

## Salud mental materna y efectos en el recién nacido durante la pandemia por COVID-19

### Maternal mental health and impact on the newborn during the COVID-19 pandemic

Soledad Coo<sup>a</sup>, María Ignacia García<sup>a,d</sup>, Marcia Olhaverry<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Instituto Milenio para la Investigación de la Depresión Millennium (MIDAP). Santiago, Chile.

<sup>c</sup>Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>d</sup>Psicóloga.

Recibido: 15 de marzo de 2022; Aceptado: 7 de marzo de 2023

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Las dificultades de salud mental materna durante el postparto son prevalentes y tienen consecuencias negativas para las mujeres y sus familias. Estudios internacionales muestran que durante la pandemia por COVID-19, estas dificultades aumentaron significativamente, afectando también la experiencia de parto.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio aporta evidencia nacional sobre el aumento de los síntomas de depresión postparto en las madres durante la pandemia en comparación con el periodo pre pandemia, así como el impacto negativo de la crisis en la talla y edad gestacional de los recién nacidos. Asimismo, muestra diferencias en la experiencia de parto de las madres de acuerdo con el carácter público o privado del centro de salud donde se atienden.

#### Resumen

Una de las principales consecuencias de la crisis sanitaria por COVID-19 ha sido el deterioro de la salud mental de la población, con variaciones en distintos grupos. En este escenario, la evidencia reporta un mayor riesgo de sintomatología ansiosa y depresiva durante el período perinatal, así como un impacto negativo en el recién nacido. **Objetivo:** Examinar las diferencias en la salud mental, variables obstétricas y del recién nacido, y experiencia de parto en los sistemas de salud público y privado, en mujeres primíparas chilenas, pre-pandemia y durante la pandemia. **Sujetos y Método:** Estudio cuantitativo comparando 2 cohortes. La primera incluyó madres con bebés nacidos antes de la pandemia por COVID-19 (N=81) y la segunda, madres con partos durante la pandemia (N=71). Se evaluaron en ambos grupos antecedentes sociodemográficos y obstétricos, depresión, ansiedad y estrés a partir de cuestionarios de autorreporte. Las diferencias entre grupos fueron evaluadas con ANCOVA, pruebas t y prueba de chi cuadrado. **Resultados:** Las mujeres con partos durante la pan-

#### Palabras clave:

Depresión Postparto;  
Parto;  
COVID-19;  
Recién Nacido;  
Lactancia

demia reportaron mayor sintomatología depresiva y sus bebés presentaron menor edad gestacional y, levemente, menor talla que los bebés nacidos antes del COVID-19. Sin embargo, este grupo mantuvo la lactancia exclusiva por más tiempo. No se observaron diferencias en la experiencia de parto entre los grupos, pero sí en relación con el carácter público o privado del hospital donde se atendieron las madres. **Conclusiones:** La pandemia afectó negativamente la salud mental de las madres, lo que plantea desafíos importantes para la promoción del bienestar emocional de las madres y sus bebés.

## Abstract

The deterioration of mental health in the general population has been one of the main consequences of the COVID-19 health crisis, with differences in diverse groups. Specifically, recent studies report an increased risk for the development of symptoms of anxiety and depression during the perinatal period, as well as a negative impact on the newborn. **Objective:** The objective of this study was to examine the differences in mental health, infant and obstetric variables, and childbirth experience in the public and private health systems in Chilean primiparous women before and during the COVID-19 pandemic. **Subjects and Method:** This quantitative study compared two cohorts. The first one included mothers with babies born before the COVID-19 pandemic (N = 81) and the second one involved mothers who delivered during the pandemic (N = 71). Sociodemographic and obstetric history, depression, anxiety, and stress were evaluated in both groups using self-report questionnaires (EPDS, DASS-21). Differences between groups were assessed with ANCOVA, t-tests, and chi-square tests. **Results:** Women who delivered during the pandemic reported greater depressive symptoms and their babies were smaller and had less weeks of gestation than babies born before the COVID-19 pandemic. However, this group maintained exclusive breastfeeding for a longer period. There were no differences in the experience of childbirth between the groups, but there were differences in relation to the public or private nature of the hospital where the mothers were seen. **Conclusions:** The pandemic negatively affected the mental health of mothers, posing significant challenges to promoting the emotional well-being of mothers and their infants.

## Keywords:

Postpartum  
Depression;  
Childbirth;  
COVID-19;  
Newborn;  
Breastfeeding

## Introducción

La pandemia por COVID-19 ha impactado drásticamente la salud de las personas. Desde el inicio de la crisis se han introducido restricciones para limitar el contacto interpersonal y reducir la propagación del virus<sup>1</sup>. Estas han impactado negativamente en la transición a la maternidad, ya que han disminuido la posibilidad de acompañamiento durante el parto, recibir visitas durante la hospitalización y apoyo práctico y emocional durante el postparto<sup>2,3</sup>. En relación a la salud materno-infantil, han aumentado las complicaciones médicas durante el embarazo y las tasas de depresión y ansiedad postparto<sup>4,5</sup>. Un estudio con 900 mujeres<sup>6</sup> mostró que la prevalencia de sintomatología depresiva postparto aumentó de un 15% antes de la pandemia a un 40,7% durante la emergencia sanitaria. Con respecto a la ansiedad, el 39% versus 72% de las mujeres informaron niveles elevados de ansiedad antes y durante la pandemia, respectivamente.

Esto es consistente con estudios sobre el impacto de desastres sobre la salud perinatal materna. Los desastres implican una interrupción abrupta en el funcionamiento habitual de una comunidad, asociado a

muertes, pérdidas y diversas consecuencias negativas, cuya magnitud es superior a la capacidad del grupo afectado para enfrentarla<sup>7</sup>. La evidencia muestra que experimentar desastres durante el período perinatal impacta negativamente el crecimiento fetal y la salud mental materna, repercutiendo en el desarrollo infantil posterior<sup>8</sup>.

En Chile, la población no solo se vio afectada por la pandemia de COVID-19, sino también - desde Octubre de 2019 - por un período de crisis social<sup>9</sup> caracterizado por inestabilidad política y económica. La combinación de factores sociales, económicos y sanitarios han configurado una “crisis triple”, donde los primeros casos de COVID-19 se presentaron en un contexto de alta inestabilidad. Esta crisis triple ha afectado el bienestar general de la población y ha intensificado las enfermedades físicas y mentales en los grupos vulnerables, incluyendo familias de menores ingresos, mujeres y niños/as<sup>10</sup>. La crisis también ha impactado la parentalidad, un estudio nacional con mujeres embarazadas reportó una disminución significativa en el apoyo percibido de amigos y familiares y un deterioro en el funcionamiento diario desde el inicio de la crisis sanitaria<sup>11,12</sup>. Asimismo, otro estudio chileno con 6.149 cuidadores de niños entre 0 y 11 años reportó una alta

preocupación de estos por el bienestar socioemocional de sus hijos/as durante la crisis<sup>13</sup>. El escaso conocimiento del virus ha llevado a considerar a los niños/as y las embarazadas como grupos de riesgo. Esto ha impulsado el uso de protocolos sanitarios para reducir el riesgo de contagio, sin considerar necesariamente su impacto en la salud mental<sup>10</sup>.

Incluso en ausencia de desastres, el período perinatal constituye una etapa de potencial riesgo<sup>14,15,16</sup>. Los problemas de salud mental durante el periparto son graves e impactan negativamente a las madres y sus familias. La depresión postparto afecta aproximadamente al 13% y al 25% de las madres en los países desarrollados y en vías de desarrollo, respectivamente<sup>17</sup>. La depresión materna se asocia a diversos factores de riesgo, incluidos cambios hormonales, bajo nivel socioeconómico y educacional, antecedentes previos de salud mental, bajo apoyo social y características del lactante, entre otros<sup>18</sup>.

Durante la transición a la maternidad, las mujeres también pueden presentar síntomas de ansiedad, cuya prevalencia oscila entre 13% y 40%<sup>19</sup>. En Chile, un estudio reciente muestra que la depresión y sintomatología ansiosa elevada afectan a un 16,5% y a un 46,9% de las madres a los 3 meses postparto, respectivamente<sup>20</sup>.

Los problemas de salud mental materna afectan el desarrollo infantil. Los hijos de madres deprimidas tienen más probabilidades de desarrollar dificultades emocionales, conductuales y/o cognitivas durante la niñez y la adolescencia<sup>21,22</sup>. Estos efectos son más graves cuando la depresión materna es persistente y severa<sup>23</sup>. Asimismo, la ansiedad materna en el postparto se ha relacionado con una lactancia más corta, trastornos del sueño en el bebé y dificultades en su desarrollo cognitivo<sup>19</sup>. Estudios actuales sugieren que la calidad de las interacciones madre-hijo puede mediar la asociación entre la salud mental materna y el desarrollo infantil<sup>24</sup>. Las madres deprimidas pueden mostrarse menos receptivas a las señales de sus bebés, mientras que las madres ansiosas pueden mostrarse intrusivas durante la interacción con sus hijos<sup>25</sup>. Estos patrones pueden contribuir a un desarrollo infantil sub-óptimo.

Dados estos antecedentes, resulta relevante evaluar cómo las circunstancias sanitarias y sociales han impactado la salud mental materna durante el periparto. La mayoría de los estudios en este ámbito se han realizado en Norteamérica y Europa, por lo que es necesario estudiar poblaciones latinoamericanas. El objetivo del presente estudio es examinar las diferencias en la salud mental materna, variables obstétricas y del bebé y la experiencia del parto (desde la perspectiva de la madre) en los sistemas de salud público y privado, pre-pandemia y durante la pandemia en Chile.

## Sujetos y Método

Se utilizó un abordaje cuantitativo para comparar mediciones de dos cohortes de madres con bebés nacidos antes y durante la pandemia por COVID-19.

### Participantes y Procedimientos

Este estudio deriva de dos proyectos que evaluaron la salud mental materna postparto en Chile. El primero se realizó entre mayo del 2018 y marzo del 2020 con 246 participantes. Se seleccionó una submuestra de 81 madres primerizas (34,3% de la muestra total) evaluadas entre junio de 2018 y octubre de 2019, antes del inicio de la crisis, que forman la cohorte pre pandemia. El reclutamiento se realizó de forma presencial en dos centros públicos de atención primaria de salud en Santiago y Concepción. Psicólogas entrenadas contactaron a las participantes en el centro de salud mientras esperaban ser atendidas por un profesional de la salud. Los cuestionarios fueron completados en forma presencial en el centro de salud o vía telefónica.

La cohorte de madres que tuvieron a sus bebés durante la pandemia incluyó 77 madres primerizas (60,2% de la muestra total) y proviene de un segundo estudio iniciado en marzo de 2021, para evaluar una intervención digital para promover la salud mental materna postparto. Psicólogas entrenadas evaluaron a las mujeres entre marzo y noviembre de 2021. Los datos se recolectaron antes de la participación en la intervención. El reclutamiento se realizó por vía telefónica en dos centros públicos de atención primaria en Santiago, los que facilitaron los datos de contacto de las madres primerizas al equipo de investigación. Los cuestionarios de autorreporte fueron respondidos en línea por las madres participantes.

Los criterios de inclusión para ambas muestras fueron tener al menos 18 años, hablar español y tener un hijo/a sano. Los criterios de exclusión fueron la presencia de discapacidad cognitiva o enfermedad grave de la madre, embarazo múltiple y parto pretérmino.

Se obtuvo la aprobación de los Comités de Ética de la Universidad del Desarrollo, del Servicio de Salud de Concepción y del Servicio de Salud Sur Oriente de Santiago. Las mujeres que reportaron altos niveles de depresión o ansiedad fueron derivadas a los servicios de salud correspondientes para su evaluación y tratamiento.

### Instrumentos

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE)<sup>26,27</sup>: Es un instrumento de autorreporte que evalúa sintomatología depresiva durante la última semana con 10 ítems en una escala Likert (0 a 3). Un puntaje superior o igual a 13 indica riesgo de presentar depresión durante la gestación, durante el postparto el

punto de corte sugerido es 10. La EDPE ha sido validada en Chile<sup>27</sup>. El alfa de Cronbach en este estudio fue 0,85.

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)<sup>28,29</sup>: Es un cuestionario de autorreporte de 21 ítems estructurados en tres subescalas de 7 ítems cada una para evaluar síntomas recientes (durante la última semana) de depresión, ansiedad y estrés usando una escala Likert (0 a 3). Puntajes altos indican mayor sintomatología. El DASS-21 ha sido usado en muestras perinatales y está validado en población chilena<sup>29</sup>. En este estudio se utilizó la subescala de ansiedad.

Información demográfica y obstétrica: Se desarrolló un cuestionario para evaluar características sociodemográficas, antecedentes de psicopatología, variables del parto y lactancia. A través de preguntas específicas con una escala Likert de 7 puntos se abordó el grado de satisfacción con la experiencia del parto, el temor y dolor experimentado y la satisfacción con la atención brindada por los profesionales de salud.

### Análisis de datos

Se exploraron diferencias en las características demográficas de las participantes de los grupos pre-pandemia y pandemia con la prueba de chi cuadrado y la prueba *t* para muestras independientes. Estos análisis revelaron diferencias significativas en edad, nivel de educación y ocupación materna (trabajo remunerado v/s no remunerado). Dado esto, las diferencias en salud mental entre los dos grupos fueron evaluadas con un análisis de covarianza (ANCOVA) para controlar por las variables descritas. Las posibles diferencias en las variables obstétricas y en la lactancia se evaluaron con la prueba de chi cuadrado y la prueba *t* para muestras independientes. Estas pruebas fueron utilizadas también para examinar posibles diferencias en variables obstétricas de acuerdo con el lugar de nacimiento del bebé (hospital público v/s clínica privada). Los análisis se realizaron en SPSS 25.

## Resultados

Las participantes tenían una edad promedio de 25,8 años (DE = 4,3), donde la mayoría era de nacionalidad chilena (80,38%). El 62% de las participantes reportó estar casada o convivir con su pareja y un 50% tenía un trabajo remunerado (tabla 1).

No hubo diferencias significativas en las características demográficas de las participantes entre los grupos pre-pandemia y pandemia, a excepción de edad y nivel de educación. Las participantes del grupo pre-pandemia fueron aproximadamente un año mayores que las participantes del grupo pandemia ( $t(155) = 2,08$ ,  $p = 0,04$ ) y reportaron mayor frecuencia de estudios de

educación superior y menor frecuencia de escolaridad completa e incompleta como máximo nivel de estudios alcanzados ( $\chi^2(2) = 15,89$ ,  $p < 0,001$ ).

### Salud mental

El grupo pandemia mostró una mayor frecuencia de casos sobre el punto de corte de la EDPE ( $\chi^2(1) = 9,46$ ,  $p < 0,001$ ) que el grupo pre-pandemia, lo que indica riesgo de presentar un trastorno depresivo. El ANCOVA indicó que las madres del grupo pandemia reportaron mayor sintomatología depresiva y ansiosa en comparación a las madres del grupo pre-pandemia, controlando por edad, educación y ocupación materna (tabla 2). En el grupo pre-pandemia el 16,5% de las participantes presentaba puntajes por sobre el punto de corte para la escala EDPE, en tanto que un 40,3% de las mujeres del grupo post-pandemia presentaba puntaje sobre el punto de corte en esta escala. Dado que la escala DASS no cuenta con puntos de corte validados en nuestra población, no fue posible realizar esta comparación. No se observaron diferencias significativas en salud mental de acuerdo con el tipo de establecimiento de salud (público o privado) y tipo de parto.

### Variables obstétricas y de experiencia de parto

La mayoría de las madres tuvo a su bebé en un hospital público (73,9%) y el 53,8% tuvo parto por cesárea. El 52,5% de los bebés fueron niñas. Las participantes reportaron, en promedio, una experiencia de parto positiva ( $X = 5,44$ ;  $DE = 1,93$ ) y buena valoración del equipo de salud ( $X = 6,2$ ;  $DE = 1,41$ ). Además, reportaron una experiencia subjetiva moderada de dolor ( $X = 4,8$ ;  $DE = 2,26$ ) y temor al parto ( $X = 4,31$ ;  $DE = 2,12$ ).

Las mujeres del grupo pre-pandemia tuvieron más acompañamiento continuo durante el parto ( $\chi^2(2) = 7,09$ ;  $p = 0,03$ ), fueron acompañadas más frecuentemente por personas distintas a su pareja y su propia madre ( $\chi^2(1) = 11,47$ ;  $p < 0,001$ ) y reportaron mayores complicaciones de salud postparto ( $\chi^2(1) = 6,38$ ;  $p = 0,02$ ) que las madres del grupo pandemia. No hubo diferencias significativas entre estos grupos en relación con la presencia de la pareja ( $\chi^2(1) = 2,47$ ;  $p = 0,09$ ) y la madre de la mujer durante el parto ( $\chi^2(1) = 2,59$ ;  $p = 0,08$ ), el tipo de parto (vaginal, asistido o cesárea) ( $\chi^2(2) = 1,35$ ;  $p = 0,51$ ), contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido ( $\chi^2 = 0,05(1)$ ;  $p = 0,5$ ), complicaciones de salud del bebé ( $\chi^2(1) = 0,44$ ;  $p = 0,54$ ) y alimentación del bebé (lactancia exclusiva, mixta o fórmula) ( $\chi^2(2) = 1,91$ ;  $p = 0,38$ ).

No observamos diferencias significativas entre los grupos en su percepción general del parto, pero sí respecto a la edad gestacional y talla del recién nacido de sus bebés (tabla 3). Al momento de ser evaluadas, los

**Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las muestras**

	Pre-pandemia (N = 81)	Pandemia (N = 77)	<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$		
Edad	26,5 ± 4,3	25,1 ± 4,2	2,08 (155)	0,04
Semanas de gestación	39,1 ± 1,28	38,4 ± 1,29		
	N (%)	N (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Nacionalidad				
Chilena	61 (75,3%)	66 (85,7%)	2,71 (1)	1
Otra (Latina)	20 (24,7%)	11 (14,3%)		
Situación de pareja			2,04 (3)	0,56
Casada - convive	46 (56,8%)	52 (67,5%)		
Soltera	13 (16%)	9 (11,7%)		
Separada - divorciada	2 (2,5%)	1 (1,3%)		
Otro	20 (24,7%)	15 (19,5%)		
Máximo nivel de estudios			15,89 (2)	0,00
Escolaridad incompleta	2 (2,5%)	10 (13%)		
Escolaridad completa	10 (12,3%)	23 (29,9%)		
Educación superior	69 (85,2%)	44 (57,1%)		
Trabajo remunerado			7,32 (1)	0,01
No	32 (39,5%)	47 (61%)		
Sí	49 (60,5%)	30 (39%)		
Tipo de parto			1,35 (2)	0,51
Vaginal	31 (38,3%)	33 (42,9%)		
Asistido	6 (7,4%)	3 (3,9%)		
Cesárea	44 (54,3%)	41 (53,2%)		
Tipo de establecimiento de salud*			0,26 (1)	0,17
Público	56 (69,1%)	60 (77,9%)		
Privado	24 (29,6%)	17 (22,1%)		

Nota. \* = Este dato no está disponible en una participante del grupo pre-pandemia.

**Tabla 2. ANCOVA evaluando diferencias de salud mental entre los grupos pre-pandemia y pandemia, controlando por edad, educación y ocupación materna**

	Pre-pandemia $\bar{x} \pm DE$	Pandemia $\bar{x} \pm DE$	<i>F</i> ( <i>gl</i> )	<i>p</i>
EDPE	4,94 ± 4,59	8,49 ± 5,17		
Grupo			10,88 (1)	< 0,001
Covariables				
Edad			0,13 (1)	0,72
Educación			3,04 (1)	0,08
Ocupación			0,28 (1)	0,60
DASS ansiedad	1,75 ± 2,82	3,43 ± 4,42		
Grupo			4,4 (1)	0,04
Covariables				
Edad			0,3 (1)	0,87
Educación			2,44 (1)	0,12
Ocupación			1,96 (1)	0,16

Nota: EDPE = Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, DASS ansiedad = Subescala de ansiedad del instrumento Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés.

**Tabla 3. Prueba t para muestras independientes evaluando diferencias en las características del bebé al nacimiento y experiencia de parto entre los grupos pre-pandemia y pandemia**

	Pre-pandemia (N = 81)	Pandemia (N = 77)	t(gl)	p
Características recién nacido	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$		
Edad gestacional	39,1 $\pm$ 1,28	38,4 $\pm$ 1,29	16,73 (153)	< 0,001
Talla bebé al nacer (cms)	50,14 $\pm$ 1,98	49,4 $\pm$ 2,22	2,19 (157)	0,03
Peso del bebé (grs)	3343 $\pm$ 409	3305 $\pm$ 464	0,54 (154)	0,59
Percepción experiencia parto				
Satisfacción materna con la experiencia general de parto	5,26 $\pm$ 2,15	5,64 $\pm$ 1,67	-1,58 (141)	0,12
Nivel de dolor experimentado en el parto	4,63 $\pm$ 2,37	4,91 $\pm$ 2,17	-0,9 (139)	0,37
Nivel de temor experimentado en el parto	4,07 $\pm$ 2,29	4,55 $\pm$ 1,92	-0,98 (136,7)	0,33
Valoración del equipo de salud	6,19 $\pm$ 1,46	6,22 $\pm$ 1,38	-0,66(141)	0,51
Percepción recuperación física postparto	5,06 $\pm$ 2,07	5,70 $\pm$ 1,52	-1,94 (140)	0,05

bebés del grupo pre-pandemia fueron 4,5 semanas mayores que los bebés de las madres del grupo pandemia ( $t(153) = 16,73$ ;  $p < 0,001$ ), pese a que todos los bebés del estudio nacieron a término.

#### Diferencias según el tipo de Centro de Salud (público-privado)

Las madres que dieron a luz en hospitales públicos reportaron una experiencia de parto menos satisfactoria, mayor percepción de dolor y menor satisfacción con el equipo de salud que las madres atendidas en clínicas privadas. No hubo diferencias en los reportes de temor durante el parto. Las madres de hospitales públicos reportaron tener más acompañamiento parcial (v/s continuo) durante el parto ( $\chi^2(2) = 21,29$ ;  $p = 0,00$ ) y menos contacto piel con piel con sus bebés ( $\chi^2(2) = 4,53$ ;  $p = 0,03$ ) que las madres de clínicas privadas. No hubo diferencias significativas en el tipo de parto ( $\chi^2(2) = 3,72$ ;  $p = 0,15$ ), presencia del padre (progenitor) ( $\chi^2(1) = 0,5$ ;  $p = 0,36$ ) o de la madre de la mujer durante el parto ( $\chi^2(1) = 0,02$ ;  $p = 0,54$ ), complicaciones de la madre ( $\chi^2(1) = 0,08$ ;  $p = 0,49$ ) o el bebé ( $\chi^2(1) = 2,93$ ;  $p = 0,9$ ) ni alimentación del bebé ( $\chi^2(2) = 0,57$ ;  $p = 0,75$ ) según el tipo de establecimiento.

#### Discusión

Los resultados indican que la crisis sanitaria impactó en Chile, en forma negativa, en la salud mental de las mujeres durante su transición a la maternidad. En comparación con el grupo pre-pandemia, las mujeres evaluadas durante la pandemia reportaron síntomas más elevados de depresión y ansiedad los primeros meses postparto. Esto es consistente con estudios previos que describen un aumento de la sintomatología

depresiva y ansiosa en el periparto desde el inicio de la pandemia<sup>6,30,31</sup>. Sin embargo, en ciertos contextos la pandemia no afectó negativamente la salud mental materna<sup>32</sup>. Por ejemplo, un estudio en Israel<sup>33</sup> mostró que las mujeres que dieron a luz durante la pandemia presentaron un menor riesgo de desarrollar depresión postparto en comparación a las que tuvieron a sus bebés previo a la pandemia. Esto resalta la necesidad de estudiar el impacto de esta crisis sanitaria en distintos contextos culturales y en mujeres con distintos perfiles de riesgo a fin de responder a sus necesidades específicas de salud.

Pese a que todos los bebés involucrados en el estudio nacieron a término, los bebés nacidos durante la pandemia tuvieron en promedio menor edad gestacional y - levemente - una menor talla al nacer, aunque no se observaron diferencias en el peso del recién nacido entre ambos grupos. Estudios anteriores han mostrado el impacto de los desastres naturales en las características del recién nacido como peso, talla y edad gestacional, aunque hay resultados diversos en términos de la combinación de características que se ven afectadas<sup>8</sup>.

Llama la atención que las madres evaluadas durante la pandemia introdujeron fórmula en la alimentación de sus bebés algo más tarde que las madres evaluadas antes de la pandemia. Estudios nacionales e internacionales<sup>34,35</sup> han mostrado que las mujeres que presentan ansiedad y depresión tienen riesgo de interrumpir la lactancia exclusiva más tempranamente que las mujeres con mayor bienestar emocional, sin embargo, nuestros resultados son contradictorios. Si bien la asociación bidireccional entre lactancia y salud mental materna es ampliamente reconocida<sup>36</sup>, es posible que las madres evaluadas durante la pandemia hayan extendido la lactancia exclusiva por mayor tiempo, pese a sus síntomas de salud mental, debido al

confinamiento. Un estudio reciente realizado en Brasil con 1344 diadas madre-bebé mostró que trabajar fuera del hogar es un factor de riesgo para interrumpir la lactancia exclusiva tempranamente<sup>37</sup>. Las madres evaluadas durante la pandemia experimentaron restricciones que limitaron las actividades fuera del hogar. Si bien el confinamiento puede asociarse a estrés y malestar emocional, puede haber resguardado espacios exclusivos dedicados al cuidado del bebé, alejados de actividades sociales y extrafamiliares, que repercutieron positivamente en la lactancia.

Las mujeres que dieron a luz a sus bebés durante la pandemia reportaron tener menos compañía en el parto por alguien que no fuera su pareja o su propia madre, lo cual es consistente con las medidas sanitarias que se implementaron para reducir el riesgo de contagio por COVID-19. Un artículo reciente<sup>38</sup> destaca las preocupaciones de madres y padres durante el periodo perinatal, particularmente temor a no tener compañía durante los controles médicos y el parto, temores al contagio y ansiedad por un posible riesgo de muerte. El estudio también destaca el temor a la separación de madres y bebés, con las posibles consecuencias para el establecimiento de vínculos y patrones de lactancia positivos. Al respecto, es fundamental que los protocolos de cuidado en el periparto promuevan el contacto de la madre con su bebé y permitan el involucramiento de los padres, u otras figuras significativas, para que las madres y sus bebés reciban el apoyo y compañía necesarios. Esto es especialmente relevante en los casos de madres contagiadas de COVID-19, donde es recomendable facilitar el contacto del bebé con otro cuidador<sup>14</sup>.

En relación al tipo de parto durante la pandemia, se ha reportado a nivel internacional un aumento significativo en las inducciones y cesáreas<sup>38</sup> que, indica una elevada medicalización de los procedimientos y la implementación de protocolos que favorecen el control, pese a no ajustarse a los riesgos reales presentados por las mujeres en algunos casos<sup>39,40</sup>. En este estudio no observamos diferencias en la cantidad de cesáreas entre los grupos evaluados, lo que puede asociarse a que Chile tiene una altísima tasa a nivel nacional (46% de los partos)<sup>41</sup>, pese a las recomendaciones internacionales<sup>42</sup> y a las iniciativas para promover prácticas obstétricas respetuosas<sup>43</sup>. La sobrevaloración de los procedimientos médicos puede afectar negativamente la experiencia de las madres y sus bebés<sup>14</sup> e impactar la salud mental materna y la construcción de un vínculo seguro, lo que - a su vez - puede limitar el involucramiento materno en el cuidado del recién nacido<sup>39,44,45</sup>. Por lo tanto, es relevante informar procedimientos y políticas sanitarias que favorezcan el bienestar de madres y bebés, limitando la sobre medicalización del parto y nacimiento. Asimismo, es fundamental promover el bienestar de los equipos de salud, quienes en

circunstancias de desgaste profesional podrían favorecer prácticas obstétricas poco respetuosas<sup>40</sup>.

No se encontraron diferencias en la percepción de la experiencia de parto de las madres antes y durante la pandemia, sin embargo, sí hubo diferencias asociadas a los sistemas de salud público y privado. Las madres de hospitales públicos reportaron menor satisfacción con la experiencia de parto, menor acompañamiento continuo y menor contacto piel con piel con su bebé. Recientemente, Pantoja y cols.<sup>46</sup> observaron que, si bien en Chile existen lineamientos para promover los cuidados respetuosos durante el periparto, estos no siempre se implementan satisfactoriamente, especialmente en establecimientos públicos. Es alarmante que, pese a la sobrecarga del sistema de salud debido a las circunstancias sanitarias, sea más determinante el tipo de establecimiento donde se recibe atención -y no la situación de crisis- lo que subyace a las diferencias entre la percepción de la experiencia de parto en las mujeres evaluadas. Esto, sumado a la alta tasa de cesáreas a nivel nacional, realza la necesidad de avanzar en la implementación de políticas públicas que promuevan el uso de prácticas obstétricas respetuosas.

Los resultados de este estudio presentan ciertas limitaciones, particularmente el tamaño muestral, que puede limitar la generalización de los resultados y, el uso de instrumentos de autorreporte. La recolección de datos se realizó de manera diferente en las dos muestras (telefónicamente y en línea), lo que pudo afectar la comparabilidad de los datos. Pese a estas limitaciones es el único estudio realizado en población chilena y uno de los pocos estudios latinoamericanos con evaluaciones previas y durante la crisis sanitaria, por lo que ofrece información relevante sobre su impacto en madres primerizas del país.

## Conclusión

Este estudio evidencia las consecuencias negativas para el bienestar emocional de las madres primerizas durante la pandemia en Chile. Sin embargo, destaca el efecto positivo que el confinamiento puede tener en la lactancia, ya que las restricciones para realizar actividades fuera del hogar permiten resguardar espacios exclusivos dedicados al cuidado del recién nacido. Por otra parte, destaca la necesidad de informar y promover decisiones gubernamentales y locales basadas en la evidencia, que equilibren los resguardos sanitarios asociados al COVID-19 con la promoción del bienestar de madres, padres y bebés, tanto en el sistema de salud privado como público, reconociendo que la vulnerabilidad de este período está dada por la alta sensibilidad y permeabilidad de los procesos implicados en el embarazo, parto y puerperio.

## Responsabilidades Éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Derecho a la privacidad y consentimiento informado:

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

- Liang P, Wang Y, Shi S, et al. Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1-8. doi: 10.1186/s12888-020-02969-3
- Diamond RM, Brown KS, Miranda J. Impact of COVID-19 on the Perinatal Period Through a Biopsychosocial Systemic Framework. *Contemp Fam Ther*. 2020;42(3):205-16. doi: 10.1007/s10591-020-09544-8
- Gan-Or NY. Going solo: The law and ethics of childbirth during the COVID-19 pandemic. *J Law Biosci*. 2021;7(1):1-17. doi: 10.1093/jlb/lsaa079
- Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2021;9(6):e759-e772. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6
- Iyengar U, Jaiprakash B, Haitsuka H, et al. One Year Into the Pandemic: A Systematic Review of Perinatal Mental Health Outcomes During COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021;12. doi: 10.3389/fpsy.2021.674194
- Davenport MH, Meyer S, Meah VL, et al. Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Front Glob Women's Heal*. 2020;1:1-6. doi: 10.3389/fgwh.2020.00001
- Unidas N. UNISDR Terminología Sobre Reducción Del Riesgo de Desastre.; 2009. [Consultado 2022 enero 22] Disponible en: [https://www.preventionweb.net/files/7817\\_UNISDRTerminologySpanish.pdf](https://www.preventionweb.net/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf)
- Harville E, Xiong X, Buekens P. Disasters and perinatal health: A systematic review. *Obstet Gynecol Surv*. 2010;65(11):713-28. doi: 10.1097/OGX.0b013e31820eddbe
- Morales Quiroga, M. Estallido social en Chile 2019: participación, representación, confianza institucional y escándalos públicos. *anal.polit*. 2020;33(98):3-25. <https://doi.org/10.15446/anpol.v33n98.89407>.
- Vivanco C, Duarte F. Percepción de La Salud Mental.; 2020. [Consultado 2022 enero 22] Disponible en: [https://nucleodesoc.cl/wp-content/uploads/2020/07/Boletín-nº3-\\_Salud-Mental.pdf](https://nucleodesoc.cl/wp-content/uploads/2020/07/Boletín-nº3-_Salud-Mental.pdf)
- Olhaberry M, Sieverson C, Franco P, et al. The impact of COVID-19 on experiences of pregnancy and/or early parenting in Chile. *Infant Ment Health J*. 2021;(12):1-16. doi: 10.1002/imhj.21955
- Romero M, Sieverson C, Olhaberry M, et al. Birth during the Coronavirus Pandemic: "When fear is the uninvited guest." *Perspect Infant Ment Heal*. 2020;28(3):10-3.
- Niños EPC a N. Resultados de La Primera Etapa Proyecto Cuidemos a Nuestros Niños.; 2020. [Consultado 2022 enero 22] Disponible en: <https://relacionesinteligentes.com/cuidemos-a-nuestros-ninos-estudio/>
- Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One*. 2020;15:1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0230992
- Baldwin S, Kelly P. Postnatal Depression: Don't reinvented the wheel. *Community Pract*. 2015;88(9):37-40.
- Paulson J, Bazemore S. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression A Meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(19):1961-9. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Fisher J, de Mello MC, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139-49. doi: 10.2471/BLT.11.091850
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108(1-2):147-57. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014
- Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev*. 2018;51:24-32. doi: 10.1016/j.infbeh.2018.02.005
- Coo S, Mira A, García MI, Zamudio P. Salud mental en madres en el período perinatal Perinatal mental health in Chilean mothers. *Andes Pediatr*. 2021;92(5):1-9. doi: 10.32641/andespediatr.v92i5.3519
- Bauer A, Pawlby S, Plant DT, et al. Perinatal depression and child development: Exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychol Med*. 2015;45(1):51-61. doi: 10.1017/S0033291714001044
- Sloman J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519844044. doi: 10.1177/1745506519844044. Erratum in: *Womens Health (Lond)*. 2019;15:1745506519854864.
- Netsi E, Pearson RM, Murray L, et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):247-53. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
- Murray L, Cooper P, Hipwell A. Mental health of parents caring for infants. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(SUPPL. 2):71-7. doi: 10.1007/s00737-003-0007-7
- Reck C, Tietz A, Müller M, et al. The impact of maternal anxiety disorder on mother-infant interaction in the postpartum period. *PLoS One*. 2018;13(5):1-21. doi: 10.1371/journal.pone.0194763
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale.

- Br J Psychiatry. 1987;150(6):782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
27. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1995;16(4):187-91.
  28. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
  29. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios Chilenos. *Ter Psicol.* 2012;30(3):49-55. doi: 10.4067/S0718-48082012000300005
  30. Loret de Mola C, Martins-Silva T, Carpena MX, et al. Maternal mental health before and during the COVID-19 pandemic in the 2019 rio grande birth cohort. *Brazilian J Psychiatry.* 2021;43(4):402-6. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1673
  31. Hui PW, Ma G, Seto MTY, et al. Effect of covid-19 on delivery plans and postnatal depression scores of pregnant women. *Hong Kong Med J.* 2021;27(2):113-7. doi: 10.12809/hkmj208774
  32. Silverman ME, Medeiros C, Burgos L. Early pregnancy mood before and during COVID-19 community restrictions among women of low socioeconomic status in New York City: a preliminary study. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(6):779-82. doi: 10.1007/s00737-020-01061-9
  33. Pariente G, Wissotzky Broder O, et al. Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(6):767-73. doi: 10.1007/s00737-020-01075-3
  34. Coó S, García M, Mira A, et al. The role of perinatal anxiety and depression in breastfeeding practices. *Breastfeed Med.* 2020;15(8):495-500. doi: //doi.org/10.1089/bfm.2020.0091
  35. Stark E, Shim J, Ross C, et al. The Impact of Perinatal Depression on Breastfeeding Rates. *Obstet Gynecol.* 2018;131:122S-123S.
  36. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015;171:142-154. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.022
  37. Vieira GO, de Oliveira Vieira T, da Cruz Martins C, et al. Risk factors for and protective factors against breastfeeding interruption before 2 years: a birth cohort study. *BMC Pediatr.* 2021;21(1):1-10. doi: 10.1186/s12887-021-02777-y
  38. Fakari FR, Simbar M. Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. *Arch Acad Emerg Med.* 2020;8(1):1-2. doi: 10.22037/aaem.v8i1.598
  39. O'connell M, Crowther S, Ravaldi C, et al. Midwives in a pandemic: A call for solidarity and compassion. *Women and Birth.* 2020;33(3):205.
  40. Wilson AN, Ravaldi C, Scoullar MJL, et al. Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. *Women and Birth.* 2021;34(3):206-9. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.011
  41. OECD. Health at a glance 2017: OECD indicators. Published online 2017. [Consultado 2022 enero 22] Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)
  42. WHO. WHO Statement on Caesarean Section Rates Switzerland: WHO.; 2015. [Consultado 2022 enero 22] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=9C814BC559FD81BE82A1566CE5644760?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=9C814BC559FD81BE82A1566CE5644760?sequence=1)
  43. MINSAL. Manual de Atención Personalizada En El Proceso Reproductivo.; 2015. [Consultado 2022 enero 22] Disponible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/2437/manual-atencion-personalizada-pro ceso-reproductivo>
  44. Sadler M. Cuerpos vividos en el nacimiento: del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. In: Cordero Fernández M, Moscoso-Flores P, Viu A, eds. *Rastros y Gestos de Las Emociones; Desbordes Disciplinarios.* Cuarto Propio 2018;199-245.
  45. Horsch A, Lalor J, Downe S. Moral and mental health challenges faced by maternity staff during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy.* 2020;12:S141-S142. doi: 10.1037/tra0000629
  46. Pantoja L, Weeks FH, Ortiz J, et al. Dimensions of childbirth care associated with maternal satisfaction among low-risk Chilean women. *Health Care Women Int.* 2020;41(1):89-100.