



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Percepción de las mujeres en el Parto Primerizo y su Impacto en la Salud Mental Postparto

Estudiante: Contrafatto Ramirez, Julieta Rocío

Legajo: 25644

Directora: Esp. Lic. Prof. Marianela Fernández

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

Fecha de entrega: Agosto 2025

2025



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra: Sí

Desde la fecha: Agosto 2025

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación: Sí

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Cipolletti, 4 de Agosto del 2025

Firma y aclaración del autor:


Julieta Contrafatto

Índice:

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
2.1. Delimitación del objeto de estudio.....	3
2.2. Justificación/ Fundamentación.....	3
2.3. Objetivos.....	6
2.3.1. Objetivo general.....	6
2.3.2. Objetivos específicos.....	6
2.4. Supuesto Básico.....	6
2.5. Problema de investigación.....	7
3. Estado del Arte.....	8
4. Marco Teórico.....	16
4.1. Parto.....	16
4.2. Postparto.....	20
4.3. Percepción de las mujeres sobre el parto.....	22
4.4. Salud mental postparto.....	25
4.4.1. Apoyo emocional.....	27
4.4.2. Depresión postparto.....	28
4.4.3. Ansiedad postparto.....	28
4.4.4. Trastorno de Estrés Postraumático.....	29
5. Método.....	30
5.1. Diseño y Método de Estudio.....	30
5.2. Técnica de Recolección de Datos.....	30
5.3. Diseño Muestral.....	30
5.4. Materiales.....	31
5.5. Procesamiento y Análisis de datos.....	32
5.6. Aspectos Éticos.....	33
6. Resultados.....	34
6.1. Perfil Sociodemográfico de la muestra.....	34
6.2. Percepción del Parto.....	36
6.3. Impacto en la Salud Mental Postparto.....	40
7. Discusión.....	43
8. Conclusión.....	49
9. Aportes y Contribuciones de la Investigación.....	51
10. Limitaciones de la Investigación.....	52
11. Propuestas de Intervención.....	53
12. Referencias.....	56
13. Anexos.....	62

1. Resumen

El presente estudio aborda la percepción que tienen las mujeres sobre el parto primerizo y el impacto que tiene en la salud mental postparto en la Ciudad de Mendoza. El objetivo principal fue explorar las experiencias subjetivas de las mujeres que atravesaron su primer parto, identificando los factores emocionales y contextuales que inciden en el bienestar psicológico durante el puerperio. Se empleó un enfoque cualitativo, realizando entrevistas semiestructuradas a 15 mujeres seleccionadas mediante un muestreo intencional, y se aplicó un análisis temático para identificar categorías emergentes en los relatos. Los resultados revelan que las emociones predominantes fueron el miedo, la incertidumbre y la alegría, destacándose la influencia del trato recibido por el personal de salud, la calidad de la información brindada y el apoyo de las recibido. Asimismo, se observó la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático vinculados a experiencias negativas durante el parto y la etapa postparto. Se concluye que la percepción y el acompañamiento en el parto constituyen factores claves para la salud mental de las mujeres, lo que subraya la necesidad de promover prácticas humanizadas y el fortalecimiento de los dispositivos de contención emocional en el ámbito perinatal.

Palabras claves: *parto primerizo, percepción, salud mental postparto, psicología perinatal, experiencia subjetiva.*

2. Introducción

2.1. Delimitación del objeto de estudio

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) se centra en analizar la percepción de las mujeres sobre su experiencia en el parto primerizo y el impacto que esta tiene en la salud mental postparto en un grupo de mujeres residentes en la provincia de Mendoza. La investigación se enmarca en la Psicología perinatal, reconociendo que el parto constituye un acontecimiento vital y psicosocial que puede dejar huellas significativas en la subjetividad de las mujeres

La experiencia de parto primerizo ha sido señalada en múltiples investigaciones como un evento altamente significativo que influye en el bienestar psicológico posterior (Olza, 2017). En contextos donde el parto se vive como medicalizado, intervencionista o poco respetuoso, puede generar consecuencias emocionales adversas como ansiedad, depresión postparto o incluso trastornos de estrés postraumático (Ayers et al., 2016).

En Argentina, pese a la existencia de la Ley 25.929 de Parto Humanizado, aún se registran prácticas de violencia obstétrica que afectan la percepción de las mujeres y su salud mental.

2.2. Justificación/ Fundamentación

El parto establece un evento trascendental en la vida de una mujer, simbolizando el cierre del embarazo y el inicio de una nueva etapa vital. Durante este proceso, la persona gestante necesita un acompañamiento y apoyo emocional integral por parte del equipo de salud, la familia y la comunidad (Ministerio de la Nación Argentina, 2020).

Para las mujeres que atraviesan su primer parto, este momento suele tener un significado especial, marcado por múltiples expectativas, dudas y una experiencia tanto física

como emocionalmente intensas. Como señala Simkin (2013), el parto puede influir de manera significativa y duradera en el bienestar físico y psicológico de las mujeres. No obstante, diversos estudios indican que muchas mujeres perciben el parto como una experiencia traumática y estresante, lo cual podría repercutir negativamente en su salud mental después del nacimiento de su bebé.

Si bien la evidencia denota una preferencia generalizada por un parto vaginal, nombrado como “natural”, por sobre la cesárea, la percepción y la experiencia del parto están influenciadas por múltiples factores, incluyendo el miedo, los relatos de experiencias ajenas, la influencia de terceros, el nivel socioeconómico, las creencias culturales y la calidad de atención del servicio de salud (Maldonado-Duran, 2012).

Además, la intensidad del dolor durante el parto es un elemento constitutivo de las representaciones sociales femeninas sobre la vivencia de este evento, influyendo en el comportamiento de la mujer a través del miedo y generando preocupaciones diversas.

Como señala Beck (2004), la vivencia del parto constituye una experiencia profundamente significativa y compleja para las mujeres, con la capacidad de influir notablemente en su salud mental. Dicho autor, advierte que el impacto psicológico del parto puede ser considerable, especialmente cuando se presentan situaciones estresantes o traumáticas durante el proceso. En particular se desconoce cómo las mujeres perciben su experiencia de parto, cómo esta experiencia influye en su salud mental postparto y qué factores influyen en esta relación.

Por otra parte, la etapa posterior al parto, conocida como puerperio o postparto, es un período crítico donde la mujer enfrenta la recuperación física y una profunda adaptación emocional a su nuevo rol como madre. Durante este período, las fluctuaciones emocionales impactan significativamente en su bienestar psicológico, aumentando la vulnerabilidad al

desarrollo de trastornos de salud mental como ansiedad y depresión. Se estima que una proporción considerable de mujeres experimentan algún tipo de trastorno mental durante el embarazo y el postparto.

Experiencias negativas o traumáticas durante el parto pueden provocar una problemática no solo física sino también psicológica, contribuyendo al desarrollo de síntomas o trastornos tales como: Tocofoobia (miedo al parto), Estrés postraumático, Ansiedad y Depresión postparto (Organización Mundial de la Salud, 2023).

A su vez, en Argentina en el año 2004 se sancionó la Ley sobre Parto Respetado, la cual garantiza y remarca la importancia de las decisiones de cada persona gestante, el respeto por la intimidad, la confidencialidad, elegir si estar o no acompañada en el momento del parto y por quién (Ley Nacional N° 25929, 2004).

A pesar de la reconocida importancia de la experiencia del parto y su potencial vínculo con la salud mental postparto, se requiere una comprensión más profunda de cómo las mujeres primerizas vivencian este proceso y cómo perciben que esta vivencia impacta en su bienestar emocional posterior.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), brindar una atención adecuada durante el parto y el período posterior es esencial para proteger la salud física y emocional tanto de las madres como de sus recién nacidos. Analizar en profundidad los relatos de estas mujeres permitirá reconocer los aspectos más significativos de sus vivencias, los obstáculos que enfrentan y cómo perciben la relación entre el proceso de parto y su bienestar psicológico durante el postparto.

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Explorar la percepción de las mujeres sobre sus experiencias del parto primerizo y su impacto en la salud mental postparto, con el fin de identificar factores que influyen en la salud mental de las mujeres durante este período.

2.3.2. Objetivos específicos

Describir la percepción de las mujeres sobre su experiencia del parto primerizo, incluyendo sus expectativas, experiencias y emociones durante el parto.

Explorar los factores que influyen en la percepción de las mujeres sobre su experiencia del parto, incluyendo la atención recibida, el apoyo emocional, la preparación para el parto y la experiencia personal.

Explorar cómo las mujeres primerizas construyen una historia y le dan sentido a su experiencia completa del parto y cómo interpretan su impacto en su salud mental posterior.

Analizar cómo las mujeres primerizas interpretan y atribuyen el impacto de su experiencia de parto en su salud mental luego de atravesarlo.

2.4. Supuesto Básico

El presente estudio parte del supuesto básico de que la percepción subjetiva que las mujeres tienen sobre su experiencia de parto primerizo influye directamente en su salud mental durante el período postparto. Se considera que el trato recibido por el personal de salud, el nivel de acompañamiento emocional, la información brindada y el respeto por la autonomía de la mujer son factores determinantes que condicionan dicha percepción y, por ende, el bienestar psicológico posterior.

2.5. Problema de investigación

Atento a todo lo expuesto el siguiente estudio, indaga sobre: ¿Cómo perciben las mujeres que las experiencias del parto impactan en su salud mental durante el periodo postparto?

3. Estado del Arte

En el presente apartado se revisan investigaciones relevantes vinculadas a la percepción del parto primerizo y su impacto en la salud mental postparto.

La experiencia del parto primerizo se reconoce como un factor determinante para la salud mental en el postparto, Ryding et al. (2003) identificaron que el 30% de las mujeres que atravesaron un parto vaginal manifestaron síntomas compatibles con estrés postraumático, lo que subraya la necesidad de prestar atención a los aspectos emocionales del proceso de parto.

Otro estudio similar de Soet et al. (2003) identificó que las mujeres que habían experimentado un parto por cesárea tenían una mayor probabilidad de desarrollar depresión postparto.

A través de una investigación exploratoria, llevada a cabo por Cáceres y Díaz (2024) se evidenció que las mujeres atraviesan cambios hormonales y emocionales profundos durante el embarazo y el parto, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos como depresión y ansiedad. En particular, la percepción del parto influye en la adaptación materna y la calidad del vínculo con el recién nacido. En dicha investigación, de acuerdo con los hallazgos de Cáceres y Díaz (2024), un porcentaje de las mujeres encuestadas sintió que no se respetaron sus derechos ni se les trató con dignidad durante la atención médica. La vivencia de falta de control sobre las decisiones médicas durante el parto fue reportada por un 16,7 % de las mujeres que participaron en el estudio.

Como conclusión, los autores, medidas que incluyen la capacitación de los profesionales de la salud, la atención emocional, la proporción de acompañamiento continuo durante el parto y la creación de redes de apoyo postparto (Cáceres & Díaz, 2024).

Del mismo modo, Según Barrera et al. (2022), las mujeres atraviesan cambios emocionales profundos durante el embarazo y el parto. En particular, la percepción del parto

influye en la adaptación materna y la calidad del vínculo madre-hijo. Uno de los aspectos clave en la percepción del parto es el trato recibido en los centros de salud. De acuerdo con los hallazgos de Barrera et al. (2022), un 16,1 % de las mujeres encuestadas sintió que no se respetaron sus derechos ni se les trató con dignidad durante la atención prenatal o en el parto.

Además, un 22,6 % experimentó violencia verbal o psicológica, lo que incrementó su vulnerabilidad emocional postparto. La falta de autonomía se evidenció con un 16,7 % de las mujeres, que expresaron no haber tenido control sobre los procedimientos. Se concluyó que la depresión postparto es una de las consecuencias más frecuentes, afectando la autoestima de la madre y su capacidad para cuidar a su hijo (Barrera et al., 2022).

En este sentido, la depresión postparto es una de las principales condiciones que afectan a las mujeres después del parto, caracterizada por síntomas depresivos que pueden comprometer la salud materna (Argüello Caro, Santander, Bella, & Fass, 2023). Diversos estudios han identificado que la percepción del parto juega un papel clave en la vulnerabilidad de padecer alguna problemática de salud mental, especialmente en mujeres primerizas, donde la falta de experiencia y la incertidumbre pueden intensificar el impacto psicológico de la experiencia obstétrica.

Conforme a la investigación de Argüello Caro et al. (2023), el 57 % de las embarazadas presentaron diferencias elevadas en el Inventario de la Depresión Postparto (PDPI-R), lo que sugiere un alto riesgo de desarrollar depresión postparto. Entre los principales factores de riesgo identificados se encuentra la ansiedad prenatal (84 %), embarazo no planeado (58 %) y antecedentes de depresión materna (51 %).

Por lo que se concluye que estos factores pueden influir en la percepción que tienen las mujeres sobre el parto, aumentando los niveles de estrés y reduciendo su sensación de control durante el proceso. Además, la evaluación postnatal de los casos mostró que la mitad

de los casos evaluados presentaron indicadores de presión con una puntuación igual o superior a 10 en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Argüello Caro et al., 2023).

Por su parte, Ospina Venegas et al. (2020), revela que la manera en la que las mujeres perciben la atención durante el parto puede influir en su salud mental postparto, afectando su adaptación a la maternidad y estabilidad emocional.

Un estudio cualitativo fenomenológico realizado en Bogotá exploró la experiencia de 16 mujeres en su embarazo y parto mediante entrevistas semi estructuradas de grupos focales. Los hallazgos revelan que muchas mujeres percibieron la falta de privacidad, intervenciones médicas no informadas y un trato autoritario por parte del personal de salud, lo que generó sentimientos de angustia y deshumanización (Ospina Venegas et al., 2020). Estas experiencias pueden contribuir a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión postparto, tal como lo han señalado investigaciones previas sobre el impacto de la atención obstétrica en la salud mental materna (Mejía et al., 2018, citado en Ospina Vanegas et al., 2020).

Un estudio realizado en Chile, de tipo cuantitativo con un diseño de medidas repetidas, que incluyó una muestra de 158 mujeres gestantes, que evaluó la sintomatología depresiva y ansiosa de mujeres en el tercer trimestre de gestación y en los meses posteriores al parto, reveló una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, destacando la importancia del apoyo social en la salud mental postparto (Coo Calcagni et al., 2023).

En el estudio antes mencionado se identificó que, durante el período perinatal, hay una alta prevalencia de síntomas de ansiedad (41,3 % a 44,3 %) y depresión (13,9 % a 20,9 %) en mujeres. Además, el apoyo percibido, especialmente de la propia madre, se asocia positivamente con el bienestar emocional de las mujeres durante este período (Coo Calcagni et al., 2023). Para los autores, es crucial explorar cómo las experiencias y percepciones de las

mujeres en su primer parto influyen en su salud mental postparto, considerando factores como la satisfacción con el apoyo recibido durante éste.

Sin embargo, según Castillejo Branni et al. (2021) la percepción que se tenga de este proceso puede estar condicionada por múltiples factores, como el miedo, la ansiedad, el apoyo recibido y la intervención médica, lo que a su vez puede impactar la salud mental en el postparto. Mediante un estudio cualitativo analítico longitudinal en el que se encuestó a 142 mujeres gestantes, se concluyó que: Uno de los aspectos claves en la experiencia del parto es el miedo, el cual puede estar vinculado con una mayor posibilidad de solicitar cesárea electiva, de sufrir un parto prolongado o complicado y de experimentar una percepción negativa del proceso de dar a luz (Castillejo Branni, 2021).

Para Castillejo Branni et al. (2021) la ansiedad prenatal también juega un papel importante en la percepción del parto, ya que se ha encontrado que las mujeres con altos niveles de ansiedad tienden a experimentar más miedo y estrés durante el parto, lo que puede derivar en una experiencia negativa y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos emocionales en el postparto.

Otro factor que es determinante para la autora en la percepción del parto es la falta de control y autonomía. Las mujeres que sienten que no tienen voz en la toma de decisiones sobre su parto, o que se ven obligadas a aceptar intervenciones médicas no deseadas, pueden experimentar una sensación de alienación que impacta negativamente su vivencia del parto.

De esta forma el impacto en la salud mental posparto se vería afectada por un parto percibido como traumático o negativo aumentando el riesgo de desarrollar Trastorno de estrés postraumático (TEPT) posparto, especialmente cuando la mujer ha sentido una pérdida de control o una falta de apoyo durante el proceso de parto; o Depresión postparto (DPP) que puede estar asociada al miedo previo al parto, la insatisfacción con la experiencia del

nacimiento y la falta de apoyo emocional o profesional. Finalmente, la autora expone como resultado que las mujeres que experimentan una percepción negativa del parto pueden tener dificultades en la vinculación con su bebé y presentar un mayor riesgo de problemas emocionales a largo plazo (Castillejo Branni, 2021).

Es así, que el bienestar materno durante el proceso de parto es un fenómeno multidimensional que influye en la percepción de la experiencia del nacimiento y en la salud mental postparto. Según Uribe et al. (2008), el bienestar materno se define como la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la mujer en el parto, determinado en mayor medida por el trato recibido y la calidad del cuidado profesional. En una investigación cualitativa realizada en un hospital público de Santiago de Chile, basada en entrevistas con mujeres puérperas, se reveló que el bienestar durante el parto está influenciado por factores como la atención profesional, respeto del personal de salud, posibilidad de estar acompañada y el contacto inmediato con el bebé (Uribe et al., 2008).

También se destacó que, en particular, las mujeres primíparas reportaron los niveles más bajos de bienestar en comparación con las multíparas, lo que sugiere que la primera experiencia del parto puede generar mayor estrés y vulnerabilidad emocional (Uribe et al., 2008). El estudio concluyó que el bienestar materno durante el parto se asocia significativamente con la percepción de salud en el puerperio, evidenciando la necesidad de mejorar la calidad de atención obstétrica, garantizando un trato respetuoso, acompañamiento adecuado y apoyo emocional continuo para reducir el riesgo de afectaciones en la salud mental postparto (Uribe et al., 2008).

También cabe señalar que el proceso de dar a luz puede representar una experiencia traumática o por el contrario un evento empoderador, dependiendo de los múltiples factores que inciden en la percepción de la mujer en el parto (Ballesteros & Moreno-Romero, 2023).

La investigación realizada por Ballesteros y Moreno-Romero (2023) destaca que la vulnerabilidad en el parto tiene dos dimensiones principales: una personal, derivada de los aspectos fisiológicos y psicológicos del parto, y otra estructural, vinculada con los sistemas de atención médica y las relaciones de poder que afectan a las mujeres en trabajo de parto. En este sentido, el miedo, la incertidumbre y la dificultad de controlar el parto pueden generar experiencias negativas si no se brinda el apoyo y el respeto adecuados.

Se observó que la falta de autonomía en la toma de decisiones y el trato deshumanizado por parte del personal de salud pueden contribuir a que el parto se convierta en una experiencia traumática, con efectos adversos en la salud mental postparto, incluyendo síntomas de estrés postraumático y ansiedad (Ballesteros & Moreno-Romero, 2023).

Otro aspecto central expuesto por Ballesteros & Moreno-Romero (2023), es el manejo del dolor. Mientras que la percepción negativa del dolor puede aumentar la sensación de vulnerabilidad y descontrol, algunas mujeres logran reinterpretar el dolor como una guía en el proceso del parto, lo que les permite desarrollar una mayor sensación de fortaleza y autonomía. También agregan que, en este contexto, la presencia de apoyo continuo ya sea por parte de los profesionales de la salud o de personas significativas, puede hacer la diferencia en la forma en que se experimenta el parto y sus repercusiones en la salud mental postparto.

Por último, el estudio subraya la importancia de representar la noción de control en el parto. En lugar de buscar un control absoluto sobre el proceso fisiológico, el empoderamiento surge cuando la mujer logra lidiar de manera funcional con la incertidumbre y la imprevisibilidad del parto, sintiéndose segura y respaldada en el entorno que la rodea (Ballesteros & Moreno-Romero, 2023).

En el estudio realizado por Castillo Belén, (2016) se explora cómo la violencia obstétrica impacta en la percepción del parto y su relación con el bienestar psicológico de las

mujeres. Desde un enfoque socioantropológico, la autora analiza la violencia obstétrica como un fenómeno que surge de prácticas institucionalizadas dentro del sistema de salud. El estudio destaca que la percepción del parto está influenciada por la legitimidad que las instituciones médicas otorgan a ciertas prácticas durante el parto. Estas intervenciones, muchas veces innecesarias, refuerzan relaciones de poder asimétricas entre el personal médico y la mujer, limitando su autonomía y aumentando su vulnerabilidad emocional (Castillo Belén, 2016).

Según Castillo Belén (2016), las mujeres son expuestas a múltiples mensajes que las orientan a acatar las indicaciones médicas, lo que refleja una dinámica de poder asimétrica en la que las pacientes adoptan un rol subordinado y dependiente, asumiendo una actitud pasiva frente a la situación. En este contexto la violencia obstétrica no solo afecta el bienestar inmediato de la madre, sino que también deja secuelas en su salud mental, incrementando la posibilidad de experimentar ansiedad, estrés postraumático y dificultades en la vinculación con el bebé (Castillo, 2016). La autora a modo de conclusión sugiere un cambio en las prácticas obstétricas que se realizan en la Argentina, basado en la humanización del parto y el respeto a los derechos de la mujer, ya que esto podría mejorar significativamente la percepción del parto y reducir el impacto negativo en la salud mental postparto (Castillo, 2016).

Por otro lado, el proceso de embarazo, parto y puerperio representan una crisis vital y evolutiva con complicaciones de salud mental en la mujer, particularmente en aquellas que son primerizas. La depresión postparto es una de las principales complicaciones psicológicas en este período, con una prevalencia del 42 % en madres que fueron evaluadas en el Hospital Público Universitario de Maternidad y Neonatología de Córdoba, Argentina (Paolantonio et al., 2023).

En el estudio de Paolantonio et al. (2023), se identificó que las mujeres que padecían depresión postparto tendían a ver el embarazo como un evento estresante. Asimismo, las madres con mayores niveles de bienestar psicológico y redes de apoyo presentaron menor sintomatología depresiva. Como conclusión del estudio, disponen que dada la prevalencia de depresión postparto y sus efectos negativos en la relación madre-bebé, es fundamental establecer estrategias preventivas desde las primeras consultas obstétricas (Paolantonio et al., 2023).

Requena García (2023), describe la violencia obstétrica como una forma de maltrato que ocasiona daño físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto. Estudios recientes citados por Requena García (2023) han demostrado que esta violencia puede provocar consecuencias emocionales como culpa, baja autoestima, dificultades en el apego con el bebé, estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Una de las consecuencias psicológicas más comunes tras un parto considerado negativo por la mujer, es el trastorno de estrés postraumático postparto. Según Khsim et al (2022, como se cita en Requena García, 2023), alrededor del 30 % de las mujeres interpretan su experiencia de parto como traumática o amenazante en las primeras etapas posteriores al nacimiento.

Otro de los principales aspectos que influyen en la percepción negativa del parto es la falta de consentimiento informado y el trato irrespetuoso de los profesionales de la salud. Para Van der Pijl et al. (2022; citado en Requena García, 2023), “la falta de opciones fue el tipo de maltrato más reportado (39,8 %), seguido de la falta de comunicación (29,9 %), falta de apoyo (21,3 %) y trato duro o violencia física (21,1 %)” (p.6).

4. Marco Teórico

El marco teórico es un compendio de artículos, libros y otros documentos que describen el estado del arte sobre un tema específico (Hernández Sampieri et al., 2014).

4.1. Parto

El parto es un evento fisiológico y social de gran trascendencia en la vida de la mujer que marca la culminación del embarazo. Según la Organización Mundial de la Salud, el parto es el proceso mediante el cual el feto y la placenta son expulsados del útero materno a través del canal vaginal o por intervención quirúrgica (Organización Mundial de la Salud, 2018).

A lo largo de la historia, este evento ha estado influenciado por distintos enfoques culturales y médicos, lo que ha llevado a la institucionalización del parto en muchas sociedades (Cívicos, 2023).

Desde una perspectiva fisiológica, el parto se caracteriza por una serie de contracciones uterinas rítmicas que permiten la dilatación del cuello uterino y la progresión del feto a través del canal de parto (Santoja Lucas, 1998).

Además, el parto puede ser considerado un evento multidimensional, ya que involucra no solo procesos físicos sino también aspectos psicológicos y emocionales para la madre (Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

Culturalmente, el parto ha sido objeto de representaciones y construcciones sociales diversas. En algunas culturas, por ejemplo, se enfatiza al parto como un evento natural que debe ser asistido con respeto por las tradiciones de la comunidad (Montes Muñoz, 2007, citado en Cívicos, 2023).

Sin embargo, en el contexto biomédico occidental, el parto ha sido progresivamente medicalizado, estableciendo un modelo hegemónico que privilegia el control técnico sobre la experiencia subjetiva de la mujer (Cívicos, 2023).

Existen diversos tipos de parto según la manera en que se desarrolla y las intervenciones médicas que se realicen, estos son:

El parto vaginal espontáneo, se produce de manera natural sin necesidad de intervenciones médicas significativas.

El parto vaginal asistido, es el tipo de parto en el que se emplean herramientas como fórceps o ventosas para asistir la salida del bebé.

Por otro lado, el parto vaginal inducido, se realiza cuando se utilizan medicamentos o procedimientos médicos para iniciar el trabajo de parto artificialmente.

A su vez, el parto vaginal se divide en cuatro etapas principales:

La primera etapa: Dilatación. Es el período más largo del parto y puede durar varias horas. Se divide en una fase de latencia y una fase activa. Durante la fase de latencia, el cérvix comienza a reblandecerse y borrararse, mientras que en la fase activa la dilatación avanza más rápidamente hasta alcanzar los 10 cm (Santoja Lucas, 1998). Este proceso está acompañado de contracciones que aumentan la intensidad y frecuencia.

Segunda etapa: Expulsión. En esta etapa, el feto desciende a través del canal de parto y es expulsado al exterior. La madre participa activamente mediante esfuerzos de pujo coordinados con las contracciones uterinas. La duración de esta etapa varía dependiendo de la mujer (Santoja Lucas, 1998).

En estudios sobre satisfacción materna, se ha pesquisado que la posición adoptada por la mujer durante la expulsión influye en su percepción del parto (Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

La tercera etapa: Alumbramiento. Esta fase comprende la expulsión de la placenta y suele ocurrir entre 10 y 30 minutos después del nacimiento del bebé. Es fundamental garantizar la contracción uterina adecuada para prevenir hemorragias postparto (Santoja Lucas, 1998).

Por último, la cuarta etapa: Recuperación. Se considera un periodo crítico en las primeras dos horas tras el alumbramiento, ya que es el momento en que se vigila la estabilidad materna y se facilita el contacto piel a piel entre la madre y el bebé, lo cual contribuye a la estabilidad emocional y al establecimiento del vínculo afectivo (Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

Por otro lado, el parto en el agua ocurre cuando la mujer da a luz en una piscina o bañera con agua caliente, lo que puede ayudar a reducir el dolor y mejorar la relajación.

El parto humanizado se enfoca en respetar los tiempos y decisiones de la mujer, minimizando intervenciones innecesarias y promoviendo un ambiente cálido y seguro para la mujer y el bebé (Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

Durante el trabajo de parto, el cuerpo de la mujer experimenta cambios hormonales significativos, como el incremento de la oxitocina y las endorfinas, que ayudan a regular el dolor y las contracciones (Borges et al., 2018, citado en Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

Sin embargo, el dolor y las contracciones pueden generar niveles elevados de estrés que, en algunos casos, pueden desencadenar ansiedad o depresión postparto, si no se maneja

adecuadamente (Barrera-Barrera et al., 2022, citado en Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

Por último, el parto por cesárea es una intervención quirúrgica en la que el bebé es extraído a través de una incisión en el abdomen bajo y el útero de la madre. Aunque puede ser necesaria en ciertos casos, su uso excesivo ha sido objeto de debate (Cívicos, 2023). Este procedimiento se realiza cuando existen riesgos para la madre o el bebé, como sufrimiento fetal, placenta previa, preeclampsia severa, partos múltiples o posición anómala del feto (Cívicos, 2023).

Aunque la cesárea puede salvar vidas en casos de emergencia, su uso excesivo ha generado preocupación en la comunidad médica. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15 % de los nacimientos, pero en muchos países esta cifra se ha elevado considerablemente debido a factores como la programación del parto, el miedo al dolor o la falta de información sobre el parto vaginal (Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

Desde la perspectiva psicológica, la experiencia del parto está influenciada por el nivel de apoyo que la mujer recibe, tanto del personal de salud como de sus acompañantes. Se ha encontrado que la presencia de una doula o un acompañante de confianza mejora significativamente la experiencia del parto, reduciendo la percepción del dolor y aumentando la satisfacción materna (Debela et al., 2021, citado en Zúñiga Paredes y Salguero Fiallos, 2022).

Por otro lado, el modelo médico hegemónico ha impuesto una visión del parto como un procedimiento que debe ser altamente intervenido y controlado por profesionales de la salud. Esta visión ha llevado al aumento de cesáreas innecesarias y al uso excesivo de

intervenciones médicas, como la episiotomía y la administración de oxitocina sintética (Cívicos, 2023).

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en una incisión en la zona del periné para facilitar la salida del bebé y evitar desgarros mayores. Se ha utilizado ampliamente en el modelo médico hegemónico, aunque su uso indiscriminado ha sido cuestionado en los últimos años, según lo expuesto por Cívicos, 2023. La Organización Mundial de la Salud recomienda que solo se practique en casos estrictamente necesarios, ya que puede generar dolor y complicaciones en la recuperación postparto.

Para la Organización Mundial de la Salud (2018), el aumento de la medicalización del parto está afectando negativamente la capacidad de las mujeres para experimentar el nacimiento de manera natural. La institución enfatiza que el parto debe abordarse como un proceso fisiológico, en el cual la mujer sea protagonista en la toma de decisiones, y que las intervenciones médicas se reserven únicamente para los casos en que surjan complicaciones.

Además, la comunicación médico paciente juega un papel crucial en la toma de decisiones durante el parto. Investigaciones han demostrado que una comunicación deficiente puede llevar a la insatisfacción materna e incluso a la percepción de violencia obstétrica (Castellanos y Terán, 2012, citado en Cívico, 2023).

En este sentido, Cívico (2023) expresa que es fundamental que el personal de salud adopte un enfoque más humanizado en el que se respete la autonomía de la mujer y se promueva un ambiente de confianza y respeto.

4.2. Postparto

El postparto es el período que sigue al parto y se extiende hasta que el cuerpo de la mujer regresa a su estado pregestacional. Según la Organización Mundial de la Salud “el

puerperio es el período comprendido desde la expulsión de la placenta hasta las seis semanas posteriores al parto, aunque algunos efectos pueden prolongarse más tiempo” (OMS, 2018).

Durante este tiempo, la mujer experimenta no sólo cambios físicos, sino también hormonales y emocionales que pueden afectar su bienestar general y el vínculo con el recién nacido (García-Esteve, 2017).

Chaves Mateos et al. (2022), expresa que el postparto no solo implica la recuperación física del parto, sino también la adaptación psicológica y social de la madre al nuevo rol materno a desempeñar. Entonces factores tales como el apoyo social, tipo de parto y salud mental materna influyen en la manera en que la mujer transita este período.

El postparto se encuentra dividido en tres fases principales:

Puerperio inmediato (0 a 24 horas postparto), es la primera fase tras el nacimiento y se caracteriza por la involución uterina, expulsión de loquios (secreciones vaginales) y el inicio de la lactancia. En esta etapa, es fundamental la atención inmediata de la madre y el bebé para detectar posibles complicaciones como hemorragias postparto (Bellart Alfonso, 2022).

Luego se encuentra la fase de Puerperio inmediato (2 a 10 días postparto), durante esta continúa la adaptación hormonal y cicatrización de tejidos. La mujer puede experimentar variaciones emocionales, conocidas como “baby blues”, caracterizadas por la presencia de tristeza, irritabilidad y llanto sin razón aparente, lo cual afecta hasta un 80 % de las mujeres (Chaves Mateos et al., 2022).

Por último, está la fase de Puerperio tardío (10 días a 6 semanas postparto), en ella se completa la involución uterina y la mujer comienza a recuperar su estado físico previo al embarazo. En algunas mujeres, pueden persistir síntomas de ansiedad y depresión, requiriendo intervenciones psicológicas (Jadresic, 2014).

Dentro de la recuperación física del parto se encuentran, la cicatrización del útero, la regulación hormonal y la adaptación a la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud (2018) recomienda que “las mujeres reciban apoyo médico y emocional continuo durante el postparto”.

4.3. Percepción de las mujeres sobre el parto

Para Olza y Martínez (2016), las mujeres en su primer parto suelen experimentar sentimientos de incertidumbre, ansiedad y miedo ante el desconocimiento del proceso.

Factores como la atención obstétrica, el acompañamiento durante el trabajo de parto y la autonomía en la toma de decisiones influyen en la percepción del parto como una experiencia positiva o negativa (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El parto es una vivencia única y subjetiva para cada mujer. Algunos estudios han identificado que, mientras algunas mujeres describen el parto como un momento de empoderamiento y satisfacción, otras lo recuerdan con sentimientos de vulnerabilidad, temor y decepción (Morra y Baró, 2022).

En un estudio sobre la percepción de las usuarias de distintas instituciones del AMBA, se encontró que muchas mujeres experimentan una medicalización excesiva del parto, con intervenciones como la amniotomía, que consiste en la ruptura del saco que rodea al feto durante el parto, y la administración de oxitocina sintética sin su consentimiento (Morra y Baró, 2022).

Desde una perspectiva humanizada, la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2019) enfatiza la importancia de permitir que las mujeres participen activamente en su proceso de parto, tomando decisiones informadas y recibiendo apoyo continuo.

La falta de autonomía durante el parto, especialmente en partos primerizos, se asocia a experiencias traumáticas y sentimientos de impotencia (Olza Fernández et al., 2018).

La violencia obstétrica se presenta de manera reiterada en los testimonios de las mujeres. De acuerdo con Martiarena (2021), esta se evidencia en intervenciones como la realización de episiotomías sin consentimiento, la aplicación desmedida de procedimientos invasivos y la omisión de información sobre las acciones médicas llevadas a cabo. Una de las participantes del estudio relató que, durante su parto, tuvo la sensación de ser ignorada y de no recibir explicaciones sobre lo que estaba ocurriendo (Martiarena, 2021, p.45). Vivencias como esta pueden afectar negativamente la experiencia del parto y contribuir al desarrollo de problemas en la salud mental de la mujer.

Por otro lado, el postparto es una etapa caracterizada por profundos cambios físicos y emocionales. Habitualmente, la medicina ha delimitado este período a las seis semanas posteriores al parto, pero estudios recientes sugieren que puede extenderse hasta dos años, dependiendo de la recuperación física y emocional de la mujer (Martiarena, 2021).

Uno de los aspectos más desafiantes del postparto es la adaptación a la nueva identidad materna. La investigación realizada por Zúñiga Paredes y Salguero Filloas (2022) encontró que, aunque el 77 % de las mujeres en su estudio reportaron estar satisfechas con la atención recibida durante el parto, un porcentaje significativo experimentó dificultades emocionales en el postparto, incluyendo ansiedad, estrés y sentimientos de soledad.

Así mismo, el puerperio se caracteriza por una fuerte demanda física y emocional. Las mujeres enfrentan la recuperación del parto mientras cuidan de un recién nacido completamente dependiente. En este sentido, la falta de apoyo social y profesional puede agravar la percepción de malestar. Como señala Martiarena (2021), “muchas mujeres no

sienten que el postparto haya terminado a las seis semanas, tanto física como emocionalmente, pueden permanecer por meses e incluso años” (p.67).

Otro factor relevante durante el postparto es la relación con el bebé. Se ha demostrado que el contacto piel con piel y la lactancia materna favorecen la vinculación y reducen el riesgo de depresión postparto (Luzolo et al., 2020, como se citó en Zúñiga-Filloas, 2022). No obstante, muchas mujeres encuentran dificultades en la lactancia debido a la falta de asesoramiento adecuado y a experiencias traumáticas durante o previas al parto.

Dick Read (1944, como se citó en Armengol Asenjo et al., 2007) identificó el “círculo miedo-tensión-dolor”, en el cual la percepción negativa de la mujer sobre el parto incrementa la ansiedad y puede afectar el desarrollo de este. De manera complementaria Lederman (1996, citado en Armengol Asenjo et al., 2007) remarca que los conflictos psicosociales no resueltos predicen mayores niveles de ansiedad materna, alteraciones fisiológicas como cambios en los niveles de catecolaminas y cortisol.

Es así, que la percepción que tiene una mujer de su embarazo y su preparación para el parto puede influir significativamente en su adaptación emocional posterior. Las respuestas adaptativas, caracterizadas por la progresiva asunción del rol maternal, contrastan con las respuestas no adaptativas, en la cual la ambivalencia y el estancamiento dificultan una consolidación de una identidad materna estable (Lederman, 1996, citado en Armengol Asenjo et al., 2007).

Brazelton (2001, citado en Armengol Asenjo et al., 2007) destaca la importancia de una adecuada preparación y/o acompañamiento psicológico para el parto, ya que la ansiedad no gestionada adecuadamente puede generar una reacción de alarma que se problematice luego el postparto.

Diversos autores señalan que el apoyo social, particularmente el apoyo de la pareja, el reconocimiento del embarazo como parte de un proceso de maduración emocional y la preparación adecuada del parto son fundamentales para prevenir trastornos como la depresión postparto (Laxton et al., 2002, citado en Armengol Asenjo et al., 2007).

Finalmente para Armengol Asenjo (et al., 2007) el impacto que la percepción del parto tiene sobre la salud mental de la mujer primeriza no debe ser subestimado. La intervención temprana, basada en una adecuada evaluación psicosocial y en programas de preparación emocional y física al parto, puede mejorar significativamente los resultados psicológicos maternos tras el nacimiento.

4.4. Salud mental postparto

El período postparto es una fase de alta vulnerabilidad para las mujeres, ya que enfrentan importantes cambios tanto fisiológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, la salud mental postparto no solo afecta a la madre, sino también al bienestar del recién nacido y del entorno familiar (Andrade, 2020). Sin embargo, según lo expuesto por la autora, todo lo referente a la salud mental suele recibir menos atención en comparación con el cuidado físico de la madre en el parto.

La salud mental postparto abarca diversas condiciones, desde la adaptación emocional hasta trastornos como la depresión postparto y el trastorno de estrés postraumático. Se estima que la prevalencia de la depresión postparto varía entre el 10 % y el 19 %, con tasas más elevadas en mujeres con factores de vulnerabilidad socioeconómica (Slomian et al., 2019, citado en Andrade, 2020).

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2018) enfatiza que la detección de la depresión postparto sigue siendo insuficiente en muchos países, lo que repercute en la calidad de vida de las madres y en el desarrollo del recién nacido (Organización Mundial de

la Salud, citado en Andrade, 2020). Mathisen et al. (2013) citado en el mismo artículo, encontraron que las mujeres con síntomas depresivos suelen experimentar mayor dificultad para establecer vínculo con su bebé y presentan un menor acceso a los servicios de salud mental.

Hay que mencionar además los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (2018), los cuales exponen que un 25 % de las embarazadas experimentan algún tipo de malestar de carácter psíquico y 1 de cada 5 mujeres va a padecer un trastorno de la salud mental durante el embarazo y el primer año luego del parto. También resaltan que las cifras podrían ser aún mayores ya que hay una falta de detección de estas problemáticas, por tanto, de acompañamiento y tratamiento de problemas y trastornos de la salud mental en la etapa perinatal.

Hay que mencionar también, que la manera en que una mujer vive su parto también puede influir significativamente en su salud mental postparto. Ramírez Matos (2020) destaca que la vivencia del parto está directamente relacionada con la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en el postparto, especialmente cuando existen intervenciones médicas traumáticas o falta de acompañamiento adecuado.

Ramos et al. (2018), citado en Andrade (2020), sostienen que la violencia obstétrica es un factor que contribuye al desarrollo de trastorno de estrés postraumático postparto, ya que muchas mujeres sienten que han perdido el control sobre su propio proceso de parto. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2018) subraya la importancia de implementar prácticas de parto respetado que garanticen el consentimiento informado y reduzcan el número de intervenciones innecesarias.

Por otro lado, Dahlen et al. (2019), citado en Andrade (2020), encontraron que las mujeres que reciben apoyo continuo durante el parto presentan menores tasas de depresión postparto y una mejor adaptación a la maternidad.

4.4.1. Apoyo emocional

El apoyo emocional es un factor fundamental tanto en el parto como en el postparto. Durante el trabajo de parto, la presencia de una persona de confianza, como la pareja, un familiar o una doula, pueden influir positivamente en la experiencia de la mujer, reduciendo el estrés y promoviendo una sensación de seguridad (Dahlen et al., 2019, citado en Andrade, 2020).

Así mismo, las mujeres que reciben apoyo continuo durante el parto tienen menos probabilidades de necesitar intervenciones médicas, experimentar un parto más corto y reportan una mayor satisfacción con la experiencia (Bohren et al., 2017, citado en Ramirez Matos, 2020).

En el postparto, el apoyo emocional y práctico es también de suma importancia. La ayuda con el cuidado del recién nacido, acompañamiento en las tareas diarias y la validación emocional pueden reducir los niveles de estrés y prevenir el aislamiento materno (Aston et al., 2015, citado en Andrade, 2020).

Se debe agregar que el apoyo emocional influye en la lactancia materna y el establecimiento del vínculo con el bebé. Investigaciones han demostrado que las mujeres que se sienten apoyadas en el postparto tienen una mayor tasa de éxito en la lactancia y presentan mayor confianza en su capacidad para cuidar de su bebé (Ramírez Matos, 2020).

Un entorno de apoyo también favorece la recuperación física y psicológica de la mujer. La fatiga postparto es un factor de riesgo para la depresión, y contar con ayuda en el

hogar puede aliviar la carga materna y mejorar su bienestar general (Andrade y Vicente, 2018).

Finalmente, la validación emocional y la escucha activa por parte del entorno cercano y de los profesionales de la salud pueden ayudar a las mujeres a procesar su experiencia de parto y a desarrollar estrategias de afrontamiento para los desafíos que se presentan en el postparto (Slomian et al., 2019, citado en Andrade, 2020).

4.4.2. Depresión postparto

La depresión postparto es una alteración del estado de ánimo que afecta entre el 10 % y 20 % de las madres durante las primeras semanas o meses después del parto (López y Fernández, 2021).

Se manifiesta con síntomas como tristeza intensa, falta de energía, sentimientos de culpa, dificultades para establecer vínculos con el bebé y pensamientos de desesperanza (Ruiz et al., 2022). Esta condición se diferencia del “baby blues”, la cual es una tristeza transitoria y leve que afecta hasta el 80 % de las mujeres y se resuelve espontáneamente en pocos días (González y Pérez, 2020).

Dentro de los factores de riesgo incluyen antecedentes de depresión, falta de apoyo social, complicaciones obstétricas y niveles elevados de estrés (Jiménez y Castro, 2019). El tratamiento puede incluir asistencia psicológica, farmacoterapia en casos severos y estrategias de apoyo social para mejorar el bienestar de la madre y del bebé.

4.4.3. Ansiedad postparto

La ansiedad postparto se caracteriza por una preocupación excesiva, miedos irracionales y una sensación constante de peligro inminente en relación con el bebé y el entorno (Álvarez et al., 2020).

Este trastorno afecta aproximadamente al 15 % de las mujeres en el postparto y puede incluir síntomas como insomnio, irritabilidad, ataques de pánico y pensamientos intrusivos negativos (García y Ramírez, 2021). Se distingue de la depresión posparto porque predomina la preocupación y la hipervigilancia en lugar de la tristeza profunda.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran antecedentes de ansiedad, experiencias previas de partos complicados o vivencia de parto traumático y niveles elevados de estrés durante el embarazo (Martínez y Torres, 2019). Resulta fundamental identificar y tratar la ansiedad postparto tempranamente para prevenir su cronificación y su impacto en el vínculo con el bebé.

4.4.4. Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático por parto traumático ocurre cuando la mujer experimenta el parto como un evento aterrador y angustiante, lo que produce síntomas de reexperimentación, evitación y alteraciones en la regulación emocional (Fernández et al., 2021).

Se estima que entre el 3 % y el 6 % de las mujeres desarrollan este trastorno luego del parto, especialmente cuando han vivido complicaciones graves, intervenciones médicas inesperadas o falta de apoyo durante el parto (Hernández y Sánchez, 2020).

Dentro de los síntomas presentes en el Trastorno de estrés postraumático se encuentran pesadillas, flashbacks, hipervigilancia, dificultad para vincularse con el bebé y evitación de situaciones relacionadas con el parto (Ortiz y Ramírez, 2021). En cuanto al tratamiento puede implicar terapia cognitivo conductual, apoyo psicoemocional y, en algunos casos, tratamiento farmacológico.

5. Método

5.1. Diseño y Método de Estudio

Para llevar adelante la investigación, se trabajó con un diseño No Experimental, Cualitativo. Hernández Sampieri (2018) considera que “el diseño cualitativo se utiliza para estudiar fenómenos sociales y culturales de manera profunda y detallada”. Se considerará al presente trabajo exploratorio y descriptivo. Predominantemente exploratorio, en tanto su propósito es “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (Hernández Sampieri et al., 2014:97).

5.2. Técnica de Recolección de Datos

Se adoptó un enfoque fenomenológico para explorar y describir el significado de las experiencias de parto primerizo y postparto desde la perspectiva de las participantes. Este enfoque se centra en la vivencia de las mujeres y busca revelar las estructuras esenciales de su experiencia. Se utilizó como herramienta de entrevista un cuestionario online con preguntas abiertas basado en una guía semiestructurada para recopilar datos; para Samperi (2018) “la entrevista es una técnica de recolección de datos que consiste en hacer preguntas a una persona para obtener información sobre un tema en específico”. Se llevaron adelante de manera virtual, utilizando la plataforma de formulario Google Forms, de forma tal de garantizar la exploración en profundidad de las vivencias cumpliendo con el objetivo de un enfoque fenomenológico, así como también con la comodidad y privacidad de las participantes al responder las preguntas.

5.3. Diseño Muestral

El diseño muestral es no probabilístico, utilizando un muestreo intencional para seleccionar a las participantes que cumplan con los criterios de inclusión. Según Hernández Sampieri (2018), “el muestreo intencional es utilizado para seleccionar participantes que sean

representativos del grupo que se intenta estudiar”. Los criterios de inclusión en este caso fueron: a) Mujeres de entre 18 a 45 años que hayan atravesado un parto primerizo y su consiguiente etapa postparto en los últimos 3 años, residentes de la Ciudad de Mendoza. b) Mujeres que estén dispuestas a participar de las entrevistas a través de plataforma virtual Google Forms y den su consentimiento informado para participar.

La muestra estuvo compuesta por 15 mujeres residentes de la Ciudad de Mendoza, con edades comprendidas entre los 24 y 34 años ($M = 28.7$, $DE = 3.1$). Todas habían atravesado un parto primerizo en los últimos tres años.

Los criterios de exclusión fueron: a) Se excluyen del presente estudio las personas que no hayan pasado por la experiencia del parto primerizo b) Que no estén comprendidas en el rango de edad especificada c) Que no residan en la Ciudad de Mendoza.

5.4. Materiales

El instrumento aplicado fue la entrevista semiestructurada, diseñada específicamente para explorar la percepción de las mujeres sobre sus experiencias del parto primerizo y su impacto en la salud mental postparto. Esta guía incluyó preguntas abiertas que permitieron a las participantes expresar sus vivencias, emociones y reflexiones en profundidad, facilitando un análisis cualitativo rico y detallado. El cuestionario quedó conformado por 17 preguntas en total, con su categoría de análisis correspondiente, las cuales pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1

Guía de preguntas para entrevista

Datos sociodemográficos	Edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, tipo de parto
Experiencia del parto	¿Cómo describirías tu experiencia del parto? ¿Cuáles eran tus expectativas?
Emociones durante el parto	¿Qué emociones sentiste durante el parto?
Relación con personal de salud	¿Cómo fue la relación con el personal de salud durante el parto? ¿Sector público o privado?
Información y consentimiento	¿Recibiste información suficiente? ¿Participaste en decisiones sobre tu parto?
Apoyo emocional	¿Qué tipo de apoyo emocional recibiste antes, durante y después del parto?
Salud mental postparto	¿Cómo describirías tu estado emocional después del parto? ¿Has tenido síntomas de ansiedad o tristeza?
Resignificación	¿Cómo has resignificado tu experiencia de parto con el tiempo?
Propuestas	¿Qué recomendarías para mejorar la experiencia de parto para otras mujeres?

Nota. Elaboración propia.

5.5. Procesamiento y Análisis de datos

Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y sometidas a un análisis cualitativo basado en el enfoque temático. Para facilitar el procesamiento de los datos, se utilizó el software Atlas.ti, que permitió realizar una codificación sistemática y ordenar las narrativas. Se realizó una codificación abierta para identificar conceptos iniciales, seguida de una codificación axial para agrupar códigos en las categorías temáticas presentadas en los resultados.

El análisis se estructuró en torno a las siguientes categorías principales, definidas a partir de los objetivos específicos del estudio y de las preguntas de la guía de entrevistas (Tabla 1): a) Experiencia del parto; b) Emociones predominantes durante el parto; c) Relación

con el personal de salud; d) Intervenciones médicas ; e) Apoyo emocional; f) Salud mental postparto; g) Resignificación de la experiencia de parto. Cada categoría fue conformada por un conjunto de códigos que se asignaron durante la codificación, permitiendo identificar relaciones entre las respuestas. Se calcularon la frecuencia de aparición de cada categoría y se cuantificó para completar el análisis cualitativo, facilitando la identificación de temas recurrentes y priorizados por las participantes.

5.6. Aspectos Éticos

Se obtuvo el consentimiento informado de las participantes antes de realizar cualquier tipo de recolección de datos. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de las participantes para proteger su privacidad y evitar cualquier tipo de daño. Para Hernández Sampieri (2018), “el consentimiento informado es un requisito ético fundamental en la investigación”.

También se les explicó que dicha investigación tiene un carácter confidencial, resguardando su intimidad y que su finalidad es meramente educativa. Se les informó que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno.

6. Resultados

6.1. Perfil Sociodemográfico de la muestra

En el presente estudio participaron un total de 15 mujeres residentes de la Ciudad de Mendoza. El rango de edad de las participantes fue de 24 y 34 años ($M = 28,7$, $DE = 3.1$). El estado civil predominante fue casada (53.3 %, $n = 8$), seguida de conviviente (26.7 %, $n = 4$) y solteras (20 %, $n = 3$).

En cuanto al nivel educativo, la mayoría (60 %, $n = 9$) tenían estudios universitarios completos, 26.7 % ($n = 4$) con educación secundaria completa y 13.3 % ($n = 2$) con educación primaria.

En la muestra analizada, en lo relacionado con el tipo de parto, el 46.7 % ($n = 7$) de las mujeres experimentaron un parto vaginal, el 33.3 % ($n = 5$) cesárea programada y el 20 % ($n = 3$) parto vaginal inducido por goteo. Estos resultados reflejan la diversidad de modalidades de parto presentes en el contexto local y permiten explorar cómo cada tipo impacta en la experiencia y percepción de las mujeres.

Las participantes que vivieron un parto vaginal destacaron la sensación de naturalidad y conexión con el proceso fisiológico, aunque muchas también describieron sentimientos de miedo y dolor intenso. Algunas expresaron una valoración positiva, resaltando el logro personal y la capacidad de sobrellevar el dolor, por ejemplo la participante 1 expresó:

“Sentí que mi cuerpo sabía lo que tenía que hacer. Aunque fue doloroso, me sentí fuerte y orgullosa de haber tenido un parto vaginal”

Sin embargo, otras participantes mencionaron dificultades asociadas al dolor y la duración, así como la incertidumbre cuando el proceso fue más largo de lo esperado:

“Fue agotador y muy doloroso no sabía cuánto más iba a durar. Hubo momentos que pensé que no podía seguir.” (Participante 6)

En cuanto a las mujeres que tuvieron cesáreas programadas, varias manifestaron sentimientos encontrados. Por un lado, valoraron la planificación y la percepción de seguridad que les brindó la intervención quirúrgica. Por otro lado, algunas expresaron tristeza o decepción por no haber podido tener un parto vaginal, lo que generó un impacto emocional relevante al expresa por ejemplo:

“Sabía que iba a ser cesárea, pero igual me sentí un poco triste porque quería experimentar un parto natural” (Participante 8)

“La cesárea me dio seguridad, pero el postoperatorio fue difícil y sentí que me perdí algo importante” (Participante 12)

Finalmente, las mujeres que vivieron un parto vaginal inducido por goteo describieron la experiencia como impredecible y a veces más estresante, debido a la necesidad de intervenciones médicas adicionales y la incertidumbre sobre el curso del trabajo de parto, expresando:

“La inducción hizo que el parto fuera más rápido, pero también más intenso y doloroso de lo que esperaba” (Participante 14)

“Sentí que las intervenciones me controlaban, no siempre me sentí dueña de lo que pasaba” (Participante 10)

Estos aspectos ponen de manifiesto cómo el tipo de parto no solo condiciona aspectos físicos, sino que también influye profundamente en la experiencia subjetiva y el impacto emocional, siendo un elemento clave a considerar en la atención humanizada y personalizada del parto (Tabla 2).

Tabla 2*Perfil sociodemográfico de las participantes*

Característica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad (24-34 años)	15	100
Estado civil		
-Casada	8	53.3
- Conviviente	4	26.7
- Soltera	3	20
Nivel educativo		
- Universitario completo	9	60
- Secundario completo	4	26.7
- Primario	2	13.3
Tipo de parto		
- Vaginal	7	46.7
- Cesárea programada	5	33.3
- Vaginal inducido	3	20

6.2. Percepción del Parto

Las experiencias narradas por las 15 participantes entrevistadas muestran una marcada ambivalencia emocional durante el parto primerizo. El 86,6 % (n = 13) refirió haber sentido miedo, ansiedad o incertidumbre en algún momento del proceso, especialmente ante la falta de información clara o la percepción de prácticas médicas poco humanizadas. Sin embargo, un 53,3 % (n = 8) también describió momentos de profunda emoción y satisfacción al ver por primera vez a su bebé. Se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3*Categorías emergentes y frecuencia en los relatos*

Categoría	Subcategoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Emociones predominantes durante el parto	Miedo/Ansiedad	13	86,6 %
	Alegría/Emoción	8	53,3 %
	Incertidumbre	11	73,3 %
Relación con el sistema de salud	Percepción de trato frío	10	66,6 %
	Percepción de trato empático	5	33,3 %
Intervenciones médicas	Sin consentimiento	9	60 %
	Consentidas y explicadas	6	40 %
Apoyo emocional	Apoyo de pareja/familia	12	80 %
	Ausencia de red de apoyo	3	20 %

Nota. Elaboración propia.

En relación con las emociones durante el parto, la mayoría de las mujeres (86,6 %, n=13) reportaron haber experimentado emociones intensas durante su parto primerizo, predominantemente miedo, ansiedad e incertidumbre. Estos sentimientos se manifestaron ante la falta de información, la percepción de intervenciones médicas imprevistas y la sensación de vulnerabilidad, algunos de los relatos expresados fueron:

“Sentí mucho miedo porque no sabía qué esperar, y nadie me explicaba bien lo que me iban a hacer” (Participante 3)

“Había momentos de mucha incertidumbre, no sabía si estaba haciendo lo correcto ni cuánto faltaba” (Participante 11)

Con respecto a la relación con el sistema de salud fue un eje recurrente el 66,6 % (n=10) de las entrevistadas manifestó haber percibido poco acompañamiento emocional o

trato despersonalizado, así como también un trato frío por parte del personal de salud. Las participantes expresaron:

“Sentí que era solo un número, nadie me miraba a los ojos ni se preocupaba por cómo me sentía” (Participante 5)

“El trato fue distante y eso me hizo sentir sola y vulnerable”
(Participante 8)

La mayoría manifestó que sus expectativas no se corresponden con la realidad generando sentimiento de frustración, expresando:

“Nunca pensé que el parto iba a ser tan doloroso y largo. Fue una experiencia que me sobrepasó” (Participante 4)

En contraste, un 33,3 % (n=5) destacó experiencias positivas relacionadas con la empatía y el acompañamiento de los profesionales, manifestando:

“Una enfermera estuvo todo el tiempo conmigo, me sostuvo y eso hizo la diferencia” (Participante 12)

Estos resultados reflejan el impacto que la calidad y trato en la atención tiene en la constitución subjetiva del parto y su posterior resignificación en la salud mental postparto.

En relación con el tipo de servicio de salud donde las participantes fueron atendidas durante el parto, el 60 % (n=9) señaló haber sido asistida en un servicio público de salud, mientras que un 40 % (n=6) recibió atención en un servicio privado. Esta distribución refleja la diversidad en el acceso a diferentes modalidades de atención en el contexto local.

Las mujeres que acudieron a servicios públicos destacaron en algunos casos la disponibilidad y el acceso a la atención, pero también expresaron ciertas críticas vinculadas a la calidad del trato y la infraestructura. Por ejemplo, la participante 7 expresó:

“En el hospital público había mucha gente y sentí que a veces no podían dedicarme toda la atención que necesitaba”

Por otro lado, las que recibieron atención en servicios privados valoraron positivamente el trato personalizado y mayor comodidad en las instalaciones, aunque algunas señalaron que la medicalización del parto era frecuente y que a veces se sentían presionadas para aceptar procedimientos. Un relato representativo fue el de la participante 3:

“En la clínica privada todo fue más cómodo, pero sentí que me presionaban para acelerar el parto con intervenciones que no sabía si eran necesarias”

En síntesis, aunque el 60 % de las mujeres fueran atendidas en el sistema público y el 40 % en el privado, la valoración de la experiencia no se limita a esta distinción, sino que se relaciona con aspectos cualitativos de la atención que afectan directamente la percepción del parto y su impacto emocional.

Por otro lado, en lo referido a las intervenciones médicas realizadas durante el parto, las cuales constituyen un aspecto central en la percepción que las mujeres tienen de su experiencia y, a su vez, influye significativamente en su salud mental postparto. En el presente estudio los resultados reflejaron que un 60 % (n=9) de las participantes expresó haber vivido procedimientos como episiotomías, inducciones o tactos reiterados sin el debido consentimiento o explicación clara, generando sentimientos de vulnerabilidad y angustia. Una de las declaraciones por parte de la participante 4 fue:

“Me hicieron la episiotomía sin preguntarme, fue muy traumático y me sentí como si no tuviera voz”.

En contraposición un 40 % (n=6) expresó haber recibido intervenciones médicas consensuadas y debidamente explicadas, lo cual contribuyó a una percepción positiva del proceso de parto, expresando:

“El médico me explicó cada paso y me preguntó si estaba de acuerdo, eso me dio mucha tranquilidad” (Participante 9)

El apoyo emocional durante el parto y el postparto se observa como un factor protector fundamental para la salud mental materna. En este caso, un 80 % (n=12) de las participantes reconoció contar con apoyo significativo, principalmente de la pareja y la familia, expresado en ratos tales como:

“Mi pareja estuvo conmigo en todo momento, me calmaba y me daba fuerzas para seguir” (Participante 2)

Mientras que un 20 % (n=3) manifestó sentirse sola o sin redes de contención adecuadas, manifestando la importancia del acompañamiento emocional, la participante 10 por ejemplo expresó:

“Sentí que la ausencia de apoyo me hizo sentir muy vulnerable y sola”

6.3. Impacto en la Salud Mental Postparto

El impacto en la salud mental postparto fue una constante en los relatos. Un 66,6 % (n=10) de las participantes reportaron síntomas relacionados con ansiedad, tristeza y estrés postraumático. Estas manifestaciones no sólo reflejan un malestar emocional momentáneo, sino también indican la presencia de un posible riesgo de problemáticas más severas si no se realiza una adecuada intervención.

Un 26,6 % (n=4) de las entrevistadas reconoció la presencia de síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático. Los testimonios expresan sensaciones de miedo persistente, tristeza profunda y episodios de angustia que las afectaron.

“Después del parto sentí mucha tristeza y miedo, cosas que no esperaba” (Participante 1)

“...después del parto me sentía perdida, sin ganas de nada, con mucha ansiedad que no podía controlar” (Participante 2)

“El recuerdo de ciertas intervenciones todavía me provoca ansiedad y pesadillas” (Participante 14)

La relación directa entre las experiencias percibidas como traumáticas durante el parto y el deterioro emocional posterior queda claramente establecida. En particular, en situaciones donde las mujeres sintieron falta de información, ausencia de participación en decisiones y trato despersonalizado resultaron en heridas emocionales que se prolongaron más allá del nacimiento del bebé, generando síntomas compatibles con estrés postraumático. Esta conexión sugiere que el modo en que se vivencia el parto es un factor determinante para la salud mental postnatal.

Por otro lado, un 46,6 % (n=7) expresó sentimientos de empoderamiento y fortalecimiento personal, mostrando que la salud mental postparto no es un fenómeno unidimensional. Para estas mujeres, la vivencia del parto, aunque desafiante, constituyó una fuente de fortalecimiento y construcción positiva en la identidad materna. La posibilidad de resignificar el proceso, sentirse apoyadas en redes afectivas y un trato respetuoso durante el parto, permitió que desarrollaran una actitud resiliente frente a las dificultades.

“A pesar de todo, me siento más fuerte y capaz de enfrentar lo que venga” (Participante 6)

“El parto fue duro, pero ahora me siento más fuerte y segura de mí misma..” (Participante 14)

Este contraste refleja la importancia de los factores contextuales y subjetivos en la configuración del bienestar psicológico postparto. El apoyo emocional, la calidad de la atención y la percepción de autonomía aparecen como moduladores claves, que pueden favorecer o dificultar la recuperación emocional.

Es destacable también la percepción de que la salud mental postparto no termina en el momento inmediato posterior al parto, sino que es un proceso continuo que puede requerir seguimiento y acompañamiento a largo plazo. Algunas mujeres (26,6 % n=4) expresaron sentir que no existían espacios adecuados para expresar sus emociones o buscar ayuda:

“Sentí que después del parto nadie se preocupaba por cómo estaba emocionalmente. No había a dónde acudir para hablar o recibir ayuda ”

(Participante 5)

Al hablar del impacto en la salud mental se puede observar claramente que la Participante 5, quién reportó sentir que era solo un número durante el parto, fue también una de las mujeres que expresó no tener dónde acudir para hablar o recibir ayuda durante el postparto, lo que deja en claro el desamparo institucional que tienen. Estos resultados ponen en evidencia una necesidad insatisfecha en el sistema de salud, en lo relacionado al acompañamiento y seguimiento de la salud mental postparto de las mujeres.

7. Discusión

El presente trabajo de investigación se propuso como objetivo general explorar la percepción de las mujeres sobre sus experiencias de parto primerizo y su impacto en la salud mental postparto, con el fin de identificar factores que inciden en el bienestar psicológico durante este período. La pregunta central de la investigación ¿Cómo perciben las mujeres que las experiencias del parto impactan en su salud mental durante el período postparto? permitió adentrarse en la subjetividad de las participantes y analizar cómo los diversos factores individuales, sociales, institucionales y culturales se articulan para conformar el significado del parto en la vida de las mujeres primerizas.

Las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto en los últimos años la importancia de comprender el parto como un acontecimiento multidimensional, que implica no sólo un proceso fisiológico, sino también la construcción de significados personales, sociales y culturales (Organización Mundial de la Salud, 2018; Ballesteros y Moreno-Romero, 2023). En el contexto local de la Ciudad de Mendoza, este estudio aporta evidencia empírica relevante y actualizada, que contribuye a un mayor conocimiento sobre los desafíos y necesidades de las mujeres en torno a la experiencia perinatal.

Uno de los principales hallazgos del presente trabajo de investigación se relaciona con la existencia de una marcada brecha entre las expectativas previas de las participantes y la realidad experimentada durante el parto. Muchas mujeres manifestaron que sus expectativas estaban modeladas por relatos ajenos, modelos idealizados y la falta de información objetiva sobre los posibles escenarios del parto. Así, el encuentro con el dolor físico, la incertidumbre y la prolongación del trabajo de parto produjo emociones de ansiedad, miedo e incertidumbre.

Este fenómeno ya había sido advertido por Castillejo Branni et al. (2021), quienes subrayan que el miedo y la ansiedad en torno al parto, sumados a la falta de control sobre el proceso, pueden aumentar la vulnerabilidad emocional y el riesgo de vivencias traumáticas.

La forma en que cada mujer resignificó la experiencia del dolor resultó ser un factor clave para su posterior afrontamiento emocional. Algunas participantes pudieron reinterpretar el dolor como un componente natural y funcional del parto, mientras que otras lo vivieron como una fuente de sufrimiento e impotencia, especialmente cuando se percibió desamparo o ausencia de contención.

En este sentido, Ballesteros y Moreno-Romero (2023) resaltan la importancia del acompañamiento profesional y emocional para que el dolor pueda ser resignificado como parte de un proceso de crecimiento y empoderamiento, y no únicamente como una experiencia negativa.

Por otro lado, la percepción del parto fue definida por las participantes no sólo en términos estrictamente físicos, sino también como una vivencia atravesada por emociones, expectativas y la historia de vida previa (Uribe et al., 2008; Barrera et al., 2022). De este modo, el parto es un proceso subjetivo, en el que cada mujer otorga sentido a partir de la interacción entre sus propias creencias, deseos, miedos y las condiciones contextuales del entorno asistencial.

Un eje recurrente en los relatos fue la influencia decisiva del trato recibido por parte del personal de salud y el grado de respeto a la autonomía de las mujeres durante el parto. Los resultados muestran que las experiencias de acompañamiento empático, escucha activa y comunicación clara favorecieron un afrontamiento positivo y una percepción de satisfacción.

Por el contrario, las vivencias de despersonalización, violencia obstétrica o intervenciones no consensuadas generaron malestar, resentimiento, e incluso, síntomas compatibles con trastornos psicológicos como depresión o estrés postraumático.

Esta realidad se corresponde con lo documentado por Castillo Belén (2016), quien conceptualiza la violencia obstétrica como el resultado de prácticas institucionalizadas de deshumanización, medicalización excesiva y negación de la autonomía de las mujeres.

La falta de información, el trato autoritario y la imposición de decisiones médicas sin consentimiento fueron mencionados reiteradamente como formas de maltrato y desamparo en los relatos, en consonancia con Requena García (2023) y con Van der Pijl et al. (2022, citado en Requena García, 2023), quienes identifican la falta de opciones, apoyo y comunicación como los tipos de maltrato más frecuentes en el parto.

La modalidad de parto también influyó en la experiencia subjetiva. Quienes atravesaron un parto vaginal espontáneo describieron sensaciones de logro y conexión con su cuerpo, mientras que las cesáreas programadas y los partos inducidos por goteo estuvieron asociados a sentimientos de mayor medicalización, pasividad y pérdida de control, tal como señalan Cívicos (2023) y la Organización Mundial de la Salud (2018).

No obstante, cabe resaltar que el factor determinante en la vivencia no fue únicamente el tipo de parto, sino el modo en que la mujer fue acompañada, informada y contenida en cada momento del proceso.

La investigación evidencia que el apoyo emocional, tanto de la pareja, la familia, como de los profesionales de la salud, constituyen un factor protector esencial para el bienestar psicológico materno.

Las participantes que contaron con una red de apoyo sólida manifestaron mejores estados anímicos, mayor capacidad de afrontamiento y menor presencia de síntomas ansiosos o depresivos en el postparto, en coincidencia con lo aportado por Barrera et al. (2022), Cooc Calcagni et al. (2023) y Uribe et al. (2008).

El apoyo social, especialmente cuando fue percibido como sensible, no invasivo y respetuoso de la autonomía, favoreció la elaboración emocional de la experiencia y el

desarrollo de recursos resilientes para afrontar las demandas del puerperio. En contraste, la ausencia o debilidad de estas redes incrementó la vulnerabilidad psicológica y dificultó la adaptación al nuevo rol materno, exponiendo a las mujeres a sentimientos de soledad, incompetencia o desesperanza (Barrera et al., 2022; Coo Calcagni et al., 2023).

La importancia de fortalecer las redes de apoyo y generar espacios institucionales de escucha y acompañamiento aparece como una recomendación central para la mejora de la calidad de atención en el proceso perinatal, en línea con los enfoques actuales de la salud pública y los derechos reproductivos (Organización Mundial de la Salud, 2014, 2019).

La vivencia del parto primerizo dejó huellas emocionales diversas y profundas en las mujeres entrevistadas. El análisis mostró un espectro amplio de manifestaciones, que van desde episodios de tristeza y ansiedad transitorios, hasta síntomas persistentes compatibles con depresión postparto o trastornos del estrés postraumático. Estos síntomas se asociaron especialmente a relatos de parto percibidos como traumático, caracterizado por la ausencia de información, el trato deshumanizado y la falta de participación activa en las decisiones médicas (Requena García, 2023; Castillo Belén, 2016; Paolantonio et al., 2023).

Por otro lado, un porcentaje relevante de participantes pudo resignificar la experiencia, encontrando en ella un sentido de fortalecimiento personal y crecimiento, en coincidencia con Ballesteros y Moreno-Romero (2023). Este proceso de resignificación estuvo facilitado por el acompañamiento adecuado, la validación de las emociones y la posibilidad de construir una narrativa de empoderamiento a partir de la vivencia de parto.

El impacto en la salud mental postparto constituye una dimensión fundamental para comprender el bienestar integral de la mujer durante esta etapa vital. Los resultados de este estudio reflejan un panorama complejo y heterogéneo, en el que convergen manifestaciones emocionales vulnerables y procesos de resiliencia, configurando una experiencia dinámica que merece un abordaje integral.

Los relatos de las participantes ilustran la profundidad del malestar experimentado y la carencia de apoyo psicológico, situación que puede agravar y profundizar el riesgo de complicaciones como la depresión postparto o trastorno de estrés postraumático (Paiz et al., 2022).

La investigación también resalta que la salud mental postparto es el resultado de la interacción entre factores individuales (historia previa, expectativas, estrategias de afrontamiento), situaciones (tipo de parto, complicaciones, apoyo disponible) y estructurales (calidad de atención, políticas públicas, normativas de parto respetado). Así lo plantea la Organización Mundial de la Salud (2018, 2019) y Coo Calcagni et al. (2023), quienes enfatizan la necesidad de abordajes integrales, sensibles y sostenidos en el tiempo.

Un hallazgo importante fue la percepción generalizada de que el sistema de salud no ofrece suficientes espacios para la expresión emocional ni para el acompañamiento psicológico durante el postparto. Estos resultados van asociados a lo aportado por Chaves Mateos et al. (2022), el cual expresa que el postparto no solo implica la recuperación física del parto, sino también la adaptación psicológica y social de la madre al nuevo rol materno a desempeñar.

Muchas mujeres reportaron sentirse solas, desbordadas o sin recursos para afrontar sus emociones, lo que coincide con lo expresado por Paolantonio et al. (2023) y con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (2014) de implementar estrategias de prevención y detección temprana de problemas de la salud mental en el puerperio.

La formación de los equipos de salud en comunicación empática, en el respeto de los derechos de las pacientes y en la promoción de la participación activa de las mujeres en las decisiones, debe ser una prioridad para los sistemas de salud (Castillo Belén, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2018, 2019). Del mismo modo, es imprescindible fortalecer las redes de apoyo social y comunitario, y generar dispositivos institucionales

interdisciplinarios que faciliten la continuidad del acompañamiento durante todo el proceso perinatal (Barrera et al., 2022; Uribe et al., 2008).

El respeto de la autonomía, la proporción de información clara y la garantía de un trato digno y humano no solo contribuyen al bienestar psicológico de las madres, sino que también impactan positivamente en la salud y el desarrollo del recién nacido, tal como lo evidencian los estudios revisados (Coo Calcagni et al., 2023; Organización Mundial de la Salud, 2019).

8. Conclusión

En conclusión, la percepción del parto y su impacto en la salud mental postparto son fenómenos complejos, dinámicos y profundamente subjetivos, atravesados por factores individuales, relacionales e institucionales.

En respuesta al interrogante del trabajo sobre ¿Cómo perciben las mujeres que las experiencias del parto impactan en su salud mental durante el período postparto?, se concluye que las mujeres perciben que la vivencia del parto ejerce un impacto profundo y variado en su salud mental. Este impacto está mediado por la congruencia o discrepancia entre las expectativas previas y la realidad vivida, el tipo de parto, la calidad de la atención recibida, el respeto a su autonomía y el apoyo emocional disponible.

Las mujeres que experimentaron un parto con acompañamiento respetuoso, información adecuada y participación activa reportaron un impacto positivo o, al menos, una mejor capacidad para afrontar emocionalmente el postparto.

Por el contrario, aquellas que vivieron experiencias marcadas por la falta de comunicación, intervenciones no consensuadas y trato despersonalizado manifestaron síntomas significativos de ansiedad, tristeza y estrés postraumático. Esto se relaciona con lo expuesto por Morra y Baró, 2022, en donde algunos estudios han identificado que mientras algunas mujeres describen el parto como un momento de empoderamiento y satisfacción, otras lo recuerdan con sentimientos de vulnerabilidad, temor y decepción.

Este trabajo de investigación evidencia que la congruencia entre expectativas y realidad, el tipo de parto, la calidad del trato recibido, el respeto a la autonomía y la disponibilidad de apoyo emocional constituyen variables centrales para el bienestar psicológico de las mujeres en la etapa perinatal (Ballesteros y Moreno-Romero, 2023; Barrera et al., 2022; Coo Calcagni et al., 2023; Castillo Belén, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2019).

En síntesis, las mujeres perciben que la experiencia del parto tiene un efecto directo, significativo y duradero en su bienestar postparto, y que mejorar la calidad de la atención, promover la autonomía y fortalecer las redes de apoyo son condiciones indispensables para minimizar los efectos negativos y favorecer la salud mental materna durante esta etapa. Como señala Martiarena (2021), hay mujeres que perciben que la etapa postparto no concluye a las seis semanas establecidas, ya que tanto las secuelas físicas como emocionales pueden extenderse meses o incluso años.

Se concluye que la promoción de prácticas de parto humanizadas, la participación activa de la mujer en las decisiones, la información clara y la fortaleza de las redes de apoyo son esenciales para minimizar los efectos negativos y favorecer la salud mental materna. Del mismo modo, la integración de espacios de acompañamiento psicológico y emocional en la atención perinatal constituye una deuda pendiente que debe ser abordada desde una perspectiva de derechos y equidad.

Finalmente, este trabajo invita a repensar las políticas y prácticas de atención, orientándose hacia la construcción de entornos de cuidado que respeten la subjetividad, los tiempos y las necesidades de las mujeres, avanzando hacia una atención realmente centrada en la mujer, en su bienestar y en el pleno reconocimiento de sus derechos, basada en un trabajo integral e interdisciplinario para el abordaje de esta etapa vital y tan sensible en la vida de la mujer.

9. Aportes y Contribuciones de la Investigación

La investigación contribuye al campo de la psicología perinatal en el contexto local, proporcionando evidencia sobre las experiencias de mujeres primerizas en la Ciudad de Mendoza y resaltando la importancia de fortalecer los dispositivos de acompañamiento emocional y la formación en parto respetado para los equipos de salud. Asimismo, pone de relieve la necesidad de estrategias institucionales que garanticen el acceso a información, contención profesional y espacios de escucha activa para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

En síntesis, los resultados permiten concluir que la calidad de atención obstétrica, la validación de las emociones maternas, el respeto por la autonomía y la voz de las mujeres constituyen ejes centrales para favorecer el bienestar psicológico en el postparto y prevenir el desarrollo de trastornos de salud mental.

10. Limitaciones de la Investigación

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra la restricción geográfica de la muestra, compuesta únicamente por mujeres residentes de la Ciudad de Mendoza. Además, la modalidad de autoinforme puede conllevar sesgos en la interpretación y la presentación de las experiencias vividas. Futuras investigaciones podrían ampliar el alcance territorial y considerar muestras más heterogéneas para favorecer la generalización de los hallazgos.

11. Propuestas de Intervención

Con respecto a las propuestas de intervención, los resultados de esta investigación evidencian que la percepción del parto primerizo constituye un factor determinante en la salud mental postparto. Dado que, la forma en que las mujeres experimentan este acontecimiento vital está directamente vinculado con la calidad del trato recibido, el respeto por su autonomía y la posibilidad de participar activamente del proceso de parto.

Por lo que a partir de estos hallazgos, se proponen intervenciones a nivel hospitalario, comunitario y de políticas públicas, así como acciones específicas desde la psicología perinatal, orientadas a promover experiencias positivas de parto y prevenir repercusiones negativas en la salud mental de las mujeres.

11.1. Intervenciones en el ámbito hospitalario

En primer lugar, resulta imprescindible fortalecer la capacitación de los equipos de salud en atención humanizada y en salud mental perinatal. Por otro lado, se sugiere la incorporación de psicólogos perinatales en las salas de maternidad, con el fin de brindar contención emocional inmediata y prevenir la aparición de síntomas ansiosos o depresivos tras el parto, logrando una atención integral de la salud.

11.2. Dispositivos comunitarios de apoyo

En el plano comunitario, la creación de grupos de apoyo postparto coordinados por profesionales de la salud mental se presenta como una estrategia preventiva clave. Estos espacios permitirán compartir experiencias, reducir el aislamiento social y fortalecer las redes de sostén, lo cual repercute directamente en el bienestar emocional de las mujeres. La evidencia recogida en esta investigación muestra que el sentimiento de soledad y la falta de acompañamiento posterior al parto, incrementan el riesgo de malestar psíquico, mientras que el apoyo comunitario opera como un factor protector.

Así mismo, se recomienda el desarrollo de talleres de preparación integral para el parto dirigido a mujeres embarazadas y sus parejas. Dichos talleres deberían incluir no solo información médica, sino también estrategias de afrontamiento emocional y técnicas de relajación abordadas desde la psicoeducación, con el fin de reducir el miedo y favorecer una vivencia positiva del parto.

11.3. Acciones de política pública

En lo relacionado con el plano normativo, es fundamental fortalecer la implementación de la Ley de Parto Respetado N° 25.929, promoviendo mecanismos de control y seguimiento que aseguren el cumplimiento efectivo en hospitales y clínicas de la provincia de Mendoza. Tal como sostienen los testimonios de las participantes, la distancia entre el marco legal y las prácticas obstétricas actuales constituye un obstáculo para garantizar experiencias de parto respetuosas.

Del mismo modo, se proponen campañas de sensibilización dirigidas a la comunidad, con el objetivo de que las mujeres conozcan sus derechos y demanden una atención acorde a la normativa vigente. A su vez la inclusión de la salud mental perinatal en la atención primaria resultaría una estrategia preventiva eficaz, ya que permitiría la detección temprana de síntomas.

11.4. Intervenciones desde la psicología perinatal

Finalmente, desde la psicología perinatal se plantean diversas líneas de acción. En primer lugar, el acompañamiento individual y familiar puede contribuir a validar las emociones de la mujer, brindar información clara y promover la vinculación temprana con el bebé. En segundo lugar, la prevención y el tratamiento del trauma postparto deben ser prioritarios, ya que, intervenciones psicoterapéuticas centradas en el procesamiento emocional de estas experiencias permitirían disminuir el riesgo de cronificación.

Las propuestas de intervención presentadas buscan integrar niveles de acción hospitalarios, comunitarios y políticos, complementados con el aporte específico de la psicología perinatal. Estas acciones responden a los resultados obtenidos en la presente investigación y a la necesidad de garantizar experiencias de parto respetuosas, que protejan la salud integral de las mujeres y favorezcan el ejercicio pleno de sus derechos.

12. Referencias

- Argüello Caro, L., Santander, L., Bella, M., y Faas, A. (2023). Evaluación de riesgo de depresión posparto en gestantes bajo atención obstétrica en un hospital universitario de Córdoba, Argentina. *JIC FCM UNC*.
<https://www.jic.fcm.unc.edu.ar/resumenes/evaluación-de-riesgo-de-depresión-postparto-en-gestantes-bajo-atención-obstétrica-en-un122-136> <https://doi.org/10.24875>
- Armengol Asenjo, R., Chamarro Luser, A., y García-Dié Muñoz, M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1), 25–32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723104>
- Ballesteros, V., y Moreno-Romero, P. (2023). Dar a luz: de la vulnerabilidad al empoderamiento. *En-Claves del Pensamiento*. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.597>
- Barrera-Barrera, G., Cucoch-Petraello-Rojas, C., Martínez-Vera, I., Neira-Pérez, M., Órdenes-Osorio, S., Sandoval-Rubilar, S., Baumgartner-León, S., Neira-Vega, A., Ponce-Vásquez, P., Rodríguez-Domínguez, M. C., y González-Burboa, A. (2022). Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: Una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(2). <https://doi.org/10.24875/rechog.21000027>
- Beck, C. T. (2004). Trastorno de estrés postraumático debido al parto: Las secuelas. *Investigación de Enfermería*, 53(4), 216–224.
- Bellart Alfonso, J. (2022). Mecanismo del parto normal. Condicionantes actuales. Universidad de Barcelona.
- Cáceres, M., y Díaz, O. (2024). Maternidad: Psicología del ciclo vital. *Semilla Científica*, 6, 175–194. <https://doi.org/10.37594>
- Caparros-González, R. A., Romero-González, B., y Peralta-Ramírez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 97. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.97>

- Castillejo Branni, R. (2021). Ansiedad y miedo al parto primario en gestantes del área norte de Tenerife [Tesis de licenciatura, Universidad de La Laguna].
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23032>
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento: Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 24, 43–68.
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- Chaves Mateos, V., Cutillas Poveda, M. J., Regli Rojas, E., y Sánchez Prieto, J. M. (2022). Impacto de la depresión postparto en el vínculo afectivo. *XXIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*.
- Cívicos, D. S. (2023). Representación de las mujeres acerca del parto. [Tesis de grado, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Licenciatura en Comunicación Social].
- Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., y Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediátrica*, 92(5). <https://doi.org/10.32641/>
- García, L., y Ramírez, C. (2021). Trastornos de ansiedad en el posparto: Impacto en la salud materna e infantil. *Journal of Maternal Mental Health*, 10(1), 25–40.
- García-Esteve, Ll. (2017). Depresión y psicosis puerperal: necesitamos dispositivos específicos. *Psicosom. Psiquiatr.*, 1(1), 81–100.
- González, A., y Pérez, D. (2020). Diferencias entre baby blues y depresión posparto: Implicaciones clínicas. *Psicopatología Perinatal*, 7(4), 78–92.
- Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Condes*, 25(6), 1019–1028.
- Jiménez, T., y Castro, R. (2019). Factores de riesgo en la depresión posparto: Revisión sistemática. *Revista de Psiquiatría Perinatal*, 12(1), 33–48.

- Khsim, I. E. F., Rodríguez, M. M., Riquelme Gallego, B., Caparros-González, R. A., y Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk factors for post-traumatic stress disorder after childbirth: A systematic review.
- Lartigue, T., Maldonado-Durán, J. M., González-Pacheco, I., y Saucedo-García, J. M. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 111–131.
- López, F., y Fernández, E. (2021). Depresión posparto: Diagnóstico y abordaje terapéutico. *Psicoterapia y Salud Mental*, 9(2), 50–65.
- Maldonado-Durán, J. M. (2011). El parto y sus vicisitudes. En J. M. Maldonado-Durán (Ed.), *Salud mental perinatal*.
- Martiarena, M. (2021). El puerperio invisibilizado: Cuerpo, afectos y violencias en las experiencias femeninas de posparto. *Seminario Internacional Fazendo Gênero 12*.
- Martínez, J., y Torres, M. (2019). Ansiedad en el puerperio: Una mirada integral. *Revista de Salud Materna*, 6(3), 89–104.
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J. (2017). Depresión posparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7–12.
- Ministerio de Salud de la Nación. (s.f.). Parto, nacimiento y puerperio respetados. Argentina.gob.ar.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/corresponsabilidad-en-la-crianza-y-los-cuidados/parto-nacimiento-y-puerperio>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Maternidad y salud: Ciencia, conciencia y experiencia. <https://publicacionesoficiales.boe.es>
- Morra, A. P., y Baró, S. (2022). Experiencias de parto: percepción de las usuarias de distintas instituciones del AMBA. [Tesis de grado, Universidad de Flores].
- Olza, I., y Martínez, E. L. (2006). *¿Nacer por cesárea?: Cómo evitar cesáreas innecesarias y vivir cesáreas respetuosas*. Grupo Editorial Norma.

- Ospina Vanegas, D. P., Cristancho Gómez, S. M., Lafaurie Villamil, M. M., y Rubio León, D. C. (2020). Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: Aportes para la reflexión. *Revista Cuidarte*, 11(2), e1005.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.100>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Depresión: Un problema de salud pública.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Plan de acción sobre salud mental 2015–2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Atención al parto y el postparto. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 7 de diciembre). Más de un tercio de las mujeres padecen problemas de salud de larga duración tras el parto, según una nueva investigación.
<https://www.who.int/es/news/item/12-07-2023-más-de-un-tercio-de-mujeres-experiencia-dura-dera-hea>
- Ortiz, C., y Ramírez, A. (2021). Consecuencias del parto traumático en la salud mental materna: Estrategias de afrontamiento y recuperación. *Journal of Perinatal Studies*, 11(2), 99–115.
- Paiz, J. C., de Jesus Castro, S. M., Giugliani, E. R. J., Dos Santos Ahne, S. M., Aqua, C. B. D., y Giugliani, C. (2022). Asociación entre el maltrato a las mujeres durante el parto y los síntomas sugestivos de depresión posparto.
- Paolantonio, M. P., Manoiloff, L. M. V., y Faas, A. E. (2023). Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista de Psicología*, 22(2), 80–99. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe166>
- Paolini, L., Oiberman, A., y Galíndez, E. (2012). Entrevista psicológica perinatal y su aplicación en la detección temprana de depresión postparto. *Revista Argentina de Psicología*, 18(1), 45–60.

Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357–364.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>

Ramírez, P., y Gómez, J. (2019). Relación entre ansiedad y depresión postparto en madres adolescentes. *Psicopatología Perinatal*, 8(3), 22–40.

Requena García, M. C. (2023). Impacto emocional de la violencia obstétrica en mujeres: Una revisión sistemática.

Ruiz, S., Pérez, L., y Martínez, C. (2022). Estrategias de intervención en la depresión posparto: Un enfoque basado en la evidencia. *Psicología Perinatal y Salud*, 14(1), 60–78.

Ryding, E. L., Wijma, B., y Wijma, K. (2003). Reacciones de estrés postraumático después del parto. *Revista de Obstetricia y Ginecología Psicosomática*, 24(2), 103–111.

Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). McGraw-Hill.

Santonja Lucas, J. J. (1998). Fisiología del parto II: Mecanismos del parto.

Sharman, R., Reed, R., y Inglis, C. (2017). Descripciones de mujeres sobre el trauma del parto en relación con las acciones e interacciones del proveedor de atención.

Simkin, P. (2013). *Embarazo, parto y el recién nacido: La guía completa*. Meadowbrook Press.

Soet, J. E., Brack, G. A., y Dilorio, C. (2003). Prevalencia y predictores de la experiencia de trauma psicológico en mujeres durante el parto. *Nacimiento*, 30(1), 36–46.

Uribe, C. T., Contreras, A. M., Villarroel, L. D., Rivera, S. M., Bravo, P. V., y Cornejo, M. A. (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(1), 4–104.

Van der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., van der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H., y de Jonge, A. (2022). Irrespeto y abuso durante el trabajo de parto y el nacimiento en 12,239 mujeres en los Países Bajos: Una encuesta nacional.

Zúñiga Paredes, L. A., y Salguero Fiallos, C. M. (2022). Satisfacción de las mujeres en la experiencia del parto. *Sapienza: Revista Internacional de Estudios Interdisciplinarios*, 3(8).
<https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.569>

13. Anexos

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean Analizar la Percepción de las mujeres en el Parto Primerizo y su impacto en la salud mental Postparto. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la entrevista vía Google Forms que se dará continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al comienzo del formulario.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología, UFLO universidad y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la Ley N° 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Preguntas

Datos sociodemográficos: se relevaron aspectos básicos para contextualizar a las participantes dentro de sus entornos sociales y personales.

- 1) Edad
- 2) Estado civil
- 3) Nivel educativo
- 4) Ocupación
- 5) Lugar de residencia
- 6) Tipo de parto.

Experiencia del parto: se buscó conocer cómo vivieron las mujeres su proceso de parto, abordando las siguientes preguntas:

- 7) ¿Cómo describirías tu experiencia del parto?
- 8) ¿Cuáles eran tus expectativas?

Emociones durante el parto: con el objetivo de indagar en el mundo emocional que atravesaron, se formuló la siguiente pregunta:

- 9) ¿Qué emociones sentiste durante el parto?

Relación con el personal de salud: se evaluó la calidad del vínculo establecido con los profesionales que las asistieron, preguntando:

- 10) ¿Cómo fue la relación con el personal de salud durante el parto?
- 11) ¿Sector público o privado?

Información y consentimiento: se exploró el grado de participación y autonomía de las mujeres durante el parto, a través de las siguientes preguntas:

- 12) ¿Recibiste información suficiente?
- 13) ¿Participaste en decisiones sobre tu parto?

Apoyo emocional: se indagó sobre la presencia o ausencia de contención emocional en diferentes momentos del proceso perinatal:

- 14) ¿Qué tipo de apoyo emocional recibiste antes, durante y después del parto?

Salud mental postparto: se procuró conocer el impacto emocional del parto en el periodo inmediato posterior, mediante la pregunta:

15) ¿Cómo describirías tu estado emocional después del parto?

16) ¿Has tenido síntomas de ansiedad o tristeza?

Resignificación: se abordó cómo las mujeres han reelaborado su experiencia con el paso del tiempo:

17) ¿Cómo has resignificado tu experiencia de parto con el tiempo?

Propuestas: finalmente, se recogieron recomendaciones y sugerencias desde la perspectiva de las propias entrevistadas, mediante la pregunta:

¿Qué recomendarías para mejorar la experiencia de parto para otras mujeres?