

Original

# Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad



Mariana Loezar-Hernández<sup>a,b,c</sup>, Erica Briones-Vozmediano<sup>a,b,c,\*</sup>, Montserrat Gea-Sánchez<sup>a,b,c</sup> y Laura Otero-García<sup>c,d,e</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España

<sup>b</sup> Grup de Recerca en Cures en Salut (GRECS), Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España

<sup>c</sup> Grupo de Investigación en Salud, Educación y Cultura (GESEC), Universidad de Lleida, Lleida, España

<sup>d</sup> Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>e</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 21 de junio de 2021

Aceptado el 18 de diciembre de 2021

On-line el 24 de febrero de 2022

### Palabras clave:

Madres

Padres

Atención prenatal

Atención posnatal

Grupos de autoayuda

Investigación cualitativa

España

## R E S U M E N

**Objetivo:** Conocer las percepciones de madres y padres primerizos/os sobre la atención sanitaria recibida durante la transición hacia la maternidad y la paternidad.

**Método:** Estudio cualitativo basado en 12 entrevistas semiestructuradas a siete mujeres que conformaron un grupo de autoayuda y cinco de sus parejas, en Segovia (2018–2019). Se realizó un análisis de contenido cualitativo.

**Resultados:** Se identificaron cinco categorías: (1) atención sanitaria recibida durante la etapa prenatal; (2) atención sanitaria recibida durante el parto; (3) cuidados en el posparto dirigidos a las mujeres; (4) respuesta sanitaria durante la crianza; y (5) gestación y beneficios de un grupo de autoayuda. En el período prenatal precisaron recibir más información respecto al parto y el posparto, y una preparación que las/los apoyara en esta transición. En el parto se produjo un incumplimiento de expectativas respecto a la atención sanitaria recibida. En el posparto manifestaron la necesidad de un mayor seguimiento a las mujeres desde una perspectiva biopsicosocial. En las consultas pediátricas, se reportó la importancia de fomentar la participación de los padres. Las mujeres manifestaron que actualmente no existen prestaciones sanitarias que favorezcan el establecimiento de redes de apoyo y espacios seguros donde expresar sus sentimientos y emociones.

**Conclusiones:** Es necesario reformular espacios ya existentes en el sistema sanitario, como las clases de preparación al parto y los grupos de apoyo a la lactancia materna, y a su vez implementar nuevas estrategias. Asimismo, es imprescindible reforzar la atención sanitaria integral y humanizada, que fomente la participación de los padres.

© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Perception of health care in the first experience of motherhood and fatherhood

### A B S T R A C T

**Objective:** To explore the perceptions of new mothers and fathers about the health care received during the transition to parenthood.

**Method:** Qualitative study based on 12 semi-structured interviews with seven women who conformed a self-help group, and five of their partners, in Segovia, Spain (2018–2019). A qualitative content analysis was used.

**Results:** Five categories were identified: (1) health care received during the prenatal stage; (2) health care received during childbirth; (3) postpartum care for women; (4) health response during parenting; and (5) gestation and benefits of a self-help group. In the prenatal period they needed more information about childbirth and postpartum and preparation to support them in the transition to parenthood. In childbirth, there was a failure to meet expectations regarding the health care received. In the postpartum period, they expressed the need for greater follow-up of women from a biopsychosocial perspective. In pediatric visits, the importance of encouraging the participation of fathers was reported. Women stated that there are currently no health benefits that favor the establishment of support networks and safe spaces where they can express their feelings and emotions.

### Keywords:

Mothers

Fathers

Prenatal care

Postnatal care

Self-help groups

Qualitative research

Spain

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [erica.briones@udl.cat](mailto:erica.briones@udl.cat) (E. Briones-Vozmediano).

URL: [Twitter Icon](#) (E. Briones-Vozmediano).

**Conclusions:** It is necessary to reformulate existing spaces such as childbirth preparation classes and breastfeeding support groups, and to implement new strategies from the health care point of view. It is also essential to reinforce comprehensive, humanized health care that encourages parental involvement.

© 2022 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La asunción de la maternidad y la paternidad por primera vez conlleva cambios y dificultades que afectan al bienestar de madres y padres debido a las nuevas responsabilidades y a una sensación constante de fatiga y agotamiento<sup>1</sup>. Algunas de las demandas a la asistencia sanitaria realizadas por madres y padres que han participado en diversos estudios internacionales son el apoyo social y psicológico por parte de profesionales sanitarios, contar con infraestructura y recursos humanos en los centros de salud<sup>1-3</sup>, considerar la toma de decisiones compartidas en las que se fomente la participación de la pareja y la familia<sup>4,5</sup>, y brindar cuidados personalizados, empáticos e integrales evitando actitudes paternalistas<sup>5,6</sup>.

Se recomienda instaurar un programa de preparación al nacimiento que incluya contenidos tanto para las gestantes como para sus parejas, promocionando la implicación de los padres desde un comienzo<sup>7</sup>. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud recalca la necesidad de que desde la atención sanitaria se creen espacios participativos entre mujeres en la etapa prenatal<sup>8</sup>. También se aconseja la elaboración de un plan de parto y nacimiento que recoja los deseos de la pareja, y al cual haga seguimiento el personal sanitario<sup>9</sup>. Los cuidados durante el parto deben considerar una actitud respetuosa y empática que favorezca la implicación de las mujeres y el acompañamiento, debido a que esto supone una serie de beneficios para la tríada familiar<sup>10,11</sup>.

Es importante realizar una valoración tanto física como emocional tras el alta hospitalaria y a las 6-8 semanas posparto, en la que se refuerce la importancia del apoyo familiar, las redes de apoyo y la implicación de la pareja<sup>9</sup>; esto principalmente porque las mujeres necesitan una atención que fortalezca su seguridad y confianza, recibir apoyo emocional, social e información sobre su propio estado de salud<sup>1,3</sup>.

En cuanto a los padres, se recomienda entregarles información sobre los cambios de su pareja, reforzando la importancia de su papel durante el parto y de su corresponsabilidad en la crianza<sup>9</sup>. Una reciente revisión sistemática pone de manifiesto que los padres primerizos experimentan inseguridad, ansiedad y falta de conocimiento, por lo que es necesario prepararles y orientarles desde la atención sanitaria<sup>12</sup>.

Los estudios realizados en el contexto español se centran en el embarazo, el parto y el posparto de forma separada a lo largo de esta experiencia vital<sup>13-15</sup>, y hacen evidente la desigualdad en el conocimiento de la maternidad y la paternidad, y la necesidad de visibilizar científicamente a los hombres como padres<sup>16</sup>.

El objetivo del presente estudio es conocer la percepción de madres y padres primerizas/os sobre la atención sanitaria recibida y la respuesta a sus necesidades a lo largo de la primera experiencia de maternidad y paternidad.

## Método

### Diseño del estudio

Estudio de diseño cualitativo fenomenológico, realizado en Segovia (España) entre diciembre de 2018 y octubre de 2019, que

**Tabla 1**

Características sociodemográficas de las/los participantes (n = 12)

Sexo	Edad	Edad primer hijo/a	Nivel de estudios
Femenino	39	37	Superior
Femenino	35	33	Superior
Femenino	38	37	Superior
Femenino	38	36	Superior
Femenino	39	37	Grado medio
Femenino	39	37	Superior
Femenino	40	38	Superior
Masculino	40	36	Superior
Masculino	43	40	Grado medio
Masculino	37	34	Superior
Masculino	39	37	Superior
Masculino	40	38	Superior

forma parte de un estudio más amplio en el que se exploraron los efectos en la salud de la maternidad y la paternidad desde una perspectiva biopsicosocial y de género.

### Participantes

Se realizó un muestreo intencional por conveniencia a mujeres que hubieran sido madres por primera vez menos de 2 años antes. Las participantes pertenecían a un grupo de autoayuda informal originado a partir de grupos de lactancia materna de atención primaria, que se autogestiona al margen de los servicios sanitarios mediante un grupo de WhatsApp que sirve como medio de comunicación entre las mujeres. Fueron captadas a través de una informante clave participante del grupo. Posteriormente, mediante un muestreo en bola de nieve las mujeres invitaron a sus parejas a participar. Solo dos de ellos se negaron a participar por falta de tiempo y de voluntad de ser entrevistados. La muestra estuvo compuesta por 12 personas (siete mujeres y cinco hombres) (tabla 1).

### Recolección de datos

Se utilizó como técnica de recogida de datos la entrevista semi-estructurada mediante un guion diseñado de acuerdo con los objetivos del estudio y la revisión de la literatura previa ([véase el Apéndice online](#)). En una primera fase, las entrevistas a las mujeres se hicieron de manera presencial, y en una segunda, para complementar y triangular la información, la de los hombres se hizo por videollamada por criterios prácticos. Todas las entrevistas duraron entre 60 y 90 minutos, y fueron grabadas. Se hicieron anotaciones de campo durante y después de cada entrevista de expresiones no verbales y silencios, entre otros aspectos.

### Análisis de los datos

Se realizó una transcripción literal de las entrevistas, las cuales se analizaron según la aproximación de análisis de contenido cualitativo inductivo<sup>17</sup>. El análisis se realizó en tres etapas: 1) en la primera se identificaron unidades de significado que fueron condensadas y etiquetadas con códigos abiertos; 2) luego se compararon todos los códigos y según sus similitudes se agruparon en

**Tabla 2**  
Códigos y testimonios para la categoría «Atención sanitaria recibida durante la etapa prenatal»

Códigos	Testimonios
Nadie te cuenta	Cuando llegué al hospital, que fui tres veces, porque tenía unos dolores de muerte, supuestamente no estaba de parto. . . Me empezaron a hablar de unas cosas que yo no había oído nunca, no me habían explicado nunca. . . No podía identificar algo que no me habían dicho que podía suceder (Marina). A ver, que te cuenten cómo bañar al bebé, pues bueno, chico. . . quiero decir mal que tal lo vas a bañar, pero yo creo que hay muchísimas cosas de la salud de la mujer abandonadas, como por ejemplo que tu suelo pélvico se queda hecho una auténtica mierda. Yo tenía muchísimas pérdidas de orina y fui casi llorando a la matrona. Es que eso nadie te lo cuenta, nadie te cuenta que pasados unos días del parto sientes que te orinas y te has orinado (Cecilia).
¿Qué me está pasando? ¿Qué es esto?	¿Qué te está pasando físicamente? Nadie te lo ha contado, o si te lo han contado ha sido muy por encima y dices ¿qué me está pasando? ¿qué es esto? Creo que, en el propio hospital a lo mejor, enfermeras, matronas, ginecólogas, adelantarte un poco (. . .) Tener un poco más de ayuda en ese sentido para saber qué es lo que está pasando, qué cambios está sufriendo tu cuerpo (Marina).
Preparación al parto. ¿Y luego qué?	. . . las clases de preparación al parto van orientadas a clases de preparación al parto, nada orientado a clases de vas a ser madre, nadie te cuenta (Carla). Primero, que las preparaciones al parto sean desde otra óptica distinta y además está mal llamado. . . preparación al parto, no, ¿y luego qué? Porque por mucho que sí que te ayudará, yo por más que me preparé. . . que fui a yoga prenatal, en ese momento es que se me olvidó todo (Cecilia).
Somos aprendices, no expertos	En la fase del embarazo la información la debieran gestionar mejor porque te tratan en todo momento, entiendo que para ellos es algo rutinario, pero te tratan como si fueras un experto cuando somos aprendices. . . y a veces se utiliza terminología científica que se nos queda fuera de juego, entiendo que al resto de los mortales y. . . ahí se equivocan (David).

**Tabla 3**  
Códigos y testimonios para la categoría «Atención sanitaria recibida durante el parto»

Códigos	Testimonios
Desde la mirada de los padres	A nosotros, en el parto, justo en el parto, nos tocó con una matrona que era: «No, pues esto no puede ser así» [imita tono de voz autoritario]. Te hablaba muy mal y yo creo que esta es una situación muy delicada para tratarla de otra manera (Mario).
Incumplimiento de expectativas	En el parto superbien, excepto una enfermera que entraba en el turno en ese momento cuando [su pareja] estaba ya a punto, que me dijo que le tenía que poner yo las toallas frías en la cabeza. . . cuando yo no sé hacer eso. . . yo creo que estoy para estar con mi mujer, pero no para atenderla, yo no sé cómo hay que atenderla (Jesús).
Toma de decisiones en el parto	En el parto tú vas con unas expectativas de cómo va a ser el parto y luego te encuentras ahí que eso es un tinglado que alucinas (Mario). Por ejemplo, en otros hospitales te dejan dar a luz en cuclillas, que es una posición mucho más natural. Sin epidural ni nada, que aquí en seguida te la ofrecen. Todo al final es por su comodidad [de las y los profesionales]. Te quejas menos que al final es así (. . .) En el parto está demostrado que en España hay cesáreas por encima de la media a punta pala o el usar los fórceps para terminar cuanto antes (Cecilia).

áreas de contenido o familias de códigos; y 3) finalmente, se compararon los grupos de códigos de mujeres y hombres, y se identificaron subcategorías y categorías.

Se utilizó el *software* ATLAS.ti versión 8.3.1 como herramienta informática de apoyo en la organización de la información para el análisis.

#### Consideraciones éticas

Este trabajo fue aprobado por el Subcomité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (CEI-103-1997) en 2019. Antes de cada entrevista se entregó a las personas participantes la hoja informativa y el consentimiento informado, que contenía la autorización para utilizar la grabadora de audio; a los hombres se les envió por correo electrónico. Se mantuvo la confidencialidad de los datos personales reemplazando el nombre por un pseudónimo. Asimismo, se eliminaron aquellos datos identificativos de los *verbatim* seleccionados.

#### Resultados

Se identificaron cinco categorías: 1) atención sanitaria recibida durante la etapa prenatal; 2) atención sanitaria recibida durante el parto; 3) cuidados en el posparto dirigidos a las mujeres; 4) respuesta sanitaria durante la crianza; y 5) gestación y beneficios de un grupo de autoayuda.

#### Atención sanitaria recibida durante la etapa prenatal (tabla 2)

Las mujeres entrevistadas refirieron que, desde la atención sanitaria prenatal, no recibieron suficiente información respecto a su salud durante el parto (tipos de contracciones) y el posparto (incontinencia urinaria, loquios, lactancia materna [«subidón de leche»] y cambios en la imagen corporal). Esto las hizo sentir poco preparadas para enfrentar los cambios en el posparto, principalmente por la falta de conocimiento para discernir entre lo que es normal y lo que no. Reportaron la necesidad de que en la etapa prenatal se contemple la preparación en la transición hacia la maternidad y que las clases no solo se reduzcan a la experiencia del parto. Por su parte, uno de los participantes criticó que las/los profesionales sanitarios emplean lenguaje técnico poco comprensible para madres y padres.

#### Atención sanitaria recibida durante el parto (tabla 3)

Los participantes, desde su rol de acompañantes, sintieron que matronas y enfermeras no siempre tuvieron en cuenta la delicada situación emocional que atravesaban sus parejas, y sintieron incumplidas sus expectativas positivas respecto al parto. Una de las entrevistadas consideró que la toma de decisiones durante el parto se hace en función de las comodidades del personal sanitario, por lo que se utilizan con mayor frecuencia la anestesia epidural y la cesárea.

**Tabla 4**  
Subcategorías y códigos para la categoría «Cuidados en el posparto dirigidos a las mujeres»

Subcategoría	Códigos	Testimonios
Demanda de mujeres de una atención biopsicosocial	Nunca nadie me ha preguntado: ¿tú qué tal?	Ningún médico te cita 1 mes después de dar a luz, 2 meses después de dar a luz, 3 meses después de dar a luz... Aunque sea para charlar contigo 15 minutos. Tú ves a la matrona para que te quite los puntos, si es que los tienes, y si tienes alguna cosa que consultar (...). La voz de: ¿qué tal estás, madre?, nueva madre, ¿cómo te sientes? Eso no lo veo tanto (Cecilia).
	No sé si existen sitios para detectar si alguien tiene depresión	Pues aquí yo creo que a la madre, por cortesía... Cuando llegas a la revisión con la enfermera, qué tal, qué tal todo, y duerme bien y qué tal come. A mí nunca nadie me ha preguntado, ¿tú qué tal? ¿has dormido bien? (Carla).
	Una cesárea tiene una recuperación de 4 meses	Yo no me considero que haya estado superdeprimida con la maternidad, pero también es verdad que la felicidad que yo me esperaba tener cuando eres madre no era. Yo no sé si existen esos sitios para detectar si alguien tiene depresión, nadie te hace un seguimiento posparto (...). Hay una revisión con la matrona, no sé a cuánto tiempo de nacer que te revisa que la zona esté bien, pero es algo físico (Carla). Pienso que no se está haciendo nada bien. Por ejemplo, en el hospital, cuando a mí me dieron el alta de enfermería, una de las cosas que decía que habían hecho eran cuidados en relación a la depresión posparto. Y jamás a mí me vino nadie a decir nada (Teresa).
Experiencia en la atención sanitaria con el equipo de enfermería	Aunque estés adolorida, tienes que levantarte	Yo me comparaba con una compañera que tuvo un parto vaginal, y la recuperación no tiene nada que ver con una cesárea. Una cesárea tiene una recuperación de 4 meses. Me remueve por dentro, esta diferencia que hay y lo poco que se tiene en cuenta a las mujeres que han sido sometidas a una cesárea para luego cuidados o incluso revisiones o cosas así, porque a mí me dieron el alta y no me volvieron a ver (Teresa).
	¡No te dicen ni dónde se lo llevan!	Una enfermera vino y me alteró bastante, en el sentido de ponerme así nerviosa. Me dijo: «aunque estés dolorida tienes que levantarte» (Teresa).
	Las matronas lo daban todo por ayudarte	En el hospital también, cuando di a luz, pues llegó una enfermera al día siguiente... yo no me había duchado todavía: «Bueno, aquí sin ventilar a las ocho de la mañana, las flores aquí, la niña... tú sin duchar» [imita tono de voz autoritario] (Cecilia).
		Entraban las auxiliares de enfermería a por el niño y se lo llevaban y ya está. ¡No te dicen ni dónde se lo llevan!... es [decir] «Oye, mira, nos lo vamos a llevar a hacer una prueba». No... cogen, «me lo llevo», pero ¿dónde te lo llevan? Y parece que si les preguntas las parece mal (Mario).
		Pasado el tiempo fui a la matrona [en atención primaria], una mujer estupenda que generaba muchísima confianza, y ella me ayudó muchísimo en ese proceso. Te revisaba las veces que tú quisieras. Había una confianza... yo creo que en el sistema de salud, desde mi punto de vista, falta la confianza (Cecilia).
		Tuvimos suerte en nuestro caso con este grupo [de lactancia] porque la matrona que había [en atención primaria] en el momento que dimos a luz era una chica que lo daba todo por ayudarte... Cualquier consulta, cualquier duda, siempre la tenías disponible (Marina).

#### Cuidados en el posparto dirigidos a las mujeres (tabla 4)

##### 1). Demanda de las mujeres de una atención biopsicosocial

Las participantes expresaron la necesidad de un mayor seguimiento en el posparto, teniendo en consideración no solo aspectos físicos, sino también el estado emocional o psicológico de una madre primeriza. Igualmente, expresaron que no existen mecanismos de detección o prevención de la depresión posparto. Una de las entrevistadas destacó la diferencia en la recuperación y la necesidad de seguimiento de las mujeres que se someten a una cesárea respecto a las que tienen un parto vaginal (eutócico).

##### 2). Experiencia en la atención sanitaria con el equipo de enfermería

Durante su estancia en el hospital, dos mujeres expresaron haber vivido experiencias negativas con el personal de enfermería, quienes les exigieron asumir el cuidado de sus hijas/os, aunque ellas estuvieran doloridas durante la recuperación posparto. Por ejemplo, les reprocharon no haberse levantado, duchado o ventilado la habitación. Por otro lado, uno de los informantes reforzó la importancia de informar sobre los procedimientos clínicos que les realizan a sus hijas/os. Por ejemplo, cuando se llevan a los bebés de la habitación sin dar ninguna explicación o información. Las informantes percibieron que los cuidados de enfermería dispensados en atención primaria fueron más humanos y de mejor calidad que en la atención hospitalaria. Destacaron cualidades como la confianza, la disposición a ayudar a las mujeres y la disponibilidad para solucionar dudas en cualquier momento.

#### Respuesta sanitaria durante la crianza (tabla 5)

##### 1). Educación sanitaria y entrega de información sobre salud y desarrollo infantil

Según las/los informantes, es necesario recibir más información respecto a los cambios y transiciones de sus hijas/os a lo largo de su crecimiento y desarrollo, evitando contradicciones entre profesionales. Asimismo, recalcaron que es importante que en las consultas de salud infantil se refuerce positivamente a madres y padres respecto a los cuidados de sus hijas/os, por los beneficios que esto supone para su salud mental.

##### 2). Experiencia con profesionales sanitarios en la consulta de salud infantil

Tanto hombres como mujeres consideraron que el trato del personal médico en atención primaria es mejorable en cuanto a trato humanizado, lo que justificaron debido al volumen de trabajo y la mecanización del ejercicio continuo de la profesión. Uno de los participantes mencionó que los/las médicos/as infravaloran las dudas o inquietudes que pueden tener madres y padres respecto a la salud de sus hijas/os.

La atención recibida por los pediatras rompió las expectativas de las mujeres debido a que fue percibida como una atención rápida, centrada en aspectos físicos y lejana. Por el contrario, reconocieron que las enfermeras tuvieron mayor disposición para escuchar a madres y padres, y solucionar dudas respecto a la crianza de sus hijas/os.

Los hombres reconocieron una tendencia a dirigirse a las mujeres durante la atención sanitaria de sus hijas/os, quedando relegados a una figura secundaria o de acompañante. Justificaron que las/los profesionales tengan más facilidades para entablar

**Tabla 5**  
Subcategorías y códigos para la categoría «Respuesta sanitaria durante la crianza»

Subcategoría	Códigos	Testimonios
Educación sanitaria y entrega de información sobre salud y desarrollo de hijos/as	Desinformación sobre cuidados de hijos/as Él dice una cosa y el que le está sustituyendo dice otra	Yo creo que hay mucha desinformación sobre todo del tema, pues eso, de las transiciones, de las pautas, de que cada niño también es un mundo (Teresa). Y el problema es que cuando está él [refiriéndose al pediatra] dice una cosa, el que está sustituyéndolo piensa de otra manera y es que no sabes qué hacer (...) tendría que estar todo un poquito más pautado (Mario).
	Te refuercen que lo estás haciendo bien	El que te escuchen y te digan... Te refuercen el que lo estás haciendo bien, pues es importante y eso es un punto también de apoyo para todo el tema de salud mental (Teresa).
Experiencia con profesionales sanitarios en la consulta de salud infantil	Nos tratan como si fuéramos carne	Yo supongo que es eso que al final tú vas ahí con tu tesoro más preciado y para él es uno más de los catorce que ha visto esa mañana (Cecilia).  Los médicos nos tratan como si fuéramos carne... En cierto modo, lo puedo entender porque tienen mucho volumen de trabajo y no pueden tener mucho <i>feeling</i> a lo mejor con los pacientes (Mario).
	Yo no sé si tiene mocos o tiene una neumonía	Que en este caso también cuando vas al médico tampoco te saben orientar bien. Lógicamente ellos están muy acostumbrados a ver todo tipo de circunstancias y que tu niña vaya con mocos pues es una estupidez... Para ti es muy trascendente, pero para ellos es su día a día (...). Yo no sé si tiene mocos o tiene una neumonía (David).
	La pediatra era como todo más rápido	Cuando yo iba a la consulta con la pediatra, la pediatra era como más todo rápido, muy biomédica y muy centrada en el niño, con cosas más concretas (Teresa).
	Atención de enfermería	También un <i>shock</i> el pediatra, porque yo me imaginaba ahí un pediatra supermajo, supercariñoso, y era más seco que un palo (...). Es mi niña, es mi tesoro, te lo traigo por favor y le daba la vuelta ahí como si fuera un <i>sándwich</i> . En serio, fue un poco traumático (Cecilia). La enfermera se prestaba más a que te sentaras y pudieras plantearle tus dudas, que a lo mejor pudieran parecer chorradas, pero en ese momento, por ejemplo cuando estás en la transición del pecho a la alimentación, para ti, esas son las dudas existenciales de tu vida (Teresa).
	Casi siempre se refieren a ella	Parece un poco que estamos más al margen, incluso cuando te dan información de algo casi siempre se refieren a ella [a la madre], aunque tú estés ahí al lado (...) Parece que puedes estar tú o puede estar la abuela o una amiga. Es una figura secundaria, o por lo menos es lo que he percibido (Javier).
		No tuve la percepción de que fuera más a ella [a quien se dirigían]. A lo mejor, si lo analizas, pues puede ser, porque también tiene los conocimientos... Ella [la madre] tenía más control de todo, entonces, a lo mejor tenían más diálogo con ella (Pedro).

diálogo con las madres debido a la asunción y el reconocimiento del «rol de madre», por el que también los hombres asumen que tienen más conocimiento sobre los parámetros de salud de sus hijas/os y sus cuidados.

#### Gestación y beneficios de un grupo de autoayuda (tabla 6)

##### 1). Necesidades de las mujeres y carencias del sistema sanitario

Las mujeres refirieron la necesidad de contar con espacios seguros donde pudieran expresar abiertamente sus sentimientos y emociones, y compartir y validar sus experiencias tanto positivas como negativas sin temor a ser juzgadas, lo que se asimiló a un grupo de «alcohólicos anónimos de la maternidad». Explicaron que, debido a que desde la atención sanitaria no se fomenta la creación de vínculos o redes de apoyo, surgió la iniciativa de las propias mujeres de formar un grupo de autoayuda gestionado por ellas mismas.

##### 2). Grupo de madres como red de apoyo y acompañamiento

Las mujeres identificaron el grupo de madres como una red de apoyo y una experiencia de acompañamiento mutuo, donde además se invitó a participar a otras mujeres con quienes compartían esta etapa vital. Este grupo también resultó útil para compartir conocimientos, información y experiencias sobre la relación de pareja y amigos, la incorporación al trabajo y la implicación de familiares. En este espacio, las mujeres se sintieron libres de expresar emociones y desahogarse sin temor a ser juzgadas. Uno de los aspectos que mayoritariamente reconocieron las informantes fue el consuelo que significó para ellas el simple hecho de saber que otras personas estaban pasando por situaciones similares.

## Discusión

Este estudio sobre la percepción de madres y padres primerizas/os sobre la atención sanitaria recibida y la respuesta a sus necesidades ha mostrado que las/los nuevas/os madres y padres participantes no se sienten preparadas/os para enfrentar el cambio y el impacto psicológico que supone la maternidad, y señalan la necesidad de una preparación que favorezca la transición hacia la maternidad, más allá de la experiencia del parto.

Los estudios previos sugieren que es necesario reorientar las estrategias de apoyo y educación perinatal priorizando un enfoque de promoción de la salud<sup>18</sup>, y que las/los profesionales de la sanidad deben ayudar a desarrollar confianza a las madres brindando apoyo tanto social como informativo, y también preparar a los padres para apoyar mejor a sus parejas proporcionándoles información sobre los cambios en los roles y en la rutina familiar<sup>3,19</sup>. Para ello, hace falta un programa de educación perinatal personalizado según la población a la que va dirigido, actualizado, con sesiones grupales en las que se fomente la interacción y la creación de redes de apoyo, con horarios flexibles y con un mayor esfuerzo por incluir a las parejas<sup>20,21</sup>.

Los resultados muestran que las decisiones durante el parto no siempre tienen como protagonistas a las madres y los padres, lo que podría explicarse por el ritmo y la carga de trabajo que tienen las/los profesionales de la sanidad, que les dificulta entregar cuidados personalizados y de calidad<sup>22</sup>. Los servicios sanitarios tienden a centrarse mayoritariamente en la salud de las/los hijas/os, dejando postergadas las necesidades en cuanto al bienestar y la salud mental de las madres<sup>23</sup>. Igualmente, este estudio destaca la necesidad de las mujeres de un mayor seguimiento, lo que se podría realizar



**Tabla 6**  
Subcategorías y códigos para la categoría «Gestación y beneficios de un grupo de autoayuda»

Subcategoría	Código	Testimonio
Necesidades de las mujeres y carencias del sistema sanitario	No hay espacios para decir que no estás feliz	Dice la gente «pues estarás feliz» y tú piensas: sí, o sea, sí lo estoy, pero no hay derecho a decir que no lo estás. . . no hay ningún espacio para decir que no lo estás, no los hay (Cecilia).
	Un alcohólico anónimo de la maternidad	Yo siempre he dicho que estaría fenomenal que existiese una vez al mes un poco el «alcohólico anónimo de la maternidad» (Carla).
	Daban una clase y nos íbamos todas para casa	No fueron útiles [clases de preparación al parto] como para crear lazos o redes. Daban una clase y nos íbamos a casa. Mi pareja fue la mayor parte de los días, pero no interrelacionamos con los otros papás y mamás (Teresa).
	No existen grupos de no lactancia	La que decide o la que no puede, ¿qué pasa con ella? ¿dónde va a decir que está hecha una mierda? ¿a casa de su prima? (. . .) Porque no existen grupos de no lactancia, entonces eso está desatendido desde la parte de salud. Muchas mujeres que por decisión propia o porque no han podido no dan el pecho, ¿dónde quedan? ¿quién las está atendiendo? (Cecilia).
Grupo de madres como red de apoyo y acompañamiento	Un grupo de apoyo informal	De varias parejas del grupo de esas clases de preparación al parto, nos encontramos las mamás en un taller de lactancia y una de las mamás me dijo que tenían un grupo de WhatsApp y yo me uní (. . .) He tenido como un grupo de apoyo, que a mí me gusta llamarlo así, como un grupo de apoyo informal para dudas que teníamos. . . Pero también para decir, a lo mejor, ¿quedamos esta tarde? (Teresa).
	A mí me ha ayudado un montón lo de la red de apoyo	Me he sentido más cómoda con unas chicas como estas. . . un poco progres, un poco de mentalidad abierta y dispuestas a compartir este tipo de eventos (Mónica).
	Hemos intentado darles un apoyo [a otras mujeres]	Hemos sido «buenas samaritanas» porque nosotras tenemos un grupo que es como el núcleo duro, pero luego a las mamás a las que nos hemos ido encontrando, pues, viendo lo que nosotras hemos pasado, hemos intentado como darles un apoyo (Teresa).
	Es una vía de escape para cuando lo necesitas	Hablar de nuestras parejas, nuestra relación con nuestras parejas, de cómo nos estábamos organizando en casa, del apoyo que nos daban o no nuestras familias, o de cómo estábamos teniendo «problemas» con los amigos de siempre, cómo nos estábamos sintiendo, del tema de la fobia a la incorporación al trabajo (Teresa).
	Tienes un sitio donde explotar y nadie te va a juzgar	Es una vía de escape para cuando lo necesitas [el grupo de autoayuda] y una red para compartir información y cosas (Carla). Saber que tienes un sitio donde explotar con cualquier cosa que estés pensando y saber que nadie te va a juzgar, que todo el mundo te va a respetar y entender, y ayudar en lo que pueda (Carla).
Mal de otro, consuelo de tontos, dicen, pero ayuda	Yo agradezco mucho el apoyo del grupo que formamos de madres de posparto porque supuso una liberación, supuso un «no estabas sola», no eras la loca de la pradera, ¿sabes? Lo que te pasaba a ti, le pasaba a otra gente. Mal de otro, consuelo de tontos, dicen, pero ayuda (Sara).	

implementando estrategias como visitas domiciliarias y servicios telefónicos<sup>24</sup>.

Tal como se observa en este estudio, existen diferencias entre la atención de enfermería en atención primaria e intrahospitalaria<sup>25</sup>. Cuando las mujeres perciben insatisfacción, cuidados poco personalizados y una necesidad de más cercanía por parte de los/las profesionales de la sanidad, sienten mucha inseguridad<sup>20,25</sup>. Las experiencias negativas en la atención intrahospitalaria reportadas en este estudio también están relacionadas con exigencias del personal de enfermería para asumir los cuidados del bebé por encima de la recuperación de las mujeres, lo que puede suceder si en el ámbito hospitalario se promueve y presiona a las mujeres a ser madres perfectas<sup>3</sup>. Otro hallazgo llamativo es una ausencia de cribado de sintomatología de depresión posparto, a pesar de la evidencia de la necesidad de prevención y detección precoz para evitar complicaciones y favorecer un tratamiento oportuno y temprano<sup>26</sup>.

Por su parte, los hombres se sienten en segundo plano cuando en las consultas de salud infantil las/los profesionales de la sanidad se dirigen más a las mujeres. Aunque se incluya a los padres, la tendencia internacional es transmitir la información haciendo hincapié en las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la crianza<sup>6</sup>. Esto también se puede corroborar en un estudio nacional<sup>27</sup>, en el que se relaciona con problemas de acceso e incompatibilidad de horarios entre las prestaciones sanitarias y la jornada laboral de los padres. Para avanzar en la corresponsabilidad en la crianza, las/los profesionales deben fomentar en los hombres el involucramiento en su paternidad<sup>28</sup>.

Este estudio visibiliza que las mujeres no cuentan con espacios dentro de la atención sanitaria para expresar sus sentimientos y emociones, a pesar de ser una necesidad prioritaria. Que en las clases de preparación al parto no se facilite la creación de vínculos en las mujeres<sup>29</sup> hace que surja la necesidad de conformar espacios de autoayuda al margen de los servicios sanitarios<sup>30</sup>, como al que pertenecen las participantes de este estudio. Los grupos de autoayuda de mujeres suponen un espacio para compartir experiencias, información y conocimiento, y les permite comparar experiencias, normalizar situaciones y favorecer así su bienestar emocional<sup>31</sup>. Para que estos espacios funcionen, tiene que haber un número limitado de personas y sesiones suficientes para fortalecer los vínculos<sup>32</sup>. Actualmente, estos grupos parentales suelen estar liderados por matronas, quienes a su vez demandan una mayor formación en liderazgo y habilidades comunicativas<sup>33</sup>.

Como limitaciones, el universo de estudio se circunscribe a las mujeres de un grupo de autoayuda en concreto y sus parejas (excepto dos), por lo que se debe valorar si los resultados pueden ser extrapolables a otras realidades semejantes. Debido a que el grupo está conformado solo por mujeres, y que ciertos aspectos de salud reproductiva son vividos solo por ellas, no se ha podido contrastar la visión de los hombres en todos los apartados de resultados.

Como futuras líneas de investigación, sería recomendable profundizar en la experiencia vivida en cada una de las etapas desde el embarazo hasta la crianza teniendo en cuenta el contexto sanitario por el SARS-CoV-2 (COVID-19) y las estrategias implementadas, así como en la perspectiva de los hombres, pues solo se logró la saturación de la información en las mujeres. El estudio ha estado

influenciado por la perspectiva de género en salud desde su diseño debido a la formación de las investigadoras.

Según los criterios de confiabilidad descritos por Lincoln y Guba<sup>34</sup>, los resultados pueden ser útiles para comprender la percepción de la respuesta de la atención sanitaria recibida en madres y padres primerizas/os con características similares a las de la muestra señalada. En cuanto a la credibilidad, entre la primera y la segunda fase de recolección de datos se realizó un encuentro con las mujeres en el que se mostraron los resultados preliminares basados en las entrevistas, lo que retroalimentó los resultados finales. Para la consistencia, una de las autoras se incorporó cuando una parte del trabajo de campo y del análisis estaba concluida, actuando como auditora externa. Para la confirmabilidad, se desarrolló un trabajo reflexivo en cada una de las etapas de este trabajo donde se incluyó un registro de anotaciones y las citas textuales que soportan la interpretación de los resultados.

Para concluir, las madres y los padres primerizas/os necesitan: 1) en la etapa prenatal, acompañamiento en la transición hacia la maternidad y la paternidad en un lenguaje sencillo y accesible, por parte de las/los profesionales de la sanidad; 2) durante el parto, un trato más humanizado; y 3) en el posparto, recibir mayor información respecto a la salud de las mujeres y un mayor seguimiento desde una perspectiva biopsicosocial, y recibir más información sobre los cambios y transiciones de sus hijas/os, evitando contradicciones entre profesionales.

Dar protagonismo a los padres en la atención a las/los hijas/os permitirá fomentar también su participación en la crianza. Desde el sistema sanitario se debe fomentar la creación de vínculos entre madres y padres que comparten una misma experiencia, con el fin de constituir redes de apoyo. En consecuencia, se podrían reformular espacios ya existentes, como las clases de preparación al parto y los grupos de apoyo a la lactancia materna, y a la vez implementar nuevas estrategias dirigidas a dar respuesta a las necesidades en esta etapa de cambio vital.

### Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Este estudio forma parte de una tesis doctoral. Los datos están disponibles bajo petición a las autoras una vez publicados.

#### ¿Qué se sabe sobre el tema?

La asunción de la maternidad y la paternidad por primera vez conlleva cambios y dificultades que afectan al bienestar de madres y padres. Para afrontar este cambio vital, necesitan una atención sanitaria que fortalezca su seguridad y confianza, y recibir apoyo emocional, social e informativo.

#### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las madres y los padres primerizas/os reclaman de la atención sanitaria acompañamiento, entrega de información accesible, seguimiento biopsicosocial y fomentar la participación de los padres.

#### ¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Desarrollar estrategias sanitarias, o reformular espacios ya existentes, que apoyen la transición hacia la maternidad y la paternidad, y que fomenten la creación de redes de apoyo entre madres y padres que viven una misma experiencia.

### Editor responsable del artículo

Jorge Marcos-Marcos.

### Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### Contribuciones de autoría

M. Loezar-Hernández: conceptualización y diseño, recogida de datos, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito. E. Briones-Vozmediano: análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. M. Gea-Sánchez: revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación. L. Otero-García: conceptualización y diseño, recogida de datos, análisis e interpretación de los datos, revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobación de la versión final para su publicación.

### Agradecimientos

Las autoras quieren reconocer y agradecer a las y los participantes su tiempo y disposición a compartir sus experiencias. Este artículo forma parte de la tesis doctoral de la primera autora. La segunda autora cuenta con el apoyo del programa universitario Serra-Hünter de la Generalitat de Cataluña.

### Financiación

Programa de ayudas predoctorales de la Universidad de Lleida: Jade Plus-Fundación Bancaria La Caixa.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2021.12.005](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005).

### Bibliografía

1. Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, et al. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:1–14.
2. Salarvand S, Mousavi M-S, Esmailbeigy D, et al. The perceived health needs of primiparous mothers referring to primary health care centers: a qualitative study. *Int J Womens Health.* 2020;12:745–53.
3. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, et al. A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women Birth.* 2020;34:e451–60.
4. Dahl B, Heinonen K, Bondas TE. From midwife-dominated to midwifery-led antenatal care: a meta-ethnography. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:8946.
5. Jenkins MG, Ford JB, Morris JM, et al. Women's expectations and experiences of maternity care in NSW—what women highlight as most important. *Women Birth.* 2014;27:214–9.
6. Barimani M, Vikström A, Rosander M, et al. Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scand J Caring Sci.* 2017;31:537–46.
7. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y

- puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía;. 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. (Consultado el 18/12/2021.) Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC.533.Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC.533.Embarazo_AETSA_compl.pdf). Consultado 18.
8. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Organización Panamericana de la Salud. 2018 (Consultado el 18/12/2021.) Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/)
  9. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011 (Consultado el 18/12/2021.) Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
  10. Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2014;15:1–6.
  11. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t), Ministerio de Sanidad y Política Social;. 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2009/01.
  12. van Vulpen M, Heideveld-Gerritsen M, van Dillen J, et al. First-time fathers' experiences and needs during childbirth: a systematic review. *Midwifery.* 2021;94:102921.
  13. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, et al. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit.* 2011;25:483–9.
  14. Goberna-Tricas J, Banús-Giménez MR, Palacio-Tauste A, et al. Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery.* 2011;27:231–7.
  15. Álvarez-Valverde S, Pérez-Rivera FJ, Andina-Díaz E. Percepciones y deseos sobre el parto en gestantes a término en Zamora. *Enferm Clin.* 2020;30:411–8.
  16. Maroto-Navarro G, Ocaña-Riola R, Gil-García E, et al. Análisis multinivel de la producción científica mundial sobre paternidad, desarrollo humano e igualdad de género. *Gac Sanit.* 2020;34:582–8.
  17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24:105–12.
  18. Buultjens M, Murphy G, Robinson P, et al. Women's experiences of, and attitudes to, maternity education across the perinatal period in Victoria, Australia: a mixed-methods approach. *Women Birth.* 2017;30:406–14.
  19. May C, Fletcher R. Preparing fathers for the transition to parenthood: recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery.* 2013;29:474–8.
  20. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, et al. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Aten Primaria.* 2016;48:657–64.
  21. Nolan ML. Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *J Perinat Educ.* 2009;18:21–30.
  22. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:1–8.
  23. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, et al. Reassurance that you're doing okay, or guidance if you're not": a qualitative descriptive study of pregnant first time mothers' expectations and information needs about postnatal care in England. *Midwifery.* 2020;89:102813.
  24. Rowe HJ, Holton S, Fisher JRW. Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Aust J Prim Health.* 2013;19:46–52.
  25. Llobera R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Prof.* 2018;19:12–20.
  26. Marmi Camps M. Atención actuación de enfermería frente a la depresión postparto. *Musas.* 2017;2:57–85.
  27. Maroto Navarro G, Castaño López E, García Calvente MM, et al. Paternidad y servicios de salud: estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Rev Esp Salud Publica.* 2009;83:267–78.
  28. Maroto-Navarro G, Pastor-Moreno G. Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *J Clin Nurs.* 2013;2:3071–83.
  29. Coates R, Ayers S, de Visser R. Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:359.
  30. Haro Encinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina.* Bellaterra. 2000:101–62.
  31. Negron R, Martin A, Almog M, et al. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J.* 2013;17:616–23.
  32. Pålsson P, Persson EK, Ekelin M, et al. First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: implications for early parenthood preparation. *Midwifery.* 2017;50:86–92.
  33. Fabian H, Sarkadi A, Åhman A. Challenges and benefits of conducting parental classes in Sweden: midwives' perspectives. *Sex Reprod Healthc.* 2015;6:236–42.
  34. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry.* Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.