

José Arnau Sánchez¹
M. Teresa Martínez-Ros²
M. Ángeles Castaño-Molina³
M. Dolores Nicolás-Vigueras⁴
M. Emilia Martínez-Roche⁵

Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo

RESUMEN

Objetivo: explorar las emociones que emergen en la mujer durante el embarazo, parto y el puerperio a lo largo del itinerario asistencial de atención primaria y hospitalaria. **Método:** estudio cualitativo basado en la Teoría Fundamentada. Se realizaron dos grupos de discusión a profesionales: obstetras, matronas y enfermeras. Igualmente, se desarrollaron entrevistas en profundidad a mujeres en el puerperio. **Resultados:** las emociones de la mujer en la atención perinatal aparece como categoría central. A partir de ésta, las emociones negativas emergen por la interacción de cinco metacategorías: a) Miedo: dolor al parto y desajuste de expectativas, b) Ansiedad e incertidumbre: enfrentándose a la amenaza del riesgo y la desinformación, c) Vergüenza: comprometiendo la privacidad, d) Ira y Desamparo: asimetría en la estructura relacional, e) Soledad: discontinuidad en la atención asistencial. Las emociones positivas surge de la metacategoría: f) Tranquilidad y confianza: construyendo una interacción clínica simétrica y humanizada. **Conclusiones:** se constata una variabilidad emocional debido a la coexistencia de los modelos tecnocrático y biopsicosocial. Este proyecta humanidad en los cuidados perinatales, frente a un modelo biomédico marcado por una estructura relacional paternalista y asistencia fragmentada; ambos serán determinantes en la emergencia de emociones en la atención perinatal.

PALABRAS CLAVE

Emociones; atención perinatal; satisfacción del paciente; prestación de atención de salud; enfermería; enfermería obstétrica; enfermería materno-infantil (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Arnau Sánchez J, Martínez-Ros MT, Castaño-Molina MA, Nicolás-Vigueras MD, Martínez-Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*. 2016; 16(3): 370-381. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.3.8

1 orcid.org/000-0002-4617-0879. Universidad de Murcia, España. jarnau@um.es

2 orcid.org/0000-0001-9841-8066. Consejería de Sanidad, España. mariat.martinez4@carm.es

3 orcid.org/0000-0002-3617-8041. Universidad de Murcia, España. angeles.castano@um.es

4 orcid.org/0000-0001-9432-0432. Universidad de Murcia, España. mdnicolas@hotmail.com

5 orcid.org/0000-0001-8807-823X. Universidad de Murcia, España. udmatron@um.es

Recibido: 15 de noviembre de 2014

Enviado a pares: 17 de noviembre de 2014

Aceptado por pares: 28 de abril de 2016

Aprobado: 28 de abril de 2016

Exploring Women's Emotions in Perinatal Care: A Qualitative Study

ABSTRACT

Objective: To explore women's emotions during pregnancy, childbirth and the postpartum period throughout the primary and hospital care itinerary. **Method:** Qualitative study based on Grounded Theory. Two discussion groups were held with obstetricians, midwives and nurses. In-depth interviews were conducted with women in the postpartum period. **Results:** Women's emotions in perinatal care are a central category. Based on this category, negative emotions emerge from the interaction between five meta-categories: a) Fear: childbirth pain and mismatched expectations, b) Anxiety and uncertainty: facing the threat of risk and misinformation, c) Shame: compromising privacy, d) Anger and helplessness: asymmetry in the relational structure, e) Loneliness: discontinued care. Positive emotions emerge from meta-category: f) Calm and confidence: building a symmetrical and humanized clinical interaction. **Conclusions:** The researchers found an emotional variability due to the coexistence of the technocratic and bio-psycho-social models. These models cast a sense of humanism on perinatal care, compared to a biomedical model marked by a paternalistic, relational structure and a fragmented care; both are decisive in the emergence of emotions in perinatal care.

KEYWORDS

Emotions; perinatal care; patient satisfaction; health care services; nursing; obstetrical nursing; maternal-child nursing (Source: DeCS, BIREME).

Explorando as emoções da mulher no atendimento perinatal. Um estudo qualitativo

RESUMO

Objetivo: explorar as emoções que emergem na mulher durante a gestação, parto e pós-parto ao longo do itinerário assistencial de atenção primária e hospitalar. **Método:** estudo qualitativo baseado na Teoria Fundamentada. Realizaram-se dois grupos de discussão com obstetras, parteiras e enfermeiras. Além disso, desenvolveram-se entrevistas em profundidade a mulheres no puerpério. **Resultados:** as emoções da mulher no atendimento perinatal aparece como categoria central. A partir desta, as emoções negativas emergem pela interação de cinco metacategorias: 1) medo — dor ao parto e desajuste de expectativas; 2) ansiedade e incerteza — enfrentamento da ameaça do risco e da desinformação; 3) vergonha — comprometimento da privacidade; 4) ira e desamparo — assimetria na estrutura relacional; 5) solidão — descontinuidade no atendimento assistencial. As emoções positivas surgem da metacategoria: 6) tranquilidade e confiança — construção de uma interação clínica simétrica e humanizada. **Conclusão:** constata-se uma variabilidade emocional devido à coexistência dos modelos tecnocrático e biopsicossocial. Este projeta humanidade nos cuidados perinatais, diante de um modelo biomédico marcado por uma estrutura relacional paternalista e uma assistência fragmentada; ambos serão determinantes na eclosão das emoções no atendimento perinatal.

PALAVRAS-CHAVE

Emoções; atendimento perinatal; satisfação do paciente; prestação de atenção de saúde; enfermagem; enfermagem obstétrica; enfermagem materno-infantil (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

El embarazo, parto y puerperio, etapas del proceso perinatal, constituyen una poderosa experiencia para las mujeres caracterizada por un particular sentido de fragilidad, vulnerabilidad, estrés psíquico y cambios emocionales que marcan la vivencia de la mujer (1). El deseo de que el proceso reproductivo culmine con el nacimiento de una criatura sana, sin menoscabo de la salud materna, ha propiciado no solo la institucionalización médica de la atención perinatal, sino también una atención asistencial bajo la égida del modelo médico hegemónico (2, 3).

Este paradigma presenta rasgos basados en el biologicismo, estructura asimétrica y pasiva en la relación sanitario-paciente, privando a la mujer de la atención a la que tiene derecho. Esta despersonalización encuentra en las instituciones sanitarias una atmósfera muy favorable, excluyendo la actuación autónoma de los agentes de salud e instaurándose la secuencialización y el control del proceso productivo. Esta forma de trabajo fragmentada impacta en la vivencia de la mujer a lo largo del proceso reproductivo (4).

En el ámbito hospitalario se establece una asimetría de poder entre la mujer y los agentes de salud basada en una relación de dominio-adaptación en la que el paciente debe adaptarse a lo instituido, proyectando una visión empobrecida del enfermo, al que frecuentemente se le priva del respeto y la atención a que tiene derecho como persona. Esta despersonalización encuentra en el hospital moderno una atmósfera muy favorable dado que las prácticas sanitarias se llevan cabo en busca de la máxima racionalidad y productividad, excluyendo la actuación autónoma de los trabajadores e instaurándose la secuencialización y el control del proceso productivo. Esta forma de trabajo fragmentada y discontinua impacta en la vivencia de la mujer a lo largo del proceso reproductivo (4). Con base en esa estructura asimétrica que caracteriza al modelo médico hegemónico, la relación sanitario-paciente cobra importancia al considerarse uno de los principales indicadores de la calidad de la atención sanitaria prestada (5, 6). Conforme nos acercamos a un modelo intervencionista característico del pensamiento médico hegemónico, emerge un tipo de relación más paternalista donde el equipo obstétrico expresa sus objetivos técnicos y profesionales, desconociendo y excluyendo los saberes y afectos del paciente, expresándose a través de la negación, el desinterés o la carencia de importancia dada a la palabra del paciente. Los distintos tipos de interacción clínica que confor-

man la estructura relacional y se presentan en el contexto asistencial son el paternalista, consumista, informativo, deliberativo y sistémico. En este sentido, la estructura relacional va a estar en conexión con los valores institucionales y profesionales, generando unas prácticas asistenciales que son responsables de las situaciones emocionales que experimentan los usuarios cuando interactúan con la cultura de las instituciones sanitarias, determinando la percepción, la satisfacción y los sentimientos generados a partir de la experiencia vivida (5).

Encuestas corporativas de satisfacción de usuarios en atención especializada correspondientes a los Barómetros Sanitarios del año 2009 en la región de Murcia concluyeron que las infraestructuras del área de partos, la información ofrecida al usuario y el trato recibido por el personal sanitario necesitan ser mejoradas (7). Relacionado con la interacción clínica, el estudio cuantitativo desarrollado por Takács *et al.* (8) ponía de manifiesto que la comunicación escasa y el deficiente apoyo emocional del personal durante el parto y puerperio generaban una importante insatisfacción en la parturienta así como sentimientos de preocupación y angustia.

Otra investigación, llevada a cabo a 1400 mujeres embarazadas en Reino Unido, puso de manifiesto que el nivel de satisfacción de las mujeres en la experiencia del parto era deficiente cuando no recibían ayuda de los agentes de salud y estos entraban y salían continuamente de la sala de partos (9). Un reciente estudio realizado en Suecia y Australia mostró que los sentimientos de la mujer en el periodo perinatal se circunscribían al miedo originado por la incertidumbre durante embarazo y por la pérdida de autocontrol y deficiente apoyo del equipo de salud en el momento del parto (10). En esta línea, Roosevelt y Low (11), mediante el uso de grupos de discusión, identificaron que los sentimientos de miedo y ansiedad que la mujer podría experimentar en el parto estaban relacionados no solo con el dolor del parto, sino también con la dominante jerarquía médica y aspectos estructurales del modelo de cuidado de las maternidades.

Con la finalidad de mejorar la satisfacción de la mujer en el proceso reproductivo, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad español, publica en 2010 la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Esta contempla que los profesionales, por un lado, tienen dificultades para prestar excesiva atención al bienestar emocional de la mujer y adaptación a la maternidad y, por otro, deben comprender las necesidades básicas de la mujer

en la atención perinatal para asegurar una experiencia satisfactoria (2). Desde la psicología experimental se han clasificado las emociones como positivas y negativas para dar explicación a las reacciones de los individuos en su interacción y adaptación al entorno (12). En el contexto sanitario aparecen como resultado de las acomodaciones vitales que experimenta el paciente no solo en su interacción con el medio y el equipo asistencial, sino también en la concordancia o disonancia de sus expectativas con la atención recibida (13).

Así pues, el objetivo principal de este estudio fue identificar las emociones que se generan en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en relación con el itinerario asistencial de atención primaria y hospitalaria.

Materiales y métodos

Se trata de una investigación cualitativa, enmarcada en la Teoría Fundamentada (14) que forma parte de un proyecto más amplio cuyo objetivo general es estudiar el fenómeno de la humanización del parto y puerperio en los hospitales del Servicio Murciano de Salud.

Nos apoyamos en el desarrollo de grupos de discusión como técnica necesaria para captar con riqueza descriptiva las representaciones ideológicas que los profesionales poseen sobre las unidades de análisis por explorar (15). Se desarrollaron dos: uno perteneciente a personal de enfermería y matronas, y otro a personal médico. El primero estuvo constituido por tres enfermeras pertenecientes a la unidad de hospitalización de puerperio, tres matronas que ofrecen asistencia en unidad de paritorio y tres matronas que ejercen su actividad en atención primaria. El grupo focal relativo al equipo médico fue conformado por siete obstetras de las unidades de paritorio y hospitalización de puerperio.

Se recurrió a la entrevista en profundidad (16) por ser una herramienta de gran utilidad para el estudio de las emociones que permite a los sujetos de estudio analizar los detalles de su entorno así como recuperar el pasado de aquellas situaciones no observadas directamente. Esta técnica constituye un instrumento valioso para adentrarnos en las emociones que la mujer ha experimentado en el itinerario asistencial. Dado que se trataba de una investigación *at home* (15) y los investigadores eran conocidos en el campo laboral donde se llevó a cabo el estudio, se decidió que la moderación de los grupos de discusión y las entrevistas fuesen

realizadas por pedagogos ajenos al ámbito sanitario y expertos en el manejo de herramientas cualitativas, con el fin de evitar interferencias en el discurso de los participantes. Durante el desarrollo de las técnicas, las funciones del equipo investigador se circunscribieron a la supervisión del desarrollo de las sesiones y realización de anotaciones en el diario de campo de aquellos aspectos más relevantes para el análisis.

Una vez elaborado el guion del grupo de discusión y la entrevista fue validado mediante pruebas de pilotaje para comprobar la fiabilidad, estabilidad, consistencia, sensibilidad y especificidad del instrumento de recogida de datos (17). Para ello se realizaron dos grupos de discusión exploratorios a profesionales sanitarios en la Universidad de Murcia. Con esto se pretendía comprobar la fiabilidad y validez de las preguntas, adaptando o modificando aquellas confusas para el informante. Respecto a la entrevista, se hicieron tres pruebas piloto en tres centros de salud del área de estudio, seleccionando a puérperas que cumplieran los requisitos de inclusión en el estudio. Sobre esta herramienta se exploraron las siguientes dimensiones: a) inteligibilidad de las preguntas en cuanto a contenido y significado, b) coherencia entre la información que se pretende extraer con los objetivos del estudio, c) idoneidad del contexto y valoración del espacio, hora del día y duración de la entrevista, y por último, d) se prestaría atención a los procedimientos de inicio-desarrollo y final de la entrevista como proceso comunicativo.

Con el propósito de mejorar los resultados, se decide triangular los datos confrontando la información extraída a través de la observación a profesionales que forman parte del equipo obstétrico (matronas, obstetras y enfermeras), y cuyos datos fueron recogidos en el diario de campo. Dado que los investigadores eran conocidos en el ámbito hospitalario, se optó por una observación externa o no participante en la que los investigadores no se implican directamente con los informantes, manteniendo una posición neutra, sin alterar el escenario donde se desarrollan los acontecimientos (18). La distribución temporal fue de cuatro meses en centros de salud y seguidamente cuatro meses en hospital.

Los centros de salud de atención primaria y el hospital del área de salud I Murcia Oeste fueron seleccionados como unidades de estudio. Las unidades de observación relativas al centro de salud fueron las consultas de las matronas. A estas llegan las gestantes derivadas por su médico de familia para la captación y el seguimiento del embarazo de bajo riesgo. Se seleccionaron aquellos

centros de salud cuyas matronas actuaron como informantes clave para la selección de las puérperas y según variables del estudio relativas a: área de salud de pertenencia y existencia de unidades ginecológicas de apoyo (UGA). En aquellos centros de salud que poseen UGA, unidades donde se realiza control ecográfico a la embarazada, se permitiría no solo hacer una observación más exhaustiva de la atención integral a la gestante en atención primaria, sino también explorar la naturaleza de la relación clínica establecida entre la mujer, el obstetra y la matrona. Respecto al hospital fueron: unidad de paritorio (salas de dilatación y partos) y unidad de hospitalización de puerperio. Es en estos espacios donde no solo va recibir la atención al parto y puerperio, sino también donde la interacción con el equipo obstétrico va a ser mayor. En ambos niveles asistenciales la observación se centró en la actitud de los profesionales, la interacción con los agentes de salud, el proceso de comunicación en la interacción clínica, los sentimientos de la mujer que emergen de dicha relación y la información recibida por el equipo asistencial.

El diario de campo constituyó un recurso fundamental para el registro de memos analíticos y descriptivos. En él se recogieron anotaciones sobre el contexto donde tiene lugar la aplicación de las herramientas, las características medio-ambientales y de los informantes, sus reacciones, la colocación de los objetos, las emociones y los sentimientos de las participantes.

Los sujetos de estudio relativos a los profesionales se definieron atendiendo a variables específicas de selección. Los perfiles básicos de las mujeres que iban a formar parte del estudio siguieron los siguientes criterios: nivel asistencial de procedencia (Atención Primaria y Hospital del Área I salud), tipo de parto (eutócico, fórceps, vacuum, cesárea no electiva), acompañamiento (continuo o permanente de la pareja), origen (españolas e inmigrantes con dominio del español), edad (20-40 años), antecedentes obstétricos (primíparas y multíparas). En relación con los profesionales, estos fueron seleccionados atendiendo: a) al nivel asistencial de procedencia, b) perfil profesional y c) funciones que desarrolla. La muestra total fue conformada por 18 mujeres y 16 profesionales. El muestreo finalizó cuando no se encontraron aportaciones relevantes para el estudio y se alcanzó la saturación de los datos (17).

El trabajo de campo se realizó entre enero y diciembre 2010. Los encuentros tuvieron lugar en seis centros de salud, excepto una entrevista que se desarrolló en el domicilio por expreso

deseo de la mujer. Los testimonios fueron grabados en formato MP3. Las entrevistas duraron entre 60 y 90 minutos.

El proceso de análisis de los datos fue desarrollado siguiendo los principios de la teoría fundamentada (14) y realizando una codificación abierta, axial y selectiva. En la codificación abierta, los datos fueron fragmentados en unidades más simples y manejables denominados códigos. Posteriormente, seguimos el método de la comparación constante para encontrar similitudes y diferencias entre ellos. Durante este proceso se obtuvieron categorías y metacategorías. Se codificaron 71 códigos, los cuales fueron categorizados en 16 metacategorías. Posteriormente, en la codificación axial se analizaron, compararon y discutieron estas categorías individuales emergentes para la elección de las categorías predominantes. Se continuó con el muestreo teórico a la búsqueda de nuevos casos que aportaran más información y ayudaran a definir la teoría. Con el proceso de codificación selectiva, y siguiendo el método de la comparación constante, se reorganizaron las categorías preliminares en categorías mayores. En total se hallaron seis categorías que dieron consistencia a los hallazgos. Estas constituyeron las áreas de conocimiento a partir de las cuales, y por saturación teórica, emergió la categoría central: emociones de la mujer en la atención perinatal. Esta aportó sentido a los datos y sus interrelaciones.

Este estudio fue aprobado por el comité ético institucional del Área de Salud. Posteriormente, se enviaron cartas a la Gerencia de dicha Área detallando el propósito de la investigación. Los sujetos de estudio accedieron a participar libremente, previa entrega de información verbal y escrita antes de obtener su consentimiento informado por escrito. Asimismo, se les pidió el consentimiento verbal y escrito para realizar las grabaciones y se garantizó la confidencialidad de los datos. Los participantes fueron informados de sus derechos y que ellos podrían abandonar el estudio en cualquier momento si lo deseaban (19). Con la finalidad de preservar el anonimato, se utilizaron pseudónimos.

Resultados

Identificadas las categorías y sus relaciones teóricas, se estableció el proceso analítico de acción e interacción de las mismas que dio explicación a las emociones que expresa la mujer en la atención perinatal. Este proceso representa el significado simbólico que emana de la interacción clínica. Las categorías constituidas fueron miedo: dolor al parto y desajuste de expectativas; ansiedad

e incertidumbre: enfrentándose al halo del riesgo y la desinformación; vergüenza: comprometiendo la privacidad; ira y desamparo: asimetría en la estructura relacional; soledad: discontinuidad en la asistencia; tranquilidad y confianza: construyendo una interacción clínica simétrica y humanizada.

Miedo: dolor al parto y desajuste de expectativas

El miedo tiene un origen multifactorial, con la relación clínica de los profesionales y el impacto de la cultura institucional en la atención del proceso como ejes principales. Los factores que van a dar lugar a esta emoción están estrechamente vinculados a la falta de cumplimiento de expectativas de la mujer y al desajuste en las transacciones entre la mujer y los agentes de salud. Otro factor vinculado al miedo, que adquiere relevancia en los testimonios, es el dolor de las contracciones. Estas provocan que la experiencia sea vivida de manera traumática ante el miedo a que sean muy dolorosas.

... Teníamos planificado que mi marido iba a estar conmigo durante toda la dilatación y el parto, sin embargo me tocó vivirlo sin compañía porque los profesionales no le dejaron pasar y eso me asustó mucho porque era algo en lo que habías pensado durante todo el embarazo y finalmente no se pudo dar" (P 10).

... me daban contracciones ya dolorosas, no dilataba nada, y era muy doloroso. Finalmente me pusieron la epidural, y ya maravilloso porque yo ahí me relajé [...]. Yo creo que no lo hubiera disfrutado si no hubiera tenido la epidural, hubiera sido algo horrible (P 13).

Las mujeres se ponen muy nerviosas y están atemorizadas cuando ven que tienen contracciones y el anestesista tarda en ponerle la epidural, y ya no te digo nada cuando ha pasado el tiempo y no se la pueden poner (M/área de paritorio - Diario de campo).

Ansiedad e incertidumbre: enfrentándose al halo del riesgo y la desinformación

Esta categoría se conforma cuando existe un desconocimiento real de lo que puede ocurrir a lo largo de la atención perinatal, siendo el riesgo que entraña el proceso la principal preocupación. Este es representado como una amenaza constante, que no solo podría afectar la evolución de la gestación y el parto, sino también al estado de bienestar fetal.

Estas emociones se presentan en los dos niveles asistenciales. Mientras que en atención primaria obedece a factores relacionados con las experiencias previas y la amenaza del riesgo, en la atención hospitalaria emerge como resultado de un importante déficit de información por parte de los profesionales. Aunque este sentimiento aparece en la sala de dilatación, se hace más evidente en la unidad de hospitalización de puerperio debido a la escasa educación sanitaria relacionada con el asesoramiento de la lactancia y los cuidados del recién nacido.

...estuve bastante preocupada con este embarazo porque hace tres años me quedé embarazada y tuve un problema en la placenta que finalmente me tuvieron que ingresar (P/atención primaria - Diario de campo).

Cuando subes a púerperas, estás muy desorientada y lo pasas fatal porque no sabes cómo manejar a tu niño [...]. Eché de menos unas nociones básicas, por ejemplo, ¿qué haces cuando tiene gases?; ¿lo pongo de una postura u otra?, ¿le puedo dar manzanilla o no le doy? [...], en ese sentido. Ahí, la atención sí que fue muy deficiente (P 4).

...lo cierto es que aunque las enfermeras en planta damos información sobre lactancia, en ocasiones es insuficiente para la señora. Yo creo que si estuviéramos más implicadas, la lactancia sería más exitosa (E 1).

Vergüenza: comprometiendo la privacidad

La vergüenza se presenta en el área de paritorio y unidad de púerperas ante la pérdida de intimidad causada tanto por factores estructurales como por la actitud de los profesionales. La observación constató que las dilataciones son compartidas y el acceso a estos espacios permanece constantemente abierto. Lo mismo ocurre en el piso de púerperas donde en cada habitación hay dos camas separadas por una cortina, circunstancia que impide preservar la intimidad de la mujer en ambos espacios.

...las habitaciones [las de dilatación] se comunican unas con otras. En la otra habitación había una chica con su familiar y estaban mirándome, sentí un poco de vergüenza estar tan expuesta (P 1).

...las salas de paritorio son como un mercado, mucha gente entrando y saliendo, ¿ves? No hay privacidad para la mujer (M/ unidad de paritorio - Diario de campo).

...hay mucha gente alrededor de la mujer en el momento del parto, probablemente sea muy incómodo para la mujer que está pariendo (O 4).

Cuando estuve en la planta fue bastante incómodo porque no había intimidad [...]. Era muy difícil porque la otra señora estaba al lado con sus acompañantes (P 7).

Ira y desamparo: asimetría en la estructura relacional

Estas emociones aparecen de manera clara en la unidad de hospitalización de puerperio debido a una marcada estructura relacional paternalista entre el obstetra y la mujer, dando lugar a un déficit de apoyo informativo y tangible por parte del equipo asistencial. En este espacio se pone de manifiesto una jerarquía estructurada que coloca al personal médico en la escala superior de la estructura y al resto de profesionales en posiciones subordinadas. Este espacio jerarquizado y de sumisión al colectivo médico ejerce una influencia en las actitudes del personal de enfermería, las cuales van a estar orientadas hacia una relación clínica fría y distante que conlleva despersonalización de la asistencia a la mujer.

...ese trato de "venga, si te quieres ir de alta ya puedes ir estirando las piernas", lo recuerdo fatal [...]. Me hizo sentir fatal, no sé qué adjetivo ponerle a esa situación. Me dio mucha rabia que me tratara así (P 3).

Nosotras pasamos la consulta con los médicos a las 9 de la mañana, vamos con las historias clínicas de cada señora y preparándoles todo lo que necesitan para la exploración, como toda la vida se ha hecho, en esto no se ha cambiado nada (E 1).

Estás bien en el hospital por lo que te puedan ayudar los familiares, pero ahí las enfermeras no están contigo. Las enfermeras no te ayudan a levantarte, y el primer día no te puedes ni levantar, te sientes muy débil (P 7).

Soledad: discontinuidad en la atención asistencial

Relacionado con lo anterior, emerge la soledad por la falta de atención del equipo debido a la propia organización asistencial basada en los principios del modelo médico hegemónico. En el hospital de estudio existe una organización de trabajo taylorizada

en la medida que las matronas realizan sus actividades por tareas y no por procesos, hecho que dificulta la atención personalizada y el continuum asistencial a la mujer. Tanto los profesionales como las mujeres lo perciben como una atención despersonalizada

...lo que es la dilatación, como un poco de abandono, pero... porque ves tantas señoras, y solo una matrona por ahí mirando, y dices: "se le habrá olvidado que estoy yo" (P 1).

...no es lo mismo la relación que tú estableces con un profesional con el que te tiras 12 o 14 horas atendiéndote, asistiéndote, recuperándote; a un profesional que te coge una vía, otro te pone la epidural, otro te hace el expulsivo y otro te hace el puerperio; al final no te quedas con la cara de nadie (O 5).

El problema es que hay momentos puntuales que se sienten un poco solas [...]. Aunque soy consciente de que están solas, es muy difícil ofrecerles una asistencia continua porque tengo que atender a más mujeres (M 6).

Tranquilidad y confianza: construyendo una interacción clínica simétrica y humanizada

Esta categoría emerge como resultado de la percepción de una atención personalizada basada en el diálogo, aportada tanto por las matronas de atención primaria como por aquellas que desarrollan su actividad en las salas de paritorio. La percepción de tranquilidad y confianza surge de la ayuda facilitada a la mujer por el equipo obstétrico para cubrir sus necesidades relacionadas con las dudas que se le pueden plantear a lo largo del proceso reproductivo, así como las actitudes de los mismos profesionales relacionadas con la empatía, sensibilidad, cortesía y amabilidad.

...con la matrona de atención primaria me comunicaba muy bien, si no hubiera sido como es ella, no me habría resultado fácil el contarle cualquier problema, y eso me dio tranquilidad y confianza (P 4).

...la matrona que me atendió en el parto fue muy simpática, recuerdo que me decía: "sí, ya sé que esto es muy doloroso, más sin epidural", dice, "pero bueno, te ha venido así, tú confía en mí, dame la mano, apriétame a mí..." Estuvo ahí conmigo todo el tiempo hablándome (P 15).

...para mí el parto fue una experiencia muy grata y satisfactoria. Recuerdo que los médicos y las matronas estaban conmigo

constantemente, me preguntaban cómo me encontraba, qué necesitaba. Fueron todos muy amables, sabían en todo momento lo que podía necesitar (P 17).

Categoría central: emociones de la mujer en la atención perinatal

Una vez analizado el itinerario asistencial de atención primaria y hospitalaria que la mujer debe recorrer en todo el proceso perinatal, se llegó a comprender que aunque aparecen emociones positivas relativas a la tranquilidad y confianza, y negativas basadas en el miedo, la incertidumbre, la vergüenza, la soledad, la ira y el desamparo, son estas últimas las que adquieren mayor relevancia en la atención hospitalaria. Los datos arrojaron que la mujer tiene que realizar múltiples procesos de adaptación y acomodación en su interacción con el entorno donde tendrá lugar la atención obstétrica. Un medio que se rige por una organización sanitaria propia del pensamiento tecnocrático y un modo de entender la atención obstétrica compatible con los principios del modelo biomédico. Esta relación repercute negativamente en las expectativas creadas por la mujer y, por consiguiente, en la satisfacción de la experiencia vivida en el medio hospitalario. Sin embargo, en momentos puntuales, el equipo de salud trata de satisfacer y humanizar la experiencia de la mujer conectándose con sus valores, deseos, preocupaciones y expectativas, garantizando una experiencia rica en emociones positivas.

Discusión

El estudio pone de manifiesto que el dolor a las contracciones y el desajuste entre la información adquirida en atención primaria y lo que sucede en la institución hospitalaria es la principal causa del miedo experimentado en la mujer en atención hospitalaria. Investigaciones internacionales relacionan el miedo con las creencias, experiencias negativas en el parto anterior, deficiencias en la información aportada y la falta de empoderamiento de la mujer en las decisiones sobre el proceso reproductivo (20, 21); sin embargo, en nuestro estudio adquiere mayor relevancia la incapacidad de la mujer ante el abordaje del dolor, la idea de un dolor inaguantable y el desajuste de expectativas derivado de la escasa adecuación de información desde la atención primaria. Resultados que coinciden con estudios de corte cuantitativo y cualitativo cuyos hallazgos revelan, por un lado, que la mayor preocupación de las mujeres es el grado de dolor y su duración en el parto así como la inseguridad que tienen para enfrentarse a esta emo-

ción, y, por otro, la necesidad del equipo de salud en explorar las expectativas de la mujer sobre su parto y ajustar la información obtenida en atención primaria para reducir tanto el dolor como el miedo en el parto (10, 22-24).

Relacionado con lo anterior aparecen la incertidumbre y ansiedad, emociones que surgen del halo del riesgo amenazante durante la gestación, el déficit en la información aportada a la mujer, la actitud de los profesionales en la atención obstétrica y las experiencias previas en gestaciones anteriores (21, 25). Respecto a ello, nuestro estudio difiere de otras investigaciones que afirman que la incertidumbre se circunscribe al momento del parto, evidenciando no existir una clara relación entre la ansiedad y las experiencias previas (26, 27). No obstante, recientes investigaciones concluyen que existen altos niveles de incertidumbre y ansiedad en nulíparas más que en multíparas debido a la excesiva preocupación por el estado de bienestar del feto (28, 29). Esta circunstancia no se presentó en el ámbito de estudio.

Respecto a las emociones que surgen derivadas de la estructura relacional entre el equipo asistencial y la mujer, los hallazgos se alinean con otros estudios que concluyen que la falta de información del equipo de salud sobre la evolución del proceso reproductivo dificulta un adecuado manejo de los sentimientos de la mujer durante el proceso perinatal (21-23, 10). Esta situación de estrés interfiere en los procesos de acomodación, adaptación y evolución de los acontecimientos que se desarrollan a lo largo del itinerario asistencial, hecho que explica que las mujeres manifiesten la necesidad de tener una interacción clínica simétrica con la finalidad de establecer una comunicación empática que les permita sentir el apoyo emocional y espiritual de los agentes de salud; aspectos estos importantes para la percepción satisfactoria de la vivencia del proceso perinatal (10, 30). Relacionado con ello, la matrona de atención primaria emerge como la profesional que fácilmente se alinea con los valores y las necesidades de la mujer. Sus actitudes, basadas en la confianza y el diálogo, constituirán los principales ejes de la interacción clínica, contribuyendo a cumplir las expectativas y necesidades de la mujer en el control prenatal (24, 31).

En relación con la interacción clínica, en la unidad de hospitalización de púerperas existe unidireccionalidad de la comunicación y ausencia de *feedback* con la mujer, lo que genera sentimientos de ira y desamparo. Esto pone de relieve la presencia de un modelo médico hegemónico fuertemente instaurado en el ámbito hospi-

talario que fomenta un tipo de interacción clínica paternalista, que interfiere en la visión holística de la mujer. Los hallazgos coinciden con estudios que revelan que este pensamiento tecnocrático es incompatible con la función cuidadora del equipo asistencial, el cual está centrado en el empleo de prácticas científico técnicas con escasa competencia relacional (3, 32). Aunque los participantes del estudio ponen de manifiesto que el factor generacional influye en este tipo de estructura relacional, la investigación no ofrece datos para hacer tal aseveración dado que no se contempló dicho criterio en el estudio. Asimismo, los resultados revelan una importante jerarquización en las relaciones entre profesionales, fruto de la cultura de las organizaciones sanitarias, las cuales siguen los principios del modelo médico hegemónico. Pese a que actualmente se están abriendo a otros modelos, a día de hoy se sigue trabajando de una manera jerarquizada y centrada en el modelo tecnocrático (3, 33).

Los hallazgos ponen de manifiesto que las matronas pertenecientes a la unidad de paritorio tienen dificultad para el desarrollo de un abordaje de cuidados holísticos debido a la organización asistencial regida por los principios del modelo biomédico, lo que genera sentimientos de soledad y desconfianza en la mujer. Esta afirmación está en concordancia con investigaciones que señalan que el hospital supone un ambiente despersonalizado en el cual no es posible mantener una relación individualizada basada en la confianza, y como tal satisfactoria, debido a la falta de continuidad de los cuidados (24, 34). Sin embargo, revisiones recientes realizadas por la Cochrane acerca de los diferentes modelos de cuidados ofrecidos por la matrona en el parto, concluyen que pese a la existencia de estudios que vinculan la atención continuada con la satisfacción de la mujer, aún no se puede aseverar tal relación (35).

A tenor de los resultados se comienza a vislumbrar un modelo de atención biopsicosocial que proporciona un mayor humanismo a la atención asistencial. Este aspecto se da tanto en atención primaria como en la unidad de paritorio. En estos espacios tiene lugar un tipo de estructura relacional sistémica basada en la mutua confianza y el diálogo. Aunque este tipo de interacción lo ofrecen tanto obstetras como matronas, son estas las que más lo dispensan, convirtiéndose en un profesional que no solo proporciona autonomía y seguridad a la mujer, sino que es capaz de adentrarse en sus valores y detectar sus necesidades (23, 24, 35).

En relación con las infraestructuras, el estudio muestra que estas son inadecuadas en las salas de parto y unidad de puerperas, comprometiendo no solo la calidad de los cuidados sino tam-

bién la privacidad de la mujer, provocándole vergüenza. Respecto a ello, la investigación se alinea con los resultados de otros estudios que relacionan los elementos arquitectónicos de los espacios donde se lleva a cabo la atención perinatal con la calidad asistencial y las emociones que experimenta la mujer, argumentando que intimidad, seguridad y privacidad solo se consiguen cuando la mujer da a luz en entornos arquitectónicamente adaptados para ello (35, 36).

Entre las limitaciones de la investigación, aparte de las anteriormente mencionadas relativas al factor generacional y su impacto en la estructura relacional, se deberían contemplar los valores adquiridos por los profesionales en el proceso de socialización laboral. Este aspecto ayudaría a entender hacia qué modelo de atención se orienta la práctica profesional. Asimismo, se deben destacar las limitaciones asociadas al desarrollo de una investigación *at home*, dado que los investigadores están directamente involucrados en el escenario laboral. Por otra parte, ante la dificultad en desplazar a las mujeres a un lugar neutro, se optó por desarrollar las entrevistas en las instituciones. Teniendo en cuenta el sesgo que podría causar en los discursos de las participantes, esta circunstancia fue contemplada por los investigadores.

Conclusiones

La atención perinatal en el área I de salud de la región de Murcia está regida bajo la égida de un modelo médico hegemónico fuertemente instaurado. Este va a ser determinante en las emociones negativas que emergen en la atención perinatal, en la medida que la atención asistencial va a estar basada en una estructura asimétrica, reduccionismo de la mujer, homogeneización de las necesidades en la asistencia perinatal y segmentación de los cuidados perinatales ofrecidos por el equipo asistencial. Estos aspectos contribuyen a proveer una interacción clínica paternalista que dificultará seriamente el acomodamiento y afrontamiento de situaciones de estrés de la mujer en el ámbito hospitalario, repercutiendo negativamente en su experiencia vivida. Sin embargo, desde el ámbito de la atención primaria y salas de partos emerge una estructura relacional deliberativa compatible con un modelo humanista que contribuye a un aumento del empoderamiento de la mujer, y proporciona una vivencia más satisfactoria y rica en emociones positivas.

Consideramos que este estudio puede aportar un conocimiento exhaustivo acerca de la satisfacción de la mujer en la atención

perinatal en un momento de confrontación de paradigmas biomédicos y humanistas. El conocimiento de las emociones de la mujer en la atención perinatal puede ayudar a los profesionales relacionados con la atención obstétrica a hacer una reflexión crítica de sus prácticas orientándolas a un modelo de asistencia cuyo eje

sea la mujer, contemplando sus valores, necesidades y expectativas. Asimismo, los resultados del estudio podrían contribuir a que las administraciones sanitarias reflexionen y elaboren estrategias eficaces para impulsar un modelo de atención compatible con la humanización del proceso reproductivo.

Referencias

1. AWHONN. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015;44(5):687-89.
2. Ministerio Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud 2010 [citado 2013 dic 15]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
3. Hunter B, Segrott J. Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway for normal labour. *Sociology of Health & Illness*. 2014;36(5):719-37.
4. Menéndez EL. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. 2005. [citado 2014 jul 11]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RA-SO0505110033A>
5. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on health-care outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoSOne*. 2014;9(4): e94207.
6. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*. 2016 Feb 26 [citado 2016 mar 24]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-016-3597-2>
7. Barómetro sanitario 2009. Tabulación por comunidades. [Internet]. Madrid: Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad [citado 2014 abril 17]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2009_Total_Por_CCAA.pdf
8. Takács L, Seidlerová JM, Smolík F, Hoskovcová S, Antonín P, Vařáková J, et al. Satisfaction with perinatal care in Vysočina region in the period between October 2013 and September 2014. *Ceska Gynekol*. 2016; 80(6):426-35.
9. Redshaw M, Heikkila K. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010 [Internet]. University of Oxford. The National Perinatal Epidemiology Unit; 2010 [citado 2014 abril 11]. Disponible en: <https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/reports/Maternity-Survey-Report-2010.pdf>
10. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitude and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 [citado 2016 mar 30]; 12: 55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449179/>
11. Roosevelt L, Low LK. Exploring Fear of Childbirth in the United States Through a Qualitative Assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. *JOGNN*. 2016;45(1):28-38.
12. Piqueras J, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 2009;16(2):85-112.
13. Rodríguez J, Zurriaga R. Estrés, enfermedad y hospitalización. *Revista Psicothema*. 1999;11(1):237-38.
14. Bowen GA. Grounded theory and sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods*. 2006;5(3):13-23.
15. Téllez A. La investigación antropológica. Alicante: Editorial Club Universitario; 2007.
16. Vargas Jiménez, II. The interview in the qualitative research: trends and challengers. *Revista Calidad en la Educación Superior*. 2012;3(1):119-39.

17. Anderson C. Presenting and evaluating qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2010 [citado 2016 mar 24]; 74(8). Disponible en: <http://www.ajpe.org/doi/pdf/10.5688/aj7408141>
18. Anguera MT. Metodología cualitativa. En: Anguera MT, Arnau J, Ato M, Martínez MR, Pascual J, Vallejo G, editors. *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis; 1995. p. 513-76.
19. WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. Helsinki: WMA General Assembly. Jun 1964. [citado 2015 feb 12]. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
20. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*. 2015;31(1):239-46.
21. Stoll K, Edmonds JK, Hall WA. Fear of childbirth and preference for cesarean delivery among young American women before childbirth: a survey study. *Birth*. 2015;42(3):270-6.
22. Klomp T, Manniën J, De Jonge A, Hutton EK, Lagro-Janssen AL. What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain management? A qualitative interview study into expectations of management of labour pain for pregnant women receiving midwife-led care in the Netherlands. *Midwifery*. 2014;30(4):432-38.
23. Haines HM, Holdingsson I, Pallant JF, Rubertson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *JOGNN*. 2013;42(4):428-41.
24. Anwar S, Jan R, Qureshi RN, Rattani S. Perinatal women's perceptions about Midwifery led model of care in secondary care hospitals in Karachi, Pakistan. *Midwifery*. 2014;30(3):e79-e80.
25. Shorten A, Shorten B, Kennedy HP. Complexities of choice after prior Cesarean: A narrative Analysis. *Birth*. 2014;41(2):178-84.
26. Storksén HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*. 2012;91(2):237-42.
27. Storksén HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Gran ME. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*. 2013;92(3):318-24.
28. Rouhe H, Salmela K, Toivanen R, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG* 2013;120(1):75-84.
29. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Baya S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(5):667-77.
30. Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *JOGNN*. 2012;41(3):398-407.
31. Butler MM, Sheehy L, Kington M, Walsh MC, Brosnan MC, Murphy M, et al. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery*. 2015;31(4):418-25.
32. Schwennesen N, Koch L. Representing and intervening: 'doing' good care in first trimester prenatal knowledge production and decision-making. *Sociology of Health & Illness*. 2012;34(2):283-98.
33. Copeland F, Hannah G, Dahlen, Homer SE. Conflicting contexts: Midwives' interpretation of childbirth through photo elicitation. *Women and Birth*. 2014;27(2):126-31.
34. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub3>
35. Stark MA, Remyne M, Zwelling E. Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JOGNN*. 2016;45(2):285-94.
36. Martin D, Nettleton S, Buse C, Prior L, Twigg J. Architecture and Health Care: a place for sociology. *Sociology of Health & Illness*. 2015;37(7):1007-22.