

Sentimientos experimentados durante el embarazo y el parto en tiempos de COVID-19

Sentimentos vivenciados no gestar e no parir em tempos da Covid-19

Feelings experienced during pregnancy and parturition in COVID-19 times

Priscieley Souza de Palhano¹ ; Soraia Geraldo Rozza² ; Bianca Nantes Nunes³ 

¹Professora na Faculdade NOVOESTE. Campo Grande, MS, Brasil; ²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil

RESUMEN

Objetivo: identificar los sentimientos experimentados durante el embarazo y el parto en el contexto de la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio cualitativo e interpretativo, basado en el interaccionismo simbólico, realizado en 2021 con mujeres multíparas en las primeras 12 horas del puerperio, sin comorbilidades ni complicaciones perinatales, que concibieron y dieron a luz durante la pandemia de COVID-19, en un hospital de maternidad clasificado como de bajo riesgo, en Mato Grosso do Sul. Se realizaron treinta entrevistas cotejadas a partir del análisis de contenido convencional de Kleinheksel. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** el análisis arrojó dos categorías: "Vivía con miedo" y "Otros sentimientos experimentados". Además del miedo, se observaron otros sentimientos negativos en las experiencias de las mujeres durante el embarazo y el parto en el contexto de la pandemia de COVID-19. **Consideraciones finales:** el miedo al miedo mismo estuvo presente en las rutinas diarias, en la búsqueda de atención prenatal y el parto, e incluso en las interacciones sociales durante la pandemia de COVID-19.

Descriptores: Embarazo; Parto; Infecciones por Coronavirus; Emoción Expresada.

RESUMO

Objetivo: identificar os sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos da Covid-19. **Método:** estudo qualitativo, interpretativo, à luz do interacionismo simbólico, realizado em 2021 com puérperas multíparas com 12 horas pós-parto, sem comorbidades ou complicações perinatais, que gestaram e pariram durante a pandemia da Covid-19, em maternidade classificada como de risco habitual, no Mato Grosso do Sul. Foram realizadas 30 entrevistas, cotejadas por análise de conteúdo convencional de Kleinheksel. O protocolo de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a análise originou duas categorias: "Eu vivia com medo" e "Outros sentimentos vivenciados". Além do medo, verificaram-se outros sentimentos negativos nas experiências das mulheres durante a gestação e o parto em tempos de Covid-19. **Considerações finais:** o medo de medo esteve presente na rotina diária, durante a busca de cuidados pré-natais e parto e, até mesmo, nas interações sociais durante a pandemia da Covid-19 foram identificados.

Descritores: Gravidez; Parto; Infecções por Coronavírus; Emoções Manifestas.

ABSTRACT

Objective: to identify the feelings experienced during pregnancy and parturition in COVID-19 times. **Method:** a qualitative and interpretive study in the light of Symbolic Interactionism, developed at 12 postpartum hours with multiparous puerperal women having no comorbidities or perinatal complications and who underwent their pregnancy and parturition during the COVID-19 pandemic in a maternity hospital classified as for habitual risk in Mato Grosso do Sul, in 2021. A total of 30 interviews were conducted, comparing them by means of Kleinheksel's conventional content analysis. The research protocol was approved by a Research Ethics Committee. **Results:** the analysis gave rise to two categories: "I lived in fear" and "Other feelings experienced". In addition to fear, other negative feelings were detected in the women's experiences during pregnancy and parturition in COVID-19 times. **Final considerations:** fear of fear itself was present in the women's daily routine while seeking prenatal and parturition care, and even in their social interactions during the COVID-19 pandemic.

Descriptors: Pregnancy; Parturition; Coronavirus Infections; Expressed Emotion.

INTRODUCCIÓN

El coronavirus de tipo 2, responsable de causar el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), denominado SARS-CoV-2, fue identificado en Wuhan, China, en diciembre de 2019, habiéndose propagado rápidamente por todo el país y llegando posteriormente a todo el mundo¹, causando la pandemia de COVID-19, con un deterioro significativo del sistema respiratorio. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó a las mujeres embarazadas y puérperas como grupos de alto riesgo para el COVID-19 debido a una mayor morbilidad y mortalidad^{2,3}.

Junto con sus altas tasas de propagación y mortalidad, este brote mundial ha estimulado diferentes niveles de problemas de salud mental, además de provocar sentimientos de inseguridad, preocupación, miedo, estrés y ansiedad^{4,5}. Las epidemias/pandemias anteriores sugieren que las familias, especialmente las madres, pueden estar en mayor

Este artículo tiene su origen en la Tesis de Maestría "Embarazo y parto durante la pandemia de COVID-19: significados atribuidos por puérperas", presentada al Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil, en 2022.

Autora de correspondencia: Bianca Nantes Nunes. Correo electrónico: b.nantes@ufms.br

Editora en Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Científica: Juliana Amaral Prata

riesgo⁶. Las mujeres embarazadas son una población vulnerable que experimenta cambios tanto fisiológicos como hormonales⁷. Los trastornos de salud mental perinatal pueden volverse más prevalentes durante un período de crisis aguda⁸.

Durante la pandemia, las mujeres tuvieron que lidiar con las incertidumbres de su propio embarazo, con el cierre de establecimientos y con las restricciones al contacto social⁹. Las preocupaciones específicas del COVID-19 con respecto a los posibles efectos de la enfermedad sobre el embarazo, la posibilidad de transmisión de madre a hijo, así como el efecto del COVID-19 en el feto, además de la probabilidad de un mayor riesgo de contraer la enfermedad o presentar complicaciones, también son evidentes en este grupo¹⁰. Por lo tanto, frente a las incertidumbres expuestas, las mujeres se sienten desamparadas durante los períodos de gestación y parto, y muchas informan que el evento alegre del embarazo se convierte repentinamente en un tiempo rodeado de miedo y estrés debido al COVID-19¹¹.

Las consultas prenatales disminuyeron, advirtiéndose entre las razones más comunes para faltar a las consultas en atención primaria y hospitales el miedo a la infección y la infección del niño, respectivamente¹². La infraestructura sanitaria se vio sobrecargada, las mujeres tuvieron mayor probabilidad de perder ingresos debido a la pandemia en comparación con los hombres, y el cierre de guarderías y escuelas generó estrés e inestabilidad, especialmente en las mujeres, quienes a menudo asumen la carga de las obligaciones del cuidado infantil¹³. Las mujeres embarazadas y puérperas presentan mayor riesgo de padecer problemas de salud mental; en sesenta y cuatro países, las mujeres experimentaron mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático que la mayoría de la población general durante la pandemia¹⁴.

La pandemia ha afectado negativamente la prestación de servicios de atención materna, con una disminución de la participación familiar y del apoyo emocional y físico, lo que ha comprometido los estándares de atención y sobrecargado los equipos sanitarios¹⁵. El apoyo social y la participación en actividades físicas regulares parecen ser factores protectores capaces de mitigar los efectos de la pandemia en la salud mental materna¹¹. Sin embargo, se ha identificado una disminución del apoyo social debido a las restricciones de la pandemia¹⁶. Por lo tanto, los modelos de telesalud que incluyan oportunidades remotas de apoyo social se consideran alternativas¹⁷. Las mujeres describen que la pandemia desencadenó una profunda sensación de pérdida de lo que el embarazo y el posparto deberían haber sido¹⁶.

Dados los cambios impuestos por el período de pandemia en el embarazo y el período posparto, se hizo necesario reflexionar sobre el embarazo y el parto durante la pandemia de COVID-19. El marco teórico del Interaccionismo Simbólico (IS) valora el significado que el fenómeno tiene para el individuo en un contexto dado y busca comprender la dimensión más profunda de sus acciones e interacciones en la búsqueda de estos significados. Desde la perspectiva del IS, “las cosas (objetos, acciones humanas, instituciones, ideas, actividades de los otros en la vida cotidiana) adquieren significado para la persona en interacción con otros y, a medida que esta las percibe conscientemente, reflexiona y piensa sobre el objeto y luego lo interpreta”¹⁸.

Así, el IS nos permite comprender los significados de los sentimientos experimentados por las mujeres durante el embarazo y el parto en tiempos de COVID-19. El *símbolo* (SC), el *yo* (autoconciencia), la *mente* (donde un sujeto comprende al otro), la *acción humana* (proceso activo de toma de decisiones) y la *interacción* (comunicación e interpretación) permiten a estas mujeres construir su trayectoria¹⁸.

Para superar los desafíos inherentes a este contexto, este estudio tiene como objetivo identificar los sentimientos experimentados durante el embarazo y el parto en tiempos de COVID-19.

MÉTODO

Estudio cualitativo e interpretativo realizado en un hospital de maternidad clasificado como de bajo riesgo, de carácter filantrópico, ubicado en el estado de Mato Grosso do Sul. La institución cuenta con 143 camas, de las cuales 26 son de cuidados intensivos neonatales y 12 son de cuidados semiintensivos.

La selección de mujeres puérperas se realizó por conveniencia, a partir de la información descrita en el libro de partos. Se invitó a participar en el estudio a las mujeres puérperas que se encontraban en las salas de maternidad. Los criterios de inclusión para las mujeres puérperas fueron: ser multigestas, haber experimentado la gestación después del inicio de la pandemia, haber dado a luz en el hospital de maternidad del estudio, tener 18 años o más, tener un buen dominio del portugués y capacidad de razonamiento lógico para responder a las preguntas propuestas. Se excluyó a las mujeres puérperas cuyo parto fue asistido por la investigadora principal para evitar conflictos de interés, así como a las mujeres con alguna comorbilidad, o aquellas cuyos bebés fueron ingresados en la UCI neonatal, recibieron algún procedimiento de reanimación neonatal o fallecieron, además de las puérperas indígenas y/o quilombolas.

El guion para la recopilación de datos fue elaborado por la investigadora principal y constaba de preguntas que abordaban aspectos sociodemográficos (edad, raza, estado civil, vivienda, nivel educativo, trabajo remunerado), información sobre el embarazo actual (embarazo planificado, tipo de embarazo, afecciones médicas o enfermedades diagnosticadas, síntomas de COVID-19 durante el embarazo y el puerperio, diagnóstico de COVID-19 durante el embarazo o el puerperio) y preguntas orientadoras sobre la experiencia del embarazo y el parto durante la pandemia de COVID-19:

experiencia del embarazo, cambios ocurridos con la pandemia, experiencia de la atención prenatal y el parto, sentimientos experimentados, repercusiones en la salud mental y estrategias de afrontamiento.

El instrumento fue enviado para su lectura y análisis a dos enfermeras obstétricas que prestaban servicios en otras instituciones con asistencia directa en partos normales y se probó previamente con dos mujeres púrpas no seleccionadas para el estudio, sin necesidad de ajustar las preguntas guía en el formato final.

Las entrevistas se llevaron a cabo bajo la dirección exclusiva de la investigadora principal, quien recibió capacitación una semana antes del inicio de las mismas. Siguiendo las recomendaciones éticas y de bioseguridad para la realización de investigaciones con seres humanos durante la pandemia de COVID-19, la investigadora realizó una entrevista a la vez, manteniendo una distancia de seguridad de dos metros, y proporcionó, de forma gratuita, el equipo de protección personal (EPP) necesario para cada mujer, así como alcohol en gel al 70% para la higienización de manos.

Las entrevistas se realizaron individualmente en la clínica de alojamiento conjunto. Las entrevistas se registraron mediante grabadora digital. Se utilizó la saturación de datos para definir el tamaño total de la muestra para el estudio. Al final de cada entrevista, las declaraciones fueron transcritas por la investigadora principal, con posterior análisis preliminar. Esta etapa consistió en una lectura cuidadosa del contenido para luego proceder a la recopilación de datos. El análisis se guió por las premisas del análisis de contenido convencional de Kleinheksel et al¹⁹. Los datos se analizaron en tres etapas: en la primera, se realizó una lectura flotante de los mismos, que resaltó y cuantificó las palabras o el contenido del texto. Estas repeticiones de palabras se marcaron para comprender el uso contextual de las estas, definiendo los temas principales presentes en el discurso de las púrpas.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las participantes. Los datos se recopilaron mediante entrevistas en profundidad, realizadas individualmente en la sala de maternidad durante el período posparto, entre junio y agosto de 2021, tras la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y la aceptación de la parturienta, quien leyó y firmó el Formulario de Consentimiento Libre e Informado.

RESULTADOS

Las participantes del estudio fueron 30 púrpas multíparas, de entre 18 y 41 años, residentes en el estado de Mato Grosso do Sul, que quedaron embarazadas y dieron a luz después del inicio de la pandemia de COVID-19, en un hospital de maternidad clasificado como de bajo riesgo. La mayoría se identificó como mestiza (50%), tenía pareja estable (56,7%), había completado la educación secundaria (46,7%) y no tenía empleo remunerado (73,3%). Además, la mayor parte tuvo embarazos no planificados (70%), realizó entre una y cinco consultas prenatales (53,3%) y tuvo un acompañante durante el parto (60%). Durante el embarazo, el 90% no presentó síntomas de COVID-19, y entre las que sí los presentaron, los informes fueron leves, como dolor de garganta, tos, dolor de cabeza y pérdida del gusto.

Fue posible identificar los sentimientos experimentados durante el embarazo y el parto en tiempos de COVID-19, sobre la base de la interacción con elementos como la mente, el yo, las cosas, los símbolos, la acción humana y la interacción simbólica, lo que contribuyó a diversas interacciones y resignificaciones del embarazo y el parto en este nuevo escenario, tras el inicio de la pandemia. Si el escenario no hubiese incluido los desafíos impuestos por el COVID-19, los sentimientos de las mujeres se centrarían en la celebración por la llegada del bebé y el momento del parto, pero, tras el escenario de la pandemia padecían las interacciones con cosas y símbolos, y experimentaban sentimientos negativos, siendo el miedo el sentimiento más frecuente, que desencadenó otros sentimientos como preocupación, frustración, tristeza, ansiedad, soledad, decepción y depresión.

Fue posible identificar los sentimientos de las mujeres que experimentaron el embarazo y el parto en tiempos de COVID-19. El miedo fue una de las palabras más repetidas, reportada en sus diversas facetas, seguida de otros sentimientos que experimentaron durante este período. En la segunda etapa, se tomaron notas sobre las impresiones iniciales, pensamientos y se realizó un análisis preliminar de la recopilación de datos mediante un proceso de precodificación o palabras clave. Los precódigos o palabras clave surgieron de una lectura profunda de cada entrevista. En la tercera etapa, en la que las entrevistas ya habían sido precodificadas, los precódigos se leyeron para ser reagrupados. Así, surgieron las categorías que expresaban la experiencia del embarazo y el parto durante la pandemia de COVID-19: (1) Vivía con miedo durante el embarazo y el parto en el contexto de la pandemia de COVID-19; (2) Otros sentimientos experimentados durante el embarazo y el parto en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Categoría 1: Vivía con miedo durante el embarazo y el parto en el contexto de la pandemia de COVID-19.

En los testimonios de mujeres que transitaban el embarazo y el parto durante la pandemia, el sentimiento predominante fue el miedo. Las mujeres inmersas en ese contexto manifestaron la sensación de miedo por ir al trabajo, en las aglomeraciones o en las filas del transporte público, como también durante sus actividades laborales. Este miedo se relacionaba con contraer la enfermedad y transmitirla al bebé. Durante el embarazo, el miedo provocó cambios en las rutinas diarias, como salir de casa para comprar el ajuar del bebé, hacer la compra, ir a la farmacia e incluso en actividades de ocio como pasear o comer fuera del domicilio.

Eso generó el problema de la cola en la terminal, así que tenía que esperar de pie el autobús, y el trayecto de ida y vuelta al trabajo siempre fue mi mayor temor, debido a las multitudes por las que pasaba al salir del trabajo, y cuando salía de casa, realizaba atención al público en mi trabajo y tenía mucho miedo. (E1)

Miedo a contagiarme estando embarazada, ¿no? Ese era mi miedo, y todavía trabajaba en un autoservicio, así que tenía mucho miedo al COVID. (E13)

Tienes miedo todos los días de ir por una compra sencilla, volver con COVID e infectar a toda tu familia, ¿verdad? (E9)

Vas a comprar el ajuar del bebé [...] no puedes simplemente pasear por las tiendas, ya no tienes ese placer de mirar una cosa y luego otra, ya no lo tienes, porque te pones nerviosa por todo, le tienes miedo a todo. (E12)

El hecho de estar embarazada durante la pandemia de COVID-19 puede contribuir a que se experimenten todo tipo de miedos, dado que es una fase de mayor vulnerabilidad. También existía el temor a desarrollar depresión, ya que les preocupaba estar embarazadas durante esta pandemia. Las mujeres expresaron temor a contraer COVID durante este periodo y contagiar a sus hijos, a un posible parto prematuro, a perder a su bebé o a morir y dejar a sus hijos solos.

Miedo a perder al bebé, a contraer COVID y perderlo, o a tener un parto prematuro. (E2)

Tengo cinco hijos en casa, así que mi mayor temor era contraer COVID y contagiar a mis hijos, ese era mi mayor temor... (E3)

Tengo miedo de contagiarme de COVID, de transmitirle algo a mi bebé, o incluso de tener un parto prematuro y morir, dejando a mi hija sola en el mundo. (E24)

También se observaron sentimientos de miedo al transitar la búsqueda de atención médica durante el embarazo, en las consultas prenatales o incluso mientras esperaban atención profesional. El miedo provocó que algunas mujeres retrasaran el inicio de su atención prenatal e incluso renunciaran a sus consultas, a menudo motivadas por el riesgo de contraer COVID-19. En el contexto de la pandemia, a estas mujeres se les indicó que esperaran su turno junto con otras personas en pasillos siempre abarrotados. Hubo relatos de miedo a ser atendidas en la atención prenatal por el mismo médico que atendía a pacientes con COVID-19. Además, vale decir que incluso en los días reservados para la atención prioritaria de mujeres embarazadas, las personas con COVID-19 siempre tenían prioridad, lo que generaba sentimientos de abandono y frustración. Otra situación observada por las mujeres embarazadas en la atención prenatal fue la difícil decisión de adherir o no a la inmunización.

Como dije, al principio tenía miedo de ir. Fui a mis controles prenatales cuando ya tenía cinco meses de embarazo, y empecé tarde. Tenía miedo de ir a la clínica. (E3)

Tenía miedo, miedo de ir al centro de salud, de contagiarme de COVID, porque donde me atendieron también trataban a pacientes con COVID, así que tenía miedo. (E24)

¿Qué se le va a hacer? Hay que vacunarse, así que terminé aceptando la vacuna Coronavac. Tenía un poco de miedo, temía que algo pudiera pasar, pero no pasó nada. (E21)

Yo también estaba muy asustada, y ni siquiera me vacuné contra el COVID porque tenía miedo de que pudiera causarle problemas a mi hijo. (E23)

En el ámbito sanitario, el miedo seguía presente durante la búsqueda de atención hospitalaria para el parto. En algunos casos, incluso se consideró el parto en casa por temor a contraer el COVID-19. Este miedo se relacionaba con la posibilidad de que algo le ocurriera al bebé después del nacimiento, el miedo a la infección, que fue un criterio elegido por las mujeres al buscar atención en la maternidad, ya que el servicio no era un centro de referencia para el COVID-19 y solo brindaba atención a mujeres embarazadas con bajo riesgo. Asimismo, en el contexto de la atención hospitalaria, surgió el miedo a la posibilidad de que la mujer no contara con acompañante durante el parto, de tener que transitar esa etapa del trabajo de parto sola, y lo que prevalecía era la falta de información sobre la posibilidad de tener acompañante durante el parto, que estaba vinculada a la compra de una mascarilla N95, que tendrían que pagar ellas mismas ya que no se las proporcionaría la maternidad. Además, se advirtió la falta de información sobre el hecho de que tener acompañante está regulado por ley y que tenían este derecho incluso durante las restricciones y el aislamiento impuestos por el COVID-19.

Le dije a mi marido: no dejes que nadie lo toque, pésala tú, así que mi miedo era contagiarme de COVID, ir al hospital y encontrarme con alguien infectado. (E4)

Quería tener el parto en casa, incluso hablé con mi marido sobre eso, que era un sentimiento de miedo. (E9)

Estar sola por culpa del COVID, ¿verdad? Porque si tienes COVID no puedes tener acompañante... (E2)

Cuando nació mi bebé, mi presión arterial subió a dieciocho porque tenía miedo, porque me sentía sola, mi madre no entró conmigo. (E3)

Quieres que el padre venga, pero no fue posible por culpa de la máscara. No sabía que tenía que llevar una; es mi primera vez aquí, así que no lo sabía, y fue realmente horrible. (E17)

Me sentí más ansiosa, más nerviosa estando aquí sola, ¿sabes? Más preocupada, ansiosa esperando que viniera y no apareció. (E26)

Durante las entrevistas, no se observaron indicios de temor al COVID-19 en el posparto inmediato, dado que a raíz de la pandemia hubo cambios en los protocolos de hospitalización y alta de estas mujeres, quienes recibían el alta prematuramente. Los matices del temor eran diversos y se intensificaron a causa de la pandemia.

Categoría 2: Otros sentimientos experimentados durante el embarazo y el parto en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Esta categoría puso de relieve otros sentimientos experimentados durante este período, tales como: preocupación, frustración, tristeza, pánico, miedo, soledad, ansiedad, nerviosismo e incluso sentimientos de falta de respeto, depresión y decepción.

Al hablar de los sentimientos de preocupación y miedo, se observaron varias etapas, como la inquietud por rutinas que antes eran habituales, como ver la televisión. Actualmente, el simple acto de ver la televisión genera preocupación ya que los noticieros destacan noticias relacionadas con mujeres embarazadas que contrajeron COVID-19 y evolucionaron a óbito. Otra preocupación se manifestaba durante la espera en las salas de los centros de salud, donde las mujeres se exponían al contacto con otras personas mientras esperaban sus consultas prenatales. La inquietud también radicaba en el riesgo de contraer Covid-19 en el hospital durante el parto, o incluso en el posparto y durante las consultas de puerperio y puericultura. Con frecuencia, también se identificó una sensación de falta de respeto debido a la ausencia de un médico que continuara la atención prenatal, o incluso a la falta de priorización de la atención.

Lo que más me preocupó fue ver muchas noticias sobre mujeres embarazadas y bebés que nacían con COVID y eran hospitalizados [...] No sabemos quién lo tiene y quién no, así que me preocupo, pero aun así fui a mi control prenatal, no pasó nada, pero me preocupaba estar con mucha gente sin saber si alguno de ellos ya lo había contraído o lo tenía en ese momento, ¿sabes? (E3)

Porque ahora mismo pienso: «Dios mío, ¿podré programar una consulta para mi hija, su primera cita, y mi primera consulta después del embarazo?», esa es mi principal preocupación ahora mismo. (E4)

Me sentí irrespetada porque creo que para una unidad básica de salud con un solo médico, deberían haber añadido otro para que la atención pudiera continuar, no solo para mí como mujer embarazada, sino también para los demás, porque no fui la única que se quedó sin asistencia. (E24)

Las mujeres también sintieron frustración al descubrir su embarazo durante la pandemia, un periodo difícil en sus vidas económicas debido a la dificultad para conservar el puesto de trabajo, lo que contribuyó a la separación familiar. Se sintieron frustradas por no poder asistir a las citas prenatales y por la falta de medicamentos, como ácido fólico y sulfato ferroso, en las farmacias públicas. Otro sentimiento fue el pánico, durante el periodo en que las mujeres veían las noticias, o incluso ante la posibilidad de contraer el COVID-19 y transmitirlo al bebé; existía el temor a morir a causa de la enfermedad y, por lo tanto, vivieron sus embarazos en aislamiento.

El día de mi cumpleaños descubrí que estaba embarazada, y eso me frustra un poco porque fue en medio de la pandemia y yo estaba muy aislada, terminé perdiendo mi trabajo y luego, ya sabes, las cosas se pusieron difíciles, terminamos dejando nuestra casa alquilada, yo me fui a vivir con mi madre y mi esposo se fue a vivir con la suya. (E11)

Es frustrante el tema del gobierno, que se supone que debe tener este medicamento específico para mujeres embarazadas, y no tenemos acceso a él, así que es frustrante. (E24)

La tristeza estaba presente en la mayoría de los relatos y se relacionaba con no poder programar citas prenatales por falta de personal médico, no tener compañía durante el parto por falta de dinero para comprar una mascarilla N95, o no haber sido informadas de que podrían haber estado acompañadas si hubieran tenido una mascarilla N95. Otra razón de tristeza fue haber perdido a algunos familiares a causa del COVID-19 y no poder asistir al funeral ni despedirse, la separación de los familiares durante el embarazo, no tener la posibilidad de celebrar un *baby shower* para el bebé, y el hecho de que una rifa para la fiesta de bienvenida no podía reemplazar la emoción de tener un *baby shower* para el bebé.

Fue algo que me afectó, porque quería poder estar todos juntos así, y no podemos, y la familia es importante para el apoyo, ¿verdad? Así que me puse triste. (E10)

Terminé perdiendo a un padrastro muy querido, no pude ir a su entierro, no pude ir al velorio, porque estaba embarazada y eso fue muy triste. (E11)

No pude tener mi baby shower, mi fiesta de pañales, nada, porque las aglomeraciones no están permitidas, así que me puso muy triste, porque estaba muy feliz, tenía muy buen ánimo, y luego llegó esta pandemia y lo arruinó todo, ¿verdad? (E17)

No había médico, lo entiendo, creo que también es por esta pandemia, ¿verdad? Pero me sentí muy mal, estaba triste, pero ¿qué se le va a hacer? (E19)

Las mujeres vivieron momentos de angustia en diversas situaciones por encontrarse embarazadas durante la pandemia. Ese sentimiento se ve reflejado en los relatos de conmoción al descubrir su embarazo. Expresaron temor ante

la necesidad de interactuar con otras personas, la espera para las citas prenatales, el riesgo de contagio y, a menudo, la imposibilidad de vacunarse.

Respecto a ella, a esta enfermedad, a este virus, teníamos miedo, ¿verdad?, por quedar embarazada justo ahora, y teníamos miedo. (E19)

Oh, ya entras con ese pensamiento, "Oh, tienes que tener cuidado, de lo contrario serás tú y tu hijo los que se contagien", y nos asustamos un poco, ¿verdad? (E21)

Mucha gente se está muriendo, también los niños, y no he podido vacunarme contra el COVID, me asusté por eso, porque ¿y si me contagio y le hago daño? Así que me asusté por eso. (E29)

Aun conociendo la importancia del distanciamiento social y el aislamiento, fue posible constatar que, durante el embarazo y el parto, las mujeres se sentían solas y angustiadas por no poder salir ni tener contacto con otras personas, y que, en casos extremos, se reportaron sentimientos de depresión y, a menudo, decepción por no poder contar con la presencia de su pareja durante las citas médicas.

Tuve que aislarme, caí en una profunda depresión, así que no podía ver a mis amigos, no podía ver a mi padre, casi no podía pasar tiempo con mi marido, y estaba triste porque tenía que quedarme encerrada en casa. (E11)

Creía que, debido a la pandemia y todo eso, no tendría compañía y todos estarían solos, pero terminé viendo que todos tenían compañía y terminé sintiéndome sola. (E12)

Fue angustiante porque estamos acostumbrados a trabajar, tenemos un ritmo acelerado, ¿verdad? Vaya, me sentí fatal estando en casa. (E19)

Me sentía muy sola porque mi marido trabaja, y como ama de casa me sentía sola, no tenía con quién hablar, no tenía como ir a casa de la otra persona porque debido a la pandemia no se podía salir, era complicado. (E24)

DISCUSIÓN

El interaccionismo simbólico permitió describir los principales sentimientos experimentados por las mujeres durante el embarazo y el parto. El individuo es considerado un actor social, capaz de interactuar consigo mismo y con el mundo en el que vive, y las mujeres que participaron en este estudio experimentaron la pandemia de COVID-19, como algo nuevo e inesperado, y fueron actores sociales que sufrieron cambios en la forma de interactuar con las personas y el mundo^{18,20}.

Las mujeres que han estado embarazadas y han dado a luz han experimentado las diversas facetas del miedo en su vida diaria. Además del miedo, surgieron otros sentimientos: preocupación, frustración, tristeza, pánico, aprensión, soledad, agonía, ansiedad, nerviosismo, conmoción, dolor, falta de respeto, depresión y decepción fueron otros sentimientos comunes experimentados por ellas durante la pandemia. La mayoría de estos resultados también se identifican en otros grupos de población^{6,21,22}. Sin embargo, según estudios previos, las mujeres en el ciclo grávido-puerperal en todo el mundo experimentaron mayor angustia psicológica durante la pandemia de COVID-19^{23,24}. Esto es probablemente resultado de las complicaciones económicas, sociales y relacionadas con la salud que afectan el ciclo grávido-puerperal, así como de incertidumbres sobre los efectos del COVID-19 en el feto²⁵.

Investigaciones realizadas en Italia, Jordania e Indonesia indicaron que las puérperas demuestran preocupación y miedo a contraer Covid-19 y transmitirlo al feto^{9,25,26}. Además, este estudio proporcionó información sobre los sentimientos, ya que estas mujeres eran multíparas e indicaron miedo con mayor intensidad, porque además de temer la pérdida del feto, también temían y entraban en pánico ante la posibilidad de morir y dejar solos a sus otros hijos. Las madres con un mayor número de hijos experimentan mayor angustia psicológica⁷. Un estudio realizado con participantes de 27 países identificó que los riesgos para los seres queridos estaban positivamente relacionados con un mayor miedo al COVID-19²⁷. Las embarazadas y las puérperas centran su miedo principalmente en las consecuencias que rodean la salud de su bebé, por lo que presentan menos enfoque en sí mismas^{16,28}.

Las puérperas describieron cómo la pandemia cambió inesperadamente el curso de sus vidas, expresando miedo y preocupación por salir de casa para hacer compras en el supermercado, ir a la farmacia, miedo a salir a caminar o a cenar, e incluso al comprar artículos para bebés, convirtiéndose en prisioneras de su propio miedo. Investigaciones recientes con la población del Reino Unido muestran que las personas experimentan un conflicto psicológico: entre el deseo de mantenerse a salvo y el deseo de llevar una vida normal y placentera²⁹. Como en este estudio, incluso conociendo la importancia del aislamiento social, durante el embarazo y el parto las mujeres se sintieron más solas y ansiosas²⁸. Las mujeres embarazadas tienden a restringir aún más sus vidas y sufrir más los efectos, en gran medida negativos para la salud mental, que fue el tema transversal en este estudio, que también destacó el miedo como un factor clave (motivación automática) para la adherencia a las pautas de salud pública de la pandemia³⁰.

Respecto a los cambios en las rutinas diarias tras el inicio de la pandemia, se advierte una creciente sensación de preocupación, pánico y miedo entre las madres cuando encienden el televisor y escuchan advertencias y noticias sobre precauciones más estrictas, restricciones y un número creciente de casos de COVID-19 en todo el mundo. En Jordania, la cobertura oficial de noticias y las redes sociales también desempeñaron un papel importante en la amplificación de los temores de las mujeres embarazadas⁹. Si bien el miedo a la pandemia puede activar una respuesta protectora, un miedo exagerado a la pandemia puede ser más perjudicial que la propia enfermedad³¹. Considerando lo antedicho, la forma en que la pandemia se transmite a través de los medios y las palabras elegidas en la cobertura pueden mitigar o exagerar las percepciones y respuestas de las personas³².

En esta pandemia, las mujeres experimentan menos entusiasmo en torno al embarazo³³, y el descubrimiento del embarazo en este contexto ha desencadenado varios sentimientos negativos como frustración, conmoción, aprensión, nerviosismo, ansiedad y *shock*. La evidencia muestra que el malestar psicológico materno es un factor de riesgo que genera resultados adversos para el binomio, incluido un mayor riesgo de infecciones respiratorias recurrentes en los niños³⁴. Las expectativas sobre cómo podría ser el embarazo e incluso el período posparto se ven frustradas, advirtiéndose una sensación de pérdida debido a que no se puede acceder al importante apoyo de la familia, las ceremonias y los rituales que normalmente se realizan durante este período¹⁵. Las participantes en nuestro estudio llevaron a cabo alternativas como meriendas con rifa, para reemplazar ceremonias y rituales como *baby showers*, pero no reemplazaron el momento emotivo que brindan las reuniones con los seres queridos.

Las mujeres embarazadas trabajadoras que participaron en el estudio describieron sentir miedo durante su trayecto al trabajo, ya que se sentían inseguras debido a las aglomeraciones en las filas de las terminales y en el transporte público. En Canadá, las participantes de un estudio cualitativo describieron sentirse culpables por trabajar en un entorno de riesgo, y aquellas que no trabajaban en el sector sanitario sintieron presión para dejar de trabajar, y algunas se vieron significativamente afectadas económicamente debido a los recortes de empleo¹⁵. Las mujeres que participaron en esta investigación informaron que además de la pérdida del empleo y el impacto financiero que contribuyó a la ruptura familiar, también experimentaron sentimientos de frustración. La literatura revela que las mujeres son más propensas a la tristeza al quedar desempleadas tras la crisis del COVID-19¹³.

Un estudio cualitativo realizado en Turquía identificó que las mujeres embarazadas tenían derecho a horarios de trabajo flexibles o permisos administrativos, lo que parece haber contribuido a una dieta equilibrada y a una mayor atención al autocuidado y la salud mental³⁵. En el Reino Unido, algunas mujeres embarazadas que no podían trabajar desde su casa optaron por dejar sus trabajos, tomar licencia por enfermedad o licencia anticipada por maternidad, ya que preferían preocuparse por las consecuencias financieras en lugar de ponerse en riesgo, aunque los planes de permisos y el apoyo financiero facilitaron estas decisiones³⁰. Si bien las iniciativas de salud pública se implementan para garantizar la seguridad de las personas, los costos sociales y emocionales deben considerarse y evaluarse³⁶.

En consonancia con nuestro estudio, otras referencias en la literatura identifican que las mujeres enfatizan sentimientos de miedo y preocupación al asistir a los controles prenatales, y que el miedo a menudo llevó al inicio tardío de la atención prenatal, la cancelación e incluso el abandono de las citas^{36,38}. La investigación también proporcionó evidencia de que el miedo de las mujeres embarazadas también estaba vinculado a ser atendidas por el mismo médico que brindó atención a pacientes con COVID-19. Un estudio cualitativo demostró que incluso cuando experimentan complicaciones en el embarazo, las mujeres son reacias a buscar atención médica debido al miedo a contraer la infección y transmitirla al feto⁹. Investigaciones recientes han demostrado que las pacientes están abiertas a modelos alternativos de atención prenatal, incluido el monitoreo remoto, ya que muchas evitan los servicios de atención médica presencial por miedo a la infección por COVID-19³⁹.

La mayor consternación entre todas las mujeres, según un estudio de métodos mixtos, fue la frustración por la falta de acceso a los servicios y las demoras en las citas y los exámenes, sumado al hecho de que las demoras y cancelaciones aumentaron la ansiedad⁴⁰. Este estudio proporcionó más información sobre los sentimientos experimentados durante la atención prenatal más allá de lo informado, como tristeza, falta de respeto y resentimiento por no poder obtener citas prenatales, y una sensación de que se priorizaba la atención a personas con COVID-19. También hubo frustración por la falta de medicamentos (ácido fólico y sulfato ferroso) brindados por el gobierno en las farmacias. Y un aumento en el número de personas en las salas de espera de las clínicas prenatales²⁸. Esta situación también se identificó en nuestro estudio y se describe como un momento conmovedor rodeado de preocupación debido al riesgo de contraer COVID-19.

Con la pandemia de COVID-19 en curso, un estudio cualitativo descriptivo reveló que las intervenciones con enfoques tecnológicos que facilitan la prestación de atención durante el embarazo y el período posparto son fundamentales para monitorear el bienestar fetal²⁴. Dado que la atención prenatal se ha visto afectada negativamente por la pandemia, ya que las mujeres han reducido su búsqueda de servicios presenciales, generalmente impulsadas por el riesgo de infección por COVID-19¹³.

Una investigación reciente con mujeres embarazadas en Italia evaluó la distribución de emociones básicas, experiencias físicas y constructos psicológicos relacionados con las expectativas del parto antes y después de la pandemia

de COVID-19 e identificó que las mujeres eran más propensas a ver el parto con alegría antes de COVID-19, mientras que después del inicio de la pandemia, el miedo fue el sentimiento más frecuente (98%)⁴¹. Las mujeres están preocupadas por su salud y la del feto y reportan miedo a contraer COVID-19, o a la infección de los bebés después del nacimiento en los hospitales²⁸. Un estudio transnacional con una población analítica de 6,894 mujeres residentes en 64 países identificó que muchas de las preocupaciones más comúnmente reportadas estaban relacionadas con el parto, incluyendo la imposibilidad de recibir visitas familiares después del parto (59%), el hecho de que el bebé contraiga COVID-19 (59%), la falta de un acompañante que las apoyara durante el parto (55%) y los cambios en el plan de parto (41%)¹⁴.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se identificó el sentimiento de miedo a dar a luz sin acompañante⁹. Los estudios muestran que el apoyo de los seres queridos es un mediador del miedo en el momento del parto⁴². Además del miedo, el sentimiento de tristeza estuvo presente en nuestra investigación, en casos de mujeres en trabajo de parto que no tuvieron un acompañante en el momento del parto, justificado en la mayoría de los casos por la falta de una mascarilla N95 o por la falta de información sobre los prerrequisitos para el ingreso del acompañante. Los estudios con enfoque de métodos mixtos identifican que la falta de comunicación clara sobre la información de atención prenatal por parte del hospital fue una fuente considerable de frustración para la mayoría de las mujeres⁴⁰. Comunicar el motivo de los cambios a las pacientes con anticipación puede promover la satisfacción con la atención¹⁶.

Nuestro estudio también demostró que algunas madres, por temor a la atención hospitalaria durante el parto, consideraron el parto domiciliario. Según un estudio cualitativo realizado con mujeres residentes en el condado de Kilifi, Kenia, se observó un rápido aumento en el número de mujeres que dieron a luz en su casa con asistencia de parteras; esto se debió a varios factores, entre ellos el temor a las infecciones hospitalarias. En este contexto, también se observó una reducción en la disponibilidad de servicios de atención primaria para partos en centros de salud⁴³.

Los símbolos son lo que vemos, cómo los interpretamos, y nuestro mundo se construye a través de símbolos; nuestra realidad es simbólica. Es mediante la interacción simbólica que atribuimos significados y tomamos decisiones sobre cómo actuaremos. Antes de la pandemia, el miedo al parto se asociaba con el dolor físico del trabajo de parto, el compromiso del parto, la emoción de poder ver finalmente al niño; alegría, felicidad, serenidad y una sensación de impaciencia. Tras el inicio de la pandemia, el cambio en la respuesta frente al miedo al parto se correlacionó con sentimientos de tristeza, soledad, angustia, incapacidad y sensación de aislamiento⁴¹.

Como se ha informado, la pandemia y las medidas restrictivas, como el distanciamiento social y el aislamiento, interrumpieron las interacciones sociales y sanitarias, lo que provocó la pérdida de contacto con los servicios de salud, la falta de apoyo de los especialistas sanitarios y la pérdida de participación social, exacerbando los problemas de salud mental de las nuevas madres⁴⁴. La necesidad de considerar cómo se sienten las mujeres y sus necesidades específicas en este momento pone de manifiesto la importancia de que los profesionales sanitarios se esfuercen por crear una alianza respetuosa y empoderar a las mujeres y promover su autoconfianza.

Nuestros hallazgos revelan la intensificación de las respuestas emocionales, con sentimientos negativos centrados en las incertidumbres sobre cómo el COVID-19 afecta la salud perinatal, los cambios en las celebraciones del momento gestacional y la forma en que la familia se inserta en este contexto de pandemia, además de los desafíos en la prestación de los cuidados asistenciales. Los sentimientos de alegría que normalmente se experimentan durante el embarazo y el parto se ven reemplazados por sentimientos de miedo, preocupación, tristeza e incluso depresión, debido al impacto de la pandemia de COVID-19. Estos cambios en el significado del embarazo y el parto pueden justificarse por la primera premisa del interaccionismo simbólico^{17,19} que establece que los seres humanos actúan en el mundo en función de los significados que este les ofrece, no limitados solo a lo que sucede entre las personas, sino también a lo que ocurre en cada ser humano, considerando la cultura en la que está inmerso.

Limitaciones del estudio

La muestra se compuso únicamente de púerperas multíparas atendidas en una única maternidad de bajo riesgo, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras realidades, como los hospitales de maternidad de alto riesgo o contextos distintos al de Brasil. Además, las entrevistas se realizaron en el puerperio inmediato, lo que restringe la comprensión de las sensaciones experimentadas en fases posteriores del ciclo puerperal, que podrían aportar información relevante.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio presenta evidencia de niveles preocupantemente altos de síntomas negativos experimentados por mujeres durante el embarazo y el parto durante la pandemia de COVID-19. Específicamente, los sentimientos de miedo estuvieron presentes en las rutinas diarias, durante la búsqueda de atención prenatal y el parto, e incluso en las interacciones sociales, lo cual se vio agravado por el distanciamiento social y el aislamiento, contribuyendo a la falta de adherencia a la red de apoyo durante el embarazo y el parto. Se observó que el miedo a contraer COVID-19 y transmitirlo al feto, y las incertidumbres sobre los verdaderos impactos de la pandemia en la salud perinatal, llevaron a la aparición de

otros sentimientos negativos como: preocupación, frustración, tristeza, pánico, soledad, ansiedad, depresión y decepción, que pueden tener impactos a largo plazo en la salud tanto de la mujer como del niño.

Comprender los sentimientos que han experimentado las mujeres embarazadas y puérperas durante la pandemia de COVID-19 tiene gran relevancia científica y social, incluso después de superado el período crítico de la crisis sanitaria. Registrar estas experiencias contribuye a la preservación de la memoria sobre repercusiones emocionales en un grupo particularmente vulnerable, lo que permite reflexionar sobre prácticas de atención más humanizadas en situaciones de emergencia. Además, estos hallazgos respaldan el fortalecimiento de las políticas públicas centradas en la salud mental materna, así como la formación de los profesionales sanitarios que se dediquen al ciclo grávido-puerperal.

REFERENCIAS

1. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 [cited 2024 Sep 09]; 382:1199–207. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2021 [cited 2024 Sep 09]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf.
3. Malik M, Bauer-Maison N, Guarna G, D'Souza RD. Social media misinformation about pregnancy and COVID-19 vaccines: a systematic review. *Med Princ Pract* 2024 [cited 2024 Sep 09]; 33:232–41. DOI: <https://doi.org/10.1159/000538346>.
4. Lu X, Lin Z. COVID-19, Economic impact, mental health, and coping behaviors: a conceptual framework and future research directions. *Front Psychol* 2021 [cited 2024 Sep 09]; 12:759974. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.759974>.
5. Kshirsagar MM, Dodamani AS, Dodamani GA, Khobragade VR, Deokar RN. Impact of Covid-19 on Mental Health: An Overview. *RRCT* 2021 [cited 2024 Sep 05]; 16:227–31. DOI: <https://doi.org/10.2174/1574887115666210105122324>.
6. Shrestha DB, Thapa BB, Katuwal N, Shrestha B, Pant C, Basnet B, et al. Psychological distress in Nepalese residents during COVID-19 pandemic: a community level survey. *BMC Psychiatry* 2020 [cited 2024 Sep 08]; 20:491. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02904-6>.
7. Meraya AM, Syed MH, Yasmeen A, Mubarak AA, Kariry HD, Maabouj W, et al. COVID-19 related psychological distress and fears among mothers and pregnant women in Saudi Arabia. *PLoS ONE* 2021 [cited 2024 Sep 09]; 16:e0256597. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256597>.
8. Cameron EE, Joyce KM, Delaquis CP, Reynolds K, Protudjer JLP, Roos LE. Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic. *J Affect Dis*. 2020 [cited 2024 Sep 09]; 276:765–74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.081>.
9. Abu Sabbah EA, Eqtyan SB, Al-Maharma DY, Thekrallah F, Safadi RR. Fears and uncertainties of expectant mothers during the COVID-19 pandemic: trying to reclaim control. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2022 [cited 2024 Sep 09]; 17:2018773. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2018773>.
10. Ahmad M, Vismara L. The psychological impact of COVID-19 pandemic on women's mental health during pregnancy: a rapid evidence review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2024 Sep 07]; 18:7112. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18137112>.
11. Akhter S, Kumkum FA, Bashar F, Rahman A. Exploring the lived experiences of pregnant women and community health care providers during the pandemic of COVID-19 in Bangladesh through a phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 [cited 2024 Sep 07]; 21:810. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04284-5>.
12. Rabbani U, Saigul AA, Sulaiman A, Ibrahim TH. Impact of COVID-19 on antenatal care utilization among pregnant women in Qassim, Saudi Arabia. *Cureus*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 13(11):e19554. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.19554>.
13. Kotlar B, Gerson EM, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 18:10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>.
14. Basu A, Kim HH, Basaldua R, Choi KW, Charron L, Kelsall N, et al. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*. 2021 [cited 2024 Sep 03]; 16:e0249780. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249780>.
15. Kolker S, Biringier A, Bytautas J, Blumenfeld H, Kukan S, Carroll JC. Pregnant during the COVID-19 pandemic: an exploration of patients' lived experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 [cited 2024 Sep 04]; 21:851. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04337-9>.
16. Stanhope KK, Piper K, Goedken P, Johnson T, Joseph NT, Ti A, et al. Quality and satisfaction with care following changes to the structure of obstetric care during the COVID-19 pandemic in a safety-net hospital in Georgia: results from a mixed-methods study. *J Natl Med Assoc*. 2022 [cited 2024 Sep 04]; 114:94–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2021.12.017>.
17. Vicente JB, Sanguino GZ, Riccioppo MRPL, Santos MRD, Furtado MCDC. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. *Rev Bras Enferm*. 2023 [cited 2024 Sep 05]; 76:e20220210. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0210>.
18. Kleinhessel AJ et al. Demystifying content analysis. *Am J Pharm Educ*. 2020 [Cited 2024 Sep 27]; 84(1):7113. DOI: <https://doi.org/10.5688/ajpe7113>.
19. Cramer EM, Chung JE, Li J. #Preeclampsiasurvivor and symbolic interactionism in women's maternal health. *Health Care Women Int*. 2024 [cited 2024 Sep 04]; 45:852–71. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2142226>.

20. French MT, Mortensen K, Timming AR. Psychological distress and coronavirus fears during the initial phase of the COVID-19 pandemic in the United States. *J Ment Health Policy Econ*. 2020 [cited 2024 Sep 03]; 23:93–100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32853158/>.
21. Rahman MA, Hoque N, Alif SM, Salehin M, Islam SMS, Banik B, et al. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Global Health*. 2020 [cited 2024 Sep 02]; 16:95. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00624-w>.
22. Di Giorgio E, Di Riso D, Mioni G, Cellini N. The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 30:1401–12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01631-3>.
23. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Dis*. 2020 [cited 2024 Sep 09]; 277:5–13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>.
24. Preis H, Mahaffey B, Heiselman C, Lobel M. Vulnerability and resilience to pandemic-related stress among U.S. women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. *Soc Sci Med* 2020 [cited 2024 Sep 06]; 266:113348. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113348>.
25. Widiastih R, Hidayat D, Zakaria H, Utama DQ, Komariah M, Maryam NNA, et al. Self-fetal wellbeing monitoring and ante-natal care during the COVID-19 pandemic: a qualitative descriptive study among pregnant women in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2024 Sep 05]; 18:11672. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111672>.
26. Smorti M, Ponti L, Ionio C, Gallese M, Andreol A, Bonassi L. Becoming a mother during the COVID-19 national lockdown in Italy: issues linked to the wellbeing of pregnant women. *Int J Psychol* 2022 [cited 2024 Sep 09]; 57:146–52. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijop.12806>.
27. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*. 2020 [cited 2024 Sep 07]; 74:102258. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>.
28. Mortazavi F, Ghardashi F. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 [cited 2024 Sep 08]; 21:193. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03691-y>.
29. Bacon AM, Corr PJ. Coronavirus (COVID-19) in the United Kingdom: a personality-based perspective on concerns and intention to self-isolate. *British J Health Psychol*. 2020 [cited 2024 Sep 22]; 25:839–48. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12423>.
30. Anderson E, Brigden A, Davies A, Shepherd E, Ingram J. Pregnant women's experiences of social distancing behavioural guidelines during the Covid-19 pandemic 'lockdown' in the UK, a qualitative interview study. *BMC Public Health*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 21:1202. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11202-z>.
31. Ren S-Y, Gao R-D, Chen Y-L. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. *World J Clin Cases*. 2020 [cited 2024 Sep 09]; 8:652–7. DOI: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i4.652>.
32. Ogbodo JN, Onwe EC, Chukwu J, Nwasum CJ, Nwakpu ES, Nwankwo SU, et al. Communicating health crisis: a content analysis of global media framing of COVID-19. *Health Promot Perspect*. 2020 [cited 2024 Sep 29]; 10:257–69. DOI: <https://doi.org/10.34172/hpp.2020.40>.
33. Keating NE, Dempsey B, Corcoran S, McAuliffe FM, Lalor J, Higgins MF. Women's experience of pregnancy and birth during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Ir J Med Sci*. 2022 [cited 2024 Sep 12]; 191:2177–84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02862-2>.
34. Korhonen LS, Karlsson L, Scheinin NM, Korja R, Tolvanen M, Mertsola J, et al. Prenatal maternal psychological distress and offspring risk for recurrent respiratory infections. *J Pediatr*. 2019 [cited 2024 Sep 10]; 208:229–35.e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.12.050>.
35. Aydin R, Aktaş S. An investigation of women's pregnancy experiences during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Int J Clin Pract*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 75:e14418. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijcp.14418>.
36. Sweet L, Bradfield Z, Vasilevski V, Wynter K, Hauck Y, Kuliukas L, et al. Becoming a mother in the 'new' social world in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Midwifery*. 2021 [cited 2024 Sep 11]; 98:102996. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102996>.
37. Biviá-Roig G, La Rosa VL, Gómez-Tébar M, Serrano-Raya L, Amer-Cuenca JJ, Caruso S, et al. Analysis of the impact of the confinement resulting from COVID-19 on the lifestyle and psychological wellbeing of Spanish pregnant women: an internet-based cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [cited 2024 Sep 09]; 17:5933. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165933>.
38. Mizrak Sahin B, Kabakci EN. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: a qualitative study. *Women Birth*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 34:162–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.022>.
39. Stampini V, Monzani A, Caristia S, Ferrante G, Gerbino M, De Pedrini A, et al. The perception of Italian pregnant women and new mothers about their psychological wellbeing, lifestyle, delivery, and neonatal management experience during the COVID-19 pandemic lockdown: a web-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 21:473. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03904-4>.
40. Davis JA, Gibson LY, Bear NL, Finlay-Jones AL, Ohan JL, Silva DT, et al. Can positive mindsets be protective against stress and isolation experienced during the COVID-19 pandemic? A mixed methods approach to understanding emotional health and

wellbeing needs of perinatal women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 18:6958. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136958>.

41. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women Birth*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 34:335–43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.002>.
42. Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Lipowska M. The need for additional mental health support for women in the postpartum period in the times of epidemic crisis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 21:114. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03544-8>.
43. Ombere SO. Access to maternal health services during the COVID-19 pandemic: experiences of indigent mothers and health care providers in Kilifi County, Kenya. *Front Sociol*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 6:613042. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.613042>.
44. Sirikul W, Ongprasert K, Piankusol C, Siviroj P. Maternal mental health under COVID-19 pandemic in Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2024 Sep 09]; 19:347. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010347>.

Contribuciones de los autores

Concepción, P.S.P. y S.G.R.L.; metodología, P.S.P. y S.G.R.L.; validación, S.G.R.L.; análisis formal, P.S.P. y S.G.R.L.; investigación, B.N.N.; curaduría de datos, B.N.N.; redacción, B.N.N., P.S.P. y S.G.R.L.; revisión y edición, B.N.N., P.S.P. y S.G.R.L.; visualización, S.G.R.L.; administración del proyecto, S.G.R.L. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se han utilizado herramientas de inteligencia artificial en la elaboración del manuscrito “*Sentimientos experimentados durante el embarazo y el parto en tiempos de COVID-19*”.