupadas y solas o informaron de otros impactos psicológicos similares de la pandemia durante sus embarazos:

Para mí, gestar y criar hijos se hace "en tribu", y yo no tuve a mi tribu (familia, amigos, etc.) durante todo este periodo. Nadie me vio con mi barriga. Si no fuera por las redes sociales, nadie habría sabido que estaba embarazada. Tengo a mi marido y a mi otro hijo, pero la verdad es que me sentí muy sola en este embarazo. (caso)

Las normas sanitarias fueron mencionadas por 19 participantes como generadoras de estrés durante el embarazo debido a las dificultades para acceder a productos esenciales para sus bebés, tener que acudir a revisiones médicas sin compañía o tener que pedir una autorización especial para salir de casa:

Me estresó tener que coordinar revisiones médicas y pruebas el mismo día con un tiempo muy limitado porque sólo se permitían dos autorizaciones y durante sólo tres horas. (control)

Asimismo, 14 madres señalaron que la pandemia afectó a la planificación de la llegada del bebé y que tuvieron que cambiar o abandonar lo que habían planeado o soñado:

No poder compartir con la familia y amigos este hermoso proceso, tener que dejar de hacer actividades para mi bebé, como una sesión de fotos o el babyshower, trabajar desde casa, encierro preventivo, aislamiento social y no poder comprar las cosas del bebé, etc. (control).

A pesar de sentir la ausencia de su familia extensa, 76 participantes mencionaron que lo que más les ayudó a afrontar estas dificultades fue la presencia de su familia nuclear, especialmente el apoyo de su pareja. Diecisiete madres también destacaron la tecnología como herramienta para comunicarse con sus seres queridos:

Tener un buen compañero en casa, en este caso mi marido, que es muy comprensivo y que te apoya y te ayuda... al final no era capaz ni de atarme los cordones... y que tiene iniciativa con las tareas domésticas. El uso de la tecnología también me ha permitido recibir muchas muestras de afecto. (control)

Aplicación de medidas cautelares hospitalarias

En lo que respecta a la afección por COVID-19 de las madres, todas las participantes utilizaron medidas de precaución de forma preventiva (véase la Tabla 1), y sólo una paciente dio positivo por COVID-19 mientras se encontraba asintomática. Estas medidas se levantaron tras la obtención de un resultado negativo en la prueba PCR, que, por término medio, se produjo 24 horas después de la realización de la prueba. Ningún lactante fue hospitalizado debido al COVID-19. Los controles siguieron las medidas pandémicas detalladas anteriormente.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a la percepción de las madres sobre la cantidad de información recibida acerca de las medidas, $\chi^2 (1, n = 120) = 0,001, p = 0,970$, la calidad y claridad de la información, $\chi^2 (1, n = 120) = 0,269, p = 0,604$, o su nivel de acuerdo con las medidas, $\chi^2 (2, n = 120) = 2,378, p = 0,304$. De toda la muestra, el 79,17% informó de que la cantidad de información era satisfactoria, el 80,83% consideró satisfactoria la calidad y claridad de la información y el 82,50% mencionó estar de acuerdo con las medidas aplicadas por el hospital. Sólo una madre (1,72%), perteneciente al grupo de casos, opinó que las medidas no eran necesarias en absoluto.

En referencia al nivel de adherencia a las medidas, el 49,17% de toda la muestra informó haber seguido las medidas con la máxima precisión sin diferencias significativas entre grupos, $\chi^2 (1, n = 120) = 4,063, p = 0,044$. Ambos grupos mostraron niveles similares de preocupación por contraer COVID-19 durante su estancia en el hospital, $\chi^2 (1, n = 120) = 0,688, p = 0,407$, con un 50,42% de la muestra total preocupada, muy preocupada o extremadamente preocupada.

Asimismo, el 66,67% del total de la muestra manifestó estar preocupado, muy preocupado o extremadamente preocupado de que su NB pudiera contraer COVID-19 durante su estancia en el hospital, sin diferencias significativas entre los grupos, $\chi^2(1, n = 120) = 0,818, p = 0,366$. Además, el 55,83% de la muestra total informó que la COVID-19 podría tener efectos físicos graves o muy graves en su NB; no hubo diferencias significativas entre los grupos, $\chi^2(2, n = 120) = 0,494, p = 0,781$.

La experiencia de las medidas cautelares hospitalarias durante el parto y el posparto

Con respecto a cómo percibían las madres que les habían afectado las medidas de precaución hospitalarias durante su estancia en el hospital (véase la Tabla 4), los casos declararon experimentar más malestar que los controles. Dentro de los casos, el 31,03% informó del nivel más bajo de malestar (*muy poco*) y el 6,90% del más alto (*mucho*), en comparación con los controles, de los que ningún participante informó de *mucho* o *bastante* malestar y el 12,90% marcó el nivel más bajo. El nivel de malestar se asoció con la adherencia a las medidas, $r_s = -0,261, p = 0,004$, donde a mayor adherencia menor malestar. El nivel de incomodidad comunicado por las madres no se asoció con el nivel de acuerdo con las medidas de precaución del hospital, $r_s = -0,134, p = 0,144$, la percepción de las madres de la necesidad de estas medidas, $r_s = -0,116, p = 0,206$, su preocupación por contraer ellas mismas la COVID-19, $r_s = 0,011, p = 0,907$, o su NB contrayendo la COVID, $r_s = -0,061, p = 0,511$.

No se encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto a lo diferente que fue su experiencia de parto y posparto respecto a sus expectativas, $\chi^2(1, n = 120) = 0,716, p = 0,397$, con un 24,17% del total de la muestra indicando que fue muy o radicalmente diferente a lo que esperaban. La diferencia entre su experiencia del parto y posparto y sus expectativas previas no se asoció con el momento en que fueron informadas de las medidas cautelares del hospital, $r_s = 0,081, p = 0,381$, es decir, antes, durante o después del parto.

En cuanto a los sentimientos experimentados por las madres durante el parto y el posparto, como ya se ha mencionado, se agruparon en sentimientos positivos y negativos. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en el total de sentimientos positivos ni en el total de sentimientos negativos. Al seleccionar cada sentimiento por separado, los casos informaron sentirse significativamente más "competentes" que los controles, $\chi^2(2, n = 120) = 12,236, p = 0,002$. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos para ningún otro sentimiento (véase la tabla 5).

Tabla 5

Las emociones de las madres durante el parto y el posparto

Sentimientos de las madres	Casos (n = 58)			Controles (n = 62)			χ^2	p
	En absoluto	Muy poco/ poco/ algo	Considera ble/ extremo	En absoluto	Muy poco/ poco/ algo	Considera ble/ extremo		
Calma	3 (5.20%)	13 (22.40%)	42 (72.40%)	4 (6.50%)	23 (37.10%)	35 (56.50%)	3.427 (2, n = 120)	0.180
Seguro	3 (5.20%)	10 (17.20%)	45 (77.60%)	1 (1.60%)	17 (27.40%)	44 (71.00%)	2.696 (2, n = 120)	0.260
Tense	18 (31.00%)	27 (46.60%)	13 (22.40%)	15 (24.20%)	34 (54.80%)	13 (21.00%)	0.944 (2, n = 120)	0.624
Molesto	42 (72.40%)	13 (22.40%)	3 (5.20%)	44 (71.00)	15 (24.20%)	3 (4.80%)	0.056 (2, n = 120)	0.972
Arrepentido	49 (84.50%)	7 (12.10%)	2 (3.40%)	50 (80.60%)	7 (11.30%)	5 (8.10%)	1.164 (2, n = 120)	0.559

(continúa)

Tabla 5 (Conclusión)

Las emociones de las madres durante el parto y el posparto

Sentimientos de las madres	Casos (n = 58)			Controles (n = 62)			χ^2	p
	En absoluto	Muy poco/ poco/ algo	Considera ble/ extremo	En absoluto	Muy poco/ poco/ algo	Considera ble/ extremo		
Ansioso	17 (29.30%)	19 (32.80%)	22 (37.90%)	9 (14.50%)	19 (30.60%)	34 (54.80%)	4.905 (2, n = 120)	0.086
Cómodo	4 (6.90%)	15 (25.90%)	39 (67.20%)	0 (0.00%)	23 (37.10%)	39 (62.90%)	5.557 (2, n = 120)	0.062
Competente	2 (3.45%)	36 (62.07%)	20 (34.48%)	11 (17.70%)	39 (62.90%)	12 (19.40%)	5.557 (2, n = 120)	0.002
Preocupado	10 (17.20%)	29 (50.00%)	19 (32.80%)	9 (14.50%)	32 (51.60%)	21 (33.90%)	12.236 (2, n = 120)	0.920
Culpable	49 (84.50%)	5 (8.60%)	4 (6.90%)	49 (79.00%)	7 (11.30%)	6 (9.70%)	0.601 (2, n = 120)	0.741
Irritable	41 (70.70%)	13 (22.40%)	4 (6.90%)	44 (71.00%)	13 (21.00%)	5 (8.10%)	0.084 (2, n = 120)	0.959
Triste	29 (50.00%)	19 (32.80%)	10 (17.20%)	37 (59.70%)	18 (29.00%)	7 (11.30%)	1.394 (2, n = 120)	0.498
Angustiado	29 (50.00%)	22 (37.90%)	7 (12.10%)	34 (54.80%)	17 (27.40%)	11 (17.70%)	1.795 (2, n = 120)	0.408
Loco	48 (82.8%)	8 (13.80%)	2 (3.40%)	51 (82.30%)	9 (14.50%)	2 (3.20%)	0.016 (2, n = 120)	0.992
Entusiasta	6 (10.30%)	9 (15.50%)	43 (74.10%)	3 (4.80%)	13 (21.00%)	46 (74.20%)	1.697 (2, n = 120)	0.428
En paz	3 (5.20%)	17 (29.30%)	38 (65.50%)	8 (12.90%)	23 (37.10%)	31 (50.00%)	3.754 (2, n = 120)	0.153

Se encontró una asociación entre los sentimientos positivos de las madres y su preocupación de que su RN pudiera contraer la COVID-19 durante su estancia en el hospital, $r_s = -0,236$, $p = 0,009$: cuando las madres manifestaron más sentimientos positivos, manifestaron menos preocupación de que su RN contrajera la COVID-19. Los sentimientos positivos de las madres no se asociaron con la preocupación de contraer ellas mismas la COVID-19, $r_s = -0,177$, $p = 0,055$, su acuerdo con las medidas de precaución del hospital, $r_s = -0,059$, $p = 0,523$, su percepción de la necesidad de estas medidas, $r_s = -0,154$, $p = 0,093$, o sus expectativas previas de sus experiencias de parto y posparto, $r_s = -0,189$, $p = 0,038$.

No se observaron diferencias significativas entre grupos en la sintomatología depresiva ni en la cantidad de madres que superaban la puntuación de corte, es decir, que estaban en riesgo de depresión posparto, con una media de 9,78 y una desviación típica de 5,43: 62 madres de la muestra total (51,67%) estaban en riesgo de desarrollar depresión posparto.

En cuanto al impacto general de la pandemia en la experiencia de las pacientes durante el parto y el posparto, no se observaron diferencias significativas entre los grupos, $\chi^2 (1, n = 120) = 1,230$, $p = 0,267$. Del total de la muestra, el 28,33% declaró un impacto considerable o extremadamente negativo durante el parto y el posparto.

Tabla 6

Percepción de las madres del impacto psicológico de las medidas de precaución hospitalarias durante el parto y el posparto

Variable	Casos (<i>n</i> = 58)	Controles (<i>n</i> = 62)	Prueba estadística
Malestar	30 (51.72%)	16 (25.81%)	$\chi^2(1, n = 120) = 8.515,$ $p = 0.004$
Sentimientos positivos (máx. 30 puntos)	$M = 19,24, SD = 5,47$	$M = 17,29, SD = 5,47$	$t(118) = -2.016,$ $p = 0.046$
Sentimientos negativos (máx. 50 puntos)	$M = 16,36, SD = 5,16$	$M = 16,98, SD = 5,40$	$U = 1668.5,$ $p = 0.495$
Síntomas depresivos posparto	$M = 10,20, SD = 5,30$	$M = 9,40, SD = 5,60$	$t(118) = -0.893,$ $p = 0.374$
Riesgo de depresión posparto	33 (56.89%)	29 (46.77%)	$\chi^2(1, n = 120) = 1.230,$ $p = 0.267$

Complementando estos resultados con la información obtenida de las preguntas abiertas, 58 madres informaron que el menor contacto con la familia extensa era algo que impactaba negativamente en su experiencia. Por el contrario, 21 madres señalaron que no había ningún impacto negativo o que no poder recibir visitas durante su estancia en el hospital era algo positivo, porque les permitía tener un tiempo íntimo con su familia y su pareja:

No me afectó, porque estuve acompañada en todo momento por mi marido, y el postparto fue mucho más íntimo para los tres sin visitas. (caso)

Ambos grupos señalaron que las medidas de precaución del hospital causaron molestias durante el parto y el posparto, aunque los casos lo señalaron con mayor frecuencia (31,03%) que los controles (14,52%). Los casos informaron que recibieron menos ayuda de los profesionales sanitarios o que a veces fueron atendidos "desde la puerta", debido a las restricciones de distancia física y al uso de EPI.

Tener que parir con mascarilla era muy incómodo. En estos procesos, en los que una tiene más necesidad de contención por parte del equipo médico, por razones que son comprensibles, el equipo médico tuvo que mantener las distancias en general y exigió que se siguiera el protocolo sanitario. Aunque uno lo entiende, es inevitable sentirse aislado o discriminado, porque te tratan como si fueras 100% contagioso. (caso)

En cuanto al vínculo madre-hijo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al impacto negativo o positivo. La mayoría de las madres (70%) afirmaron que COVID-19 no había tenido un impacto negativo (véase la Tabla 5). Además, el 45% informó de un impacto positivo considerable o extremo. No obstante, el 46,67% de la muestra total declaró estar considerable o extremadamente preocupada por la posibilidad de que COVID-19 y el contexto pandémico tuvieran un impacto negativo en su NB.

En cuanto a los ítems cualitativos que exploraban el impacto en el vínculo madre-hijo, 94 madres aclararon que el COVID-19 no tuvo ningún impacto negativo y 52 participantes afirmaron que la pandemia no fue un contexto difícil para su NB, elaborando además que su bebé no sería consciente de lo que estaba ocurriendo. Además, 86 madres mencionaron que la pandemia les permitió pasar un rato tranquilo e íntimo con su bebé y su núcleo familiar, fomentando su vínculo:

Estar solos, los tres en la habitación, sin visitas, y ahora en nuestra casa, refuerza nuestro vínculo como padres y pareja ya que podemos estar relajados, con nuestros tiempos y sin presiones ni tener que recibir invitados. (control)

49 madres mencionaron el miedo a que el bebé contrajera COVID-19 como una dificultad. Además, 30 madres hablaron del miedo a no poder socializar con la familia extensa. Nueve participantes informaron de que el estrés que sufrían podría transmitirse a sus hijos y afectarles negativamente:

Tener una madre estresada y preocupada por sí misma y por él. Los niños sienten estas cosas. Pueden identificar cuando uno no está bien. Me pasa con mi hijo mayor. Me mira como intentando averiguar qué me pasa, y yo intento hablarle alegremente, pero a veces el posparto saca lo mejor de ti y, bueno, entonces intento explicarle lo que me pasa. (caso).

Tabla 7*Percepción de las madres del impacto de COVID-19 en el parto y el posparto y en el vínculo madre-hijo*

Percepción del impacto	Casos (<i>n</i> = 58)			Controles (<i>n</i> = 62)			χ^2	<i>p</i>
	En absoluto	Muy poco/ poco/ algo	Considera ble/ extremo	En absoluto	Muy poco/ poco/ algo	Considera ble/ extremo		
Impacto negativo de COVID-19 en el vínculo madre-hijo	36 (62.07%)	18 (31.03%)	4 (6.90%)	48 (77.42%)	11 (17.74%)	3 (4.84%)	3.417 (2, <i>n</i> = 120)	0.181
Efectos positivos de COVID-19 en el vínculo madre-hijo	14 (24.14%)	16 (27.59%)	28 (48.28%)	18 (29.03%)	18 (29.03%)	26 (41.94%)	0.559 (2, <i>n</i> = 120)	0.756
Preocupación por el impacto negativo de COVID-19 y el contexto de la pandemia en NB	4 (6.90%)	26 (44.83%)	28 (48.28%)	5 (8.06%)	29 (46.77%)	28 (45.16%)	0.142 (2, <i>n</i> = 120)	0.932

Las madres también señalaron que las medidas de precaución del hospital, especialmente el uso de mascarillas, interferían en el contacto con sus hijos:

Me costó mucho dar a luz con mascarilla. Y cuando nació mi bebé, no podía verle bien por la posición... y la mascarilla no me dejaba. Y ni siquiera pude besarle cuando nació por culpa de la mascarilla... y luego porque me dijeron que no podía quitarme la mascarilla cuando estuviera con él hasta que la prueba de la PCR diera negativo. Creo que le di a mi hijo su primer beso a las 24 horas de nacer. (caso)

En cuanto a la percepción de las madres sobre el impacto psicológico de las medidas de precaución hospitalarias en sus RN, no se encontraron diferencias significativas entre grupos en el nivel de malestar percibido por las madres en sus RN causado por las medidas ni en el nivel de estrés percibido durante el parto y el postparto (ver Tabla 6). Del total de la muestra, el 88,33% refirió percibir que las medidas de precaución hospitalarias no causaron ninguna molestia a su RN y el 31,67%, percibir que su RN no sufrió ningún estrés. Las madres que informaron que su RN sufrió estrés con mayor frecuencia marcaron el nivel más bajo de estrés, con 46,67% de la muestra total declarando una experiencia *muy poco* estresante para su RN.

Tabla 8*Percepción de las madres del impacto psicológico de las medidas de precaución hospitalarias en los recién nacidos*

Percepción del impacto	Casos (<i>n</i> = 58)	Controles (<i>n</i> = 62)	Prueba estadística
Malestar	8 (13.79%)	6 (9.68%)	$\chi^2(1, n = 120) = 0.493, p = 0.483$
Estrés	43 (74.14%)	39 (62.90%)	$\chi^2(1, n = 120) = 1.748, p = 0.186$
Sentimientos positivos	<i>M</i> = 2,97, <i>SD</i> = 1,5	<i>M</i> = 2,94, <i>SD</i> = 1,53	<i>U</i> = 1808, <i>p</i> = 0.957
Sentimientos negativos	<i>M</i> = 0,5, <i>SD</i> = 0,92	<i>M</i> = 0,58, <i>SD</i> = 0,82	<i>U</i> = 1635.5, <i>p</i> = 0.307

Por último, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los sentimientos positivos o negativos de los NB, según los relatos de sus madres. Los sentimientos más frecuentes fueron "bien cuidado" (74,17%), "querido" (67,50%) y "acompañado" (65%).

Discusión

El presente estudio tenía como objetivo describir la experiencia de las madres con el uso de medidas de precaución hospitalarias adicionales durante el parto y el posparto y cómo percibían que repercutían en ellas mismas, en su NB y en el vínculo madre-hijo. Los principales resultados muestran que las madres con medidas de precaución hospitalarias adicionales (casos) declararon sentir más malestar durante el parto y el posparto que el grupo de control; sin embargo, también se sentían más competentes como madres. No se encontraron diferencias significativas en ninguna otra de las variables que evaluaban el impacto psicológico.

Casi la mitad de las madres que completaron la encuesta mencionaron un impacto negativo de considerable a extremo de la pandemia durante el embarazo. Los encierros y las restricciones sanitarias hicieron que las madres se sintieran solas. No podían compartir su embarazo con su familia y amigos y vivían con miedo al contagio, tomando las máximas precauciones al considerarse más vulnerables debido a una mayor exposición al acudir con frecuencia a las citas médicas. En muchas ocasiones esto llevó a encierros voluntarios prolongados. Las investigaciones han demostrado que los encierros pueden generar estrés y soledad, y se han asociado a un aumento de la ansiedad y el miedo a la muerte (Droit-Volet et al., 2020). Las madres del presente estudio también afirmaron experimentar menos apoyo de familiares y amigos debido al aislamiento social, aunque destacaron cómo la tecnología era una herramienta útil para mantenerse en contacto. Algunos investigadores han afirmado que las madres perciben a sus amigos de las redes sociales como una fuente real de apoyo social, de los que también obtienen información sobre el embarazo y la maternidad (Baker & Yang, 2018). La calidad del apoyo social durante el embarazo es relevante, ya que los bajos niveles de apoyo social se han asociado a la depresión posparto (Senturk Cankorur et al., 2015) y al bajo peso al nacer de los RN (Feldman et al., 2000). Además, como consecuencia de las medidas sanitarias implementadas por los gobiernos, ha habido más impedimentos para acceder a diagnósticos y tratamientos oportunos (Davenport et al., 2020). Dado que el embarazo es un periodo de alta vulnerabilidad psicológica (Symes, 2017), es importante considerar el impacto psicológico de la pandemia en esta población.

Además, los factores mencionados también interfirieron en la capacidad de las madres para prepararse para el nacimiento de sus hijos. No podían compartir esta experiencia con sus seres queridos, participar en rituales específicos del embarazo, como baby showers, ni asistir a talleres que las prepararan para el parto y las pusieran en contacto con otras madres. También declararon tener más dificultades para comprar artículos esenciales para sus bebés, hacer ejercicio o participar en otras actividades con las que soñaban durante este periodo. Los rituales son una parte importante de los procesos de transición y, durante la maternidad, promueven un sentimiento de comunidad con otras madres y una oportunidad para compartir una nueva identidad (Nelson, 2009). Asimismo, estudios anteriores han afirmado que poder comprar artículos para sus bebés o recibir regalos en los baby showers es un paso importante en el embarazo, ya que ayuda a las madres a sentirse más preparadas para dar la bienvenida a su bebé, les da una sensación de control durante esta transición y les ayuda a gestionar su ansiedad (Afflerback et al., 2014).

Las madres de este estudio informaron de que no habían podido participar en estas actividades, lo que posiblemente las hizo sentirse poco preparadas y más ansiosas en un contexto que ya se ha llenado de incertidumbres con respecto a la pandemia.

Además, cabe destacar que, en general, las madres tenían que acudir a las revisiones y ecografías sin compañía, y los padres no formaban parte de este proceso. Los estudios han demostrado que la participación activa de los padres en el embarazo de sus parejas puede repercutir positivamente en la salud física y mental de los padres, las madres y los RN (Plantin et al., 2011). Se requiere más investigación en este ámbito para evaluar el impacto de las medidas sanitarias pandémicas en la participación de los padres y su repercusión en la salud mental de las futuras madres.

En cuanto al parto y el posparto, aunque la mayoría de las madres manifestaron estar de acuerdo con las medidas de precaución del hospital, éstas se describieron como una fuente de incomodidad durante el parto, que interfería en el contacto de las madres con su RN. Sin embargo, las madres informaron de que las medidas no habían repercutido negativamente en su vínculo madre-hijo o en el bebé, porque creían que el bebé no sería lo suficientemente consciente.

Es posible que los altos niveles de estrés que ambos grupos informaron haber experimentado durante la pandemia interfirieran con su funcionamiento reflexivo materno. Estudios anteriores han informado de interferencias en el funcionamiento reflexivo materno en contextos de mucho estrés (Schechter et al., 2005). El funcionamiento reflexivo es la capacidad de interpretar el comportamiento como una expresión de estados mentales internos, es decir, sentimientos, pensamientos, deseos y creencias, entre otros (Fonagy et al., 2002), y se ha demostrado que tiene un papel importante en la transmisión del apego seguro (Katznelson, 2014). El estrés que experimentaron las madres podría haber obstaculizado su capacidad de pensar que sus NB tienen una mente propia que puede percibir el mundo que les rodea, lo que les dificultó creer que sus NB sintieron el impacto de la pandemia.

Cabe destacar que las madres de este estudio no sólo informaron de altos niveles de estrés asociados a la pandemia, sino que también declararon sentir miedo de que ellas o su NB contrajeran el virus. Esto coincide con estudios recientes que han subrayado el miedo como sentimiento predominante en las mujeres embarazadas durante la pandemia de COVID-19 (Romero et al., 2020). En ocasiones, el miedo puede dar lugar al uso de mecanismos de defensa, como la disociación, para protegerse de la ansiedad. Esto podría haber llevado a algunos comportamientos incongruentes observados en el presente estudio, como el hecho de que las madres no siguieran las medidas de precaución del hospital, a pesar de estar preocupadas por la salud de su NB.

En cuanto al impacto psicológico percibido de las medidas de precaución hospitalarias durante la COVID-19, algunos casos mencionaron haber recibido menos ayuda del personal médico o revisiones "desde la puerta" durante su estancia en el hospital. Es posible que estos pacientes tuvieran menos interrupciones por parte de los profesionales médicos durante su estancia para evitar el uso del EPP, que puede causar fatiga laboral y una mayor carga de trabajo (Houghton et al., 2020), o por miedo a contraer el virus ellos mismos, un miedo que, según se ha informado, se intensificó en el personal médico durante la pandemia COVID-19 (Cawcutt et al., 2020). Sin saberlo, esta situación podría haber facilitado un espacio de mayor intimidad para las madres y sus NB y parejas. Es posible que debido a estas menores interrupciones y a que los RN no pasaban periodos de tiempo en la guardería, las madres experimentaran una mayor sensación de competencia al tener que cuidar de sus RN durante todo el día. Esto puede haber promovido más interacciones madre-bebé desde el principio y posiblemente mejorado el sentimiento de satisfacción y orgullo personal de las madres (Botha et al., 2020). Esta cuestión pone de manifiesto la importancia de proporcionar un espacio íntimo para que las nuevas familias se conozcan durante los primeros días posparto. Los hospitales deberían revisar sus procedimientos para permitir a las familias suficiente intimidad y reducir las interrupciones innecesarias.

Además, al evaluar la sintomatología depresiva materna, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, cabe mencionar que la muestra total mostró altos niveles de sintomatología, con más de la mitad en riesgo de depresión posparto. En promedio, una de cada tres mujeres presenta sintomatología depresiva durante el postparto en Chile, con un 10% de puérperas que cumplen criterios diagnósticos de depresión posparto clínica (Jadresic et al., 2007). Estas tasas demuestran el impacto que la pandemia ha tenido en esta población específica, lo que concuerda con estudios que han demostrado que las mujeres durante el período perinatal tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad de salud mental durante la pandemia (Almeida et al., 2020). Otros estudios han informado de resultados contradictorios, mostrando tasas más bajas de depresión posparto durante la pandemia (Pariente et al., 2020). Sin embargo, los autores sugieren considerar estos resultados con cautela, ya que pueden responder al contexto específico del lugar donde se realizó el estudio, en relación con las medidas sanitarias del país, las restricciones, la propagación de la enfermedad en la zona, entre otras razones (Pariente et al., 2020). Otros estudios mostraron un aumento de la angustia postnatal, que los autores asocian a síntomas ya presentes durante el embarazo y relacionados a la ansiedad y tensión generalizadas causadas por la pandemia de COVID-19 (Ostacoli et al., 2020).

No obstante, la sintomatología depresiva durante la pandemia también podría estar relacionada con la psicopatología preexistente de las madres (Ravaldi et al., 2020), algo que no se evaluó en este estudio.

En cuanto a cómo percibían las madres que las medidas de precaución del hospital habían afectado a su RN, en general el impacto fue positivo. Afirmaron que el hecho de no recibir visitas facilitó un espacio tranquilo en el que pudieron conocer a su bebé más íntimamente, mejorando su vínculo. Cabe señalar que estudios recientes han asociado la falta de visitas durante la pandemia de COVID-19 a un entorno tranquilo en la maternidad que, a su vez, se ha descrito como un factor protector para reducir los síntomas de estrés posnatal (Ostacoli et al., 2020).

Además, teniendo en cuenta que las medidas de precaución adicionales se levantaron aproximadamente 24 horas después del nacimiento, el período de aplicación fue bastante corto y durante un tiempo en el que los RN duermen en su mayoría (De Beritto, 2020). Por lo tanto, la posible interferencia que estas medidas podrían haber causado podría haber sido muy leve. Se requieren más estudios para evaluar el impacto sobre los RN y el vínculo madre-hijo cuando estas medidas se siguen durante periodos de tiempo más largos y se utilizan medidas observacionales independientes del informe de las madres.

Este estudio destaca aspectos relevantes de la experiencia de las madres en su periodo perinatal durante la pandemia de COVID-19 y los efectos percibidos de las medidas de precaución adoptadas por los servicios de maternidad y neonatología para proteger a las madres, los RN y el personal médico. Sin embargo, en el momento de la evaluación no había pacientes sintomáticos de COVID-19(+) que hubieran tenido que seguir medidas más estrictas durante periodos de tiempo más largos, lo que habría sido más representativo de la experiencia de las madres que dieron a luz durante los niveles más altos del virus. Además, la mayoría de las participantes tenían seguro médico privado, por lo que los resultados pueden no ser representativos de la población general. Además, la información solo se recopiló a través de una encuesta en línea y estudios anteriores han demostrado una menor calidad de respuesta cuando se utilizan estas plataformas (Schneider et al., 2018). Además, no hay información sobre la experiencia de los pacientes que no completaron la encuesta. Por lo tanto, estos resultados deben considerarse con precaución.

También es importante tener en cuenta que todos los aspectos relacionados con NB fueron recogidos a través del informe de sus madres y no fueron evaluados directamente. Específicamente, con respecto a los sentimientos de los RN, el presente estudio no consideró un observador entrenado para la evaluación del afecto infantil, ya que se pidió a las madres que informaran sobre estos aspectos. Por lo tanto, el propio estado emocional o los deseos de las madres podrían haber empañado su percepción de las emociones de sus RN.

Los factores de riesgo previos a la pandemia, como los antecedentes de salud mental, los traumas y la satisfacción marital, no se recogieron y podrían haber explicado aún más los resultados obtenidos. Además, analizar los sentimientos en una dicotomía de positivo y negativo puede ser limitante. Aunque algunos estudios afirman que experimentar emociones positivas tras una crisis puede proteger de desarrollar sintomatología depresiva en el futuro (Fredrickson et al., 2003) en algunas ocasiones, los niveles más altos de sentimientos positivos también pueden deberse a la disociación como mecanismo de afrontamiento, algo que no se evaluó en este estudio. Del mismo modo, las respuestas normativas durante una crisis como la COVID-19 pandemia, como sentir miedo (Romero et al., 2020) no se tienen en cuenta. Sin embargo, cabe destacar que aunque estas pueden ser reacciones esperables, su presencia durante el periodo perinatal por un tiempo prolongado puede impactar negativamente en el desarrollo infantil y en el vínculo madre-hijo (Monk et al., 2012; Olza, 2017)..

En conclusión, aunque las medidas de precaución adicionales fueron experimentadas por las madres como más incómodas, las elevadas tasas de sintomatología depresiva en ambos grupos son motivo de preocupación y pueden estar asociadas al contexto estresante de la pandemia COVID-19. Un resultado positivo inesperado fue el impacto positivo en el vínculo madre-hijo debido, en general, a las restricciones de las visitas. Los hospitales deberían aprender de las experiencias de las madres durante la pandemia y evaluar de forma crítica sus procedimientos habituales para garantizar espacios tranquilos e íntimos durante la estancia de las madres en el hospital con el fin de promover su vínculo madre-hijo y su sensación de competencia.

Referencias

- Afflerback, S., Anthony, A. K., Carter, S. K., & Grauerholz, L. (2014). Consumption rituals in the transition to motherhood. *Gender Issues, 31*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s12147-014-9115-0>
- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health, 23*, 741-748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare, 17*, 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Bonacquisti, A., Geller, P. A., & Patterson, C. A. (2020). Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 38*(3), 297-310. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1695041>
- Bos, S. C., Macedo, A., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B. R., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A. A., & Azevedo, M. H. (2013). Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 35*(1), 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2011.11.002>
- Botha, E., Helminen, M., Kaunonen, M., Lubbe, W., & Joronen, K. (2020). Mothers' parenting self-efficacy, satisfaction and perceptions of their infants during the first days postpartum. *Midwifery, 88*, Article 102760. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102760>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Browne, J. V. (2004). Early relationship environments: Physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clinics in Perinatology, 31*(2), 287-298. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2004.04.004>
- Cárcamo, R. A., van IJzendoorn, M. H., Vermeer, H. J., & van der Veer, R. (2014). The validity of the Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS). *Journal of Child and Family Studies, 23*(5), 767-775. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9728-z>
- Cawcutt, K. A., Starlin, R., & Rupp, M. E. (2020). Fighting fear in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 41*(10), 1192-1193. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.315>
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms are not OK: COVID-19 and maternal mental health. *Frontiers in Global Women's Health, 1*(June), Article 1. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001>
- De Beritto, T. V. (2020). Newborn sleep: Patterns, interventions, and outcomes. *Pediatric Annals, 49*(2), e82-e87. <https://doi.org/10.3928/19382359-20200122-01>
- Droit-Volet, S., Gil, S., Martinelli, N., Andant, N., Clinchamps, M., Parreira, L., Rouffiac, K., Dambun, M., Huguet, P., Dubuis, B., Pereira, B., Bouillon, J. -B., & Dutheil, F. (2020). Time and Covid-19 stress in the lockdown situation: Time free, «dying» of boredom and sadness. *PLoS ONE, 15*(8), Article e0236465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236465>
- Fakari, F. R., & Simbar, M. (2020). Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. *Archives of Academic Emergency Medicine, 8*(1), e21.
- Feldman, P. J., Dunkel-Schetter, C., Sandman, C. A., & Wadhwa, P. D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine, 62*(5), 715-725. <https://doi.org/10.1097/00006842-200009000-00016>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larking, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 365-376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X. H. S., Devane, D., & Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, Article 55. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
- Jadresic, E., Araya, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 16*(4), 187-191. <https://doi.org/10.3109/01674829509024468>
- Jadresic, E., Nguyen, D. N., & Halbreich, U. (2007). What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *Journal of Affective Disorders, 102*(1-3), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.032>
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 107-117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>
- Lewis, M. (2008). The Emergence of human emotions. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions: Third edition* (pp. 304-319). Guilford Press.
- Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Hasell, J., Macdonald, B., Dattani, S., Beltekian, D., Ortiz-Ospina, E., & Roser, M. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres. (2020). *Consideraciones de salud mental y apoyo psicosocial durante COVID-19: Versión 2.0*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. <https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Consideraciones-de-Salud-Mental-y-apoyo-Psicosocial-durante-Covid-19-versión-2.0-1.pdf>
- Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). The many faces of the still-face paradigm: A review and meta-analysis. *Developmental Review, 29*(2), 120-162. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.02.001>
- Monk, C., Spicer, J., & Champagne, F. A. (2012). Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: The role of epigenetic pathways. *Development and Psychopathology, 24*(4), 1361-1376. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000764>
- Nelson, F. (2009). *In the other room: Entering the culture of motherhood*. Fernwood Publishing.
- Olza, I. (2017). *Parir: el poder del parto*. Vergara.
- Ostacoli, L., Cosma, S., Bevilacqua, F., Berchiolla, P., Bovetti, M., Carosso, A. R., Malandrone, F., Carletto, S., & Benedetto, C. (2020). Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*, Article 703. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03399-5>
- Pariante, G., Wissotzky Broder, O., Sheiner, E., Lanxner Battat, T., Mazor, E., Yaniv Salem, S., Kosef, T., & Wainstock, T. (2020). Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health, 23*, 767-773. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01075-3>

- Plantin, L., Olukoya, A. A., & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review. *Fathering*, 9(1), 87-102. <https://doi.org/10.3149/ftth.0901.87>
- Ravaldi, C., Ricca, V., Wilson, A., Homer, C., & Vannacci, A. (2020). Previous psychopathology predicted severe COVID-19 concern, anxiety and PTSD symptoms in pregnant women during "lockdown" in Italy., 783-786. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01086-0>
- Romero, M., Sieverson, C., Olhaberry, M., Honorato, C., & Tagle, T. (2020). Birth during the coronavirus pandemic: "When fear is the uninvited guest." *Perspectives in Infant Mental Health*, 28(3), 10-13. <https://perspectives.waimh.org/2021/01/08/birth-during-the-coronavirus-pandemic-when-fear-is-the-uninvited-guest/>
- Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., Marshall, R. D., Liebowitz, M. R., & Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 7(3), 313-331. <https://doi.org/10.1080/14616730500246011>
- Schneider, S., May, M., & Stone, A. A. (2018). Careless responding in internet- based quality of life assessments. *Quality of Life Research*, 27, 1077-1088. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1767-2>
- Sediri, S., Zgueb, Y., Ouanes, S., Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Women's mental health: Acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 749-756. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01082-4>
- Senturk Cankorur, V., Abas, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2015). Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: A cohort study. *BMJ Open*, 5(4), Article e006456. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006456>
- Simha, A., Prasad, R., Ahmed, S., & Rao, N. P. (2020). Effect of gender and clinical-financial vulnerability on mental distress due to COVID-19. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 775-777. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01097-x>
- Symes, E. (2017). The transition to motherhood: Psychological factors associated with pregnancy, labour and birth. *InPsych*, 39(1), Article 3. <https://www.psychology.org.au/inpsych/2017/february/symes>
- Topalidou, A., Thomson, G., & Downe, S. (2020). COVID-19 and maternal mental health: Are we getting the balance right? *MedRxiv, March*, Article 20047969. <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047969>
- UN-Women. (2020). *Impact of COVID-19 on violence against women and girls and service provision: UN Women rapid assessment and findings*. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/05/impact-of-covid-19-on-violence-against-women-and-girls-and-service-provision>
- Wichers, M., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., & van Os, J. (2007). Depression: Too much negative affect or too little positive affect? *Twin Research and Human Genetics*, 10(S1), 19-20. <https://doi.org/10.1375/twin.10.supp.19>
- Winston, R., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 12-14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
- World Health Organization. (n.d.). *Maternal mental health*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

Fecha de recepción: Julio de 2021.

Fecha de aceptación: Septiembre de 2022.