

Impacto de la pandemia por COVID 19 en la salud mental perinatal en Argentina

María Fernanda González; Eliana B. Ledesma; Marina Mattioli

Autoras: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos. Lorenzo Sartorio 2160. Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina.

Contacto: maria.gonzalez@uner.edu.ar

ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s22504559/p57ci9cvx>

Resumen

La pandemia por COVID-19 constituyó una emergencia sanitaria internacional que implicó cambios dramáticos en la economía, el empleo, la educación, la atención sanitaria y en general, en la vida cotidiana de millones de personas. En Argentina, dejó en evidencia las históricas desigualdades estructurales. El confinamiento y los cambios mencionados tuvieron un marcado efecto en la salud mental de la población con la aparición de sintomatología asociada a mayor estrés, depresión y ansiedad (Canet-Juric, et.al, 2023; Etchevers, et. al, 2021). En ese contexto, este estudio se propuso explorar y describir el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental perinatal en mujeres embarazadas, personas gestantes y puérperas durante seis meses. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo mediante una encuesta online, que formó parte del proyecto internacional RISE UP COVID-19, desde diciembre de 2020 a agosto de 2021. Participaron 303 mujeres de todo el país. Los resultados muestran una fuerte afectación de la salud mental perinatal con la aparición de preocupaciones, miedos, ansiedad y depresión en esta etapa, con marcadas diferencias respecto a estudios previos, mayor peso en las mujeres que tenían un empleo informal y que se mantuvo estable durante al menos seis meses.

Palabras clave: Salud mental perinatal; ansiedad; depresión; COVID-19

Marco teórico y metodológico

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos. Este marco normativo, desde una perspectiva de derechos y género, destaca la implementación de estrategias que favorezcan prácticas en prevención precoz y promoción, así como también la evaluación y el tratamiento temprano. Pero para desarrollar políticas efectivas que apunten a ello es esencial contar con información epidemiológica precisa y actualizada sobre los padecimientos mentales en general y en algunas etapas en particular. Sobre todo, cuando estos padecimientos tienden a ser minimizados y percibidos como estigma, lo que muchas veces hace que no se concrete la búsqueda de tratamiento. Según la OMS “los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental [...] más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad” (OMS, 2017, p.5).

El bienestar en la salud mental materna y perinatal es fundamental para la vivencia de un embarazo saludable, así como para el establecimiento de un vínculo de apego seguro con el recién nacido (Oberman, 2013; Olza, 2020). Contar con cuidados en salud adecuados y respetuosos en el embarazo y parto impacta en la salud de la diada y en la de toda la familia y la comunidad; por el contrario, la ausencia o deterioro de esta red y la vivencia durante el embarazo y el parto de experiencias traumáticas son factores de riesgo para la salud mental materna y perinatal. Los problemas de salud mental más comunes durante el embarazo y el posparto son la ansiedad y la depresión (Steen y Francisco, 2019). Se estima que una de cada cinco mujeres desarrollarán un problema de salud mental durante el periodo perinatal (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs y Anaya, 2018; Oberman, 2013; World Health Organization, 2015), siendo la depresión y la ansiedad los más prevalentes (Shorey et al., 2018). La literatura ha demostrado que los problemas de salud mental no solo afectan el bienestar de la madre sino que pueden dar lugar a complicaciones durante el embarazo y el parto, y pueden tener efectos negativos en el recién nacido (Gold y Marcus, 2008).

La preocupación por la salud mental materna fue recurrente durante la pandemia por COVID-19.

Diferentes organismos internacionales como la OMS y Naciones Unidas realizaron un llamamiento a la acción para proteger la salud mental materna (OMS, 2020; UN; 2020) teniendo en cuenta la desigual carga de cuidados, las diferencias en la pérdida de empleo, y la posibilidad de sufrir violencia de género que tienen las mujeres. Diferentes estudios a nivel internacional señalaron la afectación de la salud mental materna con aumento de la ansiedad y la depresión en el período perinatal (Davenport, Meyer, Meah, et al., 2020; Durankuş y Aksu, 2020; Lebel, MacKinnon, Bagshawe, et al., 2020; Saccone et al., 2020; Wu et al., 2020).

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, a nivel internacional estudios recientes como el de Flaherty, Delaney, Matvienko, Sikar y Smith, (2022) realizados en diferentes países (EEUU, Reino Unido, Australia, Irlanda, Italia, Turquía, India, Irán, España, Etiopía, Brasil, Corea del Sur y Puerto Rico) describen cómo a medida que el COVID-19 fue afectando a la sociedad y la salud, la atención materna, al igual que mu-

chos otros sectores de la salud, experimentó cambios turbulentos y con potencial para impactar en la experiencia de la atención materna. Aunque se identificaron algunas experiencias positivas, en general, la investigación refleja que la atención de la maternidad durante la pandemia por COVID-19 fue experimentada negativamente tanto por las mujeres como por los proveedores, provocando una variedad de estados emocionales, muchos de los cuales impactan en la salud y el bienestar futuros. Otra investigación llevada a cabo en Europa, Australia, Brasil, Canadá y Estados Unidos (Nakić Radoš, Motrico, Mesquita, Ganho-Avila, Voursora y Lalor, 2022) plantea que hubo modificaciones de la atención perinatal, que se modificó con el fin de reducir la transmisión del virus (p.ej., menor cantidad de controles prenatales, prohibición del acompañamiento durante el seguimiento del embarazo y el parto). Estas medidas, junto al aislamiento preventivo, causaron angustia psicológica sustancial. El alto impacto del COVID-19 en la salud mental materna durante el embarazo y el puerperio se ha evidenciado en diferentes países de todo el mundo.

En una publicación realizada por Liz Bailey y Kerry Gaskin (2021), titulada “Enfoque en la salud mental materna: una prioridad prepandémica y pospandémica”, se describe que los profesionales de la salud no deben subestimar las posibles consecuencias de la disminución de la salud mental perinatal y que deben estar alerta para detectar, preguntar y derivar tempranamente. El COVID-19 trajo aparejado cambios en la prestación de servicios, en el contacto cara a cara, así como un agotamiento significativo entre la población y los profesionales de la salud. Por ello, es menester trabajar campañas sobre salud mental materna que se centren en la concientizar, la acción y la política, para apoyar a quienes necesitan apoyo y a quienes se requiere que lo brinden. Esto se ve reflejado en el suicidio materno, que sigue siendo la causa principal de muertes directas que ocurren en el año posterior al final del embarazo, siendo las enfermedades psiquiátricas cuarta causa general de muerte después de la cardíaca, trombosis y causas neurológicas (Bailey y Gaskin, 2021).

Kovacheva et al., (2023) señalan que vivir el cambio de ambiente por el COVID-19 como negativo y tener antecedentes de trastornos mentales predice depresión perinatal, de lo contrario tener educación superior disminuye el riesgo. En etapa prenatal tener síntomas compatibles con COVID-19 es predictor de depresión perinatal y tener más de 3 años de vida junto con la pareja y ser ama de casa disminuye el riesgo. En la etapa postnatal estar desempleada es un predictor de depresión prenatal y ser madre primeriza disminuye el riesgo.

En Argentina, datos previos a la pandemia indicaron una incidencia de depresión posparto del 37% en mujeres bonaerenses (Mathisen, Glavin, Lien y Lagerløv, 2013), cuyos factores de riesgo fueron multiparidad, parto por cesárea, complicaciones durante el parto y lactancia incompleta; y del 31% en púerperas tucumanas (Pham, 2018) asociado a bajo nivel educativo, mayor paridad, depresión previa y falta de apoyo social.

Ya en contexto pandémico, López Morales, del Valle, Canet- Juric et al., (2020) han descrito mayor incidencia de ansiedad en embarazadas que en mujeres no gestantes, sobre todo en los primeros dos meses del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), con un aumento progresivo y sostenido de la sintomatología depresiva y ansiosa en el primer grupo. La disminución de estos indicadores también fue más débil entre las embarazadas a los 150 días del aislamiento social (López- Morales, del Valle, Andrés, et al., 2021).

Gonzalez, Mattioli, Meques et al., (2023) realizaron un estudio con 300 mujeres en hospitales del conurbano bonaerense y la provincia de Entre Ríos, y encontraron que el 68% de las puérperas entrevistadas muestran indicios de depresión posparto. Es un porcentaje muy alto que contrasta con el 37% encontrado en el trabajo de Mathisen et al., (2013) en la ciudad de Buenos Aires y el 31% reportado por Pham et al., (2018) en Tucumán, donde la DPP se asoció a bajo nivel educativo, mayor paridad, depresión previa y falta de apoyo social. Claramente este elevado porcentaje se relaciona con las preocupaciones en los cambios de atención en el sistema de salud por la pandemia, por ejemplo, tener que acudir solas a los controles prenatales y no poder estar acompañadas en el parto. Otras preocupaciones se relacionan con la salud del bebé (temor a que se contagien, a tener que acudir a neonatología, a no poder recibir atención si hay muchos casos de COVID-19, etc.). Adicionalmente, en aquellas familias con hijos, preocupa la demanda de tiempo para el acompañamiento en las tareas escolares en la virtualidad y los cuidados de los hermanos y su incidencia sobre el recién nacido en los momentos de vuelta a clase. A estas preocupaciones se suma la necesidad de recibir más información relacionada con el COVID-19 y los protocolos de atención. Sólo la mitad de las mujeres puérperas recibieron alguna información en el hospital donde se atendía y fue sobre medidas de higiene personal (uso barbijo, higiene de manos, etc. el distanciamiento y la circulación en la sala y protocolo de acompañantes. El 63% de las mujeres señalaron que hubieran deseado más información sobre el COVID y la salud infantil y sobre cómo gestionar el estrés y las preocupaciones generadas por la pandemia. Y todo ello en mujeres que realizaron una media de 8,83 controles prenatales en el sistema público de salud).

A partir de estos antecedentes y encuadre teórico, el objetivo general del proyecto fue explorar y describir el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental perinatal en mujeres embarazadas, personas gestantes y puérperas en Argentina, durante un período de seis meses.

Los objetivos específicos fueron:

- Explorar y describir las experiencias de mujeres embarazadas, personas gestantes y puérperas relacionadas con la pandemia por COVID-19, en especial, las vinculadas con la atención sanitaria perinatal.
- Evaluar la salud mental perinatal, específicamente, la ansiedad en el embarazo y la depresión posparto.
- Describir las relaciones entre la salud mental perinatal de embarazadas, mujeres gestantes y puérperas con las experiencias vividas en el marco de la pandemia por COVID-19, en un período de seis meses.

Metodológicamente el proyecto se enmarcó en el estudio Riseup PPD-COVID que se propuso indagar las relaciones entre la salud mental perinatal y las experiencias perinatales, con una toma de datos inicial y un seguimiento a los tres y a los seis meses mediante una encuesta online (Motrico, 2020). RiseupPPD-COVID fue un estudio internacional en el que participaron 14 países (Albania, Argentina, Brasil, Bulgaria, Chile, Chipre, Francia, Grecia, Israel, Malta, Portugal, España, Turquía y el Reino Unido) y se enmarcó en el proyecto europeo “CA18138 - Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder Action (RiseUP-PPD)”.

En nuestro país el relevamiento de datos con el cuestionario inicial se realizó entre los meses de diciembre de 2020 y febrero de 2021. Para la recolección de la muestra

se utilizó un muestreo no probabilístico con la técnica de “bola de nieve”, aunque se estimó necesario contar con participantes de todo el país. Por ello se realizó un gran esfuerzo de difusión del estudio mediante redes sociales (Twitter, WhatsApp, Facebook, Instagram, LinkedIn, etc.), redes de organizaciones (incluidas universidades, ONG que trabajan en el campo de la salud mental perinatal y grupos de apoyo a la lactancia), y redes de profesionales del campo de la salud a nivel federal. Los criterios de inclusión fueron: estar embarazada o ser madre de un niño/a menor de 6 meses, tener 18 o más años y residir en Argentina. Los criterios de exclusión fueron: no estar embarazada o ser madre de un niño/a mayor de 6 meses, ser menor de 18 años y no residir en Argentina.

En cuanto al instrumento y el procedimiento de recogida de datos se diseñó un cuestionario online, autoadministrado que fue probado en una prueba piloto. En el cuestionario definitivo (cuestionario de línea de base) se incluyeron preguntas sobre variables sociodemográficas, experiencias perinatales relacionadas con el COVID-19 y ansiedad en embarazo (GAD-7) y depresión posparto. Las encuestas de seguimiento fueron más breves e incluyeron sólo algunos ítems sobre experiencias perinatales relacionadas con el COVID-19 y los instrumentos completos de ansiedad en embarazo y depresión posparto (Escala de Edinburgo EPDS). Los cuestionarios de seguimiento fueron enviados por correo electrónico y/o por mensaje de teléfono celular (por Whatsapp), según lo que hayan proporcionado las participantes. Antes de comenzar a responder los cuestionarios, las participantes leyeron y dieron su consentimiento lo que fue una condición para participar del estudio.

En total, 303 personas completaron en su totalidad el cuestionario inicial, de ellas 117 eran embarazadas y 186 puérperas.

Síntesis de resultados y conclusiones

Se presenta en primer lugar el análisis de las **variables sociodemográficas** relevadas en el cuestionario inicial.

El 98% de las mujeres nacieron en Argentina y sólo el 2% en otros países (Brasil, Chile, Estados Unidos, México, ROU y Venezuela). El 30% vive actualmente en la provincia de Buenos Aires, seguidas por el 20% de Entre Ríos y el 15% de Santa Fe. Una característica importante de la muestra es su distribución federal ya que participaron mujeres de 20 provincias argentinas (de las 23) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En relación con el máximo nivel educativo alcanzado, hay casi un 20% de las participantes que han obtenido un posgrado, el 32% ha completado estudios universitarios y el 16,8% estudios terciarios. Ese mismo porcentaje tiene estudios universitarios incompletos (16,5%). Un escaso 5,3 % tiene solamente estudios secundarios y aún más bajos son los porcentajes de quienes no completaron la secundaria (2%) o solamente realizaron estudios primarios (0,3%). Esto contrasta con datos publicados recientemente en el informe del Centro de Estudios de la Educación Argentina de la Universidad de Belgrano, en base a datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que señala que apenas el 24% de los argentinos logró completar el nivel educativo terciario. Adicionalmente, se indica que apenas el 20 por ciento cuenta con un título de grado universitario y el 1 por ciento, con uno de posgrado, mientras que el 14 por ciento concluyó ciclos cortos de educación superior, como tecnicaturas o títulos intermedios.

Esta disparidad puede deberse a varias razones. Al tratarse de un estudio autoad-

ministrado y online es más probable que sea respondido por personas con acceso a dispositivos e internet, generalmente coincidente con los sectores de mayor estudio. Otra razón fue que se trató de una muestra no probabilística, difundida centralmente por las investigadoras, logrando así el interés en responder en círculos con estudios semejantes.

En cuanto al estado civil, el 63% está en pareja de hecho o conviviendo con su pareja, el 30% casada y sólo el 5,6% soltera. El 0,7% está separada o divorciada. Cuando se preguntó si conviven actualmente con un compañero/a el 88% respondió que sí y el 12% que no.

El 51% de las respondentes ha estado embarazada sólo una vez, y el 30% dos veces, el 11,5% lo ha estado tres veces y el porcentaje baja al 4% en caso de cuatros embarazos.

Al momento de responder la encuesta el 55% tiene sólo un hijo biológico y el 21,8% tiene dos. El porcentaje baja al 5,6% en caso de tres hijos y al 3% en caso de cuatro. Quienes no han tenido aún ningún hijo (cursan su primera gestación al momento de la encuesta) son el 13,5% de la muestra.

La mayoría vive en hogares donde residen tres personas (42,6%), seguido por hogares de cuatro personas (21,5), dos personas (el 19%). El resto de la muestra se distribuye en hogares de más de cinco personas (el 8,6%), de seis (el 3,6%) de siete (el 2%) y más de siete (0,6%). Los hogares con sólo una persona (ella misma) llegan al 2% de la muestra.

En gran parte de los hogares (48,5%) vive sólo un niño/a. En el 20% de los hogares viven dos niños/as y sólo en el 7% viven más de tres niños. En el 3% no vive ningún niño y sólo en 1,7% de los hogares viven más de cuatro niños.

En cuanto a la distribución de la vivienda el 36,3% posee tres ambientes además de la cocina y el baño (es decir, son comedores, living, dormitorios, etc.), el 26,4% son viviendas con más de cuatro ambientes y un importante 15,8% viviendas con más de cuatro ambientes. Sólo el 5,3% son viviendas de un ambiente o el 16,2% de dos ambientes. En cuanto al régimen de tenencia de la vivienda, un 45% son propietarias (con vivienda íntegramente pagadas o con créditos hipotecarios: 10% créditos) y el 40% son de alquiler. El resto corresponden a casas prestadas o no se ha especificado la tenencia.

En cuanto a la situación laboral encontramos que el 46% trabaja a tiempo completo (20%) o parcial (26%). Un 15% señala ser ama de casa y un 10% estudiante. Un importante 13% optó por la categoría "otro" o "prefiero no responder". Por último se encuentran buscando un trabajo y desempleadas el 14% (7% en cada categoría). De aquellas que se encuentran trabajando un 71% lo hace manteniendo la licencia al momento de realizar la encuesta.

La mayoría (60%) tiene un empleo en relación de dependencia registrado. El 18% señala trabajar en forma autónoma. Con empleos no registrados e informales se registran menos del 10% de las encuestadas. El resto pertenece a la categoría otro.

Cuando se indagó sobre la preocupación por el impacto del COVID-19 en el empleo y la situación económica, el 32% respondió que estaba altamente preocupada (el valor más alto en la escala Lickert) y sólo el 10% no mostraba preocupación por estas situaciones. Las puntuaciones intermedias de preocupación se ubicaron en el 10,6 y 12,2%. Las puntuaciones correspondientes a menor preocupación fueron del 9,6% y del 8,9%. Es decir, en general, hubo bastante y alta preocupación por el impacto del COVID-19 en la situación económica.

A continuación se presentan los hallazgos en relación a la **salud mental** en embara-

zadas y puérperas en pandemia.

En la primera pregunta de este apartado se indagó por la salud mental, específicamente por encontrarse recibiendo tratamiento por algún trastorno como depresión, estrés, TDAH, trastorno bipolar, trastorno alimentario, etc. El 90,1% de la muestra contestó que no y sólo el 8,9% respondió que sí. De ese porcentaje, el 55,9% respondió que su atención en salud mental no había tenido cambios debido al COVID-19 mientras que el 29,6% consideró que empeoró. Éste es un dato importante ya que aunque la cantidad de mujeres con tratamiento psicológico o psiquiátrico es bajo (27 mujeres), es bastante alta la valoración de un empeoramiento de la atención a su salud mental en pandemia. Cuando se preguntó por tratamientos vinculados a abuso de sustancias (drogas, alcohol, etc.) el 99,7% respondió que no lo recibe y el 0,3% prefirió no contestar esta pregunta.

Posteriormente, se indagó diversas emociones y sentimiento y se encontraron valores de “muy a menudo” y “extremadamente” en los siguientes aspectos:

Tabla 1: emociones y sentimientos con mayor presencia

	Nada	Un poco	Moderado	Muy a menudo	Extremadamente
Sentirse sola	32,0	28,1	15,2	16,2	8,6
Sentirse tensa o agitada	35,6	29,4	14,9	14,2	5,9
Sentirse triste	27,4	32,7	19,1	14,9	5,9
Sensación de inutilidad	45,2	26,1	10,9	10,6	7,3
Sentirse desesperada por el futuro	28,1	33,0	15,8	15,8	7,3
Tener dificultad para concentrarse	28,7	33,3	18,2	14,2	5,6
Sentirse culpable o culparse si misma	39,6	32,7	11,6	10,2	5,9
Sentirse irritable, enojada o agresiva	24,4	36,3	17,2	12,5	9,6
Intentar evitar información o acordarse del brote de COVID-19	40,9	27,1	12,2	14,9	5,0

En cambio, los valores que indicaron ausencia de estas emociones y sentimientos se dieron en:

Tabla 2: emociones y sentimientos con menor presencia

	Nada	Un poco	Moderado	Muy a menudo	Extremadamente
Dolor en el corazón o en el pecho	85,5	7,9	3,6	1,7	1,3
Sueños repetidos e inquietantes sobre el brote de COVID-19	85,8	10,9	1,7	1,7	0,0
Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño	83,2	12,5	3,3	1,0	0,0
Paralizada por el terror o pánico	80,5	9,9	7,3	1,7	0,7
Problemas para recuperar el aliento	75,6	14,5	5,3	3,0	1,7
Náuseas o malestar estomacal	62,0	17,8	9,6	8,6	2,0

Asustarse de repente y sin razón	60,1	23,4	8,6	6,3	1,7
Entumecimiento u hormigueo en partes de su cuerpo	62,7	20,8	8,6	5,0	3,0
Sentirse tan inquieta que no puede quedarse quieta	59,7	21,1	10,9	5,9	2,3
Sentir debilidad en partes de su cuerpo	52,8	28,4	8,9	6,6	3,3
Sentirse súper alerta, vigilante o en guardia	45,2	28,4	12,5	8,3	5,6
Sentirse nerviosa o que se sobresalta fácilmente	46,5	28,7	10,2	9,2	5,3
Problemas para experimentar sentimientos positivos	45,5	29,0	13,5	8,9	3,0
Pensamientos repetitivos, perturbadores y no deseados sobre el brote de COVID-19	43,9	33,0	13,5	6,6	3,0

Cuando se preguntó cómo ha cambiado el COVID 19 los niveles de estrés o salud mental, un 53,5% respondió que los empeoró moderadamente, y el 15% contestó que los empeoró significativamente. Sólo siete encuestadas consideraron que los mejoró (moderadamente 2% y significativamente 0,3%).

Respecto a cambios en el sueño, el 56% no sufrió cambios en su sueño, mientras que el 28,7% respondió que lo empeoró moderadamente y el 7% empeoró significativamente. También empeoró la energía diaria (moderadamente el 52% y significativamente el 13%). Un 5% respondió que mejoró moderadamente.

La evaluación de la **ansiedad** y la **depresión** se desarrolló a través de instrumentos estandarizados

La ansiedad en el embarazo y el puerperio se evaluó con la escala GAD-7, (Generalized anxiety disorder). La nota de corte de esta prueba es 10 puntos, a partir de los cuales se puede establecer un criterio clínico para la detección del trastorno de ansiedad generalizado. Del total de las mujeres encuestadas, un 73,3% no mostró ansiedad y el 26,7% mostró sintomatología vinculada al trastorno de ansiedad generalizado (sentirse nerviosa y alterada, preocupaciones excesivas por diferentes cosas, dificultad para relajarse, sentirse irritada o enfadada, con miedo y sensación de que algo terrible podía sucederle).

Al desagregar estos porcentajes se observa que existe una distribución muy similar entre embarazadas y puérperas, con una leve diferencia de presencia de ansiedad en puérperas: el 75% de las embarazadas no muestran indicios de ansiedad y el 25% sí, y entre las puérperas, el 72% no muestra ansiedad frente al 28% que sí muestra ansiedad.

En tanto la depresión puerperal se evaluó mediante la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS). Se trata de un instrumento de detección ampliamente utilizado para realizar *screening* en atención primaria de la salud y en investigación en salud mental perinatal que se aplica durante el período perinatal. Está validada al español y posee una alta sensibilidad para la detección de la depresión posparto (DPP). La puntuación de corte es de 10 puntos; por encima de ese valor se estima que puede tratarse de una depresión posparto. Si consideramos el total de la muestra, los resultados muestran una ausencia del DPP en el 50% de las mujeres y presencia de DPP en el otro 50%. Si se observa esta distribución según sean embarazadas o puérperas, existe una

pequeña diferencia en la presencia de DPP en puérperas (el 51% de ellas) frente a las embarazadas (49%).

El nivel general de impacto de la pandemia fue extremo en el 14,9% de los casos. Entre las respuestas 5 y 6 (se corresponden a alto impacto negativo en escala de Lickert de 7) hay un 51%.

Es decir que el nivel de impacto de la pandemia en la vida diaria fue alto y con connotaciones negativas.

El nivel general de estrés relacionado con el COVID-19 concentra el 45% en las puntuaciones por encima de 4, es decir, las puntuaciones más altas de la escala. Reafirmando esto, al indagar hasta qué punto consideraban que el COVID-19 tenía un impacto negativo o positivo en su vida encontramos que para el 83% tuvo impacto negativo (extremadamente 11%, moderadamente 40% y algo 32%). Sólo el 11% responde que tuvo impacto positivo, y el porcentaje restante corresponde a sin impacto.

Posteriormente se consultó cuál era la fuente del estrés, encontrándose entre las principales menciones: impacto en los miembros de la familia (por ejemplo, padres mayores); impacto en su hijo/a; preocupaciones financieras; bienestar general debido al distanciamiento social y / o cuarentena.

Otro eje de análisis fue el **apoyo psicosocial**. En esta dimensión se indagó el apoyo social en diferentes dimensiones. En primer lugar se preguntó cómo se cubrían la necesidad de apoyo social durante la pandemia. Se trataba de una pregunta de opción múltiple, es decir, en la que se podía elegir más de una opción.

Considerando el porcentaje de las menciones (que fueron 860) encontramos que la comunicación telefónica representa el 26%, las redes sociales el 21%, las llamadas virtuales el 19% y las llamadas telefónica el 14%, correspondiendo un 17,5% a la opción en persona, lo cual, considerando la situación de ASPO podría corresponder a personas del entorno cercano con las cuales las encuestadas residían.

Se consultó posteriormente y con opción de respuesta múltiple por quienes brindaron ese apoyo. Considerando el total de las menciones -688 respuestas en este caso- la familia ocupa el primer lugar con el 40% y le siguen las amistades con el 35%. Luego se reparten las demás categorías, sin que ninguna supere el 10%. Las encuestadas refirieron haberse apoyado en profesionales de salud mental (9%) y profesionales de la salud (6,4%); en vecinos (4,5%), Organizaciones comunitarias (1,4%) y religiosas (1,3%) y otros (2%).

Respecto a quienes están brindando ese apoyo, la familia fue elegida por el 91% de la muestra, los amigos/as por el 79,6%. Un porcentaje relativamente alto (casi el 20%) contestó recibir apoyo de profesionales de la salud mental, y sólo el 14% de profesionales de la salud en general. Los vecinos fueron elegidos por el 10% de la muestra, y la comunidad religiosa y otras instituciones comunitarias fueron elegidas, en ambos casos, por el 3 % de la muestra.

En las siguientes preguntas se indagó mediante una escala Lickert el apoyo que sentía antes del COVID-19. El 44,9% de las mujeres se sentía muy apoyada y sólo el 1,7% nada apoyada. Los valores entre 1 y 3 (es decir los referentes al menor grado de apoyo) reunían el 9% de respuestas. Esta situación se modifica durante la pandemia: el número de mujeres que se sienten muy apoyadas desciende al 29,7% y aumentan los porcentajes entre 1 y 3 al 19,5%. La mediana en el primer caso es de 33 respuestas (en la respuesta 4) y en el segundo caso es de 45.

El nivel de estrés causado por las interrupciones del apoyo social fue importante, ya que el 15% consideró que fue altamente estresante. Las respuestas por encima de los 4 puntos (en escala Lickert de 7 puntos) fue del 52% y por debajo de los 4 puntos fue del 41%.

Cuando se les preguntó qué acciones realizaron para afrontar el estrés causado por la pandemia, también eligieron entre varias opciones. En este caso las menciones fueron más de 1.300, esto es un promedio de 4,4 menciones por encuestada. Las más frecuentes fueron: hablar con amigos y/o familiares (72,6%/220 menciones); aumentar el tiempo en las redes sociales (50%/153 menciones); hablar con personas embarazadas o con hijos (42,6%/129 menciones); aumento de tiempo frente a pantallas (series, videojuegos, etc.) (39%/119 menciones). Con menos frecuencia se encuentran: disminución de búsqueda de noticias (28%), comer más sano (28%); hablar con un profesional de la salud mental (16%); aumento del cuidado personal (19%); ejercicio físico moderado (18,8). Sólo el 5% respondió que hablaba con más frecuencia con otros profesionales de la salud.

La capacidad de participar en actividades sociales tuvieron una interrupción extrema en el 46,9% y moderada en el 37%; en las actividades laborales se registró una interrupción extrema en un 43,2% y moderada en el 30% (sin interrupción el 13% y algunas interrupciones también el 13%).

Las actividades físicas se vieron menos interrumpidas: el 37,3% fue una interrupción extrema, un 35,6 interrupción moderada, el 16,5 % algunas interrupciones y sin interrupciones el 10%. El acceso a comida saludable no fue interrumpido en un 51%, con algunas interrupciones en el 22,4%, interrupción moderada en el 22,1% e interrupción extrema un escaso 4,3%.

Se presentan a continuación los resultados descriptivos a la muestra de mujeres embarazadas (117 mujeres) en los que se indagó específicamente sobre las **experiencias en la atención sanitaria**.

Para el 55% de las mujeres era su primer embarazo. El 65% realiza el seguimiento del embarazo en el sistema privado de salud, y sólo el 13,7% en el público. Otro porcentaje similar realiza el seguimiento del embarazo tanto en lo público como en lo privado. Menos del 7% respondió por otros lugares, lo que corresponde a 8 casos de los cuales sólo 2 mencionaron atención obstétrica domiciliaria.

La gran mayoría tiene un embarazo sano. Los síntomas mencionados por los casos minoritarios son diabetes e hipertensión. El 98% de los embarazos corresponde a una sola gestación.

Sobre las experiencias perinatales en el embarazo, el 60% contestó que se sentía muy apoyada por los profesionales sanitarios durante el embarazo, el 30% algo apoyada y sólo el 9% respondió que se sintió no muy apoyada.

En cuanto a la valoración de cambios en las consultas sanitarias durante la pandemia, el 10% contestó que empeoró significativamente, el 36% que empeoró algo (si sumamos ambos valores, tenemos un alto 46%), el 44% respondió que no hubo cambios y sólo el 8% consideró que mejoró algo o significativamente.

Este también alto porcentaje que refiere que no hubo cambios puede estar asociado a la mayor frecuencia que registran las consultas presenciales entre los recursos disponibles. El guarismo ayuda a comprender que las consultas presenciales continuaron, lo que se modificó sustancialmente fue cómo se dieron.

Más del 60% de las embarazadas manifestó estar preocupada por los posibles futuros cambios en la atención sanitaria durante el nacimiento de su bebé. Posteriormente, se solicitó que se ubicaran en una escala del 1 al 7 (donde 1 es nada preocupada y 7 altamente preocupada). Casi la mitad de las embarazadas optó por los puntos 4 y 5 de la escala y otro 30% por los puntos 6 y 7, es decir, se manifestaron con altos grados de preocupación.

Se indagó también por la preocupación frente a los posibles cambios en el apoyo y la participación de su familia y amigos en el nacimiento del bebé como resultado del COVID-19, encontrando una respuesta afirmativa en el 72% de los casos. Traducidas esas preocupaciones a la escala de 1 a 7 como en el caso anterior encontramos valores aún más altos en las opciones del 4 al 7, llegando este último al 35% (altamente preocupada).

El 73% de las embarazadas manifestó estar preocupada por la salud de su hijo como resultado del COVID-19. Utilizando la escala para indicar cómo de preocupada está encontramos que el 43,5% se siente altamente preocupada. Menos del 10% de las entrevistadas se ubicaron en los valores del 1 al 3 que representan poca preocupación.

Frente a estos altos indicadores de preocupación, es interesante analizar la importancia que le asignaron las embarazadas a algunas situaciones de posible ayuda:

- El 80% consideró muy importante una atención más personalizada con el profesional de atención prenatal.
- El 67,5% consideró muy importante tener información sobre COVID-19 y salud infantil.
- El 66% consideró muy importante obtener una respuesta rápida frente a preguntas y preocupaciones.
- El 56% consideró muy importante tener información sobre cómo reducir el estrés.
- El 42% consideró muy importante conocer ejemplos de cómo otras embarazadas se están preparando.
- El 40% consideró muy importante tener contacto con otras mujeres embarazadas.
- El 39% consideró muy importante tener acceso a un profesional de salud mental.
- El 36% consideró muy importante tener grupos de apoyo o PIM virtuales.

Se presentan a continuación los resultados de los estudios descriptivos realizados con la muestra de **puérperas** (186 mujeres) en relación a las experiencias en atención sanitaria.

En general, se trata de mujeres que han transitado su primer embarazo (59% frente al 41% para quienes no es su primer embarazo) y de única gestación (97,3% fue de un único bebé y el 2,7% de mellizos o gemelos). Estos embarazos y nacimientos han sido, en su gran mayoría sanos, ya que hubo escasas respuestas que indicaran enfermedades como hipertensión (6,3%) parto con menos de 37 semanas de gestación (5,6%), diabetes gestacional (3%). También fue minoritaria la necesidad de ingreso en neonatología: el 80% de los/as bebés no lo requirió mientras que el 20% sí lo hizo.

Los nacimientos se han producido, en su mayor parte, en clínicas o sanatorios privados (77,8%) y en menor cantidad en hospitales públicos (18,9%) o en casa (3,2%). Estos datos son coherentes con los demográficos, socioeconómicos y educativos ya presentados.[5]

En cuanto a las provincias donde se produjeron esos nacimientos, el 29,57% de las mujeres indicaron que su bebé nació en la provincia de Buenos Aires, el 17,20% en Entre Ríos, el 16,13% en Santa Fé y el 12,37% en CABA. El resto de los nacimientos se registraron en otras provincias, ordenadas según frecuencia: Córdoba, Neuquén, Chubut, Río Negro, La Pampa, Chaco, Jujuy, Mendoza, Misiones, Santa Cruz, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Tucumán, Salta y Corrientes.

Cuando se solicitó a las púerperas que valoraran el apoyo recibido de los profesionales de atención sanitaria se obtuvo que la valoración de la atención sanitaria prenatal fue muy buena (69,4%) buena (24,2%) y no muy buena (6,5%). Esta valoración coincide con la atención postnatal, que fue de muy buena (60,8%), buena (28%), aunque en este caso aumenta la valoración negativa (11,3% de atención no muy buena). En cuanto a los cambios en la atención sanitaria durante el embarazo, el 49,3% de las mujeres púerperas consideró que esa atención empeoró, el 31,2% opinó que no hubo cambios, el 16,1% entendió que los cambios no fueron relevantes, mientras que el 13,4 % valoró que hubo mejoras. La valoración de los cambios en la atención sanitaria en el posparto es algo más positiva, ya que el 30,7% contestó que empeoró durante la pandemia, el 51% no observó ningún cambio, el 3,8% valoró que esos cambios no fueron significativos, y el 14% contestó que había mejorado.

Respecto a los cambios que han experimentado con más frecuencia en la planificación y atención al parto se encuentran: no haber podido tener acompañamiento en el trabajo de parto y posparto (“no se permitió a nadie cercano asistir al parto”); cambios en el lugar del parto, cambios en la planificación del parto, y también separación del bebé inmediatamente después del parto. En tanto, los cambios más frecuentes en las experiencias postnatales fueron: no haber podido recibir visitas después del nacimiento debido al distanciamiento social o restricciones de circulación, no tener apoyo para la lactancia u otro tipo de ayuda postnatal después del alta en el hospital, no tener con quien hablar sobre depresión posparto o problemas relacionados con el estado de ánimo y cancelación de visitas de revisión del bebé.

Frente a ello, las púerperas manifestaron que estos cambios le causaron un alto y medio nivel de estrés y preocupación en el 61% de los casos, mientras que bajo o nulo nivel de estrés fue en el 40% (considerando en el primer caso, puntuaciones iguales y mayores a 4, en una escala Likert de 1 a 7).

Cuando se indaga sobre la preocupación por los cambios que puede haber en el cuidado que puede brindar al bebé, como resultado de la pandemia, se registra un 58,6% de respuestas positivas y un 41,4% de respuestas negativas. Al indagar por la intensidad de esa preocupación aparece que hay un 85,2% de preocupación alta y media y un escaso 14,8% de baja o nula preocupación (en una pregunta de escala Likert de 1 a 7).

Estos datos son similares a los que aparecen cuando se indaga si existe inquietud sobre la salud del/a bebé con motivo de la pandemia: el 47,8% da una respuesta positiva y un 52,2% de negativas. En este caso, la preocupación media y alta llega al 89,9% y sólo el 10,1% contesta como preocupación baja o nula.

Frente a ello, las púerperas valoraron diferentes situaciones y recursos que podrían ser útiles en contexto de pandemia:

- un 87,6 % entendía que le hubiera sido útil contar con una atención más personalizada con el médico/a de su hijo/a.
- el 81,7% consideró que hubieran necesitado información sobre el COVID-19 y la salud infantil.

- un 74,2% considerará muy importante una atención más personalizada con el profesional sanitario.
- el 73,7% entendió también como muy importante tener contacto con otros padres.
- un 62,9% de las madres consideró muy importante tener información sobre cómo reducir el estrés.
- el 50% consideró muy importante tener acceso a un profesional de salud mental.
- el 48,9% entendió como muy importante conocer cómo otras madres se estaban preparando para posibles cambios en el posparto y el cuidado del bebé.
- el 39,8% consideró también como muy importante participar en grupos de apoyo en línea.

Por último, un 93% de las recientes madres respondió que estaban amamantando (un 75% en forma exclusiva y un 25% mixta).

Un resultado muy interesante obtenido en el **análisis de los seguimientos** (un mes, tres meses y seis meses) es la estabilidad de las puntuaciones en estas dos escalas. A continuación, en las Tabla 3 y Tabla 4 se desarrollan los análisis específicos de los seguimientos.

Tabla 3: Descriptivos de las diferentes tomas, en ansiedad y depresión

		Media	DE
Tiempo 1 (n=118)	Ansiedad	7.10	5.25
	Depresión	17.20	3.29
Tiempo 2 (n=80)	Ansiedad	7.81	5.24
	Depresión	16.77	3.35
Tiempo 3 (n=85)	Ansiedad	7.91	5.02
	Depresión	16.68	2.92

Tabla 4. ANOVA de un factor para testear diferencias entre los tres tiempos, en ansiedad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	39,984	2	19,992	,746	,475
Dentro de grupos	7504,214	280	26,801		
Total	7544,198	282			

Por último, al analizar las relaciones entre las variables socioeconómicas y la salud mental perinatal sólo se encontraron correlaciones significativas positivas entre situación laboral y depresión -a mayor informalidad laboral, mayor depresión- ($p < .05$) y correlaciones negativas entre cantidad de ambientes y ansiedad y depresión ($p < .05$) - a mayor cantidad de ambientes, menor depresión. Sin embargo, vale destacar que estas correlaciones son muy bajas.

Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos indican un alto impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental materna, si se tienen en cuenta los obtenidos en las escalas GAD-7 y Escala de Depresión Posparto de Edinburgo. En el caso de la ansiedad, los resultados son algo menores a los obtenidos en otro estudio realizado con mujeres que se atendían en el sistema público de salud en Entre Ríos y Buenos Aires (González, et.al, 2021). En ese caso, la ansiedad en el embarazo llegó al 57% de las embarazadas. Sin embargo, los datos de depresión en puerperio coinciden en ambos estudios, superando el 50% de las puérperas.

En cuanto al impacto de la pandemia y las medidas tomadas en DISPO se percibe una alta preocupación por el empleo tanto en el momento de toma de la encuesta como en cambios futuros. Lo mismo sucede con la percepción de estrés que tienen tanto embarazadas como puérperas, que se presenta con alta frecuencia en ambos casos. Estos resultados coinciden con los estudios internacionales (Otuy y Yaya, 2022; Nakić Radoš, et, al. 2022).

Respecto a la valoración de la atención sanitaria recibida -tanto prenatal como posnatal- es alta, aunque cuando se indaga por las preocupaciones sobre los cambios en esta atención aparecen con mucha frecuencia una alta preocupación vinculada a temores por la salud del/a bebé, por la salud propia y de la familia. En ese contexto, las embarazadas y puérperas consideraron que sería necesario mayor información y apoyo sobre diferentes aspectos tanto en la salud física como mental (apoyo para reducir estrés, para el cuidado del bebé, etc.) en contexto de pandemia, en el que también vieron reducido su apoyo social habitual (familia, amigos, etc.). Estos resultados también coinciden con los obtenidos por Motrico, et. al (2021) y permiten comprender las necesidades en salud mental perinatal en contexto pandémico y pospandémico, y serían insumos en el diseño de buenas prácticas en la atención sanitaria.

Las altas puntuaciones de ansiedad y depresión obtenidas por las embarazadas y puérperas en la primera toma de datos se mantienen estables a lo largo del tiempo, en las tomas realizadas al mes, tres meses y seis meses. Esto es una muestra, no sólo de una fuerte afectación de la salud mental sino de la persistencia de las situaciones que crearon ansiedad y angustia en la etapa perinatal. Esto contrasta con algunos resultados obtenidos en la salud mental de la población en general, que fue mostrando un descenso de los emociones negativas y la ansiedad a lo largo de la pandemia (Canet-Juric, et.al., 2023), pero es similar al obtenido por López Morales, et al., (2021) quienes encontraron una débil disminución de estos indicadores en embarazadas y puérperas.

Por último, como se ha señalado, la salud mental perinatal se ha visto afectada en mayor medida en aquellas mujeres y personas gestantes que tienen trabajos informales o que vivieron una mayor incertidumbre económica. Esto muestra a las claras el fuerte papel que tienen las situaciones vitales en los padecimientos y la salud mental, sobre todo en la etapa perinatal. En cambio, el poseer una vivienda grande, con espacios suficientes para vivir el aislamiento y el distanciamiento social decretado en pandemia, fue un factor protector en la salud mental perinatal. Estos resultados coinciden en gran parte con los obtenidos por Kovacheva, et al. (2023).

Conclusiones

La salud mental perinatal se ha visto fuertemente afectada por la pandemia por COVID-19 en nuestro país al igual que en el resto del mundo. Las condiciones impuestas por las diferentes medidas para contener los contagios y las muertes tuvieron su contracara en dramáticos cambios en la atención de la salud perinatal, sobre todo en los inicios de la pandemia. Además, el aislamiento social y otras medidas afectaron el empleo, los vínculos familiares y sociales, y cambiaron fuertemente las dinámicas familiares, educativas, económicas y sociales. Las mujeres embarazadas, puérperas y personas gestantes vivieron este tiempo con incertidumbre, miedos y preocupaciones por la salud propia, las de sus bebés y sus familias. Los protocolos de atención sanitaria priorizaron medidas de higiene y prevención de los contagios suspendiendo el acompañamiento de pareja y familiares en los seguimientos de embarazos, en el parto y en ocasiones, también en el puerperio.

Frente a ello, las vivencias generalizadas fueron de angustia, preocupación y necesidad de mayor acompañamiento e información veraz y clara sobre la pandemia y sus consecuencias en la salud perinatal.

En función de todo ello, en nuestro estudio se han encontrado indicadores muy altos de ansiedad y depresión en el período perinatal, que se asemejan a los obtenidos en otros estudios pero que se diferencian de los obtenidos en estudios pre pandémicos. Estos resultados son estables a lo largo de los meses de desarrollo de nuestro estudio (desde diciembre de 2020 hasta agosto de 2021) y muestran una correlación negativa con la informalidad en el empleo y positiva con el tipo de vivienda.

Con todo ello, nuestra investigación provee datos sistemáticos de la salud mental perinatal en pandemia en nuestro país, con una muestra construida a nivel federal, y alerta sobre la necesidad de contar con políticas públicas específicas que mejore el bienestar de las madres en situaciones de crisis, y en los contextos de post pandemia.

Indicadores de producción

González, M.F.; Mattioli, M.; Meques, F.; Leiva, C.; Piaggio, L.; Bettendorff, S.; y Marano Roude, M. (2023) Salud mental perinatal en pandemia por covid-19: un estudio con puérperas en dos provincias Argentinas., *Revista Argentina de Salud Pública, Dossier Salud Mental y Consumos Problemáticos*, Vol. 15 Disponible en: <https://www.rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/issue/view/53>. ISSN 1853-810X.

Mattioli, M. y González, M.F. (2023). Justicia reproductiva y violencia obstétrica: tensiones y diálogos entre los aspectos normativos y las apropiaciones subjetivas en Argentina. En Medina Arellano, M.; Vargas Romero, G.; González Cortez, I.; González Saavedra, A.; Fuentes Manzo, M. (editoras), *Justicia sexual y reproductiva: diálogos plurales desde el feminismo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2023. | Serie: Serie Doctrina jurídica; núm. 388. ISBN (impreso): 978-607-30-7751-4 ISBN (libro electrónico): 978-607-30-7750-7. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/15/7204/13.pdf>

Gonzalez, M. F. y Barbato, S. (2023). "I Study When All My Family is Asleep". *Gender, Time and Space in Online Education in the COVID-19 Pandemic. Psicología: Teoría e Investigación* 2023, v.39, <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39302.en>

- Gonzalez, M.F; Mattioli, M.; Meques, F.; Motrico, E.; Domínguez, S. (2023). Obstáculos y facilitadores en las trayectorias de atención y la salud mental perinatal en Argentina. II Jornadas Nacionales de Salud mental perinatal Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. 19 al 20 de Mayo 2023.
- Mattioli, M.; González, M.F.; Ledesma, E.; Leiva, C.; Guido, A. et.al. (2023). Emociones, sentimientos y apoyo social percibido en embarazadas y puérperas. Un estudio longitudinal en Argentina. II Jornadas Nacionales de Salud mental perinatal Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. 19 al 20 de Mayo 2023.
- Ledesma, E.; Ferreyra, T.; González, M.F.; et.al. (2023). Maternar en red. Talleres de acompañamiento en salud mental perinatal en Concepción del Uruguay, Entre Ríos. II Jornadas Nacionales de Salud mental perinatal Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. 19 al 20 de Mayo 2023

Bibliografía

- Bailey, L. y Kerry Gaskin, K. (2021). Enfoque en la salud mental materna: una prioridad prepandémica y pospandémica. *Enfermeras basadas en Evid* 24, 2
- Canet-Juric, L., Vernucci, S., Andrés, M.L. et al (2023). As Time goes by: A Longitudinal Study on the Mental Health of Argentinians during the COVID-19 Pandemic. *Trends in Psychol.* <https://doi.org/10.1007/s43076-023-00285-9>
- CEPAL (2021). Cuidados y mujeres en tiempos de COVID-19: la experiencia en la Argentina. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/153), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Enríquez R. C, Alonso A. y Marzonetto G. (2020). En tiempos de coronavirus el trabajo de cuidado no hace cuarentena. CLACSO.org/pensar la pandemia- observatorio social del coronavirus.
- Enríquez A. y Sáenz, C. (2021). Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA. Serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México, N° 189 (LC/TS.2021/38; LC/MEX/TS.2021/5), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Flaherty, S.; Delaney, H.; Matvienko Sikar K. y Smith, V. (2022) Atención de maternidad durante COVID-19 una síntesis de evidencia cualitativa de las mujeres y puntos de vista de los proveedores de atención de maternidad y experiencias. *BMC Embarazo y Parto* (artículo 438). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04724-w>,
- Gold, K. J., & Marcus, S. M. (2008, May). Effect of maternal mental illness on pregnancy outcomes. *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 3, pp. 391–401. <https://doi.org/10.1586/17474108.3.3.391>
- Gonzalez, M.F; Mattioli, M.; Meques, F. et al. (2021). *Estudio sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en salud mental materna / Study on the impact of the COVID-19 pandemic on mental health* maternal. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Investigación en Salud; 2020. 1-29 p. tab.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8(February). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>

- Kovacheva, K., Rodríguez-Muñoz, M. F., Gómez-Baya, D., Domínguez-Salas, S., & Motrico, E. (2023). The socio-demographic profile associated with perinatal depression during the COVID-19 era. *BMC public health*, 23(1), 786. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15665-0> (IF: 4.135; Q1)
- López- Morales, del Valle, Andrés, et.al (2021). Longitudinal study on prenatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic. *Archives Of Womens Mental Health*; 6-2021; 1-10
- López Morales H, del Valle M, Canet Juric L et al (2021). Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *Psychiatry Res* 295:113567. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113567>
- Lebel, C.; MacKinnon, A.; Bagshawe, M.; Tomfohr-Madsen, L; Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv Preprints* (403), 1–24. <https://doi.org/https://doi.org/10.31234/osf.io/gdhkt>
- Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L., & Lagerløv, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International journal of Women's health*, 5, 787–793.
- Motrico, E. (2020). Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental perinatal (RiseupPPD COVID). <https://momsduringcovid.org/cl/>
- Motrico, E., Mateus, V., Bina, R., Felice, E., Bramante, A., Kalcev, G., Mauri, M., Martins, S., & Mesquita, A. (2020). Good practices in perinatal mental health during the COVID-19 pandemic: A report from task-force RISEUP-PPD COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(3), 155-160.
- Nakić Radoš, S., Motrico, E., Mesquita, A.M., Ganho-Avila, A.; Voursora, E., Lator, J. (2022). Changes in perinatal mental healthcare during the COVID-19 pandemic: a protocol for a collaborative research study between the COST actions RISEUP-PPD and DEVOTION. *BBJ Open*.
- Oiberman, A. (2013). Nacer y acompañar. *Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Olza, I. (2020) Parir y Nacer en Tiempos de Pandemia. Acceso: <https://saludmentalperinatal.es/product/parir-y-nacer-en-tiempos-de-pandemia>.
- OMS (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. OPS, OMS
- Otuy, A. & Yaya, S. (2022). Uncovering the collateral impacts of COVID-19 on maternal mental health *Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01427-5>
- Pham, D., Cormick, G., Amyx, M. M., Gibbons, L., Doty, M., Brown, A., Norwood, A., Daray, F. M., Althabe, F., & Belizán, J. M. (2017) Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *Journal of Affective Disorders*, 227, 731–738. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.091> 2018
- Saccone, G., Florio, A., Aiello, F., Venturella, R., Chiara De Angelis, M., Locci, M., Di Spiezio Sardo, A. (2020). Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *The American Journal of Obstetrics & Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., y Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://>

doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001

Steen, M, & Francisco, A.A. (2019). Salud mental y bienestar materno. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(4), III-IVI. Epub August 12, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049>

World Health Organization. (2015). *Maternal mental health*.

Wu, Y.-T., Zhang, C., Liu, H., Duan, C.-C., Li, C., Fan, J.-X., ... Huang, H.-F. (2020). Perinatal Depression of Women Along with 2019 Novel Coronavirus Breakout in China. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3539359>

PID 10099

Denominación del Proyecto

Impacto de la pandemia por COVID-19 en la Salud mental perinatal en Argentina.

Directora

María Fernanda González (UNER)

Codirectora

Eliana Ledesma (UNER)

Codirector externo

Marina Mattioli (UADER)

Unidad de Ejecución

Universidad Nacional de Entre Ríos

Dependencia

Facultad de Ciencias de la Salud

Contacto

maria.gonzalez@uner.edu.ar

Cátedra/s, área o disciplina científica

Cátedra de Psicología. Licenciatura Binacional de Obstetricia
Instituciones intervinientes públicas o privadas y convenios o acuerdos debidamente acreditados: Facultad de Ciencias de la Salud, UNER y Universidad Loyola, Sevilla (España)

Integrantes del proyecto

Docentes UNER: Sol Acosta Arlettaz; Carina Leiva; Andrea Guido. Estudiantes de grado UNER: Juliana Corfield, Jessica Cabillón. Integrante becario vinculado al PID: Micaela Soneyra; Melina Burna. Becaria CIN: Talía F. Ferreyra. Colaboradores externos: Motrico, Emma (Universidad de Loyola, España); Domínguez Salas, Sara (Universidad de Loyola, España); Justiniano González, Raquel.

Fechas de iniciación y de finalización efectivas

02/07/2021 al 31/07/2023

Aprobación del Informe Final por Resolución C.S. N°015/24 (01-03-2024)