

Original

Calidad de la atención perinatal y experiencia del parto en gestantes y puérperas durante el aislamiento en Argentina

BRISA MAILÉN LUNA DURO, TOMÁS CAMILO DÍAZ, YANINA MICHELINI, ANA FABIOLA MACCHIONE

BRISA MAILÉN LUNA DURO.
CONICET,
Universidad Nacional de Córdoba,
Instituto de Investigaciones
Psicológicas.
Córdoba, R. Argentina;
brisa.luna@mi.unc.edu.ar

TOMÁS CAMILO DÍAZ.
CONICET,
Universidad Nacional de Córdoba,
Instituto de Investigaciones
Psicológicas.
Córdoba, R. Argentina;
tomas.camilo.diaz@mi.unc.edu.ar

YANINA MICHELINI.
CONICET,
Universidad Nacional de Córdoba,
Instituto de Investigaciones
Psicológicas,
Facultad de Psicología.
Córdoba, R. Argentina;
yaninamichelini@unc.edu.ar

ANA FABIOLA MACCHIONE.
CONICET,
Universidad Nacional de Córdoba,
Instituto de Investigaciones
Psicológicas,
Facultad de Psicología.
Córdoba, R. Argentina;
ana.macchione@unc.edu.ar
ORCID: 0000-0001-7642-6874

Introducción: el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) implementado en Argentina durante la pandemia por COVID-19 alteró la atención perinatal, pudiendo haber impactado en la experiencia subjetiva en dicho período. **Objetivo:** analizar aspectos emocionales y la percepción de calidad en la atención perinatal durante el embarazo, parto y puerperio, y su relación con la vivencia de afectación por el ASPO. **Métodos:** estudio transversal de encuesta autoadministrada online en personas gestantes y puérperas residentes en Argentina ($N = 255$). Se evaluaron indicadores emocionales y de calidad de atención perinatal. **Resultados:** los resultados mostraron que una mayor percepción de afectación del ASPO se asoció a mayores niveles de angustia, preocupación y ansiedad por el parto, y a menores niveles de calma, seguridad y cantidad de descanso percibido. Se observó un aumento progresivo de la ansiedad a lo largo del embarazo, exacerbado por el ASPO. Si bien la valoración de la experiencia del parto fue positiva, la calidad de la atención perinatal influyó sobre dicha valoración y sobre la percepción de afectación por el ASPO. **Conclusiones:** estos hallazgos sugieren que el ASPO operó como un estresor contextual amplificando condiciones preexistentes de la atención perinatal, más que como un determinante aislado del malestar emocional en la construcción subjetiva de la experiencia perinatal.

Palabras clave: Salud mental perinatal – Afectación del ASPO – Percepción de derechos – Parto

Quality of Perinatal Care and Childbirth Experience in Pregnant and Postpartum Women during Lockdown in Argentina

Introduction: The Social, Preventive and Mandatory Isolation (ASPO) implemented in Argentina during the COVID-19 pandemic altered perinatal care and may have impacted the subjective perinatal experience. **Objective:** To analyze emotional aspects and perceived quality of perinatal care during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, and their relationship with the perceived impact of ASPO. **Methods:** A cross-sectional study was conducted using an online self-administered survey among pregnant and postpartum women residing in Argentina ($N = 255$). Emotional and perinatal care quality indicators were assessed. **Results:** Results showed that a greater perceived impact of ASPO was associated with higher levels of distress, concern, and childbirth-related anxiety, and lower levels of calmness, sense of safety, and amount of perceived rest. A progressive increase in anxiety across pregnancy was observed, which was exacerbated by ASPO. Although the childbirth experience was rated positively, perinatal care quality influenced both childbirth experience appraisal and perceived ASPO impact. **Conclusions:** These findings suggest that ASPO acted as a contextual stressor, amplifying pre-existing conditions of perinatal care rather than as an isolated determinant of emotional distress in the subjective construction of the perinatal experience.

Keywords: Perinatal Mental Health – ASPO Impact – Perception of Rights – Childbirth

Correspondencia:
Ana Fabiola Macchione;
ana.macchione@unc.edu.ar

Introducción

A nivel mundial, la salud mental de personas gestantes constituye una prioridad en la agenda sanitaria y un importante desafío para la salud pública [35]. La gestación y el parto se inscriben dentro de los denominados eventos vitales significativos (*major life events*), en tanto implican acontecimientos capaces de reconfigurar la dinámica psicológica y social previa de la persona [23]. Así, el período perinatal se caracteriza por la coexistencia de profundos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, convirtiéndolo en una etapa de particular vulnerabilidad física y emocional que se extiende más allá del parto e incluye el posparto o puerperio [30]. Si bien no existe un consenso unívoco respecto de la delimitación temporal del puerperio, las definiciones clásicas lo circunscriben a las primeras 6 a 8 semanas posteriores al parto, asociadas principalmente a la recuperación anatómica y fisiológica [15]. No obstante, enfoques actuales han ampliado esta conceptualización llamando «cuarto trimestre» a las primeras 12 semanas posparto. Este periodo es una ventana clave para la adaptación biopsicosocial y el seguimiento clínico de la díada madre-hijo/a [25].

Durante el periodo perinatal es frecuente el aumento en niveles de estrés y ansiedad, lo que incrementa el riesgo de malestar emocional clínicamente relevante y de experiencias perinatales negativas [8]. La expresión y evolución de estos cuadros emocionales se encuentran fuertemente moduladas por factores contextuales protectores, como el acompañamiento de una persona de confianza, o de riesgo, como el bajo nivel educativo, la vulnerabilidad socioeconómica y la escasez de apoyo familiar o social [4,10,28]. La vulnerabilidad emocional perinatal adquiere particular relevancia dado que afecta tanto a la persona gestante/puérpera, como a la persona en gestación/recién nacida, en tanto la díada madre-hijo/a cumple un rol central

en la regulación emocional temprana y la adaptación al entorno [26].

En Argentina, la *Ley Nacional N° 25.929 de Parto Humanizado*, promulgada en 2004, establece los derechos que deben garantizarse durante el embarazo y el proceso de parto en instituciones tanto públicas, como privadas [14]. La normativa contempla factores relevantes del bienestar psicológico perinatal: el acceso a información clara, el trato respetuoso, el respeto por los tiempos biológicos y psicológicos, la evitación de prácticas invasivas innecesarias y el derecho al acompañamiento durante todas las etapas del parto. Diversos estudios han documentado el impacto positivo del acompañamiento durante el parto sobre la experiencia subjetiva del mismo. Por ejemplo, un estudio en personas parturientas peruanas ($N = 150$) mostró que el 80 % informó sentirse más segura y confiada durante el trabajo de parto gracias a la presencia de un/a acompañante, el 83,3 % reportó una disminución del estrés y del dolor, y el 92 % una reducción en la duración del parto [17]. No obstante, datos nacionales provenientes del Observatorio de Violencias y Desigualdades por Razones de Género de Argentina (OVyDRG) previos a la pandemia indican déficits persistentes en la implementación de estos derechos: en 2019, el 44,7 % de las personas no contó con acompañamiento durante el parto, independientemente si fuera vaginal o por cesárea [20], y estudios locales reportaron un bajo nivel de conocimiento efectivo de la Ley N° 25.929 [24].

Asimismo, informes recientes señalan que la falta de información constituye uno de los principales motivos de denuncia por violencia obstétrica, solo superada por situaciones de trato deshumanizado, que incluyen maltrato o medicalización [21]. Desde una perspectiva psicosocial, el acceso a la información y el apoyo social se asocian con mayores niveles de bienestar subjetivo y menores niveles de

angustia, ansiedad y sintomatología depresiva durante el embarazo [9].

En Argentina, en marzo de 2020 se instauró el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) debido a la pandemia de COVID-19. El ASPO se extendió, con progresiva flexibilización, durante aproximadamente un año y fue uno de los más estrictos de la región. En este contexto, las personas gestantes fueron consideradas un grupo de riesgo, produciéndose modificaciones en la atención sanitaria del embarazo, el parto y el puerperio. La rápida sucesión de cambios en los protocolos de atención y el carácter inédito de la situación generaron elevados niveles de incertidumbre, particularmente en relación con el momento del parto y la garantía de derechos fundamentales establecidos por la Ley N° 25.929. Esta incertidumbre se tradujo en un aumento del miedo y la ansiedad, especialmente vinculado a la percepción de «no saber qué esperar» en la atención obstétrica [33]. Awad-Sirhan *et al.* [2] observaron que mujeres gestantes en España presentaron niveles elevados de ansiedad durante la primera ola de COVID-19, asociados principalmente a la preocupación por esta enfermedad, mientras que la percepción de accesibilidad y disponibilidad de la atención primaria actuó como un factor protector [2]. En la misma línea, Bermúdez-González *et al.* [3] reportaron que el 77 % de las mujeres gestantes presentaba síntomas de ansiedad y más del 90 % expresaba temor en relación con el parto, el riesgo de infección y la posible transmisión intrauterina del virus [3]. En Argentina, aunque la evidencia es limitada, se observan datos similares: un relevamiento en mujeres que parieron entre marzo y septiembre de 2020 mostró que más del 50 % percibió modificaciones en la atención recibida y dificultades para contar con acompañamiento durante el parto, especialmente en casos de cesárea [7].

En conjunto, la irrupción del ASPO como estresor contextual sobre las condiciones preexistentes de la atención perinatal, el

acceso a la información y la percepción de derechos configuró un escenario complejo e insuficientemente explorado en el contexto argentino. Profundizar el análisis de cómo estas variables se articularon durante la pandemia y de qué manera influyeron sobre aspectos emocionales y experienciales clave de la vivencia perinatal, resulta de relevancia. Así, el presente estudio tuvo como objetivo examinar indicadores subjetivos, hábitos de salud y aspectos vinculados a la calidad de la atención perinatal durante el ASPO por COVID-19 en personas gestantes y puérperas de Argentina. Específicamente, se propuso: 1) describir características perinatales, perfiles de salud, hábitos y estados emocionales, así como el acceso a cuidados e información pertinentes; 2) analizar asociaciones entre variables de autopercepción emocional, conductual y experiencial vinculadas al parto; 3) evaluar la asociación de factores sociodemográficos, contextuales y perinatales con el bienestar emocional perinatal; y, 4) examinar, en la submuestra de puérperas, la asociación de indicadores de calidad percibida de la atención perinatal con la valoración de la experiencia del parto, el perfil emocional y de descanso, y la percepción de afectación del ASPO.

Materiales y métodos

Participantes

La muestra estuvo conformada por personas mayores de edad residentes en Argentina que se encontraban cursando un embarazo o puerperio. Se consideraron puérperas a las personas que se encontraban dentro de los primeros tres meses posteriores al parto. La muestra inicial incluyó a 313 personas; se excluyeron 4 casos duplicados y 54 que superaban los tres meses de lactancia, conformándose así una muestra final de 255 participantes de 19 a 47 años ($M = 32.6$; $DE = 4.3$) donde el 85 % contaba con entre 30-60 días de aislamiento. De ellas, el 62.3 % eran gestantes ($n = 159$; 1° trimestre = 20; 2° trimestre = 73; 3° trimestre = 66) y el

37.6 % eran puérperas ($n = 96$). En cuanto a la procedencia geográfica, el 51 % residía en la provincia de Córdoba ($n = 130$), el 14.9 % en la provincia de Buenos Aires ($n = 38$), el 14.1 % en la provincia de Santa Fe ($n = 36$) y el 20 % provenía de otras provincias ($n = 51$). Respecto al nivel educativo, el 11 % había completado estudios secundarios ($n = 28$), el 57.6 % estudios terciarios o universitarios ($n = 147$) y el 31.4 % estudios de posgrado ($n = 80$).

Consideraciones éticas

Las personas participantes otorgaron su consentimiento informado de manera voluntaria y anónima, pudiendo interrumpir su participación en cualquier momento. Los datos fueron tratados de forma confidencial, conforme a la Ley N.º 25.326 de *Protección de datos personales*. Los protocolos fueron aprobados por el Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi-CONICET-UNC).

Instrumento

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental. La encuesta se difundió entre abril y agosto de 2020 a través de redes sociales, en grupos y foros vinculados a gestación, crianza y parto respetado. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario online *ad hoc* de Google Forms,¹ que indagó aspectos sociodemográficos, obstétricos, informacionales, emocionales, de derechos y conductuales relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio durante el ASPO. Las respuestas incluyeron formatos de opción múltiple, escalas tipo Likert (con rangos de 1 a 10) y preguntas de respuesta abierta. El número de respuestas obtenidas varió según la pregunta, dado que no todas eran de respuesta obligatoria y algunas estaban dirigidas exclusivamente a submuestras específicas (gestantes o puérperas).

1 El enlace al formulario es el siguiente: https://osf.io/5njvt/overview?view_only=1e2f83d14001475c-93c3b8e6e8231842

Análisis de datos

Se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes para variables nominales, y medias $\pm$ desviación estándar para variables continuas. Las variables evaluadas mediante escalas tipo Likert presentaron un patrón aproximadamente lineal en los gráficos Q-Q y, dado su rango (1-10) y el tamaño muestral (> 200), fueron tratadas como continuas. La normalidad y la homogeneidad de varianzas se verificaron mediante las pruebas de Shapiro-Wilks y de Levene. Se utilizaron pruebas paramétricas (ANOVA, prueba t de Student y correlaciones de Pearson). Se realizaron ANOVAs de una vía para evaluar variables emocionales y fisiológicas en función del trimestre gestacional o el puerperio; cuando se detectaron efectos significativos, se aplicaron pruebas *post hoc* (DMS). Asimismo, se emplearon pruebas t de Student para muestras independientes para comparar a las puérperas según si el parto ocurrió antes o durante el ASPO, y se calcularon correlaciones de Pearson para explorar asociaciones entre variables. Las variables categóricas fueron comparadas mediante pruebas de χ^2 . El nivel de significación se estableció en $p < .05$. Los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 23.

Resultados

Características perinatales, perfiles de salud, hábitos y acceso a cuidados e información durante el ASPO

Al caracterizar indicadores de atención y salud de la última gestación de las personas encuestadas, se encontró que la mayoría eran primerizas ($n = 148$, 58 %), casi todas (92.8 %) realizaba sus controles en el sistema de salud privado ($n = 231$), mientras que sólo el 7.2 % lo hacía en el sector público ($n = 18$). La mitad (50 %) conocía y había buscado información sobre la Ley N.º 25.929 (tabla 1).

Respecto a la información recibida por el obstetra, la mayoría (60 %) de las personas

encuestadas reportó no haber recibido información acerca de sus derechos durante las etapas del parto (trabajo de parto [TP], parto [P] y post parto [PP]). Además, casi un tercio (27 %) indicó no haber recibido información sobre los cuidados requeridos por el recién nacido y la madre, y alrededor de un 20 % manifestó no haber sido informada sobre los beneficios de la lactancia ni sobre los efectos negativos de consumir tabaco, alcohol y otras drogas (tabla 1).

Entre las patologías reportadas, las más frecuentes fueron anemia y trastornos tiroideos (tabla 1). En cuanto al consumo de sustancias, la mayoría de las personas encuestadas que consumía alcohol o nicotina previo al embarazo reportó haber abandonado su uso durante el embarazo (alcohol = 59 % y nicotina = 19 %). Solo un 4 % retomó el consumo de alcohol y un 1 %, el de nicotina durante el ASPO, tras haberlo suspendido por el embarazo.

Tabla 1. Indicadores sociodemográficos de atención y salud durante el embarazo y perfil emocional de las participantes

	Frecuencia	%
Conocimiento de la Ley de parto respetado (Ley nacional N.º 25.929)		
Sí, la he leído/informado	125	49.6
Sí, pero no la he leído	92	36.5
No la conozco	33	13.1
No sabe/no contesta	2	.8
Total	252	100
Información recibida del obstetra sobre derechos durante el TP, P y PP		
Sí	86	33.7
No	153	60.0
No sabe/no contesta	16	6.3
Total	255	100
Información recibida del obstetra sobre cuidados materno-infantiles		
<i>Cuidados del recién nacido y de la púrpura</i>		
Sí	175	72.6
No	66	27.4
Total *	241	100
<i>Beneficios de la lactancia materna</i>		
Sí	205	80.4
No	45	17.6
No sabe/no contesta	5	2.0
Total	255	100
<i>Información sobre consumo de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas)</i>		
Sí	201	78.8
No	51	20.0
No sabe/no contesta	3	1.2
Total	255	100

Respuestas en escala tipo Likert (1-10). En las variables del perfil emocional, valores más altos indican mayor intensidad de la variable medida. En el caso de la *cantidad de descanso percibido*: 1 = *muy poco* (menos de 6 horas) y 10 = *mucho* (más de 10 horas). Para la *cantidad de comidas diarias*: 1 = *muy pocas* (3 o menos) y 10 = *muchas* (más de 5). Para *mantenimiento de la rutina*: 1 = *nada* (cambio total de rutina, horarios de sueño y comidas) y 10 = *totalmente* (sigo sosteniendo las mismas rutinas, horarios de sueño y comidas).
TP: trabajo de parto. P: parto. PP: posparto.
(*) Aunque el cuestionario incluía la opción «No sabe/No contesta» en esta pregunta, ninguna persona encuestada seleccionó esta respuesta (*n* = 0). Los valores se expresan como frecuencias y porcentajes, excepto el perfil emocional, que se presenta como media (M) ± desviación estándar (DE). El tamaño muestral varía según la pregunta (ver Materiales y Métodos).

Tabla 1 (continuación). Indicadores sociodemográficos de atención y salud durante el embarazo y perfil emocional de las participantes

	Frecuencia	%
Consumo de sustancias durante el embarazo		
<i>Consumo de nicotina</i>		
No consumía	202	79.5
Consumía y abandonó por el embarazo	47	18.5
Continuó durante el embarazo	2	.8
Abandonó y volvió a consumir durante el ASPO	3	1.2
Total	254	100
<i>Consumo de alcohol</i>		
No consumía	89	36.5
Consumía y abandonó por el embarazo	144	59.3
Continuó durante el embarazo	0	0
Abandonó y volvió a consumir durante el ASPO	9	3.7
Total	243	100
<i>Consumo de otras sustancias</i>		
No	244	96.4
Sí	9	3.6
Total	253	100
Características de salud y hábitos durante el embarazo		
<i>Patologías preexistentes o desarrolladas durante el embarazo</i>		
Anemia (<i>n</i> = 255)	40	15.7
Tiroides (<i>n</i> = 246)	39	15.3
Diabetes/obesidad (<i>n</i> = 246)	14	5.5
Infecciones (<i>n</i> = 255)	13	5.1
Hipertensión (<i>n</i> = 246)	12	4.7
Toxoplasmosis (<i>n</i> = 246)	10	3.9
Preeclampsia/eclampsia (<i>n</i> = 246)	4	1.6
Enfermedades mentales (<i>n</i> = 246)	4	1.6
Sin patologías (<i>n</i> = 255)	145	56.9
	Gestantes M ± DE	Puérperas M ± DE
<i>Mantenimiento de la rutina[#]</i>	4.45 ± 2.53	4.08 ± 2.51
<i>Comidas diarias[#]</i>	6.88 ± 1.73	6.60 ± 1.99
<i>Cantidad de descanso[#]</i>	5.80 ± 2.38	4.08 ± 2.61
Perfil emocional[#]		
Calma	5.92 ± 2.11	6.18 ± 2.24
Seguridad	5.91 ± 2.16	6.40 ± 2.20
Angustia	5.92 ± 2.53	5.27 ± 2.78
Preocupación	6.36 ± 2.47	5.98 ± 2.62
Afectación del ASPO	7.19 ± 2.21	6.89 ± 2.66

Respuestas en escala tipo Likert (1-10). En las variables del perfil emocional, valores más altos indican mayor intensidad de la variable medida. En el caso de la *cantidad de descanso percibido*: 1 = *muy poco* (menos de 6 horas) y 10 = *mucho* (más de 10 horas). Para la *cantidad de comidas diarias*: 1 = *muy pocas* (3 o menos) y 10 = *muchas* (más de 5). Para *mantenimiento de la rutina*: 1 = *nada* (cambio total de rutina, horarios de sueño y comidas) y 10 = *totalmente* (sigo sosteniendo las mismas rutinas, horarios de sueño y comidas).

TP: trabajo de parto. P: parto. PP: posparto.

(*) Aunque el cuestionario incluía la opción «No sabe/No contesta» en esta pregunta, ninguna persona encuestada seleccionó esta respuesta (*n* = 0). Los valores se expresan como frecuencias y porcentajes, excepto el perfil emocional, que se presenta como media (M) ± desviación estándar (DE). El tamaño muestral varía según la pregunta (ver Materiales y Métodos).

ASPO: Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio.

Al analizar descriptivamente los niveles promedio de las variables emocionales (tabla 1), tanto en gestantes como en puérperas se observaron valores similares de calma, seguridad, angustia y preocupación por posibles desgracias futuras. La percepción de afectación del ASPO sobre el embarazo, el parto o la lactancia mostró una puntuación media levemente más elevada que las variables anteriormente mencionadas, en ambos grupos. En relación con las características de salud y hábitos relevados, la cantidad promedio de descanso percibido en las gestantes se ubicó cercana al punto medio de la escala y mostró una disminución en el grupo de puérperas. La cantidad de comidas diarias se situó en un rango medio-alto de la escala, tanto en gestantes como en puérperas, y el mantenimiento de la rutina de ambos grupos mostró puntajes levemente inclinados hacia una puntuación media-baja.

Con relación a cómo el ASPO afectó la vida de las personas participantes, casi el 30 % reportó una afectación considerable sobre el nivel de ingresos y, si bien la mayoría reportó haber tenido los controles rutinarios del embarazo con normalidad, el 13.3 % reportó alteraciones derivadas del ASPO (tabla 4). Asimismo, el 81 % señaló que su obstetra no les había recomendado la lactancia.

Puérperas. Se examinó la experiencia perinatal de las participantes en puerperio, diferenciando además según el momento del parto. Menos de la mitad tuvo parto vaginal, más del 20 % reportó que no se respetaron sus tiempos durante el TP ni sus derechos durante el P y el 12 % percibió actos o palabras discriminatorios. Casi el 20 % indicó no haber recibido información sobre la evolución del parto y el estado del bebé. La valoración de la experiencia de parto entre las puérperas fue mayormente placentera, siendo que el 60 % reportó valores elevados (8-10). El 90 % informó amamantar a demanda

(tabla 2). No se observaron diferencias significativas en ninguna de estas variables según si el parto ocurrió antes o durante el ASPO.

Respecto del acompañamiento durante las etapas del parto, el 14 % de las personas en puerperio no tuvo compañía durante el TP, casi un tercio parió sin compañía y el 11 % no tuvo compañía durante el PP (tabla 2). A su vez también se destaca que 3 participantes atravesaron todas las etapas sin acompañante. Las comparaciones entre el acompañamiento en el TP o el P, según el momento del parto (pre-ASPO vs. ASPO), no evidenciaron diferencias significativas. Sin embargo, se observó una significativamente menor tasa de acompañamiento, tanto en el TP como en el P, cuando los partos fueron por cesárea en comparación con aquellos por vía vaginal, independientemente del momento del parto (TP: $\chi^2(2) = 11.50$, $p = .003$; P: $\chi^2(1) = 22.43$, $p = .000$).

Relación entre indicadores emocionales, conductuales y experiencias vinculadas al parto

Con el objetivo de valorar aspectos emocionales y fisiológicos de las personas encuestadas, se realizaron correlaciones de Pearson entre los niveles autopercibidos de calma, seguridad, afectación del ASPO sobre el embarazo, parto o lactancia, preocupación por posibles desgracias futuras, angustia, cantidad de descanso percibido y cantidad de comidas diarias. Entre las personas gestantes, además, se consideró la ansiedad por el parto y su exacerbación atribuida al ASPO, mientras que en las personas en puerperio se consideró la valoración de la experiencia de parto (tabla 3).

Los indicadores de bienestar emocional (calma y seguridad) mostraron asociaciones positivas entre sí y correlaciones inversas con la percepción de afectación del ASPO en el embarazo, parto o lactancia, así como con la preocupación por desgracias futuras, la angustia y la ansiedad por

Tabla 2. Características del parto, respeto de derechos, acompañamiento y lactancia en participantes puérperas según momento del parto (pre-ASPO vs. ASPO)

	Frecuencia			%
	Parto ASPO	Parto pre ASPO	Total	
Tipo de parto				
Vaginal	19	25	44	47.8
Cesárea	17	31	48	52.2
Total	36	56	92	100
Respeto de tiempos durante el TP				
Sí	23	33	56	60.2
No	11	16	27	29
Prefiero no contestar	2	8	10	10.8
Total	36	57	93	100
Respeto de derechos durante el parto				
Sí	24	43	67	72
No	11	11	22	23.7
Prefiero no contestar	0	4	4	4.3
Total	35	58	93	100
Percepción actos/palabras discriminatorios durante el TP, P o PP				
Sí	5	6	11	11.8
No	31	51	82	88.2
Total *	36	57	93	100
Información sobre la evolución del parto y del bebé				
Sí	31	48	79	83.2
No	5	11	16	16.8
Total *	36	59	95	100
Valoración del parto[#]				
M ± DE	7.22 ± 2.45	7.37 ± 2.55	7.31 ± 2.50	
1-3	4	7	11	11.5
4-7	12	16	28	29.3
8-10	20	37	57	59.4
Total	36	60	96	100
Acompañamiento - TP				
Sí	30	47	77	81.9
No	6	7	13	13.8
No sabe/no contesta	0	4	4	4.3
Total	36	58	94	100
Acompañamiento - P				
Sí	22	41	63	71.6
No	10	15	25	28.4
Total	32	56	88	100
Acompañamiento - PP				
Sí	32	51	83	89.2
No	4	6	10	10.8
Total	36	57	93	100
Lactancia				
Lactancia materna a demanda (exclusiva)	28	44	72	90
Lactancia mixta (materna + fórmula)	4	3	7	8.8
Alimentación con fórmula	0	1	1	1.3
Total	32	48	80	100

[#] Respuestas en escala tipo Likert (1 = «muy traumática»; 10 = «muy placentera»).

TP: trabajo de parto. P: parto. PP: posparto. ASPO: Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio.

* Aunque el cuestionario incluía la opción «No sabe/No contesta» en esta pregunta, ninguna persona encuestada seleccionó esta respuesta ($n = 0$). Los valores se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje, excepto la valoración del parto, que se presenta como media (M) ± desviación estándar (DE). Las comparaciones entre partos ocurridos antes y durante el ASPO se realizaron mediante pruebas de χ^2 o t de Student, según correspondiera (ver Análisis de datos).

Tabla 3. Correlaciones entre variables emocionales, conductuales y de experiencia del parto

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Calma	1	.718**	-.474**	-.382**	-.588**	.348**	.116	-.414**	-.504**	.121
2. Seguridad		1	-.425**	-.517**	-.618**	.299**	-.011	-.398**	-.458**	.228*
3. Afectación del ASPO sobre embarazo, parto o lactancia			1	.343**	.504**	-.217**	-.119	.222**	.434**	-.213*
4. Preocupación				1	.605**	-.191**	.050	.299**	.295**	.052
5. Angustia					1	-.223**	.040	.351**	.535**	.035
6. Cantidad de descanso percibido						1	.106	-.337**	-.357**	.025
7. Cantidad de comidas diarias							1	.050	.162*	.097
8. Ansiedad por el parto [#]								1	.533**	-
9. Exacerbación de ansiedad por el parto debido al ASPO [#]									1	-
10. Valoración de la experiencia del parto [‡]										1

Los valores corresponden a coeficientes de correlación de Pearson (*r*).
Se resaltan en negrita los resultados significativos (*p* < .05). ** *p* < .01, * *p* < .05.
[#] solo en gestantes.
[‡] solo en púerperas.

el parto. La cantidad de descanso percibido también se asoció positivamente con la sensación de calma y seguridad, y de manera inversa con la afectación del ASPO, la preocupación por desgracias futuras, la angustia y la ansiedad por el parto. Por su parte, la percepción de afectación del ASPO sobre el estado de embarazo, parto o lactancia se asoció positivamente con la preocupación por desgracias futuras, la angustia y la ansiedad por el parto.

En cuanto a las variables relevadas asociadas específicamente al momento del parto, la ansiedad por el parto como su exacerbación atribuida al ASPO mostraron asociaciones positivas entre sí y ambas variables se asociaron significativamente con la angustia y la preocupación por desgracias futuras. Además, la exacerbación de la ansiedad por el parto se asoció con un mayor número de comidas diarias y correlacionó inversamente con la calma, la seguridad y la cantidad de descanso.

Es de interés señalar que entre las personas en puerperio, una mejor valoración de la experiencia del parto se relacionó con

mayores niveles de sensación de seguridad y con una menor percepción de afectación del ASPO sobre el estado de embarazo, parto o lactancia. No se encontraron asociaciones significativas entre la cantidad de días de aislamiento y los niveles de las variables emocionales relevadas.

Factores sociodemográficos, contextuales y perinatales asociados al bienestar emocional perinatal

Mediante ANOVAs de 1 vía, se examinaron diferencias en los niveles de calma, seguridad, angustia, preocupación por desgracias futuras, ansiedad por el parto, exacerbación de la ansiedad por el parto debido al ASPO, cantidad de descanso percibido y afectación del ASPO sobre el embarazo o puerperio; en función del 1) periodo perinatal de la persona encuestada (trimestre gestacional o puerperio), 2) nivel educativo máximo alcanzado (secundario, terciario/universitario o de posgrado), 3) nivel de afectación de los ingresos por el ASPO (nada, poco o bastante/mucho) o 4) grado de conocimiento de la *Ley de parto respetado*

(sí, la he leído/informado; sí, pero no la he leído; no la conozco). Los ANOVAs exploratorios iniciales indicaron que la condición de ser primeriza o no primeriza no tuvo efectos significativos sobre ninguna de estas variables; por lo tanto, los análisis principales se realizaron colapsando este factor.

1. Periodo perinatal

Los niveles de ansiedad por el parto de las embarazadas variaron significativamente en función del trimestre gestacional [$F(2, 155) = 14.38$; $p < .001$]. Pruebas *post-hoc* indicaron un aumento progresivo de la ansiedad a lo largo del embarazo, siendo significativamente mayor en cada trimestre respecto del anterior (figura 1). También se observaron diferencias significativas en la exacerbación de la ansiedad por el parto debido al ASPO en función de los diferentes trimestres de embarazo

[$F(2, 154) = 5.95$; $p = .003$]. Las pruebas *post-hoc* señalaron que esta exacerbación debido al ASPO fue significativamente mayor en aquellas personas que se encontraban transitando el tercer trimestre en comparación con aquellas que estaban en el primero o el segundo (figura 1).

El análisis de la cantidad de descanso percibido entre los periodos (trimestres y puerperio) reveló diferencias significativas entre los grupos evaluados [$F(3, 250) = 14.05$; $p < .001$]. Según los análisis *post hoc* se observó una disminución progresiva del descanso a lo largo del embarazo, con valores más bajos en el tercer trimestre respecto del primero y segundo, y una reducción adicional en el grupo de púerperas, que presentó los niveles más bajos en comparación con las gestantes de todos los trimestres (figura 1).

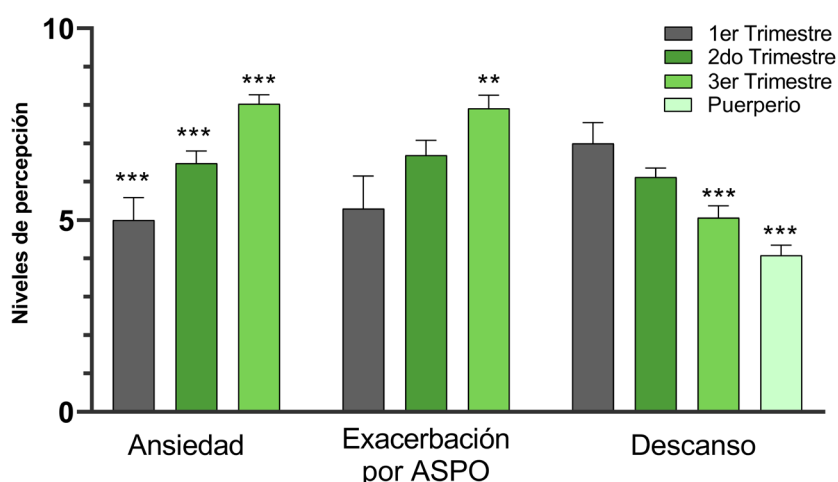


Fig. 1. Niveles de ansiedad por el parto[#], exacerbación de la ansiedad por el parto debido al ASPO[#] y cantidad de descanso percibido función de cada trimestre de embarazo y el periodo de puerperio. [#] solo en gestantes. Valores de escala tipo Likert para la variable ansiedad por el parto: 1 = "poco ansiosa" y 10 = "muy ansiosa"; para variable ansiedad exacerbada por ASPO: 1 = "No" y 10 = "Sí"; para variable cantidad de descanso percibido, 1 = "Muy poco (menos de 6 horas por noche)" y 10 = "Mucho (más de 10 horas por noche)". (***) Diferencias significativas con respecto a todos los demás grupos, $p < .001$. (**) Diferencias significativas con respecto a todos los demás grupos, $p < .01$. ASPO: Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio

No se encontraron diferencias significativas en los niveles de calma, seguridad, preocupación por desgracias futuras, angustia y afectación del ASPO sobre el embarazo o puerperio en función del periodo perinatal.

2. Nivel educativo máximo alcanzado

Se encontraron efectos significativos en los niveles de calma reportados por las personas gestantes y en puerperio en función del nivel educativo máximo alcanzado [$F(2, 252) = 3.39$; $p = .035$]. Los análisis *post hoc* revelaron que las participantes con estudios secundarios reportaron niveles de calma significativamente menores (5.05 ± 1.56) respecto de aquellas que habían completado estudios terciarios/universitarios (6.22 ± 2.22) o de posgrado (5.99 ± 2.15). No se encontraron diferencias significativas en las demás variables analizadas en función del nivel educativo máximo alcanzado por las participantes.

3 y 4. Nivel de afectación de los ingresos por el ASPO y grado de conocimiento de la Ley de parto respetado

No se observaron efectos significativos del nivel de afectación de los ingresos por el ASPO ni del conocimiento de la Ley de parto respetado sobre las variables evaluadas.

Calidad y factores de la atención perinatal y su asociación con el bienestar emocional, experiencia del parto y el impacto del ASPO en púerperas según el momento del parto

Se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de examinar diferencias en variables emocionales y subjetivas asociadas a la atención perinatal y las condiciones del parto, en la submuestra de personas púerperas, diferenciando entre aquellas con parto previo o durante el ASPO. En primer lugar, quienes parieron durante el ASPO reportaron una percepción significativamente

Tabla 4. Indicadores socioeconómicos y perinatales afectados por el ASPO

	Frecuencia	%
Nivel de afectación de ingresos		
Nada	102	41.5
Poco	71	28.9
Bastante	56	22.8
Mucho	17	6.9
Total	246	100
Días de aislamiento (M = 47.46; DE = 23.4)		
<30	13	5.2
Entre 31 y 60 días	219	85.6
>61	23	9.2
Total	255	100
Cambios en los controles de rutina (embarazo o recién nacido)		
Sí	209	82
No	34	13.3
Prefiero no contestar	12	4.7
Total	255	100
Recomendación médica de programación del parto		
Sí	13	5.1
No	230	90.2
Prefiero no contestar	12	4.7
Total	255	100
Recomendación médica de lactancia		
Sí	37	14.5
No	206	80.8
Prefiero no contestar	12	4.7
Total	255	100
Recomendación médica de cesárea programada		
Sí	11	4.3
No	232	91
Prefiero no contestar	12	4.7
Total	255	100
Recomendación médica de parto domiciliario		
Sí	11	4
No	232	94.9
Prefiero no contestar	12	4.7
Total	255	100

Los datos se expresan como frecuencias absolutas (*n*) y porcentajes (%), salvo los días de aislamiento que se presentan como media (M) $\pm$ desviación estándar (DE), junto con la distribución por rangos.
ASPO: Aislamiento social, preventivo y obligatorio.

mayor de afectación atribuida a este contexto en comparación con aquellas que lo hicieron antes del ASPO (tabla 5).

Las púerperas que recibieron información sobre la evolución del parto y el estado de salud del bebé reportaron una percepción

Tabla 5. Comparaciones de variables emocionales y subjetivas en púérperas según condiciones del parto y la atención perinatal recibida

		Afectación ASPO		Valoración del parto	
		M ± EE	t (gl)	M ± EE	t (gl)
		(n)	p	(n)	p
Información sobre la evolución del parto y del bebé	No	8.38±.47 (16)	2.56(93); .012	5.38±.64 (16)	-3.57(93); .001
	Sí	6.56±.31 (79)		7.70±.26 (79)	
Respeto de derechos durante el parto	No	8.00 ±.51 (22)	-2.32(87); .023	5.14±.41 (22)	6.42 (87); .000
	Sí	6.57±.31 (67)		8.21±.24 (67)	
Respeto de tiempos durante el TP	No	7.74±.48 (27)	-2.19(81); .031	5.56±.44 (27)	5.27 (81); .000
	Si	6.38±.37 (56)		8.14±.27 (56)	
Percepción actos/palabras discriminatorios durante el TP, P o PP	No	6.72±.30 (82)	ns	7.66±.25 (82)	3.81 (91); .000
	Sí	7.73±.68 (11)		4.82±.77 (11)	
Acompañamiento durante TP	No	7.77±.92 (13)	ns	6.77±.73 (13)	ns
	Si	6.69±.28 (77)		7.34±.28 (77)	
Información recibida del obstetra sobre derechos durante el TP, P y PP	No	7.00±.20 (153)	ns	6.78±.36 (153)	2.05 (92); .043
	Sí	7.29±.25 (86)		7.82±.36 (86)	
Momento del parto	ASPO	7.72±.35 (36)	2.63 (89) .01	7.22±.41 (36)	ns
	Pre-ASPO	6.38±.37 (60)		7.37±.33 (60)	

ns: diferencia no significativa. Los datos se expresan como media (M) ± error estándar (EE), indicando el tamaño muestral (n) de cada grupo.
TP: trabajo de parto. P: parto. PP: posparto.
ASPO: Aislamiento social, preventivo y obligatorio.

significativamente menor de afectación del ASPO y una valoración significativamente más positiva de la experiencia del parto, junto con mayores niveles de calma y una mayor cantidad de descanso percibido. De manera consistente, la percepción de

respeto de los derechos durante el parto se asoció con una percepción significativamente menor de afectación atribuida al ASPO y con puntuaciones más elevadas en la valoración del parto, así como con mayores niveles de calma y seguridad, sin

Tabla 5 (continuación). Comparaciones de variables emocionales y subjetivas en púrperras según condiciones del parto y la atención perinatal recibida

	Calma		Seguridad		Descanso	
	M ± EE	t (gl)	M ± EE	t (gl)	M ± EE	t (gl)
	(n)	p	(n)	p	(n)	p
Información sobre la evolución del parto y del bebé	5.13±.46	-2.11(93);	5.94±.60	ns	2.44±.41	-3.91(93);
	(16)		(16)		(16)	
	6.41±.26		6.51±.25		4.42±.30	
	(79)	.037	(79)		(79)	.000
Respeto de derechos durante el parto	5.00±.44	2.91 (87);	5.41±.51	2.45 (87)	3.18±.49	ns
	(22)		(22)		(22)	
	6.55±.27		6.72±.26		4.31±.33	
	(67)	.005	(67)	.016	(67)	
Respeto de tiempos durante el TP	5.59±.40	ns	5.78±.50	ns	3.52±.45	ns
	(27)		(27)		(27)	
	6.39±.30		6.59±.27		4.48±.35	
	(56)		(56)		(56)	
Percepción actos/palabras discriminatorios durante el TP, P o PP	6.30±.25	ns	6.36±.25	ns	4.20±.29	ns
	(82)		(82)		(82)	
	5.55±.65		6.73±.69		3.28±.69	
	(11)		(11)		(11)	
Acompañamiento durante TP	5.15±.71	ns	5.17±.63	-2.03(87);	3.77±.78	ns
	(13)		(13)		(13)	
	6.43±.24		6.53±.25		4.17±.30	
	(77)		(77)	.045	(77)	
Información recibida del obstetra sobre derechos durante el TP, P y PP	5.93±.17	ns	5.91±.17	ns	5.29±.21	ns
	(153)		(153)		(153)	
	6.12±.25		6.34±.24		4.65±.26	
	(86)		(86)		(86)	
Momento del parto	6.25±.40	ns	6.17±.41	ns	4.03±.43	ns
	(36)		(36)		(36)	
	6.13±.28		6.53±.27		4.12±.34	
	(60)		(60)		(60)	

ns: diferencia no significativa. Los datos se expresan como media (M) ± error estándar (EE), indicando el tamaño muestral (n) de cada grupo.
TP: trabajo de parto. P: parto. PP: posparto.
ASPO: Aislamiento social, preventivo y obligatorio.

observarse diferencias en angustia, preocupación por desgracias futuras ni cantidad de descanso percibido (tabla 5).

Las púrperras que percibieron que se respetaron los tiempos durante el TP

presentaron una percepción significativa-mente menor de afectación por la situa-ción de ASPO y una valoración significa-tivamente más positiva de la experiencia del parto, en comparación con aquellas que percibieron que dichos tiempos no

fueron respetados. No se observaron diferencias significativas en las restantes variables emocionales (niveles de calma, seguridad, angustia, preocupación por desgracias futuras y cantidad de descanso percibido). En la misma línea, quienes reportaron haber experimentado actos o palabras discriminatorios durante el TP, P o PP mostraron una valoración significativamente más baja de la experiencia del parto ($M = 4.82 \pm EE = .77$), sin registrarse diferencias significativas en los niveles de afectación por el ASPO, calma, seguridad, angustia, preocupación ni en la cantidad de descanso percibido.

Finalmente, dado que se registró una disminución aproximada del 5 % en el acompañamiento durante el TP y el P en los partos ocurridos durante el ASPO (tabla 2), se realizaron pruebas *t* tomando como variables independientes el acompañamiento en cada etapa del proceso. En relación con las variables emocionales, las puérperas que contaron con una persona de confianza durante el TP informaron niveles significativamente más elevados de seguridad en comparación con aquellas que no estuvieron acompañadas. No se observaron diferencias significativas en función del acompañamiento durante el parto o el PP, ni según si el parto ocurriera antes o durante el ASPO, en las demás variables analizadas.

Por último, las puérperas que reportaron haber recibido información por parte del obstetra acerca de sus derechos durante el TP, parto y PP informaron una valoración significativamente más positiva de la experiencia del parto. No se observaron diferencias significativas en la percepción de afectación del ASPO, ni en las demás variables evaluadas (tabla 5).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre el ASPO y distintas dimensiones de la experiencia perinatal en

personas gestantes o puérperas de Argentina, integrando variables emocionales, sociodemográficas y aspectos vinculados a la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. La participación tuvo un alcance relativamente federal, reflejando la distribución demográfica del país, con una mayor representación de participantes provenientes de Córdoba, Buenos Aires y Santa Fe. La muestra se caracterizó por un nivel educativo alto, con predominio de participantes con estudios superiores al nivel secundario. En este marco, el nivel educativo emergió como una variable interviniente en los niveles de calma reportados, donde las participantes con menor nivel educativo manifestaron niveles de calma significativamente menores. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que describen un gradiente socioeducativo en la vivencia emocional del embarazo y el puerperio [19], y subrayan la importancia de considerar los determinantes sociales al analizar el impacto del ASPO. No obstante, cerca del 30 % de las participantes reportó una afectación considerable (mucho/bastante) de sus ingresos como consecuencia del ASPO, lo que evidencia el impacto económico del aislamiento. A nivel nacional, esta caída de ingresos se explicó principalmente por el deterioro de las condiciones del mercado laboral, afectando a distintos estratos socioeconómicos, incluidos los de posición media y alta, a través de reducciones en las jornadas laborales, los salarios o el número de personas con ingresos por hogar [27].

Se encontraron indicadores compatibles con embarazos y puerperios «cuidados»: más del 80 % manifestó conocer la *Ley de parto humanizado*, y el 90 % de las puérperas informó amamantar a su bebé a demanda, lo que constituyen indicadores positivos en términos de prácticas de cuidado perinatal. Los hábitos de descanso, alimentación, rutina diaria y condiciones de salud sugieren que, aun en el contexto del ASPO, las participantes mantuvieron

indicadores compatibles con prácticas de autocuidado relativamente preservadas sin evidenciarse un patrón de alteración atribuible al ASPO. Solo el mantenimiento de la rutina cotidiana mostró una afectación leve (medias cercanas a 4 puntos), coherente con las restricciones propias del ASPO, reflejada en modificaciones moderadas de horarios y actividades. En este sentido, Hori *et al.* [11] observaron que solo entre un 15-20 % de las personas gestantes percibieron que la pandemia influyó significativamente sobre su estilo de vida [11]. En línea con este antecedente, los resultados indican que, aunque se registraron modificaciones en la rutina cotidiana durante el ASPO, estas no se tradujeron en alteraciones sustanciales de los hábitos alimentarios ni de descanso, operando más como ajustes organizativos que como cambios profundos del estilo de vida. No obstante, una limitación del estudio fue no haber evaluado la actividad física durante el embarazo, lo que podría haber aportado una visión más integral de los efectos del ASPO sobre el bienestar físico y emocional.

El análisis de la cantidad de descanso percibido evidenció diferencias claras entre los distintos períodos perinatales, con una reducción significativa durante el tercer trimestre del embarazo y, de manera más pronunciada, durante el puerperio. Este patrón es consistente con la literatura previa, que señala un incremento de los trastornos del sueño a medida que avanza la gestación [1], asociados a limitaciones posturales y a cambios fisiológicos propios del final del embarazo que dificultan el descanso nocturno [32]. En el puerperio, la menor cantidad de descanso percibido coincide con lo reportado por Manconi *et al.* [16] y podría atribuirse principalmente a las elevadas demandas nocturnas de cuidado del recién nacido [16,34]. En este contexto, la reducción del descanso podría contribuir a una mayor vulnerabilidad emocional, dado que una menor cantidad de descanso percibido se asoció con nive-

les más bajos de calma y seguridad y con mayores niveles de ansiedad, reforzando la estrecha interrelación entre las demandas fisiológicas del período perinatal y la regulación emocional, más que con efectos directamente atribuibles al contexto de aislamiento.

En términos de salud, la anemia fue la patología más frecuentemente reportada (prevalencia $\approx$ 15 %), en consonancia con lo reportado en población gestante argentina, donde se estima que entre el 25-53 %. Estos valores reflejan la magnitud regional de esta problemática y subrayan la importancia de su detección temprana para reducir riesgos maternos y perinatales asociados [5,19]. En relación con el consumo de sustancias, el consumo de alcohol previo al embarazo fue más frecuente que el de nicotina, ya que mientras el 37 % de las participantes refirió no consumir alcohol, el 80 % informó no fumar. Este patrón es consistente con datos epidemiológicos globales que indican una mayor prevalencia del consumo de alcohol en la población general respecto del tabaco [36]. En población gestante de Brasil, un estudio halló en 2020 consumo de alcohol del 45%, de tabaco del 35 % y de marihuana del 25 %. Interesa señalar que entre 2016 y 2020 el consumo de marihuana aumentó 19 % [18]. Lamentablemente, este aspecto no fue abordado en el presente estudio y constituye un aspecto a considerar en futuras investigaciones. Un hallazgo especialmente alentador fue que la mayoría de las participantes que consumían alcohol o nicotina suspendió estos hábitos al iniciar el embarazo, registrándose tasas muy bajas de recaída durante el ASPO (alcohol: 4 %; nicotina: 1 %), lo cual es consistente con el perfil de embarazo «cuidado» previamente mencionado. Estos resultados sugieren una elevada capacidad de autorregulación y refuerzan la noción del embarazo como factor protector frente al consumo de sustancias, incluso en contextos de crisis sanitaria, en línea con evidencia internacional que reporta

bajas tasas de consumo prenatal durante la pandemia [12].

En relación con los análisis descriptivos de las variables emocionales en estudio, los resultados muestran niveles medio-alto (> 5.9) de calma y seguridad, posiblemente asociados a la percepción de accesibilidad y disponibilidad de la atención sanitaria que habría operado como un factor protector. Sin embargo, estos indicadores de bienestar emocional coexistieron con niveles también medio-elevado de angustia y preocupación por posibles desgracias futuras en línea con el aumento del estrés y la ansiedad característico del embarazo [8]. Este perfil de malestar anticipatorio pudo haberse visto potenciado por los altos niveles de ansiedad y miedo al COVID-19, tal como fue reportado en mujeres gestantes de otros países durante el confinamiento, principalmente asociados a la incertidumbre sociosanitaria [2,13]. En cuanto a la ansiedad por el parto, se observó un aumento progresivo a lo largo de los trimestres gestacionales, con niveles significativamente más elevados en el tercer trimestre, en concordancia con el incremento esperado de la ansiedad a medida que se aproxima el momento del parto [6]. A su vez, estos niveles de ansiedad se vieron significativamente exacerbados por el ASPO, especialmente en el tercer trimestre, sugiriendo que la proximidad del parto, combinada con los cambios contextuales en la atención sanitaria y la elevada incertidumbre, pudo intensificar la tendencia ansiógena ya esperable del curso del embarazo [28]. Cabe destacar que estas variables fueron evaluadas mediante escalas construidas *ad hoc*, lo que limita la posibilidad de establecer puntos de corte para categorizar los puntajes medios en términos absolutos (por ejemplo, «altos» o «bajos»). No obstante, estos instrumentos resultan adecuados para el análisis de patrones relativos y asociaciones entre variables, que constituyen el foco principal del presente estudio.

Al analizar las asociaciones entre variables vinculadas a la expectativa por el momento del parto con variables referentes a malestar o bienestar emocional, se observó, en primer lugar, una asociación positiva entre la ansiedad por el parto y la percepción de afectación del ASPO. A su vez, tanto la ansiedad por el parto como su exacerbación atribuida al ASPO correlacionaron positivamente con indicadores de malestar emocional (angustia y preocupación por posibles desgracias futuras), y negativamente con calma, seguridad y cantidad de descanso percibido. Estos resultados agregan evidencia de cómo el ASPO habría activado emociones de incertidumbre, miedo y ansiedad, particularmente asociadas a posibles modificaciones en la atención del embarazo o al temor de vulneración de derechos durante el parto, intensificando estados de alerta y preocupación inherentes a este momento experiencial vital más que provocando una desorganización emocional global, tal como señalan Viera & Evia [33].

Interesa referir que la percepción de afectación del ASPO emergió como la variable con los valores promedio más elevados tanto en gestantes como en púerperas, confirmando que las restricciones sanitarias fueron vivenciadas como un componente subjetivamente relevante del contexto perinatal. Los análisis correlacionales indican que una mayor percepción de afectación del ASPO se asoció con niveles más elevados de angustia, preocupación, ansiedad por el parto y su exacerbación atribuida al ASPO, y de manera inversa con indicadores de bienestar emocional como la calma, la seguridad y la cantidad de descanso percibido, así como, en el caso de las púerperas, con una menor valoración de la experiencia del parto. En conjunto, estos resultados sugieren que el estrés perinatal y la ansiedad anticipatoria, intrínsecas del embarazo, se ven modulados por estresores contextuales que influyen en la experiencia emocional del embarazo y el parto [4,10,28]. En este sentido,

el ASPO habría operado principalmente como un estresor contextual que incidió en los procesos de anticipación y en la construcción subjetiva de la vivencia del parto, más que como un factor aislado capaz de explicar por sí solo los niveles de malestar. Este patrón ha sido reportado también en distintos contextos internacionales, donde durante la pandemia se registró un incremento en la prevalencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en comparación con el período prepandémico [26].

Es importante destacar que los datos fueron relevados durante la primera ola de la pandemia (abril-agosto de 2020), en un contexto de aislamiento particularmente estricto y de elevada incertidumbre, cuando la mayoría de las participantes llevaba entre 30 y 60 días de confinamiento y existía escaso conocimiento sobre los posibles efectos del COVID-19 en el feto o el neonato. En este escenario, se observaron modificaciones relevantes en aspectos centrales de la atención perinatal en el contexto del ASPO: un número muy significativo de las participantes (82 %) reportó alteraciones en los controles rutinarios del embarazo, en línea con lo informado por Giallorenzi [7], y el 80.8 % indicó no haber recibido recomendaciones médicas sobre lactancia [7]. Estos hallazgos adquieren especial relevancia a la luz de la *Ley de parto respetado* y de las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación (abril de 2020), que señalaban que los beneficios de la lactancia superaban los riesgos potenciales de transmisión del SARS-CoV-2 [22]. La ausencia de indicaciones explícitas sobre la lactancia podría reflejar vacíos informativos o dificultades en la comunicación entre los equipos de salud y las personas gestantes en un contexto de alta incertidumbre sanitaria.

Por su parte, se observó una brecha considerable entre el conocimiento declarado de la *Ley de parto respetado* (86.1 %) y la información efectivamente recibida por el equipo de salud (33.7 %). En conso-

nancia con este desfase, un 60 % de las participantes reportó no haber recibido información sobre sus derechos durante el proceso de parto, y entre un 20 % y un 30 % indicó no haber recibido información adecuada sobre cuidados del recién nacido, beneficios de la lactancia o efectos negativos del consumo de sustancias. Estos hallazgos sugieren que una proporción significativa de personas gestantes y puérperas accede a información relevante a partir de fuentes externas al ámbito formal de atención de la salud. Esta situación implica, al menos, dos aspectos relevantes: por un lado, la posibilidad de que dicha información no siempre sea rigurosa ni esté basada en evidencia, incorporando mitos o creencias erróneas; y, por otro, la presencia de limitaciones en los procesos de comunicación clínica ya sea por una provisión insuficiente de información por parte de los equipos de salud o por dificultades en su comprensión, apropiación o integración por parte de las pacientes. Estos resultados adquieren particular relevancia al integrarse con otros hallazgos del presente estudio, que muestran que variables como la percepción de afectación atribuida al ASPO, la valoración de la experiencia del parto y los niveles de bienestar emocional mejoran significativamente en función del nivel de información perinatal recibida por parte del equipo de salud durante el embarazo y el parto, aspecto que será abordado en mayor profundidad en los apartados siguientes.

Un aporte central de este estudio fue el análisis de factores de la atención perinatal en la submuestra de puérperas, en diálogo con los modelos de atención centrada en la persona y la familia que enfatizan la autonomía, el acceso a información adecuada, la toma compartida de decisiones y el acompañamiento continuo durante el proceso de parto [29]. Los resultados evidencian niveles relevantes de desinformación y vulneración de prácticas de atención perinatal en quienes ya habían atravesado el parto. Aun cuando la valoración de la

experiencia de parto fue, en promedio, positiva o placentera ($M = 7.31$), entre un 20-30 % de las púerperas reportó la percepción de falta de respeto de sus derechos y de sus tiempos durante el proceso de parto, y ~20 % refirió desinformación sobre la evolución del parto y el estado de salud del recién nacido. De manera particularmente preocupante, > 11 % percibió actos/palabras discriminatorios, que aunque no es un porcentaje elevado, debería ser idealmente menor dado su impacto en la calidad de la atención perinatal. Fue precisamente en este análisis inferencial donde se registró la valoración promedio más baja de la experiencia del parto: cuando las participantes percibieron actos o palabras discriminatorias durante el proceso, la valoración del parto descendió significativamente. Estos indicadores podrían vincularse con prácticas potencialmente compatibles con formas de violencia obstétrica, al menos en niveles leves o sutiles, y constituir factores contextuales que favorezcan experiencias emocionales atravesadas por la inseguridad, la incertidumbre y la ansiedad, con potencial impacto negativo sobre la valoración subjetiva de la experiencia del parto. Esta interpretación se ve reforzada por datos del OVyDRG [21], que señalan que aproximadamente el 75 % de las denuncias por violencia obstétrica se relacionan con situaciones de trato deshumanizado. No obstante, resulta relevante señalar que en 2020 la línea 144 recibió únicamente 39 denuncias formalmente identificadas como violencia obstétrica, lo que sugiere que, si bien un número considerablemente mayor de personas podría haber atravesado este tipo de prácticas, el nivel de denuncia continúa siendo marcadamente bajo, en consonancia con procesos de naturalización, subregistro y barreras de acceso a los canales formales de denuncia.

Si bien la valoración del parto no difirió significativamente según el momento en el que ocurriera, la asociación negativa entre la percepción de afectación del

ASPO y dicha valoración sugiere un posible efecto del contexto sobre la experiencia del parto. No obstante, el ASPO no se asoció con cambios en indicadores de atención perinatal (como las tasas de cesárea, programación de fecha de parto o recomendación de parto domiciliario) ni con un aumento generalizado del malestar emocional. Aunque el 14 % de las púerperas no estuvo acompañada durante el TP y el 28 % parió sin compañía, no se observaron diferencias significativas según el momento del parto, en línea con reportes nacionales [31]. Sin embargo, se encontró una disminución significativa en el acompañamiento de cesáreas en comparación con partos vaginales. Estos resultados concuerdan con datos reportados por el OVyDRG [33], que señalan que durante 2020 y 2021 se registró un incremento de las denuncias vinculadas a la restricción del derecho al acompañamiento durante el parto, representando aproximadamente el 44 % del total de denuncias por violencia obstétrica en dicho período. Estudios previos muestran que las personas gestantes experimentaron restricciones asociadas a la pandemia en el acompañamiento durante los controles y el parto, con una aplicación diferencial de protocolos en Argentina según el tipo de parto, que permitió el acompañamiento en partos vaginales pero no en cesáreas [7].

En este marco, se dedicó una sección específica del análisis a explorar, mediante comparaciones inferenciales, el impacto de distintas dimensiones de la atención perinatal sobre variables continuas asociadas a la experiencia subjetiva y emocional del parto, y la percepción de afectación atribuida al ASPO. Los resultados mostraron de manera consistente que la calidad de la atención, operacionalizada a través de la información recibida, el respeto de derechos y tiempos, la ausencia de prácticas discriminatorias y el acompañamiento durante el TP, se vinculó principalmente con dos variables clave: la percepción de afectación atribuida al ASPO y la valoración de

la experiencia del parto. En primer lugar, como era esperable, las participantes que atravesaron el parto durante el ASPO presentaron niveles significativamente más elevados de afectación atribuida al ASPO en comparación con aquellas que lo atravesaron antes. Por su parte, recibir información clara sobre los derechos de la parturienta y su bebé y sobre la evolución del parto y el estado del bebé, percibir respeto de derechos, de tiempo y no percibir actos/palabras discriminatorios durante el proceso se vincularon con una experiencia de parto más positivamente valorada y con una menor percepción del impacto negativo del ASPO. Otras variables emocionales evaluadas, como la calma y la seguridad, así como la cantidad de descanso percibido, se vieron afectadas significativamente por estos factores de atención perinatal, aunque los efectos fueron más acotados. De manera particular, contar con acompañamiento durante el TP afectó significativamente la percepción de seguridad entre las puérperas. Este patrón sugiere que los componentes vinculares y comunicacionales de la atención perinatal influyen de manera particularmente significativa en la construcción subjetiva de la experiencia del parto, más que en indicadores emocionales generales, reforzando la relevancia de modelos de atención que integren a la persona gestante y a su entorno familiar como actores centrales del proceso de atención perinatal.

En resumen, el acceso a la información perinatal relevante por parte del equipo de salud, junto con el respeto de derechos y tiempos, y el acompañamiento durante el proceso del parto, constituyen pilares fundamentales de la atención perinatal de calidad. Estos factores actúan como protectores promoviendo la percepción de seguridad y reduciendo diferentes tipos de malestar emocional, desde el estrés hasta la sintomatología depresiva [9,17], especialmente en contextos de crisis sanitaria.

La ausencia de diferencias sistemáticas entre los grupos de parto pre-ASPO y durante el ASPO sugiere que los indicadores aquí reportados reflejarían, en mayor medida, condiciones estructurales preexistentes de la atención perinatal, más que efectos atribuibles exclusivamente al ASPO. No obstante, debe considerarse que el diseño transversal y el tipo de muestreo utilizados donde la recolección de datos fue realizada en un único momento temporal, durante el ASPO, limitan la posibilidad de discriminar en qué medida los efectos aquí reportados eran preexistentes o atribuibles específicamente al ASPO. Para una evaluación más precisa, hubiera sido necesaria la comparación con un muestreo realizado en un período post-ASPO. Esta limitación no solo aplica a los resultados obtenidos en puérperas, sino que se extiende a la totalidad de los hallazgos del presente estudio.

Conclusiones

En conjunto, los resultados permiten proponer un modelo integrador de la experiencia perinatal en el contexto del ASPO, que se construye a partir de dimensiones vinculares, comunicacionales y contextuales, estrechamente interrelacionadas y particularmente relevantes en situaciones de crisis o incertidumbre.

En este marco, el ASPO operó principalmente como un estresor contextual que exacerbó aspectos subjetivos de la vivencia perinatal y del proceso de parto, actuando más como un factor amplificador/modulador de vulnerabilidades preexistentes que como un determinante central de los fenómenos observados. Esta interpretación converge con otros estudios que señalan que la pandemia y las medidas de ASPO no generaron problemáticas completamente nuevas, sino que tendieron a profundizar dinámicas, desigualdades y vulnerabilidades preexistentes en la atención perinatal y en la experiencia subjetiva del embarazo o el parto [33].

Los hallazgos destacan la tarea, aún pendiente, de mejorar aspectos informativos de la atención perinatal a través del fortalecimiento de la comunicación clínica asertiva y el acceso a conocimientos pertinentes de manera clara y oportuna, información que aborde aspectos sobre derechos perinatales, lactancia, consumo de sustancias y evolución del proceso gestacional y del parto. Asimismo, el presente estudio subraya la necesidad de optimizar las prácticas institucionales orientadas a mejorar la percepción de respeto de derechos y tiempos durante el parto, así como a trabajar sobre la erradicación de prácticas percibidas como discriminatorias y las garantías de acompañamiento, particularmente durante el trabajo de parto, donde se evidenciaron las mayores deficiencias y un impacto significativo sobre la valoración de la experiencia del parto y la percepción de seguridad.

En conjunto, estos componentes emergen como factores moduladores que influyen de manera significativa en la valoración de la experiencia subjetiva perinatal y en los niveles de bienestar emocional a lo largo del embarazo, el parto y el puerperio. En el

contexto argentino, caracterizado por marcos normativos avanzados en materia de derechos perinatales pero con brechas en su implementación, la evidencia presentada subraya la relevancia del contexto social y de las condiciones de atención perinatal en la construcción de la experiencia subjetiva. En este sentido, los resultados pueden contribuir al diseño de estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención desde un enfoque integral, que contemple no sólo los aspectos biomédicos, sino también la dimensión subjetiva y emocional de las personas gestantes y puerperas en Argentina.

Financiamiento

Este trabajo contó con un financiamiento de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba (PIDTA-FORMAR 2023-2025, SECyT-UNC) otorgado a Ana F. Macchione y con una beca de grado del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), Argentina otorgada a Brisa M. Luna Duro.

Conflictos de interés

Los/as autores/as declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

1. Aguilar Cordero MJ, Fajardo Gaitán M, Pérez Castillo ÍM, Rojas Carvajal AM, Latorre García J, Núñez Negrillo AM. Alteraciones y efectos del sueño durante el embarazo. *J Negat No Posit Results*. 2020;5(12):1558-1574. DOI:10.19230/jonnpr.3979
2. Awad-Sirhan N, Simó-Teufel S, Molina-Muñoz Y, Cajiao-Nieto J, Izquierdo-Puchol MT. Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España. *Enferm Clín*. 2022;32(1):5-13. DOI:10.1016/j.enfcli.2021.10.006
3. Bermúdez-González M, Álvarez-Silvares E, Santa-María-Ortiz JK, Castro-Vilar L, Vázquez-Rodríguez M. Impact of the COVID-19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: A prevalence study. *Clin Invest Gynecol Obstet*. 2022;49(4):100776. PMID-35693637DOI:10.1016/j.gine.2022.100776
4. Coe Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés MI, Zamudio Berrocal P. Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediatr*. 2021;92(5):724-32. DOI:10.32641/andespediatr.v92i5.3519
5. Cuello AN, Muzio CG, Carini MA, del Vecchio ND, Etchepare P, Colla RM, et al. Impacto de la anemia en el embarazo: Complicaciones y resultados perinatales. *Salud Pública [Internet]*. 2025;4(1). Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/495>
6. de Molina-Fernández I, Rubio-Rico L, Roca-Biosca A, Jimenez-Herrera M, De la Flor-López M, Sirgo A. Ansiedad y miedos

- de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. *Rev Port Enferm Saude Mental*. 2015;(13):17-32. Disponible en: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf>
7. Giallorenzi ML. Parir en pandemia: Experiencias de parto en Argentina dentro del contexto sanitario del Covid-19. *Subj Procesos Cogn*. 2021;24(2):42-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7781470>
 8. Gómez López E, Calva EA, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicol Iberoam*. 2006;14(2):28-35. DOI:10.48102/pi.v14i2.357
 9. Guarino L, Scremín F, Borrás S. Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychol Av Discip*. 2013;7(1):13-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a02.pdf>
 10. Guimaraes FJ, da Silva Santos FJ, Bern Leite AF, de Holanda VR, Silva De Sousa G, Alburquerque Perrelli JG. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enferm Glob*. 2019;18(1):499-534. DOI:10.6018/eglobal.18.1.328331
 11. Hori N, Shiraishi M, Harada R, Kurashima Y. Association of Lifestyle Changes Due to the COVID-19 Pandemic with Nutrient Intake and Physical Activity Levels during Pregnancy in Japan. *Nutrients*. 2021;13(11):3799. PMID:34836056 DOI:10.3390/nu13113799
 12. Kar P, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G, Bagshawe M, Lebel C. Alcohol and substance use in pregnancy during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Depend*. 2021;225. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2021.108760
 13. Lasso-Olayo L, Pasierb D, Berdejo V, Gasch-Gallén Á. Psychological response of pregnant women during COVID-19 pandemic lockdown. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230088. PMID:38131440 DOI:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0088en
 14. Ley 25.929 de 2004. Por la cual se sancionan los Derechos de los Padres y de la Persona Recién Nacida "Ley de Parto Humanizado" [Internet]. 17 de septiembre de 2004. B.O. No. 30489. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
 15. Liu N, Mao L, Sun X, Liu L, Yao P, Chen B. The effect of health and nutrition education intervention on women's postpartum beliefs and practices: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2009;9:45. PMID:19183504 DOI:10.1186/1471-2458-9-45
 16. Manconi M, van der Gaag LC, Mangili F, Garbazza C, Riccardi S, Cajochen C, et al. Sleep and sleep disorders during pregnancy and postpartum: The Life-ON study. *Sleep Med*. 2024;113:41-8. PMID:37984016 DOI:10.1016/j.sleep.2023.10.021
 17. Manrique de Lara Suarez D, Miraval Tarazona Z, Córdova Ruiz R, De La Mata Huapaya R, Maque Ponce A. Influencia Del Acompañamiento De Un Familiar Durante El Trabajo De Parto. *Centro De Salud Aparicio Pomares Huánuco 2004-2005*. *Investig Valdizana*. 2007;1(1):6-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=586061876002>
 18. Marangoni SR, Gavioli A, Dias LE, de Oliveira MLF. Consumo de drogas de abuso durante el embarazo analizado mediante el método de detección oportunista. *Cogitare Enferm*. 2022;27:e79282. DOI:10.5380/ce.v27i0.79282
 19. Medina PI, Lazarte SS. Prevalencia y factores predisponentes de anemia en el embarazo en la maternidad provincial de Catamarca. *Rev Hematol*. 2019;23(2):12-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8761208>
 20. Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad de la Nación [Argentina], Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género. *Violencia obstétrica* [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad de la Nación; 2022. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/fichas-obs-violenciaobstetrica.pdf>
 21. Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad de la Nación [Argentina], Observatorio de las Violencias y Desigualdades por

- Razones de Género. Violencia obstétrica: análisis de los registros de la Línea 144 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad de la Nación; 2022. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/ovyd-vg-informe_violencia_obstetrica.pdf
22. Ministerio de Salud de la Nación [Argentina]. COVID-19: recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contexto de pandemia [Internet]. Buenos Aires; 2020. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/pdf/files_recomendaciones-embarazada-y-rn-covid19_1587076157.pdf
 23. Monroe SM, Slavich GM. Major Life Events: A Review of Conceptual, Definitional, Measurement Issues, and Practices. En: Harkness KL, Hayden EP, editores. *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health* [Internet]. Oxford University Press; 2020. p. 7-26. DOI:10.1093/oxford-hb/9780190681777.013.1
 24. Pagura MF, Spina P, Marano M, Busaniche M. El derecho a la salud sexual y reproductiva en el embarazo y parto: mapa de accesibilidad para pensar las políticas públicas. *+E Rev Extensión Univ.* 2014;(4):124-9. DOI:10.14409/extension.v1i4.4602
 25. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *Am Fam Physician.* 2019;100(8):485-91. PubMed PMID:31613576.
 26. Parasi C. Una Revisión de la Salud Mental Materna en Tiempos de Covid-19. *Rev Psicol Hered.* 2020;13(2):56-61. DOI:10.20453/rph.v13i2.3903
 27. Salvia A, Vera J, Poy S. Cambios en el bienestar durante y después de la pandemia en Argentina. *Estud Sociol.* 2024;42:1-24. DOI:10.24201/es.2024v42.e2535
 28. Steen M, Steen S. Striving for better maternal mental health. *Pract Midwife.* 2014;17(3):11-4. PubMed PMID:24669515.
 29. Távara Orozco L. Atención Obstétrica Centrada en la Persona. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2023;69(2). DOI:10.31403/rpgo.v69i2512
 30. Turcatti K. El abordaje desde la salud mental en la atención integral del embarazo y en el período posparto. *Rev Enferm Neonatal.* 2024;(45):45-59. DOI:10.61481/Rev.enferm.neonatal.n45.04
 31. UNICEF. Transformando entornos perinatales: dispositivos para la seguridad del paciente en la salud perinatal. La experiencia de Córdoba [Internet]. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/22051/file/Transformando%20entornos%20perinatales%20-%20C3%B3rdoba.pdf.pdf>
 32. Valiensi SM, Izbizky GH. ¿Por qué duermen mal las mujeres embarazadas comparadas con las no gestantes? Estudio de corte transversal. *Vertex Rev Argent Psiquiatr.* 2021;32(152):41-50. DOI:10.53680/vertex.v32i152.48
 33. Viera M, Evia V. Parir y nacer en tiempos de COVID-19 en Uruguay. *Alteridades.* 2021;31(61):51-65. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172021000100051
 34. Wilkerson AK, Uhde TW. Perinatal Sleep Problems: Causes, Complications, and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(3):483-94. DOI:10.1016/j.ogc.2018.04.003
 35. World Health Organization. Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241508742>
 36. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b161e9-5683-40f5-a1c3-1c92a76d5cda/content>