

**EXPERIENCIAS DE PARTO TRAUMÁTICO Y
NARRATIVAS SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DEL
VÍNCULO**

Ariadna de Haro Jiménez, Margarita Martínez Alonso y Miryan
Martínez Jiménez

ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD
MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	3
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	4
2. MÉTODO	11
2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	11
2.2. POSICIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR.....	11
2.3. PERIODO DE ESTUDIO.....	12
2.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	12
2.5. PROCEDIMIENTO.....	13
2.6. ANÁLISIS DE DATOS.....	15
2.7. CRITERIOS DE RIGOR.....	16
2.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	17
3. RESULTADOS.....	18
3.1 EXPERIENCIA DE PARTO.....	18
3.2 EXPERIENCIA EN EL POSPARTO.....	28
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	39
4.1 EXPERIENCIA DE PARTO TRAUMÁTICO.....	40
4.2 EXPERIENCIA EN EL POSPARTO.....	46
4.3 LIMITACIONES, FORTALEZAS Y RETOS FUTUROS.....	52
4.4 CONCLUSIONES.....	55
5. AGRADECIMIENTOS.....	57
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
7. ANEXOS.....	75
7.1 ANEXO I. CUESTIONARIO AD HOC.	75

7.2. ANEXO II. TABLAS.	77
7.3. ANEXO III. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.....	83
7.4 ANEXO IV. HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES.....	84
7.5. ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REVOCACIÓN DE PARTICIPACIÓN.....	89
7.6. ANEXO VI. MAPAS CONCEPTUALES DE DATOS CUALITATIVOS REALIZADOS CON EL PROGRAMA MAXQDA 2024.....	91

Resumen y palabras clave

El principal objetivo de este estudio fue investigar la vivencia de parto traumático y el vínculo materno-filial durante el primer año de vida en mujeres que han dado a luz en distintos Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Para ello, se diseñó un estudio fenomenológico donde se realizaron entrevistas semiestructuradas a doce mujeres que habían experimentado su parto como traumático. Los datos fueron analizados mediante un análisis de contenido temático con el programa MAXQDA 2024.

Los resultados mostraron un tema: "Experiencia de parto traumático", dos categorías: "Experiencia de parto", "Experiencia en el posparto" y nueve subcategorías: "Peligro vital", "Complicaciones durante el parto", "Falta de control", "Malestar en el parto", "Trato inadecuado", "Primer contacto con el bebé", "Experiencia de la madre con el bebé en el posparto", "Estado de la madre durante el posparto", y "Apoyo percibido".

Estos hallazgos indican que los factores asociados a un parto traumático impactaron en la forma en que las mujeres vivencian la construcción del vínculo con su bebé, lo cual también estuvo influido por el apoyo del entorno en el posparto. Es necesario ofrecer ayuda psicológica a mujeres que hayan vivenciado su parto como traumático para garantizar el desarrollo óptimo de la díada madre-bebé, así como la coordinación y el apoyo entre los Servicios de Salud Mental Perinatal y Obstetricia y Ginecología.

Palabras clave: parto traumático, vínculo madre-bebé, maternidad, modelo ecológico.

1. Introducción y justificación

La maternidad es una experiencia profundamente transformadora para aquellas mujeres que deciden transitar por ella (Fernández & Olza, 2020), pues supone una travesía llena de desafíos cargados de una pluralidad de significados (Boudiou et al., 2005; Knibiehler & Fouquet, 1980; Thébaud, 2005). La transición hacia la maternidad, exceptuando circunstancias de adopción o similares, se simboliza a través de un proceso físico que constituye un rito de paso: el parto (Larkin et al., 2009). Se trata de una experiencia compleja, influenciada por una variedad de factores ambientales y personales que afectan la vivencia subjetiva de cada mujer, siendo cada experiencia singular y única (Olza, 2021). En algunos casos, puede resultar especialmente difícil de afrontar, convirtiéndose en un evento de gran impacto emocional.

El concepto de parto traumático es difícil de definir, pues se fundamenta en la percepción subjetiva de la mujer que da a luz. Es decir, incluso en ausencia de daño físico, algunas mujeres pueden sufrir consecuencias emocionales si perciben su parto como una vivencia traumática (Frankham et al., 2023). En la literatura se define como “la experiencia de una mujer acerca de interacciones y/o acontecimientos directamente relacionados con el parto que causaron emociones y reacciones desbordantes y de profundo estrés, generando un impacto negativo a corto o largo plazo en su salud y su bienestar” (Leinweber et al., 2022). En el presente estudio hablaremos de experiencia de parto traumático con el fin de enfatizar la relevancia del juicio subjetivo.

Sobre los factores asociados a que un parto sea experimentado como traumático, la investigación señala, por un lado, características relacionadas con el propio proceso de parto: parto instrumentalizado (Hernández-Martínez et al., 2020; Kjerulff et.al, 2021), parto

premature (Chabbert et al., 2021; Sommerlad et al., 2021), ausencia de contacto piel con piel, ingreso hospitalario del bebé, administración de oxitocina sin consentimiento, percepción de trato irrespetuoso por parte de los profesionales (Martínez-Vázquez, 2021) o complicaciones físicas en la madre (Beck et al., 2011). Por otro lado, se recogen variables psicológicas relacionadas con el evento: falta de percepción de control, sensación de baja autoeficacia (O'Donovan et al., 2014) o discrepancia entre las expectativas previas y la experiencia real (Wijma et al., 1997).

Algunas mujeres pueden llegar a desarrollar síntomas compatibles con el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) (APA, 2022), que incluye los siguientes criterios: por un lado, requiere la exposición a la muerte, una lesión grave o violencia sexual, ya sea de manera real o como una amenaza; y, por otro, la presencia de las siguientes categorías sintomáticas: síntomas relacionados con la reexperimentación, evitación de estímulos asociados, presencia de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso, así como desarrollo de síntomas relacionados con el estado de alerta y reactividad. La literatura científica señala que entre el 3 y el 4% de las mujeres cumple criterios diagnósticos de TEPT tras el parto (Ayers, et al., 2015; Yildiz et al., 2017). Además, un 15% se encuentra en un grupo de alto riesgo (Yildiz et al., 2017), 16,8% presenta niveles subclínicos (Dekel et al., 2017) y aproximadamente una tercera parte describe su parto como una experiencia traumática (Alcorn et al., 2010; Baptie et al., 2020; Radoš et al., 2020). Estos datos sugieren que, si bien el TEPT es una posible consecuencia, no todas las mujeres que viven su parto como traumático desarrollan este trastorno (Greenfield et al., 2016).

Una vivencia de estas características puede suponer un profundo impacto en la vida de quienes pasan por ella. Las consecuencias más señaladas incluyen problemas en la salud

mental materna (Türkmen et al., 2020), un impacto negativo en la relación de pareja (Delicate et al., 2017) y efectos negativos en la capacidad de la madre para proporcionar cuidados cálidos y sensibles, dificultando el desarrollo del vínculo madre-bebé (Frankham et al., 2023). Algunas mujeres describen sensación de desconexión con sus bebés, inseguridad en su capacidad de decisión como madre, así como la sensación de no ser suficiente (Molloy et al., 2020). Por tanto, las consecuencias no solo afectan al bienestar psicológico de la madre, sino también al desarrollo socio-afectivo del bebé (Le bas et al., 2022). En este punto es importante resaltar el papel de la oxitocina durante el parto. Los estudios científicos han demostrado que esta hormona no solo facilita el proceso de parto y reduce el dolor y el estrés durante éste, sino que también influye en procesos neurobiológicos asociados con experiencias transformadoras que facilitan la transición a la maternidad (Olza et al., 2020). El estrés durante el parto, así como la ausencia del contacto piel con piel inmediato, son situaciones que pueden interferir con la liberación de oxitocina, lo que a su vez puede provocar alteraciones en la respuesta emocional materna o dificultades con la lactancia (Latt et al., 2023; Scatliffe et al., 2019; Walter et al., 2021).

Es esencial clarificar que, pese a que los conceptos de apego y vinculación materno-infantil analizan la díada madre-bebé, no son sinónimos, pues se centran en diferentes procesos y momentos de la relación (Palacios Hernández, 2016). El concepto de vínculo materno-infantil se define como la conexión que surge entre una madre y su hijo antes de que este último desarrolle pensamientos o comportamientos estructurados (Klaus & Kennell, 1976). Este proceso abarca aproximadamente los primeros 12 meses de edad (Palacios Hernández, 2016) y tiene su base en la respuesta emocional unidireccional de la madre (Condon & Corkindale, 1998; Taylor et al., 2005). El apego, sin embargo, se refiere a un proceso posterior, centrado en la reacción del infante dirigida hacia el cuidador principal

(Brockington, 2011; Myers, 1984; Taylor et al., 2005). Por tanto, hace alusión a una conexión de tipo bidireccional (Burutxaga et. al, 2018). El concepto de apego fue introducido por Bowlby (1982), e implica un comportamiento propio de la naturaleza humana que motiva la búsqueda de cercanía entre el infante y sus cuidadores. En consonancia con los propósitos del presente estudio, se hablará de vínculo para hacer referencia a las respuestas emocionales de las madres hacia sus hijos, contemplando así el período de los 12 primeros meses tras el parto.

Se han identificado numerosos trabajos de investigación sobre la experiencia de parto traumático. Entre aquellos con un enfoque cuantitativo predominan los estudios centrados en su prevalencia (Dekel et al., 2017; Grekin & O'Hara, 2014; Hernández-Martínez et al., 2020; Heyne et al., 2022; Kjerulff et.al, 2021; Yildiz et al., 2017), y en el análisis de los factores de riesgo (Chabbert et al., 2021; Dekel et al., 2017; Grekin & O'Hara, 2014; Hernández-Martínez et al., 2020; Heyne et al., 2022; Sommerlad et al., 2021).

Otros estudios se han centrado en el análisis conceptual de parto traumático mediante las revisiones bibliográficas (Greenfield et al., 2016; Larkin et al., 2009; Sun et al., 2023), debate de grupos de expertos (Leinweber et al., 2022) o validación de escalas (Radoš et al., 2020). En menor medida, se encuentran trabajos centrados en la experiencia subjetiva de las mujeres, como el trabajo de Beck (2004) en Nueva Zelanda o, más recientemente, el estudio llevado a cabo en China (Zhang et al., 2020). En España, cabe mencionar un estudio cualitativo sobre la experiencia de 32 mujeres en su vivencia de parto, las cuales informaron de sentimientos de falta de información por parte del personal sanitario, falta de respeto, falta de apoyo y diversos problemas durante el parto y el posparto (Rodríguez-Almagro et al., 2019).

Por otro lado, en relación al impacto de una experiencia de parto traumático, la investigación cuantitativa recoge trabajos centrados en la sintomatología de la madre durante el posparto, mayoritariamente síntomas depresivos y de estrés postraumático (Altuntuğ et al., 2024; Bay & Sayiner, 2021; Bell & Andersson, 2016; Bell et al., 2016; Dekel et al., 2019; Garthus-Niegel et al., 2013), mientras otros analizan la relación de la experiencia de parto traumático con la relación materno-filial (Cook et al., 2018; Davies et al., 2008; Frankham et al., 2023; Ionio & Di Blasio, 2014; Şahin & Bingöl, 2021; Stuijtzand et al., 2020; Van Sielegthem et al., 2022; Williams et al., 2016). Son menos numerosos los estudios mixtos (Kjerulff et al., 2021) y cualitativos (Ayers et al., 2006; Beck & Watson, 2019; Coates et al., 2014; Molloy et al., 2020) que exploran el impacto de la vivencia de parto traumático en el vínculo. En España cabe señalar el trabajo cuantitativo de Vega-Sanz et al. (2024) que estudia el impacto de la sintomatología de estrés postraumático como posible predictor de dificultades en el vínculo.

A pesar de que tanto la experiencia de parto traumático, como su impacto en el posparto y vinculación materno-filial han despertado interés en el campo de la investigación, encontramos mayoritariamente estudios con un enfoque cuantitativo. Desde el punto de vista clínico, en consonancia con la definición de la experiencia de parto traumático y en base a nuestra pregunta de investigación: “¿Cómo son las experiencias de parto traumático y la construcción del vínculo materno-filial durante el primer año de vida en mujeres que han dado a luz en los distintos Servicios Sanitarios del Principado de Asturias?”, consideramos óptimo un acercamiento cualitativo que favorezca una comprensión en profundidad de este fenómeno (Calderón, 2016), y ponga en valor la narrativa de la mujer que lo ha experimentado en primera persona. Además, el cuerpo de investigación sobre esta temática es aún escaso en nuestro país. Por ello, nos parece relevante explorar este fenómeno en

mujeres, concretamente en el Principado de Asturias, contemplando el apoyo percibido por las madres por parte de sus relaciones significativas, al ser un factor de resiliencia frente a la experiencia traumatizante de parto (Brown et al., 2022). Consideramos fundamental profundizar en el conocimiento sobre el vínculo madre-bebé, especialmente en el contexto de una experiencia de estas características, debido a su importante valor preventivo en el desarrollo y el bienestar emocional tanto de los hijos e hijas como de sus madres (Brown et al., 2022).

Como marco teórico utilizaremos la integración de varias perspectivas. En primer lugar, partimos de una mirada ecosistémica considerada relevante para la atención integral a la salud mental perinatal (Olza et al., 2021). El Modelo Ecológico comprende el desarrollo psicológico como un proceso dinámico influenciado por múltiples sistemas, donde cada uno está contenido dentro del siguiente (Bronfenbrenner, 1987). En esta línea, se tomaría en consideración la díada madre-bebé como unidad básica en el desarrollo humano, representando al microsistema. Además, se analiza la influencia de los sistemas en los que esta díada participa activamente (mesosistema), así como aquellos que la rodean (exosistema), sin perder de vista los valores culturales y sociales que configuran el contexto (macrosistema) (Olza et al., 2021). En consonancia con este modelo, el Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS) se presenta como alternativa a los sistemas de clasificación diagnóstica para entender las experiencias de sufrimiento mental a nivel de microsistema, teniendo en cuenta cómo las diferentes amenazas y usos negativos del poder pueden afectar al bienestar psicológico (Johnstone & Boyle, 2018). En el caso de las mujeres que dan a luz, el parto puede representar una amenaza tanto para la identidad como para la integridad, siendo además una situación en la que con frecuencia el poder es ejercido por otros. Además, el modelo PAS enfatiza la relevancia de la construcción de historias personales y la

interpretación subjetiva de estas experiencias, elementos que junto con la resignificación de lo ocurrido, configuran la narrativa del malestar. En este sentido, adoptaremos una perspectiva de género a la hora de analizar los relatos de las mujeres participantes en este estudio, pues demasiadas veces la clínica de la mujer en su transición a la maternidad ha sido interpretada desde una mirada androcéntrica (Olza et al., 2021).

Por todo ello, el presente estudio tiene como objetivo principal conocer la vivencia de parto traumático y el vínculo materno-filial durante el primer año de vida en mujeres que han dado a luz en los distintos Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Con los objetivos específicos se pretende conocer los factores que han contribuido a la percepción del parto como traumático, explorar la experiencia de la madre con el bebé tras dicho evento, conocer el estado físico y psicológico de las mujeres durante este período, así como el papel del apoyo percibido.

2. Método

2.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio fenomenológico centrado en el relato de madres que narran su experiencia de parto traumático y describen su vínculo con sus bebés. Se ha decidido utilizar este enfoque dado que permite observar los fenómenos tal y como son percibidos (Van Manen & Van Manen, 2021), favoreciendo una exploración más detallada y una comprensión más profunda de las experiencias personales.

2.2. Posición del equipo investigador

El equipo de investigación fue formado por tres psicólogas internas residentes en formación en la Unidad Docente Multiprofesional del Principado de Asturias. El tema surgió del enfoque compartido por el equipo investigador sobre la relevancia de los vínculos tempranos tanto en el desarrollo como en la adaptación al entorno, en el bienestar emocional y en la manera en que las personas se relacionan tanto con los demás como consigo mismas. A través de nuestra experiencia clínica y formativa, hemos podido apreciar el impacto que supone el momento del parto, especialmente cuando se experimenta como traumático. Teniendo en cuenta esto último, nos surgió la duda de cómo son las experiencias en el vínculo los primeros meses tras el nacimiento del bebé en mujeres que han atravesado un evento tan significativo.

El equipo investigador fue responsable del diseño del estudio, la recopilación de datos y su posterior análisis, adoptando una metodología flexible de observación. A lo largo del proceso se mantuvo una postura reflexiva, aplicando una suspensión de los

conocimientos previos para minimizar la influencia de la subjetividad, así como las ideas preexistentes de los miembros del equipo, con el objetivo de asegurar una interpretación más objetiva.

2.3. Periodo de estudio

Tras recibir la aprobación por parte del Comité de Ética, el estudio tuvo una duración de 7 meses, con inicio en septiembre de 2024 y fin en marzo de 2025. Al tratarse de un estudio cualitativo, las distintas fases de la investigación se desarrollaron de modo recursivo y flexible.

2.4. Población de estudio

La población a estudio fueron madres con experiencia de parto traumático que dieron a luz a un bebé vivo en los últimos 12 meses dentro del Principado de Asturias. A pesar de que se trató de tener en cuenta a las Áreas Sanitarias III, IV y V, finalmente se obtuvieron derivaciones únicamente de las Áreas IV y V.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: 1) consentimiento de participación en el estudio, 2) edad igual o superior a los 18 años, 3) haber dado a luz en los últimos 12 meses desde el momento en el que se realiza la evaluación, 4) haber experimentado una vivencia de parto traumático que cumpla con al menos 2 de los 3 indicadores de cribado. Los criterios de exclusión fueron: 1) edad menor de 18 años, 2) negativa a participar en el estudio, 3) diagnóstico de Trastorno Mental Grave, 4) consumo activo de sustancias, 5) diagnóstico de discapacidad intelectual, 6) diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y 7) pérdida del bebé previa o posterior al último parto.

Se recogieron tres tipos de variables estructurales descriptivas de la muestra mediante un cuestionario ad hoc (ver ANEXO I): características sociodemográficas, que comprenden: edad, nivel educativo y estado civil; características clínicas no relacionadas con el parto, incluyendo: antecedentes en salud mental y seguimiento actual en salud mental; características clínicas relacionadas con el proceso de parto: fecha del parto, tipo de parto, número de embarazos previos, número de abortos previos, piel con piel, complicaciones físicas del bebé, semana de nacimiento del bebé; y finalmente características clínicas relacionadas con el posparto: tipo de alimentación del bebé y complicaciones físicas de la madre durante el posparto.

Se realizó un muestreo intencional entre las madres que acudieron a las revisiones con sus matronas y las que acudieron a programas de Salud Mental Perinatal y Servicio de Psicología de Enlace. En total, 13 mujeres fueron derivadas tras confirmar su interés en participar en el estudio y cumplimentar un cuestionario de cribado diseñado por las investigadoras que se detalla más adelante. Una de estas mujeres finalmente decidió no participar en el estudio. La muestra quedó formada por 12 mujeres, momento en el que se alcanzó la saturación de datos ya que nuevos datos no aportaban información relevante al estudio (Flick, 2009). Los datos sociodemográficos y los datos clínicos fueron recabados a partir de las entrevistas, no siendo finalmente necesario en ningún caso el acceso a la historia clínica de las participantes.

Las características sociodemográficas de las participantes se recogen en la tabla 1. Las características clínicas de las participantes aparecen en la tabla 2. Ambas tablas pueden consultarse en el ANEXO II.

2.5. Procedimiento

Una vez obtenida la aprobación del Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias y de la Dirección del Área de Gestión Clínica de Salud Mental de las Áreas correspondientes, se estableció contacto tanto telefónico como por correo electrónico con los servicios de Psicología de Enlace de las áreas IV y V, Programas de Salud Mental Perinatal de las áreas IV y V; y las matronas de los centros de Atención Primaria de las Áreas III, IV y V para solicitar su colaboración. Se les proporcionó la hoja de información del estudio y el cuestionario de cribado, el cual fue diseñado por el equipo investigador con el objetivo de unificar los criterios de derivación y minimizar la influencia de la subjetividad. El cuestionario consta de tres afirmaciones basadas en investigaciones previas sobre aspectos que pueden hacer que un parto sea percibido como traumático (Altuntuğ et al., 2024; Dekel et al., 2017): 1) sensación de falta de control, 2) percepción de peligro vital para la madre y/o el bebé, 3) recuerdos intrusivos y pensamientos negativos acerca del suceso. Tras la respuesta afirmativa de al menos dos de estas tres cuestiones y su disposición a participar en la investigación, los profesionales de referencia contactaron por correo electrónico con el equipo investigador para facilitar los datos de la participante, incluyendo su nombre y número de teléfono. Tras esto, se contactó telefónicamente y de forma individual con las mujeres derivadas para proporcionarles toda la información sobre el estudio, haciendo énfasis en su naturaleza voluntaria y ofreciéndoles la oportunidad de hacer preguntas y aclaraciones antes de firmar el consentimiento informado. Las participantes tuvieron la posibilidad de elegir un momento y lugar para promover un clima de confianza.

Finalmente, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas de manera presencial en los dispositivos disponibles más cercanos al área de referencia de cada participante, realizadas en una única sesión y con una duración variable entre 40 y 60 minutos. La recogida de datos abarcó el periodo de noviembre de 2024 a febrero de 2025. Las entrevistas fueron

realizadas por dos miembros del equipo investigador, llevando a cabo un proceso de homogeneización para asegurar la uniformidad en el enfoque con el propósito de garantizar que las entrevistas siguieran los mismos criterios y procedimientos. Para la realización de las entrevistas se desarrolló un guión de preguntas basadas en la literatura previa y nuestra experiencia clínica, que aparece en tabla 3 (ANEXO II). Estas preguntas no eran temas prefijados, sino una orientación abierta donde fuimos añadiendo nuevas preguntas para explorar con más detalle, de acuerdo con el relato de cada participante. Se utilizaron preguntas abiertas para permitir que las participantes expresaran sus experiencias, favoreciendo la comprensión de su subjetividad y singularidad. La entrevista comenzó justificando el proyecto e invitando al participante a una reflexión profunda sobre sus experiencias personales, recordando y garantizando la confidencialidad, el respeto y el anonimato. Se utilizó una grabadora de audio para su posterior transcripción y análisis. Una vez transcritas, las grabaciones fueron eliminadas. Debido a la sensibilidad de la temática de las entrevistas, se realizó un *debriefing* tras su administración.

2.6. Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis de contenido temático siguiendo el enfoque de Taylor y Bogdan (1996). Las transcripciones de cada una de las entrevistas fueron analizadas con el programa informático MAXQDA 2024 (VERBI Software, 2023) mediante la codificación del contenido de las transcripciones en temas, categorías, subcategorías y códigos, que fueron derivados a partir del contenido de las entrevistas. Cada una de las entrevistas fue codificada por todos los miembros del equipo investigador. Se llevó a cabo una primera selección de códigos relevantes para los objetivos de nuestro estudio. Seguidamente, agrupamos los códigos semejantes formando subcategorías, y éstas a su vez en categorías, asignando un

nombre común a cada una de ellas. Por último, agrupamos las categorías en un tema central. Todo el proceso analítico se revisó constantemente durante el análisis. Un investigador externo replicó la codificación de las transcripciones. El equipo investigador discutió las discrepancias en la codificación y el refinamiento de las categorías y las resolvió por consenso.

2.7. Criterios de rigor

La investigación se desarrolló conforme a los criterios de rigor y validez propuestos por Lincoln y Guba (1985). El cuestionario de cribado diseñado para la derivación de participantes al estudio permitió la identificación de los informantes clave. A cada transcripción de entrevista se le asignó un código para garantizar el anonimato. Con el fin de asegurar la credibilidad del estudio, tras obtener los resultados se contactó con cada participante con el fin de corroborarlos, siendo reconocidos como “verdaderos” por ellas mismas. Los resultados derivados de la investigación no son generalizables, sino transferibles a una muestra similar. Para ello, se ha realizado una descripción detallada del contexto de investigación, así como de la muestra de participantes, se ha llevado a cabo un muestreo teórico y una recogida exhaustiva de los datos. Dada la complejidad inherente a la investigación cualitativa, los resultados pueden ser menos estables que los de un estudio descriptivo. No obstante, para garantizar la consistencia de los datos derivados de un contexto real, se implementaron procedimientos tales como el empleo de un evaluador externo y la descripción detallada de todo el proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos. Para asegurar la confirmabilidad, se llevaron a cabo transcripciones textuales de las entrevistas realizadas, y los resultados obtenidos fueron contrastados con la literatura existente sobre el tema, respetando en todo momento la citación adecuada de las fuentes

pertinentes. Además, el equipo investigador mantuvo una actitud de observación reflexiva a lo largo de todo el proceso, y se intentaron minimizar los posibles sesgos derivados de la interpretación subjetiva. Los hallazgos fueron triangulados con una persona ajena al equipo de investigación. Asimismo, se tomaron en cuenta los criterios de adecuación y relevancia (Noreña et al., 2012). Para garantizar la adecuación del estudio, se consideró la correspondencia entre la teoría relacionada con los fenómenos objeto de investigación y la metodología utilizada para su análisis. Consideramos que este estudio es relevante, ya que sus hallazgos permiten una comprensión más amplia del fenómeno estudiado y contribuyen a nuevos planteamientos de actuación dentro de los diferentes sistemas sanitarios. Por último, este estudio ha seguido la lista de verificación de criterios consolidados para informar sobre investigación cualitativa (COREQ) de 32 elementos (Tong et al., 2007).

2.8. Aspectos éticos

El presente estudio ha recibido la aprobación del Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias bajo el código CEImPA 2024.381 (ver ANEXO III) y se ha llevado a cabo en conformidad con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula los derechos de autonomía del paciente, la información y la documentación clínica (BOE-A-2002-22188), todas las participantes fueron debidamente informadas sobre los objetivos y características del estudio antes de su participación, la cual fue completamente voluntaria, y se obtuvo el consentimiento informado de cada una de ellas (ver ANEXOS IV y V). Además, los datos fueron manejados de manera estrictamente confidencial, cumpliendo con la normativa establecida en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE-A-2018-16673).

3. Resultados

Tras el análisis realizado, los resultados muestran 1 tema, 2 categorías, 9 subcategorías, 33 códigos y 44 subcódigos, los cuales se ilustran en la tabla 4 (ver ANEXO II). Los mapas conceptuales de los datos pueden visualizarse en el ANEXO VI.

Del tema principal **Experiencia de parto traumático** surgieron dos categorías: Experiencia de parto y Experiencia en el posparto.

3.1. Experiencia de parto

Esta categoría incluye todos los factores identificados como determinantes en la vivencia del parto como evento traumático.

3.1.1 Sensación de peligro vital

3.1.1.1. La vida del bebé corre peligro.

- *Yo realmente lo que veía desde la cama era que el niño no lloraba, que estaban haciendo en el pecho... bueno... eeh... y yo estaba escuchando a un médico decirle “Venga [nombre bebé], no me jodas, llora por Dios, no me jodas.” Entonces yo estaba muy nerviosa, ¡lógicamente! (C0006).*
- *No sabía qué iba a pasar con el corte del cordón umbilical, que sabía que lo bueno es que se haga cuanto más tarde mejor... y encima con esa urgencia que no sabía si me iban a entregar a un niño vivo o un niño muerto (C0004).*

3.1.1.2. La propia vida corre peligro.

- *Estuve mucho tiempo, eh... tirada en la cama, temblando entera, diciendo que me iba a morir. O sea, yo a mi pareja le decía: ‘llama, porque me voy a morir, o sea, llama’* (C0010).
- *Buf... Cuando creía que no podía más, ¿de dónde saqué esa energía? Que me puse así [grita]. Era... pero es que en ese momento pensé “es que se muere el bebé, y yo... yo me quedo tiesa aquí”* (C0005).

3.1.2. Complicaciones durante el parto.

3.1.2.1 Desgarro/episiotomía.

- *Me empezaron a coser, dije: “¿qué me ha pasado?”, “pues que tuvimos que hacer una episiotomía, y el bebé al salir desgarró y te ha desgarrado hasta el esfínter anal”. O sea... yo estaba... digo “¿Qué?” Y... “nada, te estamos cosiendo por dentro y por fuera”* (C0003).

3.1.2.2. Ineficacia de la medicación administrada.

- *Cuando ya iba por cuatro centímetros pedí la epidural, con tan mala suerte que no me hizo efecto. Me tuvieron que poner... o sea, la primera vez, emmm se cayó el catéter, y me tuvieron que poner otra vez la epidural. O sea que estuve al final... pedí la analgesia* (C0009).

3.1.2.3. Pérdida de sangre.

- *O sea es que fue una hemorragia, luego me tuvieron que hacer transfusión de sangre y todo, o sea, no fue un poquito de sangre, fue bastante* (C0009).

3.1.2.4. Cesárea urgente.

- (...) me dijo que había sospecha de pérdida de bienestar fetal, y que había que hacer una cesárea urgente. Entonces claro, yo... yo soy una persona que para mí son valores importantes pues eso... las cosas fisiológicas, cuidarme (...) para intentar evitar tener un desgarro... entonces claro, que te digan que te van a hacer una cirugía mayor... (C0002).

3.1.2.5. Problemas de salud del bebé al nacer.

- Porque yo la veía con todas las putadas que se le puede hacer a un ser humano: un tubo metido por la garganta, una vía central, una sonda vesical, metida en la incubadora, luego con una sonda nasogástrica... Me parece muy duro que alguien tan pequeño tenga que conocer eso. Es bastante horrible (C0002).
- Y miré y el bebe era un muñeco gris que tenía los ojos cerrados, no respiraba, no se movía, estaba totalmente infladísimo, tieso... (C0005).

3.1.3. Percepción de falta de control

3.1.3.1. Limitación percibida en la toma de decisiones.

- (...) pero igual en un primer momento... a lo mejor yo no quería estar sometida a ese dolor por miedo a mi enfermedad, que me dé un brote muy heavy o igual me quedo sin caminar, o sabe Dios. O igual lo hubiera tenido en la sanidad privada. Porque tú a mí me has quitado la opción de decidir y yo he decidido tenerlo en el hospital por total y absoluta confianza en este... (C0007).
- A mí, por ejemplo, no me dieron otra opción. O sea, a mí me dijeron “bueno, te lo

giramos.” No me dijeron... A ella le dijeron como... “te damos a elegir entre girarlo o hacerte cesárea.” A mí lo de la cesárea ni me lo mencionaron” (C0009).

3.1.3.2. Maniobra sin previo aviso.

- *La rotura de membranas duele un huevo. No me avisaron siquiera, me abrasaron... o sea, que por lo menos me podían haber dicho: ‘‘oye, mira, te voy a poner el balón, esto te va a molestar, te voy a hacer una rotura de membranas, te voy a mancar un poquito...’’, con eso hubiera arreglado algo. Ya de mano fue agresivo de narices. Porque encima ya no es que me haga daño, porque te esperas que sea molesto. Pero ni te avisan. O sea... ahí ya lo pasé mal (C0007).*
- *Ya después, a... como a la media hora o unas dos horas, que no sé el tiempo, fue que ella se sentó en la cama, no se echó ni gel ni nada, se puso el guante y me metió la mano y me dijo que empujara. Y claro, yo... es algo nuevo. Y claro, yo me quedé, así como que nunca me lo imaginé así. Pensé que me iban a decir... no sé (C0008).*

3.1.3.3. Sensación de no saber lo que está pasando.

- *(...) Y yo creo que me puse a llorar, y le dije: “¿qué ha pasado?” y me dijo ella: “No lo sé, lo siento muchísimo.” Y yo “pero... ¿por qué? Por qué, por qué por qué...” o sea, mi obsesión, “¿por qué?”. Y me dijo “es que no lo sé.” Y yo dije “¿Por qué el bebé estaba mal?” (C0003).*
- *(...) escuchar como decir... “más empapadores, más empapadores...” “no sale...” “está muy arriba, vamos a tener que cortar más” ... Todo esto lo estaba escuchando... y de esa sensación de no saber qué ha pasado, porque no lo oyes llorar.” (C0004).*

3.1.3.4. Irrupción repentina.

- *Bueno, pues así estábamos, y de repente... eeem... entró... [se quiebra la voz] o sea es que claro, fue todo un flus... o sea de repente entró un montón de gente, y yo vi cómo la matrona daba un paso atrás, y yo vi cómo entraba un montón de gente... (C0003).*

3.1.4. Percepción de trato inadecuado por parte de los profesionales.

3.1.4.1. Sensación de abandono.

- *Cogió la anestesia, me dijo eso, se dio media vuelta y un plan de “ahí te quedas”. Claro, a mí me dio... Yo me puse a llorar de la impotencia, creo que no había llorado así en mi vida, o sea, básicamente. Mi marido lo mismo, apareció una matrona por ahí, un hizo un “sí, sí” ahí, y ahí se largó todo el mundo y nos dejaron ahí tirados. Se largaron. O sea, nos dejaron absolutamente solos (C0007).*

3.1.4.2. Invalidación.

- *Y yo le decía, es que no puedo dejar de empujar, me duele muchísimo, no debería. El doctor me dijo: “no, es que no te debe doler porque tienes la epidural”. Resulta que ya no tenía epidural, se me había acabado desde hace tres horas que le había mencionado. Y bueno, la doctora no me creía (C0008).*
- *Yo llegué y me dice: ‘ya sabías a lo que venías’. Que yo en ese momento no quería escuchar eso... “Ya sabías a lo que venías y ya sabías que esto iba a ser así”, me dijo. Sí, ya sabía que iba a ser así, pero no... no en este punto (C0010).*

3.1.4.3. Ejercicio de poder.

- *Y digo joder, no te pueden decir... 'oye, tienes un coágulo, espera un momentito, te voy a mancar un poco...'. No. Nada. O sea, es, te hago daño primero, si encima protestas te contesto mal" (C0007).*
- *(...) me gritó, estando empujando me gritó... en esos momentos no me grites, porque es lo que menos necesito... y no me digas que ya sabía a lo que venía porque yo sabía que esto podía pasar, pero a ver, en ese momento... (C0010).*

3.1.4.4. Falta de información.

3.1.4.4.1 Ausencia de explicación médica.

- *Jolín, mira... mira lo que me has hecho por no venir a explicarme. No por sacar a mi hijo con fórceps, que esta es la parte que yo creo que casi nadie me entiende. Porque casi todo el mundo lo lleva a: 'ah, ¿es que te pasó un desgarro tan gordo?', '¿es que te dolió?', 'ah, ¿que fue con fórceps'? Y yo... "no, que no vinieron a decirme por qué". (C0003).*
- *Y le expliqué... porque yo había estado empujando, me sonó un ruido. Y de verdad que nada más como el doctor se puso pálido, nervioso, e incluso lo escuchó mi pareja. Nunca me dieron como respuesta a eso y me duele muchísimo (C0008).*

3.1.4.4.2 Ausencia de información anticipatoria.

- *Mientras lo estás haciendo, estás aquí, explícame un momento: 'oye, vamos a comprobar, que parece que le bajaron las...'. Luego me explicas mejor, pero dime qué me estás haciendo, qué pasa, no sé (C0011).*
- *Y sobre todo, que te expliquen las cosas... porque tú en ese momento no sabes... Yo no*

soy médico, yo no sé nada, entonces explicadme qué está pasando, explicadme por qué, por qué hacéis esto. (...) Porque la cesárea, ¿es por esto? ¿O por qué es? Entonces, avisadme de las cosas, no las dejéis sin explicar (C0010).

3.1.4.4.3. Falta de información acerca del estado del bebé.

- *Tampoco sabía cómo estaba el bebé, porque a mi novio le explicaron que él estaba en la incubadora para recuperarse, pero para mí se lo habían llevado a una incubadora y yo me había quedado sin mi bebé, o sea, yo no sabía qué le pasaba (C0003).*
- *No nos informaron de que le iban a hacer una placa... que mira tú, bueno, son cosas que hay que hacer, pero nadie nos estuvo manteniendo al tanto de... por qué no mejoraba, de cuánto saturaba... nada (C0006).*

3.1.4.5. Sensación de falta de empatía.

- *Mi pareja estaba fuera esperando, tuve que decirles “oye por favor, avisad al padre, que está ahí fuera, para decirle que me vais a hacer una cesárea”. Nadie me preguntaba si estaba acompañada, o sea la sensación fue de estar súper perdida, de tener muchísimo miedo y de sentirme muy culpable y muy frustrada, muchísimo. (C0004).*
- *Es como que lo piensas ahora y dices: joder que heavy. Yo me acuerdo estar tirada en el suelo vomitando y ver los pies de una entrar y salir, y dices tú: vale... (C0007).*

3.1.4.6. Sensación de inadecuación a la hora de transmitir información.

- *Pienso que igual se debería haber hecho de otra manera... decirte: "¿estás acompañada?" Yo le hubiera dicho: "va a venir ahora mi marido, tal, ¿pasó algo?". Que igual en ese momento si yo le digo, "¿pasó algo?" pues ella me lo dice, pero ya es*

diferente. No sé, yo sentí que llegó ahí, me lo soltó y marchó, ¿sabes? (C0006).

- *Y claro, cuando me dijeron que tenía que parir en media hora porque estaba maltratando al bebé... Yo creo que eso no es lo que tú le puedes decir a alguien. Y claro, fue muy fuerte... yo me puse a llorar (C0008).*

3.1.4.7. Percepción de trato deshumanizador.

- *Que mi sensación fue que es muy bruto, y yo un día se lo expliqué a [nombre pareja], jo, salvando las distancias, pero me pareció como en las pelis cuando ves a una mujer a la que violan y la dejan tirada" (...) Sentí que alguien vino, hizo con mi cuerpo lo que quiso, nunca me expli... Me tengo que quedar con 'mala suerte', porque es... 'ay, mala suerte, te han hecho eso''. Yo me quedé así, o sea, esa sensación de mi cuerpo destrozado (C0003).*

3.1.5. Experimentación de malestar en el parto

3.1.5.1. Sensación de dolor insoportable.

- *Porque claro, me dolía tanto que me iba... del dolor. Era como el cuerpo decía "ya, hasta aquí." (C0009).*

3.1.5.2. Nerviosismo.

- *Y pedía perdón todo el rato, la verdad que me sentía muy mal de no poder controlar, no paraba de temblar todo el rato, pero es que era incapaz de estar de otras manera. (...) Creo que no he vivido algo así en mi vida (C0002).*

3.1.5.3. Soledad de la madre en el hospital.

- *Y mi marido pues iba y venía, pero en el momento en el que me encontré sola, vacía, al fin de cuentas, después de nueve meses...[silencio] (C0006).*

3.1.5.4. Desbordamiento emocional tras el parto.

- *Pero encima me dio por ponerme a llorar como una loquísima por lo que había pasado... porque fue como que de repente me fui dando cuenta de todo y me cayó el mundo encima (C0005).*

3.1.5.5. Frustración de expectativas acerca del parto.

- *La parte de como yo también entrenaba, y justamente estaba entrenando la semana antes, y físicamente me encontraba tan bien... tenía la expectativa de que el cuerpo me iba a responder muy bien... y no... por lo que fuera no fue así, entonces... (C0012).*
- *Y fue cuando salió la cabeza. Y entonces yo pensé, ‘joder, ya está. Es imposible, es muchísimo más duro que el primer parto’. Y... y no debería serlo, ¿no?” (C0005).*

3.1.6. Primer contacto con el bebé

3.1.6.1. Sensaciones.

3.1.6.1.1 Ausencia de emoción.

- *O sea, es triste decirlo, y..., y un poco chocante, porque no sentí esa felicidad de la emoción de las que... [...] o sea, las que te dicen por la televisión de no sé qué, que es lo más tal cuando te lo ponen encima, yo cuando... yo bien me lo... que de hecho lo cogí yo y me lo puse yo encima, no... no sentí esa sensación de película (C0009).*
- *Yo... no sé. Pues que se me cayese una lágrima por verla. Pero no... (...) y fue mi pareja*

y tal y me decía que sí, que yo solo miraba pa ella, que no decía nada, que yo solo miraba pa' ella (C0010).

3.1.6.1.2. Sensación inicial de no conocer al bebé.

- *Entonces claro, cuando estaba metida en la incubadora y me dicen “es tu hija” y yo “sí, bueno, fenomenal y quiero que esté bien y qué bien porque yo quiero ser madre y me apetece mucho y quiero que mi hija esté bien y tal, pero... no la conozco”. No sé, yo sentía eso (C0002).*

3.1.6.1.3. Sensación de extrañeza.

- *[en relación al primer contacto con su bebé] (...) frío e inerte, no sé, es como que te ponen ahí algo... es como increíble, pero bueno, esa cosa. Es como vale, lo quiero, lo tengo aquí, está bien, le miré un poco, digo: está bien, pero... (C0001).*

3.1.6.2. Separación madre-bebé.

3.1.6.2.1. Experiencia de separación.

- *Sí, el parto yo creo que fue... eso. Sí. La separación, el no hacer el piel con piel... todo lo que conllevó, del biberón, el problema con la lactancia...todo eso fueron... al final, son granitos. Pero todos esos granitos al final... se hacen bola (C0006).*

3.1.6.2.2. Sensación de arrebatamiento de oportunidad de vínculo.

- *Pero yo siento que nos quitaron una parte tan importante... que no nos la quitó nadie, o sea, entiendo que era necesario que el niño estuviera ahí... pero yo siento que nos arrebataron una parte del vínculo (C0006).*

- *Y yo la había parido por encima, digo, es que debería ser la primera, junto con mi marido, en poder ver esas cosas o experimentarla, y ya se me había pasado, o sea... Ya alguien se lo había llevado (C0011).*

3.2. Experiencia en el posparto

Las mujeres hablaron de su experiencia con su bebé, en forma de necesidades con respecto al vínculo con él/ella, miedos sobre su salud física o a influir negativamente en él/ella, y numerosas dificultades en relación a la maternidad. También hablaron acerca de su estado, ya sea acerca del impacto percibido del parto, tanto físico como psicológico, como otras emociones con las que convivieron durante el posparto. El papel del apoyo social tomó importancia en su relato, habiendo apoyos adecuados y otros inadecuados, en forma de cuestionamiento, invalidaciones, ausencias, entre otros.

3.2.1. Experiencia de la madre con el bebé en el posparto

3.2.1.1. Necesidades respecto al vínculo.

3.2.1.1.1. Angustia por separación del bebé.

- *Ya llevo dos meses, casi dos meses y medio trabajando. Pero... me genera... eso, una ansiedad. Y me disgusta, no sé, me da pena. Me da pena que está pasando el tiempo y no estar disfrutando de él (C0004).*

3.2.1.1.2. Necesidad de la madre de exclusividad de vínculo con el bebé.

- *Yo notaba que necesitaba estar más tiempo con el bebé para conectarme para el vínculo, ¿no? Para estar mucho más en conexión él y yo y a veces pues le pedía que*

‘no no, quitatelo del fular, lo quiero tener yo’’. O... no sé, muy mal, estaba como muy incómoda, no sé. Ahora pues estoy yo más con él y el padre está mucho menos (C0005).

3.2.1.2. Miedos.

3.2.1.2.1. Miedo de la madre por la salud física del bebé.

- *Nos dijeron que podía haber secuelas por haber estado esos minutos fuera del mundo. Entonces bueno... siempre estoy ahí con la mosca detrás de la oreja por así decirlo. (C0005).*

3.2.1.2.2. Miedo de la madre a influir negativamente en el bebé.

- *Y también a mí me... me queda mucho la cosa de... tengo miedo de en esos momentos en los que pierdo la calma y tal, hacerle daño... o sea no hacerle daño físico al niño, sino psicológico, ¿sabes? Que este comportamiento que estoy teniendo con él pueda en algún momento... no sé. Hacerle daño (C0006).*

3.2.1.3. Dificultades.

3.2.1.3.1. Sensación de dificultad en la construcción del vínculo.

- *Pero la conexión, ese vínculo estoy ahí todavía construyéndolo... creo que es lo que me va a costar más (C0005).*

3.2.1.3.2. Dificultad con la mentalización del bebé.

- *Porque yo era lo que sentía, yo sentía que el niño me rechazaba. Yo sentía con lo de la UCI que el niño no me quería, que el niño no sabía que yo era su madre, porque al*

final... allí en la UCI estaba con una enfermera, con una pediatra, con no sé qué, pero al final yo era una más, ¿sabes? (C0006).

3.2.1.3.3. Sentimiento de rechazo.

- *A ver, soy capaz, pero tengo pensamientos que no me gustan, ¿sabes? De pfff... [hace gesto de tirar algo con los brazos] para allí, ¿sabes? Mmm... quítamelo de delante, que no quiero verlo (C0006).*

3.2.1.3.4. Dificultad para dejar al bebé con otras personas que no sean la pareja.

- *Y momentos en los que me generaba muchísimo rechazo que me lo tocasen, que me lo cogiesen... incluso familiares cercanos que... mis padres. Eso también me ocurrió. Decir “argh... no me apetece nada que lo toquen...” (C0004).*
- *Y sigo sin poder dejarla con gente, ni todo eso, ni me lo planteo (C0007).*

3.2.1.3.5. Dudas acerca de su desempeño como madre.

- *Con este yo creo que yo no valgo...o sea que no es que no lo haga, no soy suficiente. Porque si nació fue gracias a la ginecóloga que... y sobre todo también a los pediatras que estaban ahí. Entonces es un poco como... un poco fraude de madre, yo que sé (C0005).*
- *Ya al final lo pasé mal, lo pasé muy mal, me sentía mala madre, que no era capaz de... porque sentía, jolin, sentía que yo quería darle el pecho, y eso que estaba proponiendo, la fórmula, tenía miedo que eso no le permitiese agarrar bien el pecho... (C0004).*

3.2.1.3.6. Sensación de saturación con respecto al cuidado.

- *He pasado esta temporada que está teniendo problemas de sueño y estoy con privación de sueño y he tenido momentos de “dios, es que te odio no te aguanto más” (C0002).*
- *Desesperación cuando no lograba calmarla... de desesperación de Dios mío, ¿qué hago con esta niña? (C0011).*

3.2.1.3.7. Devaluación de su propio desempeño en comparación con su pareja.

- *Y luego tenía celos entre comillas del padre porque él sí lograba calmarla. [Se emociona] Y decía, ‘por qué tú sí y yo no’, ¿sabes? (C0011).*

3.2.1.4. Sensaciones positivas

3.2.1.4.1. Fortalecimiento del vínculo con el paso del tiempo.

- *Pero... ahora soy consciente de que cómo lo quieres en ese momento no, lo quieres por... como algo primitivo. Pero el amor amor amor no lo empecé a sentir hasta un poco después (C0004).*
- *No tenía el vínculo madre-hija como lo tengo ahora, para nada, cero. [Se emociona] (C0011).*

3.2.1.4.2. Percepción del vínculo con el bebé como estrecho.

- *No sé, siento que somos una sola persona, ¿sabes? Siempre estoy ahí, no espero que llore. Ya si se empieza a quejar lo agarro, le hablo, se tranquiliza, le agarro la manito, si está inquieto le agarro la manito. No sé. Así me siento como si fuéramos una sola persona (C0008).*

3.2.1.4.3. Disfrute del tiempo compartido con el bebé.

- *Entonces cuando vino la maternidad, yo no me he sentido diferente. Pensé que me iba a sentir diferente. Simplemente soy la misma, lo que pasa que como demenciada pero la misma, pero pasando mucho tiempo con alguien que me cae muy bien (C0002).*
- *Ahora...simplemente me sonrío, ya me ve, buenos días por la mañana y ya es feliz por verme, yo soy feliz por verla, o verla comer, o cualquier cosita que haga nueva, me encanta y lo veo a través de sus ojos y me emociono [Emocionada]. Y ahora sí, quiero hacer cosas con ella (C0011).*

3.2.1.4.4. Sensación de auto-eficacia con respecto al cuidado.

- *Entonces no sé, yo le hablo y le intento tranquilizar y eso... conmigo no llora o casi nunca llora. Entonces por ejemplo esto es un reto que lo considero como reto superado, de ‘me pongo un pin’, porque... no sé, porque ahí sí que vi que puedo hacer algo por él (C0005).*

3.2.1.4.5. Sentimiento de amor.

- *Yo estoy con mi bebé, y quiero que sea feliz y sentir esa cosa de decir... yo le veía ahí y digo yo es como el cielo, estar en una nube y relax. Sentía eso, ¿no?, amor (C0001).*

3.2.2. Estado de la madre durante el posparto

3.2.2.1. Impacto percibido del parto.

3.2.2.1.1. Consecuencias físicas de la madre debido al parto.

- *Yo nunca había sentido un dolor así. Porque claro, mi dolor no me refleja abajo, sino atrás. Entonces, no sé cómo explicar, pero es un dolor muy fuerte, muy desagradable.*

Es como, no sé, como si tuvieras como un hueso partido. Y claro, tengo una contracción pélvica, tan fuerte, que tengo los músculos como paralizados (C0008).

- *Andaba en casa y no me podía levantar sola de la cama. Y realmente me estuvo doliendo con molestias durante dos meses, eh. No podía dormir de lado, ni siquiera tenía que dormir boca arriba con muchos cojines, medio incorporada (C0011).*

3.2.2.1.2. Recuerdos intrusivos.

- *De estar constantemente recordando la cesárea y los momentos de la cesárea. Cosas que ya se me olvidaron, pues de repente me surgía y me seguía sintiendo muy mal, una sensación de... “es que lo podría haber perdido”, “es que casi se me muere”, es que si llego a quedarme dormida o lo que sea no lo hubiese contado...” bueno, por eso digo que fue muy traumático por cómo lo viví después. Estaba constantemente como viniéndome a la mente (C0004).*

3.2.2.1.3. Malestar ante exposición a estímulos relacionados.

- *(...) y no sé, o sea, vi la foto, la reconocí [a la persona que atendió su parto] (...) y me empezó a dar mucho agobio, y yo no... Bueno, desde [otro acontecimiento estresante] que te conté antes, no me daba como ansiedad, de esto de no respirar, pero te digo que yo estaba tranquilamente trabajando, escuchando el podcast... Pues ver eso me entró agobio, agobio... (C0003).*

3.2.2.1.4. Pensamientos recurrentes.

- *Todos los días, todos, todos, todos, yo creo que no hay ninguno en que no hable de ello, y yo me paso la vida recordándolo, y pensando si habré hecho algo diferente, si... yo*

tendría que haber tenido también cierta intuición de que el niño tenía algo... (C0006).

3.2.2.1.5. Pensamientos de que lo sucedido se podría haber evitado.

- *(...) pero en el fondo, y ahora que ha pasado un año y que estoy cuerda y que estoy fuerte, es que eso no tenía que haber pasado (C0003).*

3.2.2.1.6. No recordar aspectos del parto.

- *Yo la verdad es que no se si es por la descarga emocional de ese momento, pero mi cerebro ha bloqueado recuerdos y yo parte del procedimiento no lo recuerdo (C0002).*

3.2.2.1.7. Culpa por lo sucedido en el parto.

- *Yo recuerdo todo mi posparto pensar en mi parto y encima durante mucho tiempo en que había sido culpa mía (C0003).*
- *Y yo pensaba, “tenía que haber leído más, tenía que haberme informado de la oxitocina, tenía que haberme enterado que si... igual haber esperado más en casa...” ¿sabes? Como que sintiendo como que al final necesitas la epidural y que el parto se alargara tanto... ¿no? o sea, tenía que saber que no había que esperar tanto después de la epidural... sentía que no había sacado suficiente tiempo para formarme (C0012).*

3.2.2.1.8. Evitar hablar acerca del parto.

- *O sea, hay mucha gente que me preguntó por el parto, le dije que muy duro de dolores y largo, y que luego muy bien, me inventé, o sea totalmente un final, que... que... que no, que no había sido instrumental, que lo había, o sea... me inventé como la parte bonita que viví, como que así habría sido, y eso lo hice con mucha gente, porque no*

quería como meterme ahí (C0003).

3.2.2.2. Otras emociones.

3.2.2.2.1. Tristeza posparto.

- *Sí que es verdad que es... o sea, lloras por todo, a mí por ejemplo todo me hacía llorar, todavía estoy sensible, pero me acuerdo que los primeros días [...] están las emociones a flor de piel (C0009).*
- *Y yo era... “está todo bien en mi vida, pero no soy feliz.” Y no es por culpa del niño, ni mucho menos, es... soy yo. Que hay algo ahí... no sé (C0006).*

3.2.2.2.2. Ansiedad posparto.

- *Me agobiaba muchísimo, tenía episodios de sonambulismo, a veces me despertaba y decía: “[...], ¿dónde está el niño?, que está aquí entre las sábanas, que se me ha perdido” y estaba en la cuna. Eso muchísimas veces, muchos despertares, lo buscaba por la cama... (C0001).*
- *De repente me venía una información nueva, algo que había captado que en un primer momento no recordaba y luego me asaltaba la mente. Y sensaciones, como una angustia y... muy mal (C0004).*

3.2.3. Apoyo percibido

3.2.3.1. Sensación de apoyo inadecuado.

3.2.3.1.1. Cuestionamiento por parte del entorno.

- *Y yo le quería decir, jolín, ¿ves? Sé también dónde busco, yo no estoy buscando en blogs,*

en sitios, no sé... me documento. Pero a veces ya sabes que en casa no te tienen tampoco en cuenta como [profesión], a parte soy madre. (...) Y bueno... fue duro eso. (C0001).

- *Y luego eso, que estás susceptible y que cualquier comentario que te hacen como “Ay, ¡este niño está llorando porque sus papás no le dan de comer!” y es como por favor, qué necesidad, ¿no? de hacerlo... Que lo hacían sin darse cuenta entiendo, pero son comentarios muy dañinos... (C0004).*

3.2.3.1.2. Invalidación del malestar respecto a lo sucedido en el parto.

- *Recuerdo un poco todo siempre, a veces, ¿no? del parto... de cómo fue y demás. La familia, bueno, mis padres o mi hermana me dice: “bueno déjalo ya tienes ahí a [nombre bebé]... está bien, déjalo ya, olvídalo, ya está, los partos se complican, los partos son difíciles...” (C0001).*

3.2.3.1.3. Colaboración inadecuada por parte del entorno.

- *Entonces... real, apoyo real... mmm... por decir... no digo poco, relativo. Es relativo. Eeeh... y... ¿por qué? Porque una madre al final lo que necesita no es que nadie se encargue del niño para que ella haga otras cosas. Lo que una madre necesita es que se encarguen de las otras cosas (C0004).*
- *Pero emocionalmente es un proceso y que también se debería de respetar y un poco las necesidades que tenga cada mujer. Tú puedes necesitar que venga todo el mundo y que te den mil abrazos o puedes necesitar un poquito de espacio. Y un poco a mí es lo que me pasa en ese sentido, que yo necesito un poquito de espacio (C0007).*

3.2.3.1.4. Soledad.

- *Y fue... duro. Yo me sentí muy sola. Lo hablo a día de hoy con él y le digo: “este año ha sido el que más sola me he sentido en toda mi vida (C0012).*

3.2.3.1.5. El entorno no respeta los límites.

- *Pero, por ejemplo, discuto con [nombre marido] a veces de mi suegro, ¿no?, porque él llega y “dámelo”, y siento como que ese “dámelo” no... Puedo... que me diga, “[su nombre], ¿me lo dejas?”. Él ya llega y me pone las manos así y como que me lo quita (C0001).*
- *El tema de esto, de que la gente no respetase lavarse las manos antes de tocar al bebé, no venir si estás mala... Que a mí me parecen de primero, pero la gente no prioriza mucho (C0012).*

3.2.3.1.6. Sensación de no ser vista por parte del entorno.

- *Al principio cuando estabas en el hospital y los primeros días que llegas a casa, es como que... sí que es verdad que te sientes un poco desplazada porque todos van “el bebé, el bebé”, y todos quieren ir a verlo, y nadie te pregunta a ti qué tal (C0009).*

3.2.3.1.7. Dificultad para encontrar escucha en los demás.

- *O sea, en realidad sobre todo ahora digo: no puedo hablar. Mi sensación es... yo no puedo ahora coger y hablar de mi parto (C0003).*

3.2.3.2. Sensación de buen apoyo.

3.2.3.2.1. Por parte de la pareja.

- *Me dijo: ‘mira, inténtalo el tiempo que necesites, y cuando quieras parar paras, y no*

pasa nada, y si hay que dar el biberón pues se da el biberón, y no pasa nada''[...].

Cuando había esos momentos en los que yo no era ni para salir de la cama... era él todo (C0006).

- *Pues mi pareja, mi pareja estuvo sobre todo al principio, por la personalidad que tiene él. Estuvo super volcado, super pendiente de que estuviéramos las dos bien... (C0002).*

3.2.3.2.2. Por parte del entorno.

- *Porque es verdad que la gente de más confianza es la familia de origen. Ese es el factor más importante. Probablemente si no hubieran estado ellos, hubiera sido una situación mucho más complicada, claro (C0002).*

3.2.3.2.3. Por parte de profesionales.

- *El médico aquí, que tenemos un médico de cabecera que bien, y el enfermero que me hacía las curas. Que también fue mucho apoyo, la verdad (C0011).*

4. Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo principal conocer en profundidad la vivencia de parto traumático y el vínculo materno-filial durante el primer año de vida en mujeres que dieron a luz en los distintos Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Más específicamente, se pretendió comprender los factores que han contribuido a la percepción del parto como traumático, explorar la experiencia de la madre con el bebé durante el posparto, conocer el estado físico y psicológico de la madre durante este período y el papel del apoyo percibido.

Para alcanzar los objetivos de la investigación se diseñó un estudio con metodología cualitativa y un enfoque fenomenológico descriptivo. Para el reclutamiento de las participantes se llevó a cabo un muestreo teórico intencionado. La muestra quedó formada por 12 participantes, a quienes se realizaron entrevistas en profundidad. Se llevó a cabo un estudio fenomenológico con el fin de comprender la experiencia de las mujeres que vivencian su parto como traumático, así como para conocer en profundidad la construcción del vínculo durante el primer año.

Los resultados del estudio revelaron 1 tema, 2 categorías, 9 subcategorías, 33 códigos y 44 subcódigos. El tema encontrado, al cual hemos llamado “experiencia de parto traumático” está formado por las siguientes categorías: experiencia de parto y experiencia en el posparto. Los códigos, referentes al parto a los que las participantes dedicaron más tiempo en la entrevista fueron: ausencia de explicación médica, sensación de no saber lo que está pasando, ausencia de información anticipatoria, ejercicio de poder, frustración de expectativas acerca del parto, invalidación y problemas de salud del bebé al nacer. Con respecto al posparto, los temas más recurrentes fueron la sensación de dificultad en la

construcción del vínculo, buen apoyo por parte del entorno, consecuencias físicas debido al parto, apoyo emocional de la pareja, tristeza y disfrute del tiempo compartido con el bebé.

A continuación, se resumen los principales hallazgos en relación a los objetivos planteados.

4.1. Experiencia de parto traumático

La experiencia de parto traumático está formada por las siguientes subcategorías: sensación de peligro vital, complicaciones físicas durante el parto, percepción de falta de control, percepción de trato inadecuado, experimentación de malestar y circunstancias relacionadas con el primer contacto con el bebé. La experiencia traumática descrita por las participantes no fue únicamente por un solo evento significativo, sino por la acumulación de experiencias adversas. En su estudio, Priddis y colaboradores (2018) utilizan la expresión “*trauma por cientos de cortes*” para referirse a este fenómeno.

Los hallazgos del presente estudio van en la línea de lo señalado en la literatura previa, en estudios de tipo cuantitativo (Delicate et al., 2020; Hollander et al., 2017; O’Donovan et al., 2014) cualitativo (Abdollahpour & Motaghi, 2019; Beck, 2004; Beck, 2018; Coates et al., 2014; Koster et al., 2019; Murphy & Strong, 2018; Priddis et al., 2018; Reed et al., 2017; Rodríguez-Almagro et al., 2019; Rönnerhag et al., 2018; Taghizadeh et al., 2014; Zhang et al., 2020) y revisiones sistemáticas de estudios cualitativos (Benyamini et al., 2024; Shorey & Wong, 2020).

Las mujeres entrevistadas relataron numerosas complicaciones ocurridas durante el parto, como desgarros, episiotomías, pérdida de sangre, cesárea de urgencia, ineficacia de la medicación administrada y problemas de salud del bebé al nacer. Bajo estas circunstancias,

varias participantes refirieron una sensación de peligro vital al experimentar que su vida o la de su bebé estaban en riesgo. En consonancia con este resultado, la investigación ha señalado este factor como influyente en la percepción del propio parto como una experiencia traumática (Dekel et al., 2017).

Otra de las subcategorías extraídas fue la percepción de falta de control, experimentada en algunos casos como la sensación de no saber lo que está sucediendo, desencadenando una intensa sensación de miedo. Este aspecto es señalado también en estudios anteriores (Benyamini et al., 2024; O'Donovan et al., 2014; Zhang et al., 2020). En una investigación de mujeres iraníes tras una experiencia de parto traumático, éstas conectaron la pérdida de control con la pérdida del sentido de su existencia, que relacionaron con la falta de agencia sobre su cuerpo (Taghizadeh et al., 2014). Estos resultados son consistentes con la limitación percibida en la toma de decisiones como otra de las formas de percibir falta de control, según el relato de las mujeres de nuestro estudio. En el estudio de Benyamini y colaboradores (2024), se encontró que la falta de involucramiento de las mujeres en la toma de decisiones estuvo asociada a indefensión, pérdida de poder y sensación de incapacidad para dar a luz. En esta línea, en el estudio de Murphy y Strong (2018) se recoge también la sensación de no ser tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones, lo cual las hizo sentir como si fuesen invisibles en su proceso.

La ejecución de maniobras sobre el cuerpo de la mujer sin previo aviso fue otro elemento mencionado por varias participantes. Estas acciones generaron una sensación de amenaza, de pérdida de agencia, de invasividad y de ser un sujeto pasivo sobre el cual se realizan intervenciones sin su pleno conocimiento o preparación. Este fenómeno ha sido descrito en otros estudios (Beck, 2018; Taghizadeh et al., 2014), y muestra la importancia de considerar los cuerpos de las mujeres que dan a luz como especialmente vulnerables al

quedar expuestos a la voluntad y acciones de otros. Asimismo, otro modo de invasividad percibida fue la irrupción repentina de múltiples profesionales en momentos críticos, situación que, aunque en la mayoría de los casos responde a una necesidad de asistencia inminente, puede ser percibida como una intrusión abrupta, aumentando el clima de tensión y la sensación de inseguridad de la mujer.

Las mujeres también relataron prácticas y tratos por parte de los profesionales que no les parecieron adecuados, que contribuyeron a aumentar su sensación de indefensión y desprotección. La ausencia de información por parte del personal sanitario fue el aspecto más destacado, siendo mencionado por todas las mujeres entrevistadas. Ésta también se extendió a otros aspectos, como la falta de anticipación de los procedimientos que se llevarían a cabo sobre su cuerpo y la desinformación respecto al estado de su bebé tras el nacimiento, incluso ante una separación debido a complicaciones en la salud del recién nacido. Todos estos resultados van en la línea de estudios cualitativos previos (Beck, 2004; Koster et al., 2019; Murphy & Strong, 2018; Rodríguez-Almagro et al., 2019) y guardan relación con la sensación descrita por las participantes de no poder avanzar al no haber entendido qué sucedió durante el parto (Coates et al., 2014). Es importante reconocer que durante un proceso de parto las decisiones deben tomarse a menudo de manera rápida, siendo la prioridad minimizar riesgos inmediatos, lo que puede llevar a que aspectos relacionados con el bienestar emocional de la madre, como mantenerla informada, queden relegados. No obstante, la investigación subraya como aspecto fundamental que, independientemente de la situación, las mujeres reciban una explicación básica sobre lo que está sucediendo, así como sobre las decisiones y procedimientos que se están llevando a cabo (Koster et al., 2019).

Esta ausencia de información, sumada a la falta de disponibilidad y de seguimiento continuo por parte de los profesionales, contribuyó a experimentar una sensación de

abandono. Estos hallazgos son coherentes con otros estudios cualitativos que muestran que la presencia oportuna de los profesionales se relaciona con un mejor monitoreo y una menor percepción de experiencias negativas por parte de las mujeres (Rönnerhag et al., 2018; Zhang et al., 2020).

Algunas participantes manifestaron que en ocasiones la información proporcionada por el personal sanitario no se ajustaba adecuadamente a sus necesidades ni a las circunstancias del momento, realizándose de manera brusca o insensible, lo cual tuvo como consecuencia la experimentación de sentimientos de culpa respecto al propio desempeño durante el parto. En esta línea, muchas de las entrevistadas también refirieron haber sentido falta de empatía en la atención recibida, relacionada con situaciones en las que tanto su dolor físico como sus necesidades emocionales no eran tenidas en cuenta. Estas experiencias remiten a lo descrito en el estudio de Murphy y Strong (2018) sobre el sentimiento de invisibilidad previamente mencionado, en parte motivado también por la percepción de falta de consideración del estado emocional de las mujeres por parte de los profesionales. Incluso varias relataron haber percibido un trato deshumanizador, describiendo situaciones en las que sintieron que sus cuerpos eran tratados como meros objetos de intervención médica, sin que se tuvieran en consideración aspectos más emocionales, generando una profunda sensación de vulnerabilidad y de pérdida de dignidad. Una de las participantes describió haber experimentado sensación de violación durante el parto, una vivencia que también ha sido reportada por otras mujeres en estudios previos (Beck, 2018; Reed et al., 2017; Rodríguez-Almagro et al., 2019; Shorey & Wong, 2020). Finalmente, algunas compartieron experiencias en las que se sintieron invalidadas por los profesionales y relataron momentos en los que percibieron un ejercicio de poder por parte del personal sanitario en forma de actitudes autoritarias, gritos y cuestionamientos. Estas escenas tuvieron lugar en momentos

de gran vulnerabilidad, provocando en ellas sentimientos de indefensión, enfado, culpa y miedo. En el estudio de Beck (2018) se obtuvieron experiencias similares, en las que los profesionales mostraron agresividad verbal, hablaban entre ellos como si la mujer no estuviese presente e impidieron que la mujer pudiera expresarse durante el parto.

Tomando como referencia el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987), los protocolos médicos que incluyen prácticas genéricas de atención al parto sin tener en cuenta la biografía y las necesidades de cada mujer para su salud forman parte del exosistema (Olza et al., 2021), en el que tanto las mujeres como los profesionales están inmersos. Esto, junto a la práctica centrada en minimizar riesgos, favorece una dinámica de desajuste entre ambos sistemas (díada madre-bebé y profesional), pudiendo provocar malestar en los dos. En la última década, la investigación se ha interesado también en estudiar la perspectiva del personal sanitario que asiste estos procesos, ya que puede ser un escenario de situaciones altamente estresantes también para ellos. El concepto de traumatización vicaria (Pearlman & Saakvitne, 1995) hace referencia a las experiencias traumáticas que viven los profesionales sanitarios expuestos a situaciones de alto estrés. Más concretamente, los profesionales describen situaciones particularmente impactantes, como partos violentos, situaciones de emergencias obstétricas o el fallecimiento de un recién nacido (Shorey & Wong, 2022), ante las cuales son comunes los sentimientos de culpa y duda (Schrøder et al., 2017). Además, la exposición repetida a estas situaciones puede llevar a mayores niveles de agotamiento, a la tendencia a la despersonalización de la atención y a una disminución en la calidad de la misma (González-Mesa et al., 2021; Uddin et al., 2022). Con todo ello, aunque los profesionales realicen su práctica durante el parto como parte de sus procedimientos habituales, es fundamental que reconozcan cómo sus intervenciones y actitudes afectan a la experiencia de las mujeres que dan a luz.

Las participantes también relataron diferentes formas de malestar durante el parto, como nerviosismo, desbordamiento emocional, frustración de las expectativas previas, sentimientos de soledad y dolor insoportable, este último aspecto en consonancia con lo señalado en estudios previos (Hollander et al., 2017; Zhang et al., 2020). Otras investigaciones identificaron experiencias emocionales similares, como ansiedad, miedo y enfado (Abdollahpour & Motaghi, 2019). Además, la mayoría relató que el parto no se desarrolló como ellas esperaban, aspecto resaltado en otros estudios como potenciador de la experiencia traumática (Priddis et al., 2018).

La mayoría de las mujeres fueron separadas de sus bebés tras el parto, debido principalmente a complicaciones en la salud del recién nacido/a, aspecto que fue vivido con considerable malestar por las participantes. Estos hallazgos están en consonancia con investigaciones previas sobre la importancia del contacto piel con piel tras el nacimiento, que representa una experiencia única facilitadora de la formación de un vínculo temprano (Molloy et al., 2020; Widström et al., 2019). La ausencia de esta experiencia significó para muchas un arrebatamiento de la oportunidad para establecer el vínculo, en algunos casos intensificada por la percepción de no haber sido plenamente conscientes del proceso de parto. Este fenómeno ha sido documentado en diversos estudios que señalan cómo la separación temprana entre madre y bebé puede interferir el establecimiento del vínculo inicial, generando en algunas mujeres la necesidad de compensar esa ausencia en momentos posteriores (Beck & Watson, 2008).

En el primer encuentro con el bebé, la mayoría de las mujeres relataron sensaciones de extrañeza, de ausencia de emoción e incluso en algunos casos de no conocer a su bebé. Varias de ellas hicieron referencia a la frustración de expectativas de lo que imaginaban sentir en este primer encuentro, contraponiendo la realidad de su experiencia con la

expectativa formada por el mandato social de felicidad plena al ver y sentir a su bebé por primera vez, de igual modo que describen los estudios de Ayers (2007), Dennis (2015) y Rodríguez-Almagro y colaboradores (2019).

4.2. Experiencia en el posparto

La categoría de experiencia en el posparto está formada por las siguientes subcategorías: el estado de la madre, la experiencia de la madre con el bebé y el apoyo percibido. Los hallazgos de este estudio se alinean con las contribuciones de investigaciones cualitativas previas (Ayers, 2007; Ayers et al., 2006; Beck & Watson, 2008; Byrne et al., 2017; Coates et al., 2014; Molloy et al., 2020; Negron et al., 2013; Pearce, 2022; Rodríguez-Almagro et al., 2019) así como con los resultados recogidos en diversas revisiones sistemáticas de estudios cualitativos (Beck, 2015; Shorey & Wong, 2020; Watson et al., 2021)

En cuanto al estado de la madre durante el posparto, el impacto percibido del parto dejó importantes consecuencias recogidas en los relatos de las participantes. Entre ellas, se mencionan manifestaciones de malestar físico (dolor, edemas, contracturas, agotamiento físico, endometritis...) que supusieron importantes limitaciones en sus interacciones con el bebé.

Varias mujeres describieron la aparición de recuerdos intrusivos, malestar desencadenado por estímulos relacionados, pensamientos recurrentes sobre lo sucedido, así como la sensación de no recordar aspectos del parto, elemento posiblemente relacionado con el mecanismo de disociación ante una alta activación emocional o por estados alterados de conciencia. Estos síntomas han sido identificados en investigaciones previas como la de Ayers (2007), en el que los relaciona con síntomas de estrés postraumático y con el hecho

de haber tenido una experiencia de parto con niveles elevados de miedo, ansiedad y enfado. Algunas mujeres, como protección frente al alto impacto emocional desencadenado, evitaban hablar de lo sucedido, aspecto recogido también por estudios previos (Byrne et al., 2017; Shorey y Wong, 2022).

Numerosas mujeres destacaron sentimientos de culpa por el desarrollo del parto, especialmente en relación al sufrimiento del bebé, a la responsabilidad de no haber anticipado complicaciones o de no haber aguantado más el dolor. Estos resultados concuerdan también con los obtenidos en el estudio de Coates et al. (2014). Tomando como referencia el Marco de PAS (Johnstone et al., 2018), el hecho de sentirse responsable de un evento traumático puede ser una respuesta a la amenaza, intentando otorgarle un significado que restituya la sensación de agencia sobre él.

La mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron tristeza durante el posparto, especialmente en los primeros días, aunque en algunos casos se prolongó en el tiempo. También refirieron episodios de ansiedad en forma de pesadillas, sonambulismo, ataques de pánico o sensación de angustia al pensar en el cuidado del bebé. En esta línea, cabe mencionar los resultados del estudio de Rodríguez-Almagro et al. (2019) donde se señalan las heridas emocionales que experimentaron las mujeres tras una vivencia de parto traumático como la sensación de llanto constante o el miedo a posibles problemas que pudieran aparecer.

En la segunda subcategoría denominada experiencias de la madre con el bebé, se hallaron diferentes dificultades con respecto al vínculo con el bebé. Varias de las participantes expresaron sentimientos iniciales de rechazo hacia su bebé y sensación de saturación respecto a su cuidado, describiendo situaciones de desesperación, desbordamiento

y pensamientos intrusivos negativos hacia el bebé, hallazgos que coinciden con lo señalado en estudios cualitativos previos (Ayers et al., 2006; Coates et al., 2014). Estos sentimientos, junto con el estado psicológico de las madres tras la experiencia traumática del parto, que en muchos casos implicó una separación temprana del bebé, despertaron la sensación inicial de dificultad en la construcción del vínculo. Según la revisión de Watson et al. (2021), algunas mujeres como estrategia de afrontamiento se distancian de su experiencia, y durante el posparto se distancian también de sus bebés. En el estudio de Ayers (2006) se encontró este rechazo inicial al bebé tras una experiencia de parto traumático que, al igual que en el presente estudio, con el paso del tiempo fue susceptible de ir desapareciendo y transformándose, dando lugar a mayor espacio para el vínculo y permitiendo el fortalecimiento de éste.

Continuando con las dificultades halladas, varias mujeres expresaron dudas acerca de su desempeño como madres, vinculadas a la dificultad para calmar a su bebé, sentimientos de culpa respecto a pensamientos negativos hacia él o ella, sentimientos de inutilidad con respecto a su cuidado y sensación de ser mala madre. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Coates et al. (2014), que señalan la percepción de fracaso en esta nueva etapa vital cuando el parto no se desarrolla como ellas esperaban. La dificultad con la lactancia materna también fue reportada por una de las participantes en relación a esta experiencia. En esta línea, la evidencia señala que el impacto de una experiencia de parto traumático sobre la lactancia materna puede manifestarse de diversas formas, como la necesidad reafirmar la propia maternidad, mostrando determinación para continuar con la lactancia pese a las dificultades y la necesidad de compensar a su bebé por lo sucedido en el parto (Beck & Watson, 2008, Molloy et al., 2020).

Otros estudios recogen dudas sobre el desempeño como madres tras un parto experimentado como traumático, en forma de dificultad a la hora de tomar decisiones acerca del cuidado de su bebé (Molloy et al., 2020). En esta misma línea, algunas participantes refirieron una devaluación de su propio desempeño en comparación con el de su pareja, percibiendo a ésta más capaz de cuidar al bebé o con un vínculo más estrecho. Este escenario de intenso malestar emocional puede generar dificultades en la mentalización, condicionando las interpretaciones de la madre sobre los comportamientos del bebé. En este contexto, pueden surgir modos pre-mentalizadores, como la equivalencia psíquica, caracterizada por experimentar los propios pensamientos y emociones como reflejos exactos de la realidad externa (Asen & Fonagy, 2023). En los relatos de las mujeres participantes, se han identificado como ciertas expresiones de malestar del bebé eran interpretadas como signos de rechazo hacia ellas como madres.

Dos fueron los principales miedos recogidos a través de las narraciones, el primero en relación a la salud física de sus bebés, especialmente en los casos en los que la experiencia de parto trajo complicaciones físicas en el recién nacido/a. El segundo miedo señalado fue que su propio malestar emocional pudiera afectar negativamente al bebé, transmitiendo, por ejemplo, estrés.

La casi-totalidad de las mujeres entrevistadas, independientemente de la experiencia inicial con su bebé, describieron un cambio en el vínculo con el paso del tiempo, sintiendo que éste se transformaba, fortaleciéndose. Bajo esta percepción, la mayoría de las madres comparten experiencias que evidencian un sentimiento de amor hacia sus bebés, utilizando palabras para referirse a ello como “paz, adoración o la sensación de estar en una nube”. Otro de los aspectos que valoran positivamente del vínculo es la capacidad de disfrutar del tiempo compartido, llegando a definir el vínculo con sus bebés como estrecho.

La experimentación de una angustia por separación respecto a sus bebés también fue una vivencia descrita por algunas de las participantes, que se encontraban con la sensación de experimentar sufrimiento y una importante dificultad para sobrellevar esta separación. En la misma línea, compartieron experiencias que reflejaban la necesidad de sentir el vínculo con sus bebés de una manera exclusiva, así como una clara dificultad para dejar a sus bebés con personas ajenas a la pareja. El neonatólogo Bergman (2014) acuñó el término de “exogestación” para hacer referencia al período en el que el bebé necesita contacto y sostenimiento continuos los primeros 8-9 meses. Tomando su tesis de que el hábitat del recién nacido es la madre, consideramos importante reflexionar acerca del alcance del impacto que puede tener la separación entre ambos al nacer, hasta qué punto es negativo que la madre no se sienta cómoda dejando al bebé con otras personas, y de qué manera la mirada médica y social considera cada miembro de la díada por separado, en vez de como un sistema propio.

En la subcategoría del apoyo percibido, las mujeres identificaron tanto apoyos que consideraron inadecuados como aquellos que les ayudaron durante esta etapa. Respecto a los apoyos inadecuados, señalaron haberse sentido cuestionadas por parte de su entorno cercano, como su pareja y familia, sobre el cuidado del bebé. Concretamente, acerca de la lactancia, de las preocupaciones por su salud, sobre su capacidad para calmar al bebé o sobre el tiempo que la madre lo sostenía en brazos. Por otro lado, por los profesionales acerca de la lactancia y, según una de las participantes, en relación con todos los aspectos relacionados con la maternidad.

También hicieron referencia a la invalidación del malestar respecto a lo sucedido en el parto por parte de quienes las rodeaban, minimizando lo ocurrido, apelando a que el bebé logró nacer y que lo ocurrido está en el pasado. En relación a este elemento, cabe señalar un

estudio realizado por Pearce (2022) que exploró las narrativas de mujeres que se habían recuperado de una experiencia de parto traumático. Entre sus resultados, se destaca la influencia de la reacción del entorno ante la experiencia traumática del parto, siendo la validación recibida uno de los factores identificados que favorecen la recuperación.

En el presente estudio se mencionó también la dificultad por encontrar escucha acerca de lo ocurrido en el parto, sintiéndolo un tema tabú. La ausencia de un espacio en el entorno en el que poder hablar de lo ocurrido y de las emociones sentidas durante el posparto, la ausencia de preguntas al respecto y la sensación de que el bebé es quien está bajo el foco de atención de todo el entorno llevaron a varias mujeres a expresar que no se sentían vistas. Incluso algunas refirieron sentirse desplazadas por su propio hijo o hija, echando en falta que se las continuase reconociendo como personas más allá de su rol materno. Este aspecto, junto con el mandato del entorno de ser fuertes y avanzar, es también mencionado en el estudio de Beck (2015).

Varias mujeres hablaron de una colaboración por parte del entorno que percibieron como inadecuada. Ésta fue por parte de la pareja, en relación a su disponibilidad emocional, a su colaboración en tareas domésticas y de cuidado; y por parte de la familia de origen, en relación a un reparto de tareas que no se ajustaba a las necesidades de la madre y a la percepción de una imposición de su presencia cuando la madre necesitaba más espacio. Estos resultados coinciden con las aportaciones de un estudio cualitativo que explora la percepción de las mujeres sobre el apoyo social en el posparto, y que destaca cómo el apoyo instrumental en las tareas cotidianas resulta clave para favorecer el bienestar emocional y físico de las madres (Negron et al., 2013). Además de la calidad del apoyo, algunas participantes señalaron dificultades relacionadas con el respeto a los límites, expresando que su entorno no tenía en cuenta los límites que ellas o sus parejas intentaban establecer en cuanto al

contacto con el bebé y las visitas, manifestando sentirse invadidas o abrumadas. Tres de las mujeres entrevistadas también mencionaron sentimientos de soledad en el posparto, relacionados con los horarios laborales de sus parejas y con obligaciones externas al contexto familiar, lo que las llevaba a pasar muchas horas solas con el bebé.

Bronfenbrenner (1987) destaca las necesidades de relación entre microsistemas, dando paso al mesosistema. En el presente estudio y basándonos en los trabajos de Olza et al. (2021), el microsistema en el que centramos nuestra atención es la díada madre-bebé, que, citando al Bronfenbrenner, “depende de forma crucial de la presencia y participación de terceras personas, [...] Si no hay terceros o si desempeñan un papel destructivo más que de apoyo, el proceso de desarrollo considerado como sistema se desintegra.” Las mujeres de nuestro estudio han hablado también del impacto positivo que les generó el apoyo de su pareja, de su entorno y de los profesionales. El apoyo mencionado como más importante fue el de la pareja, principalmente a nivel emocional. En el entorno cercano el apoyo identificado más mencionado fue de la propia madre, y en ocasiones amistades y otros miembros de la familia. Dos mujeres refirieron haber percibido apoyo emocional durante el posparto por parte de los profesionales.

4. 3. Limitaciones, fortalezas y retos futuros.

La presente investigación está condicionada por las limitaciones inherentes a la investigación cualitativa; no obstante, se han seguido rigurosamente los criterios necesarios para asegurar un nivel adecuado de transferibilidad y validez teórica. Es importante ser cautos al momento de generalizar las conclusiones obtenidas, dado que los resultados únicamente son aplicables a muestras de las mismas características que la del presente estudio.

Un aspecto que debe ser tenido en cuenta por investigaciones futuras tiene que ver con tomar en consideración otros aspectos que pudieran mediar en la manera de vincular de las participantes, pues cada mujer tiene su propia historia relacional y durante la transición a la maternidad pueden reactivarse patrones vinculares de épocas más tempranas de su propio desarrollo. Otro aspecto que podría condicionar los resultados es el vínculo prenatal de la madre con su bebé cuando éste se encuentra todavía dentro del útero. También consideramos importante en futuras investigaciones profundizar en cómo la madre siente e imagina a su bebé antes de que éste nazca, así como las condiciones de su entorno y del resto de sus relaciones durante esta etapa, al ser un factor que puede influir en cómo se experimenta el vínculo tras el nacimiento.

Respecto a las fortalezas de este estudio, las reflexiones que se desprenden de sus hallazgos pueden ser aplicables no sólo a la forma en la que se concibe y aborda la atención brindada a la díada madre-bebé, sino también a los diferentes niveles o sistemas interconectados que influyen entre sí y forman parte de su contexto. Esto incluye a los profesionales y a las personas de su entorno más próximo, lo que podría propiciar un cambio de perspectiva en la comprensión y en el acompañamiento de la transición a la maternidad.

Nuestros resultados también invitan a pensar en el apoyo que pueden necesitar los profesionales de la salud que atienden a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. Creemos importante fortalecer la coordinación entre servicios de ginecología-obstetricia, neonatología y salud mental perinatal. En un contexto de coordinación fluida y desde una perspectiva de interdependencia entre estos servicios, se podrían realizar grupos Balint para prevenir y acompañar el burn-out y el trauma vicario, así como ofrecer recursos a los profesionales involucrados en el proceso de asistencia al parto que faciliten el manejo de situaciones de crisis así como la comunicación efectiva en situaciones difíciles, lo cual podría

tener impacto en las intervenciones durante el parto y, con ello, en la experiencia de las mujeres que dan a luz. Estos espacios de colaboración podrían resultar además de gran utilidad para la reflexión acerca de las prácticas y de los protocolos establecidos, de manera que pueda fomentarse la revisión constante de las intervenciones realizadas, así como la flexibilidad a las necesidades individualizadas tanto de la madre como del bebé. Asimismo, consideramos crucial poder ofrecer orientación de cara a una temprana identificación de aquellas mujeres que hayan podido experimentar su parto como traumático con el fin de que tengan acceso a recibir atención psicológica por parte de los servicios de salud mental perinatal. Esta coordinación permitiría también reforzar la figura del/la psicólogo/a clínico/a en el campo perinatal, dado el período de particular vulnerabilidad, tanto en el embarazo como en el posparto. Consideramos fundamental, ante un parto vivido como traumático, poder ofrecer un espacio para explorar el significado que le dan a su experiencia, elaborar su narrativa acerca de ella y la manera en la que construyen su identidad en el proceso de transición a la maternidad. En coherencia con ello, se destaca asimismo la importancia de impulsar la creación de grupos de apoyo entre mujeres, para diversificar las fuentes de apoyo y que éstas provengan de redes comunitarias, más allá de una atención individualizada.

La perspectiva ecosistémica permite observar cómo a nivel asistencial resulta clave que las necesidades del entorno más cercano de la madre también sean tenidas en cuenta. En este punto cabe mencionar especialmente a la pareja, en el caso que la haya, pues en la mayoría de los casos resulta la fuente de apoyo más próxima y es testigo directo de lo sucedido, lo que puede tener importante impacto emocional en ellos. De esta forma, el acceso al apoyo psicológico no sólo permitirá el abordaje de dificultades emocionales de la pareja durante este periodo, sino que también facilitará la construcción de un entorno más saludable para la crianza, lo cual también repercutirá directamente en la díada madre-bebé.

4.4. Conclusiones

A partir de los objetivos planteados y el diseño fenomenológico del presente estudio, hemos podido comprender y profundizar en el significado del fenómeno de parto traumático y la construcción del vínculo madre-bebé. Los hallazgos revelan que los significados de la vivencia de parto traumático están conformados por su experiencia en la sensación de peligro vital tanto propia como del bebé, en la percepción de falta de control, en las complicaciones físicas durante el parto, en la percepción de trato inadecuado por parte de los profesionales, en la experimentación de malestar físico y emocional durante el parto y un primer contacto con el bebé marcado por una separación previa o por la sensación de extrañeza, de ausencia de emoción o de no reconocerlo. Los resultados también sugieren que la experiencia de vínculo materno-filial durante el primer año de vida en mujeres con experiencia de parto traumático está relacionada con el estado de la madre, tanto físico como psicológico, los miedos, necesidades y dificultades derivados de su experiencia con el bebé, las sensaciones positivas respecto a éste, y el apoyo percibido. Más específicamente, éste último aspecto aparece como un importante mediador en el posparto, actuando como amortiguador del malestar emocional cuando era percibido como ajustado a las necesidades de las mujeres. Sin embargo, un apoyo percibido como inadecuado o escaso puede afectar negativamente en la vivencia de la mujer, repercutiendo tanto en su estado emocional como en su experiencia con el bebé.

Estos resultados sugieren que las condiciones asociadas a un parto experimentado como traumático han impactado en la manera en que las mujeres de nuestra muestra han vivenciado la construcción del vínculo con su bebé, lo cual a su vez está influido por aspectos como su estado psicológico y el apoyo del entorno durante el posparto. Estos resultados

muestran asimismo cómo las amenazas percibidas por la madre, tanto en el parto como en el posparto, pueden provenir de diferentes sistemas.

Este estudio inicia una vía de investigación necesaria, basada en las experiencias en primera persona. Los relatos recogidos subrayan la importancia de garantizar la ayuda psicológica a las madres que han vivido una experiencia de este tipo de cara a que puedan contar con un espacio que permita la elaboración de su narrativa sobre su experiencia, así como la construcción de su identidad en el proceso de transición a la maternidad. Las necesidades encontradas permiten establecer objetivos para proporcionarles una asistencia sanitaria integral y adecuada a sus necesidades. En esta línea, se considera fundamental la coordinación desde los Servicios de Salud Mental Perinatal con los Servicios de Obstetricia y Ginecología de cara a promover recursos y herramientas que puedan favorecer una experiencia de parto más positiva, así como la identificación temprana de mujeres que han atravesado una experiencia de parto traumático. Las intervenciones psicológicas también deben incluir al entorno más próximo de la madre y el bebé de cara a facilitar la construcción de un entorno más saludable para la crianza.

5. Agradecimientos

Las autoras queremos expresar nuestro agradecimiento a Tatiana Arboleya Faedo por su acompañamiento y supervisión técnica durante la realización de este estudio. Asimismo, nos gustaría agradecer a las Psicólogas Clínicas M^a Dolores Méndez Méndez y Amalia Fariña González por su mirada, apoyo e inspiración a lo largo de todo el proceso. Por último, agradecemos profundamente a las mujeres entrevistadas su tiempo, esfuerzo y generosidad al compartir sus historias; esperamos que esta investigación pueda dar voz a vuestras experiencias, las cuales merecen ser escuchadas.

6. Referencias bibliográficas

- Abdollahpour, S., & Motaghi, Z. (2019). Lived Traumatic Childbirth Experiences of Newly Delivered Mothers Admitted to the Postpartum Ward: A Phenomenological Study. *Journal of Caring Sciences*, 8(1), 23-31. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.004>
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849-1859. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992224>
- Altuntuğ, K., Kiyak, S., & Ege, E. (2024). Relationship between birth memories and recall and perception of traumatic birth in women in the postpartum one-year period and affecting factors. *Current Psychology*, 43(1), 876-884. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04336-3>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Asen, E., & Fonagy, P. (2023). *Tratamiento basado en la mentalización con familias*. Desclée De Brouwer.
- Ayers, S. (2007). Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study. *Birth*, 34(3), 253-263. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00178.x>

- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 215-218. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1030250>
- Baptie, G., Andrade, J., Bacon, A. M., & Norman, A. (2020). Birth trauma: The mediating effects of perceived support. *British Journal of Midwifery*, 28(10), 724-730. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.10.724>
- Bay, F., & Sayiner, F. D. (2021). Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. *Women & Health*, 61(5), 479-489. <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1927287>
- Beck, C. T. (2004). Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two-Stage U.S. National Survey. *Birth*, 38(3), 216-227. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x>
- Beck, C. T. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 2333393615575313. <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>

- Beck, C. T. (2018). A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(1), 94-104. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015>
- Beck, C. T., & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breastfeeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000313494.87282.90>
- Beck, C. T., & Watson, S. (2019). Mothers' Experiences Interacting with Infants after Traumatic Childbirth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(6), 338-344. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000565>
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112-123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., Connelly, J. J., & Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: A prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 219-227. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0555-7>
- Benyamini, Y., Delicate, A., Ayers, S., Dikmen-Yildiz, P., Gouni, O., Jonsdottir, S. S., Karlsdottir, S. I., Kömürcü Akik, B., Leinweber, J., Murphy-Tighe, S., Pajalic, Z., Riklikiene, O., & Limmer, C. M. (2024). Key dimensions of women's and their partners' experiences of childbirth: A systematic review of reviews of qualitative studies. *PLOS ONE*, 19(3), e0299151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299151>

- Bergman, N. J. (2014). The neuroscience of birth – and the case for Zero Separation. *Curationis*, 37(2), 4 pages. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i2.1440>
- Boudiou, L., Brulé, P. & Pierini, L. (2005). En Grèce Antique, la douloureuse obligation de la maternité. *Clio. Histoire, Femmes et Sociétés*, 21, 17-42.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Brockington, I. (2011). Maternal Rejection of the Young Child: Present Status of the Clinical Syndrome. *Psychopathology*, 44(5), 329-336. <https://doi.org/10.1159/000325058>
- Bronfenbrenner U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Brown, A., Nielsen, J. D. J., Russo, K., Ayers, S., & Webb, R. (2022). The Journey towards resilience following a traumatic birth: A grounded theory. *Midwifery*, 104, 103204. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103204>
- Burutxaga, I., Pérez-Testor, C., Ibáñez, M., de Diego, S., Golanó, M., Ballús, E., y Castillo, J. A. (2018). Apago y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis*, 15, 1-17.
- Byrne, V., Egan, J., Mac Neela, P., & Sarma, K. (2017). What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery*, 51, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.017>

- Calderón Gómez, C. (2016). Curso de introducción a la investigación cualitativa. Unidad Didáctica I, la investigación cualitativa en atención primaria: aspectos teóricos y ámbitos de aplicación. *semFYC*.
- Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43-66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.174858>
- Coates, R., Ayers, S., & De Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 359. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-359>
- Condon, J. T., & Corkindale, C. J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57-76. <https://doi.org/10.1080/02646839808404558>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554. <https://doi.org/10.1002/imhj.20197>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following

- childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817-824.
<https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2017). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(2), 102-115.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397270>
- Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2020). Health care practitioners' views of the support women, partners, and the couple relationship require for birth trauma: Current practice and potential improvements. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e40. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000407>
- Dennis, T. (2015). *Women's Experiences With Traumatic Childbirth* [Georgia State University]. <https://doi.org/10.57709/6727407>
- Fernández Lorenzo, P., & Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*, Editorial Síntesis.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th ed.). Sage Publications Ltd.
- Frankham, L. J., Thorsteinsson, E. B., & Bartik, W. (2023). Birth related PTSD and its association with the mother-infant relationship: A meta-analysis. *Sexual &*

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100920>

Garthus-Niegel, S., Von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>

González-Mesa, E., Jiménez-López, J., Blasco-Alonso, M., & Lubián-López, D. (2021). Obstetricians' Attitude towards Childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10650.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182010650>

Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254-267.

<https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>

Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth.

Women and Birth, 33(2), e129-e135.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>

- Heyne, C.-S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van Den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102157. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>
- Hollander, M. H., Van Hastenberg, E., Van Dillen, J., Van Pampus, M. G., De Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 163-181. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880>
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D., & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. British Psychological Society.
- Kjerulff, K. H., Attanasio, L. B., Sznajder, K. K., & Brubaker, L. H. (2021). A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 144, 110424. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110424>

- Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-Infant Bonding: The Impact of Early Separation or Loss on Family Development*. Mosby.
- Knibiehler, Y., & Fouquet, C. (1980). *Histoire des mères du moyen age a nos jours*. Paris: Montalba.
- Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N., De Vries, D., Van Willigen, I., & Fontein-Kuipers, Y. (2019). Traumatic childbirth experiences: Practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 792-799. <https://doi.org/10.1111/scs.12786>
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Latt, S. M., Alderdice, F., Elkington, M., Awng Shar, M., Kurinczuk, J. J., & Rowe, R. (2023). Primary postpartum haemorrhage and longer-term physical, psychological, and psychosocial health outcomes for women and their partners in high income countries: A mixed-methods systematic review. *PLOS ONE*, 18(6), e0274041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274041>
- Le Bas, G., Youssef, G., Macdonald, J. A., Teague, S., Mattick, R., Honan, I., McIntosh, J. E., Khor, S., Rossen, L., Elliott, E. J., Allsop, S., Burns, L., Olsson, C. A., & Hutchinson, D. (2022). The Role of Antenatal and Postnatal Maternal Bonding in Infant Development. *Journal of the American Academy of Child &*

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.08.024>

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 275, 16 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, 6 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Martínez-Vázquez, S. (2021). *Trastorno de estrés postraumático perinatal: magnitud del problema, factores asociados y validación de un cuestionario en población española* [Tesis doctoral, Universidad de Jaén].

Molloy, E., Biggerstaff, D. L., & Sidebotham, P. (2020). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*, 34(3), 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004>

- Murphy, H., & Strong, J. (2018). Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers' traumatic birth experiences. *Health Care for Women International*, 39(6), 619-643. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1442838>
- Myers, B. J. (1984). Mother—infant bonding: The status of this critical-period hypothesis. *Developmental Review*, 4(3), 240-274. [https://doi.org/10.1016/S0273-2297\(84\)80007-6](https://doi.org/10.1016/S0273-2297(84)80007-6)
- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 616-623. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 271-283.
- O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creedy, D. K., Dawe, S., & Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30(8), 935-941. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011>
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarme, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Olza, I. (2021). Parir: El poder del parto. *Vergara*.

Olza, I., Fernández-Lorenzo, P., González-Uriarte, A., Herrero-Azorín, F., Carmona-Cañabate, S., Gil-Sanchez, A., Amado-Gómez, E., & Dip, M.A. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35. Epub 04 de octubre de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>

Palacios Hernandez, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: Prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(2), 164-176. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>

Pearce, S. (2022). A narrative exploration of women's stories of recovery from traumatic childbirth (Doctoral dissertation, University of Surrey).

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton & Company.

Priddis, H. S., Keedle, H., & Dahlen, H. (2018). The Perfect Storm of Trauma: The experiences of women who have experienced birth trauma and subsequently accessed residential parenting services in Australia. *Women and Birth*, 31(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.007>

Radoš, N. S., Matijaš, M., Kuhar, L., Anđelinović, M., & Ayers, S. (2020). Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth

Trauma Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(2), 147-155. <https://doi.org/10.1037/tra0000501>

Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(21). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Rönnerhag, M., Severinsson, E., Haruna, M., & Berggren, I. (2018). Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), 331-337. <https://doi.org/10.1111/nhs.12558>

Şahin, B. & Bingöl, F. B. (2021). The Relationship Between Postpartum Maternal Traumatic Stress and Bonding. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.57704>

Scatliffe, N., Casavant, S., Vittner, D., & Cong, X. (2019). Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 445-453. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.009>

Schrøder K., la Cour K., Jørgensen J. S., Lamont R. F., Hvidt N. C. (2017). Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. *Social Science & Medicine*, 176, 14–20.

- Shorey, S., & Wong, P. Z. E. (2022). Traumatic Childbirth Experiences of New Parents: A Meta-Synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 748-763. <https://doi.org/10.1177/1524838020977161>
- Sommerlad, S., Schermelleh-Engel, K., La Rosa, V. L., Louwen, F., & Oddo-Sommerfeld, S. (2021). Trait anxiety and unplanned delivery mode enhance the risk for childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms in women with and without risk of preterm birth: A multi sample path analysis. *PLOS ONE*, 16(8), e0256681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256681>
- Stuijzand, S., Garthus-Niegel, S., & Horsch, A. (2020). Parental Birth-Related PTSD Symptoms and Bonding in the Early Postpartum Period: A Prospective Population-Based Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 570727. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570727>
- Sun, X., Fan, X., Cong, S., Wang, R., Sha, L., Xie, H., Han, J., Zhu, Z., & Zhang, A. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 1065612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065612>
- Taghizadeh, Z., Irajpour, A., Nedjat, S., Arbabi, M., & Lopez, V. (2014). Iranian mothers' perception of the psychological birth trauma: A qualitative study. *Iranian journal of psychiatry*, 9(1), 31–36.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0074-z>

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós.
- Thébaud, F. (2005). Clio. Histoire, Femmes et Sociétés. *Éditorial. Maternités*, 21, 9-16.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Türkmen, H., Yalniz Dİlçen, H., & Aslantekin Özçoban, F. (2020). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: A prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 422-434.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792429>
- Uddin, N., Ayers, S., Khine, R., & Webb, R. (2022). The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity health professionals: A systematic review. *Midwifery*, 114, 103460. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103460>
- Van Manen, M., & Van Manen, M. (2021). Doing Phenomenological Research and Writing. *Qualitative Health Research*, 31(6), 1069-1082.
<https://doi.org/10.1177/10497323211003058>
- Van Sielegheem, S., Danckaerts, M., Rieken, R., Okkerse, J. M. E., De Jonge, E., Bramer, W. M., & Lambregtse - Van Den Berg, M. P. (2022). Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early*

Human Development, 174, 105667.

<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105667>

Vega-Sanz, M., Berastegui, A., & Sanchez-Lopez, A. (2024). Perinatal posttraumatic stress disorder as a predictor of mother-child bonding quality 8 months after childbirth: A longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 389.

<https://doi.org/10.1186/s12884-024-06570-4>

VERBI Software. (2023). *MAXQDA 2024*. VERBI Software.

Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 742236.

<https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>

Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417–424.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>

Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.

<https://doi.org/10.1111/apa.14754>

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587-

597. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00041-8)

- Williams, C., Taylor, P. E., & Schwannauer, M. (2016). A web-based survey of mother-infant bond, attachment experiences, and metacognition in posttraumatic stress following childbirth: postnatal stress, attachment, and metacognition. *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 259-273. <https://doi.org/10.1002/imhj.21564>
- World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>
- Zhang, K., Dai, L., Wu, M., Zeng, T., Yuan, M., & Chen, Y. (2020). Women's experience of psychological birth trauma in China: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 651. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03342-8>

7. Anexos

7.1. ANEXO I. CUESTIONARIO AD HOC

Fecha de recogida de datos (dd/mm/aa):

Número de caso:

Código:

Variables sociodemográficas.

Fecha de nacimiento	dd/mm/aa
Nivel educativo alcanzado	0= Estudios primarios. 1= ESO. 2= FP o Bach. 3= Estudios universitarios 4=posgrado.
Estado Civil	0= Soltera. 1= Casada/en pareja.

Características clínicas no relacionadas con el parto.

Antecedentes en Salud Mental	0= No. 1= Sí.
Seguimiento actual en Salud Mental	0= No. 1= Sí.

Características clínicas relacionadas con el proceso de parto.

Fecha de parto	dd/mm/aa
Tipo de parto	0= Vaginal. 1= Cesárea programada. 2= Cesárea de urgencia.
Embarazos previos	0= Ninguno. 1= 1 embarazo previo. 2= 2 embarazos previos 3= 3 o más.
Abortos previos	0= Ninguno. 1= 1 aborto previo. 2= 2 abortos previos. 3= 3 o más.
Piel con piel tras nacimiento	0= No. 1= Sí.
Complicaciones físicas del bebé	0= No. 1= Sí, antes del parto. 2= Sí, durante el parto. 3= Sí, después del parto.
Semana de nacimiento	0= Prematuro extremo: antes de la semana 28. 1= Muy prematuro: de la semana 28 a la 32. 2= Prematuro moderado-tardío: semana 32 a 37 3= A término: a partir de 37 semanas.
Tipo de alimentación	0= Lactancia materna. 1= Lactancia mixta. 2= Lactancia artificial.
Complicaciones físicas de la madre durante el parto	0= No. 1= Sí.

7.2. ANEXO II. TABLAS

Tabla 1.

Características sociodemográficas, Frecuencias (F)/ Media (M) y Porcentajes de la muestra (%) o Desviación típica (DT) de la muestra (N = 12).

Características sociodemográficas		F / M	% / DT
Edad		33.9	±5.93
Estado civil	Casado/ con pareja	12	100
	Total	12	100
Nivel educativo alcanzado	FP/Bachillerato	2	16,7
	Estudios Universitarios	6	50
	Postgrado	4	33,3
	Total	12	100
Meses del bebé en el momento de la entrevista	4 o menos	5	1,7
	4 a 8	4	33,3
	8 a 12	3	25
	Total	12	100

Tabla 2.*Características clínicas. Frecuencias (F) y Porcentajes (%) de la muestra (N = 12).*

Características clínicas		F	%
Antecedentes en Salud Mental	No	5	41,7
	Sí	7	58,3
	Total	12	100
Seguimiento actual en Salud Mental	No	7	58,3
	Sí	5	41,7
	Total	12	100
Tipo de parto	Cesárea de urgencia	4	33,3
	Parto vaginal	8	66,7
	Total	12	100
Embarazos previos	0	9	75
	1	1	8,3
	2	2	16,7
	Total	12	100
Abortos previos	0	9	75
	1	2	16,7
	2	1	8,3
	Total	12	100
Piel con piel	No	7	58,3
	Sí	5	41,7
	Total	12	100
Complicaciones físicas de la madre con el postparto	No	3	25
	Sí	9	75
	Total	12	100
Complicaciones físicas del bebé	No	6	50
	Sí, antes del parto	1	8,3
	Sí, durante el parto	3	25
	Sí, después del parto	3	25

	Total	12	100
Semana de nacimiento.	A término: a partir semana 37	12	100
	Total	12	100
Tipo de alimentación	Artificial	4	33,3
	Lactancia Materna	6	50
	Mixta	2	16,7
	Total	12	100

Tabla 3.

Guion temático de las entrevistas.

Experiencias de parto traumático y narrativas sobre la construcción del vínculo.

¿Cómo fue tu experiencia de parto? ¿Existió alguna complicación durante el proceso?
¿En qué medida sentiste que tus necesidades y preocupaciones fueron tenidas en cuenta?
¿Tuviste oportunidad de estar acompañada por alguien de tu preferencia durante el parto? ¿Y después?
¿Qué hubieras necesitado que fuera diferente durante el proceso?
¿Qué expectativas tenías respecto al parto antes de pasar por él?
¿Cómo se está desarrollando la etapa posparto? Háblame de los apoyos con los que cuentas.
¿Cómo te sientes cuando estás sola con tu bebé?
¿De qué manera describirías tu conexión con tu bebé?
Es habitual que muchas madres tengan pensamientos acerca de su bebé o sobre su propia capacidad para cuidarlo que les producen malestar. ¿Dirías que en algún momento has experimentado algo así?

Tabla 4.

Categorías, subcategorías y códigos del tema “experiencia de parto traumático”.

Categorías	Subcategorías	Códigos
Experiencia de parto	Sensación de peligro vital	La vida del bebé corre peligro La propia vida corre peligro
	Complicaciones durante el parto	Desgarro/episiotomía Ineficacia de la medicación administrada Pérdida de sangre Cesárea urgente Problemas de salud del bebé al nacer
		Limitación percibida en la toma de decisiones
		Percepción de falta de control
		Maniobra sin previo aviso Sensación de no saber lo que está pasando Irrupción repentina
		Sensación de abandono Invalidación Ejercicio de poder
	Percepción de trato inadecuado	Falta de información Sensación de falta de empatía
	Por parte de los profesionales	Sensación de inadecuación a la hora de transmitir información Percepción de trato deshumanizador
	Experimentación de malestar en el parto	Sensación de dolor insoportable Nerviosismo Soledad de la madre en el hospital Desbordamiento emocional tras el parto Frustración de expectativas acerca del parto.
		Primer contacto con el bebé
		Sensaciones Separación madre-bebé

Experiencia en el posparto	Experiencia de la madre con el bebé en el posparto	Necesidades respecto al vínculo
		Miedos
		Dificultades
		Sensaciones positivas
	Estado de la madre durante el posparto	Impacto percibido del parto
		Otras emociones
	Apoyo social percibido	Sensación de apoyo inadecuado
		Sensación de buen apoyo

7.3. ANEXO III. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Calidad,
Transformación y Gestión del
Conocimiento

Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos
del Principado de Asturias
Hospital Universitario Central de Asturias
N-1, S3.19
Avda. de Roma, s/n
33011 Oviedo
Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028),
ceim.asturias@asturias.org

Oviedo, 19 de septiembre de 2024

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación (Trabajo Fin de Residencia) T.F.R. código del CEImPA nº 2024.381, titulado ***"Experiencias en el vínculo madre-bebé de mujeres con vivencia de parto traumático"***. Investigadoras Principales. Dña. Margarita Martínez Alonso; Dña. Ariadna De Haro Jimenez; Dña. Miryan Martínez Jimenez. *Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias.*

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Los Consentimientos informados deberán firmarse por duplicado (para dejar constancia de ello) y una copia deberá ser archivada con la documentación del estudio.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: PABLO ISIDRO MARRON
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



7.4. ANEXO IV. HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES.

Usted ha sido invitada a participar en el estudio titulado ‘**Experiencias de parto traumático y narrativas sobre la construcción del vínculo**’.

A continuación, se le proporciona la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación voluntaria. Tómese el tiempo que considere necesario para revisar este documento antes de decidir si desea participar en el estudio.

Investigadoras:

Margarita Martínez Alonso, número de colegiada: O-03315

Miryan Martínez Jiménez, número de colegiada: O-03320

Ariadna de Haro Jiménez, número de colegiada: O-0332

Promotor del estudio: Servicio de Salud Pública del Principado de Asturias

Contacto:

miryan.martinez@sespa.es

margarita.martineza@sespa.es

ariadnade.haro@sespa.es

Investigadores que informan:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Principado de Asturias (CEImPA).

A continuación, se le proporciona la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación voluntaria. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y pregunte con total libertad todo aquello que pueda ayudarle a aclarar sus dudas o tenga especial interés para usted.

Objetivo del estudio:

La finalidad general de esta investigación, en la que se le invita a participar, es conocer el desarrollo del vínculo de las madres con sus bebés durante el primer año en mujeres con vivencia de parto traumático que acuden a los Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Los objetivos son:

- Conocer la vivencia de parto traumático y el vínculo materno-filial durante el primer año de vida en mujeres que han dado a luz en los distintos Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- De manera más específica, se pretende conocer los factores que han contribuido a la percepción del parto como traumático, explorar la experiencia de la madre con el bebé tras dicho evento, conocer el estado físico y psicológico durante este período, así como el papel del apoyo percibido.

Selección de participantes

Se invita a participar a todas las mujeres adultas, mayores de 18 años, atendidas en los servicios de salud del Principado de Asturias, que hayan dado a luz en los últimos 12 meses y que hayan experimentado una vivencia de alto impacto emocional durante el parto.

¿En qué consiste mi participación?

En primer lugar, usted habrá contestado a unas preguntas para determinar si cumple los requisitos del estudio. Una vez que ha sido seleccionada, su participación consistirá en realizar una entrevista de extensión variable, llevada a cabo por una de las investigadoras, la cual será grabada en formato audio con fines investigadores. Una vez se haya realizado la transcripción de las entrevistas se procederá a su eliminación.

¿Cómo se accederá a mi historial médico y con qué fines?

Durante el transcurso del estudio, miembros del equipo investigador necesitan poder acceder a su historia clínica para consultar algunas variables en relación al acontecimiento del parto. Su historia clínica se consultará en su centro asistencial habitual y para ningún otro fin que el de la investigación. En ningún caso se sacará el original del centro.

¿Qué beneficios se espera que pueda obtener por participar en este estudio?

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio. No obstante, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otros pacientes y pueda contribuir a un mejor conocimiento del efecto de las experiencias adversas en el parto sobre la sensibilidad materna hacia el bebé, y ayudar al desarrollo de programas de intervención y prevención más adecuados en este ámbito.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica?

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio para Ud. ni para el equipo de investigación.

Participación voluntaria y retirada del estudio.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

En caso de que Ud. decidiera abandonar el estudio puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta el momento o, si fuera su voluntad, sus datos serán borrados de los ficheros informáticos.

También debe saber que se le puede retirar del estudio si el promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Confidencialidad y protección de datos:

Todos los datos que se obtengan de su participación en el estudio serán almacenados con un código y en un lugar seguro, de acceso restringido. En todo el proceso se respetará con el máximo rigor todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con

la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, que se adapta al ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones. Asegurando el derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución, se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica y garantiza los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución. En ningún caso las publicaciones en que se expongan los resultados del estudio contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con los miembros del equipo investigador, mediante el contacto facilitado en la parte superior de este documento.

7.5. ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REVOCACIÓN DE PARTICIPACIÓN.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DE LA PARTICIPANTE

Título: Experiencias de parto traumático y narrativas sobre la construcción del vínculo.

Investigadoras principales: Margarita Martínez Alonso, Miryan Martínez Jiménez, Ariadna de Haro Jiménez

Yo, Don/Dña., con DNI.....

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- ☐ He recibido suficiente información sobre el estudio.
- ☐ He hablado con:
- ☐ He tenido tiempo suficiente para considerar de manera adecuada mi participación en el estudio.
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - cuando quiera.
 - sin tener que dar explicaciones.
 - sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma de la participante
investigadora

Firma de la

Fecha: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

FORMULACIÓN DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don/Dña. con DNI..... // Yo, Don/Dña.
.....con DNI..... en representación de Don/Doña
..... // deseo retirarme del estudio.....
.....

Firma del participante: Firma del representante: Firma de la investigadora:

Fecha: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

7.6.ANEXO VI: MAPAS CONCEPTUALES DE DATOS CUALITATIVOS REALIZADOS CON EL PROGRAMA MAXQDA

2024 (VERBI Software, 2023)

7.6.1. Modelo jerárquico código-subcódigo

En este modelo se muestra la estructura jerárquica de las categorías, subcategorías, códigos y subcódigos seleccionados.

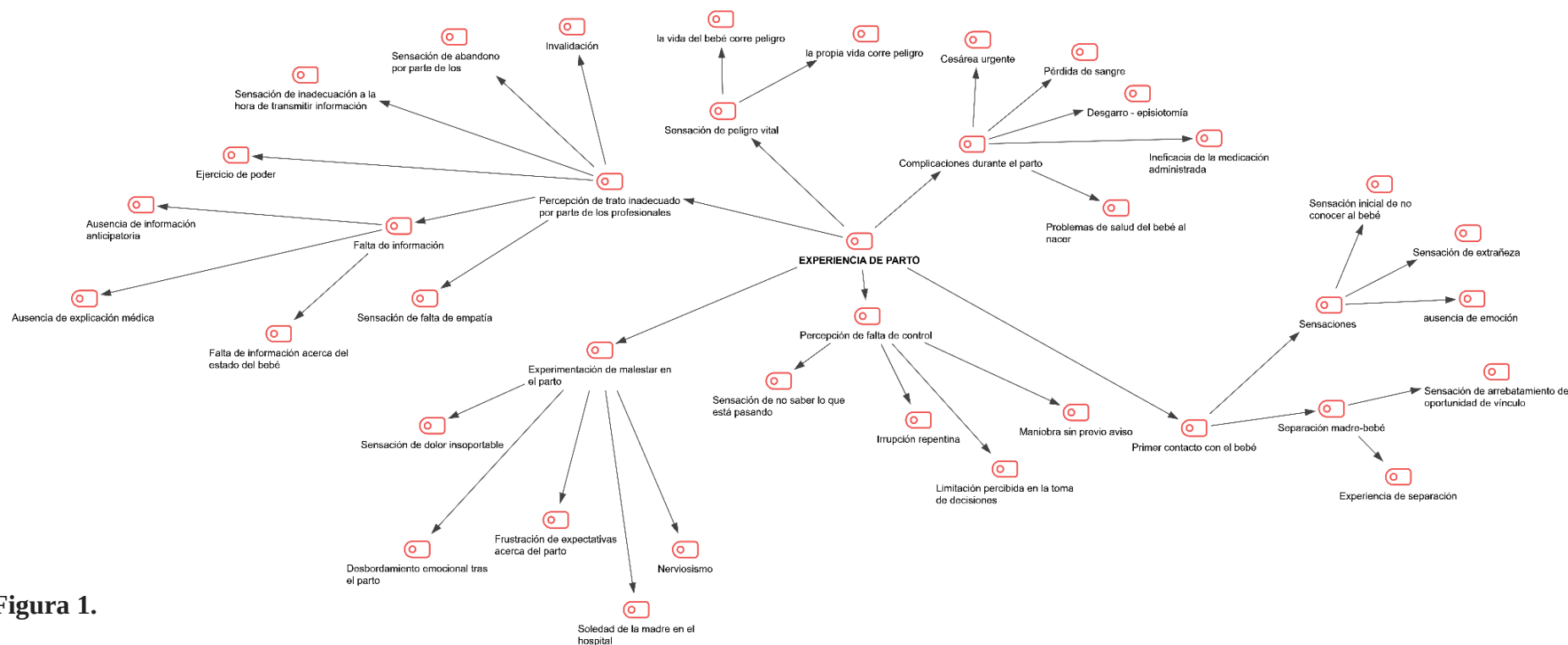


Figura 1.

Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría "Experiencia de parto".

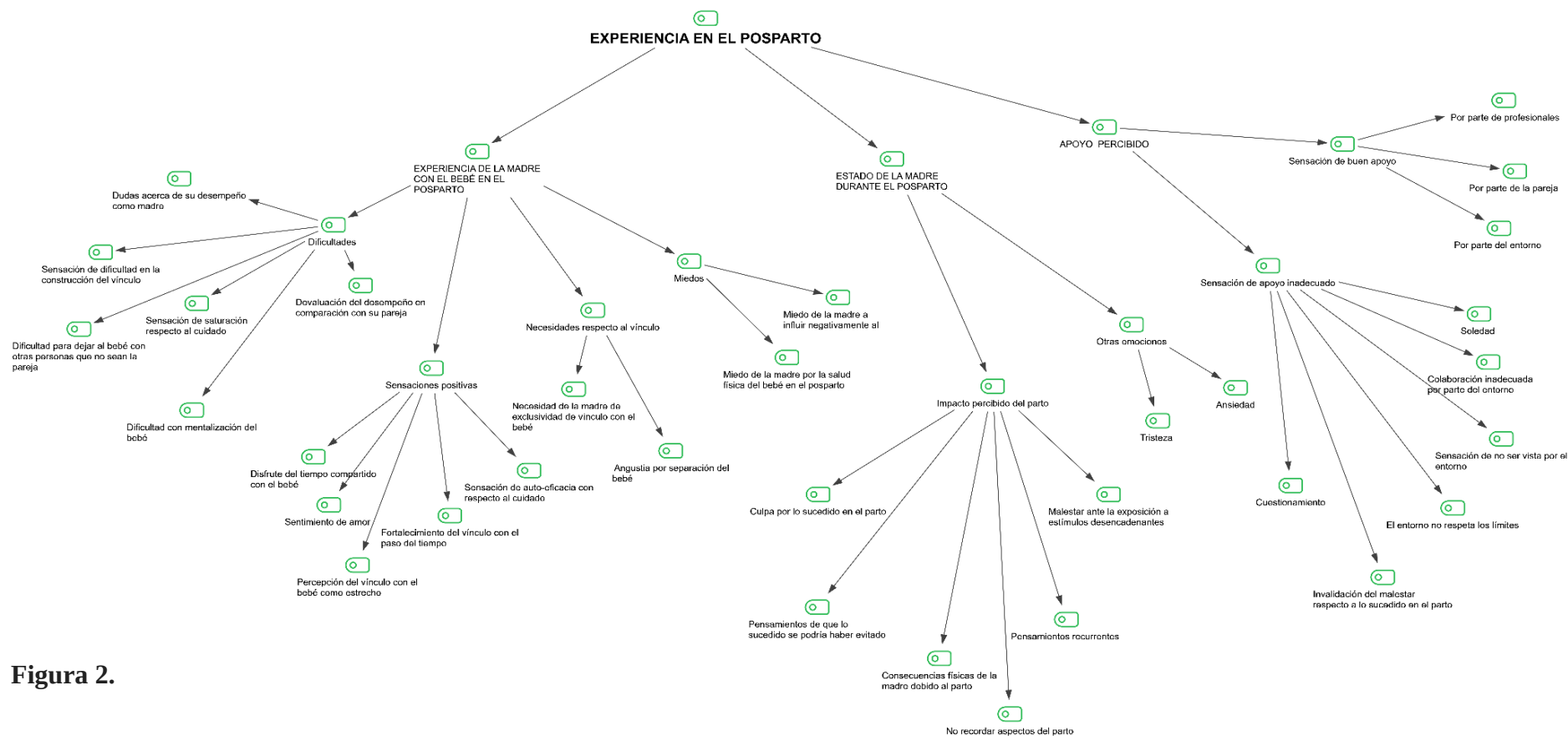


Figura 2.

Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Experiencia en el posparto”.

7.6.2. Modelo código-subcódigo-segmentos

Este modelo contiene en el centro la categoría, unido a sus códigos y subcódigos por flechas no direccionales. El círculo exterior contiene los segmentos de cada código o subcódigo, previamente seleccionados tras aplicar puntuaciones de peso a los segmentos de citas (unidades de significado) más significativas durante el trabajo de codificación. Cada segmento de citación está conectado a sus códigos o subcódigos mediante líneas de enlace. El grosor de la línea indica la frecuencia de las citas, de manera que, a mayor grosor, mayor frecuencia.

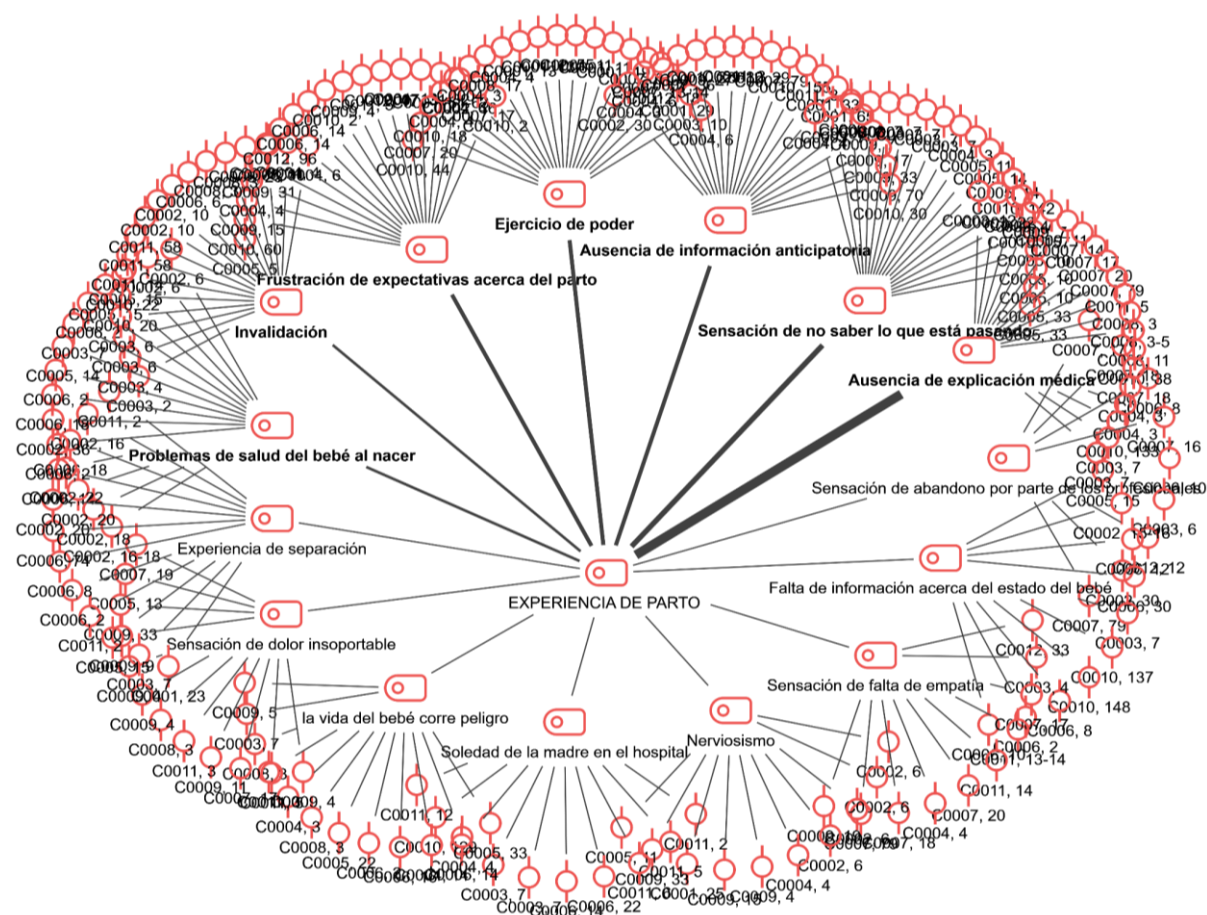


Figura 3.

Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría "experiencia de parto".

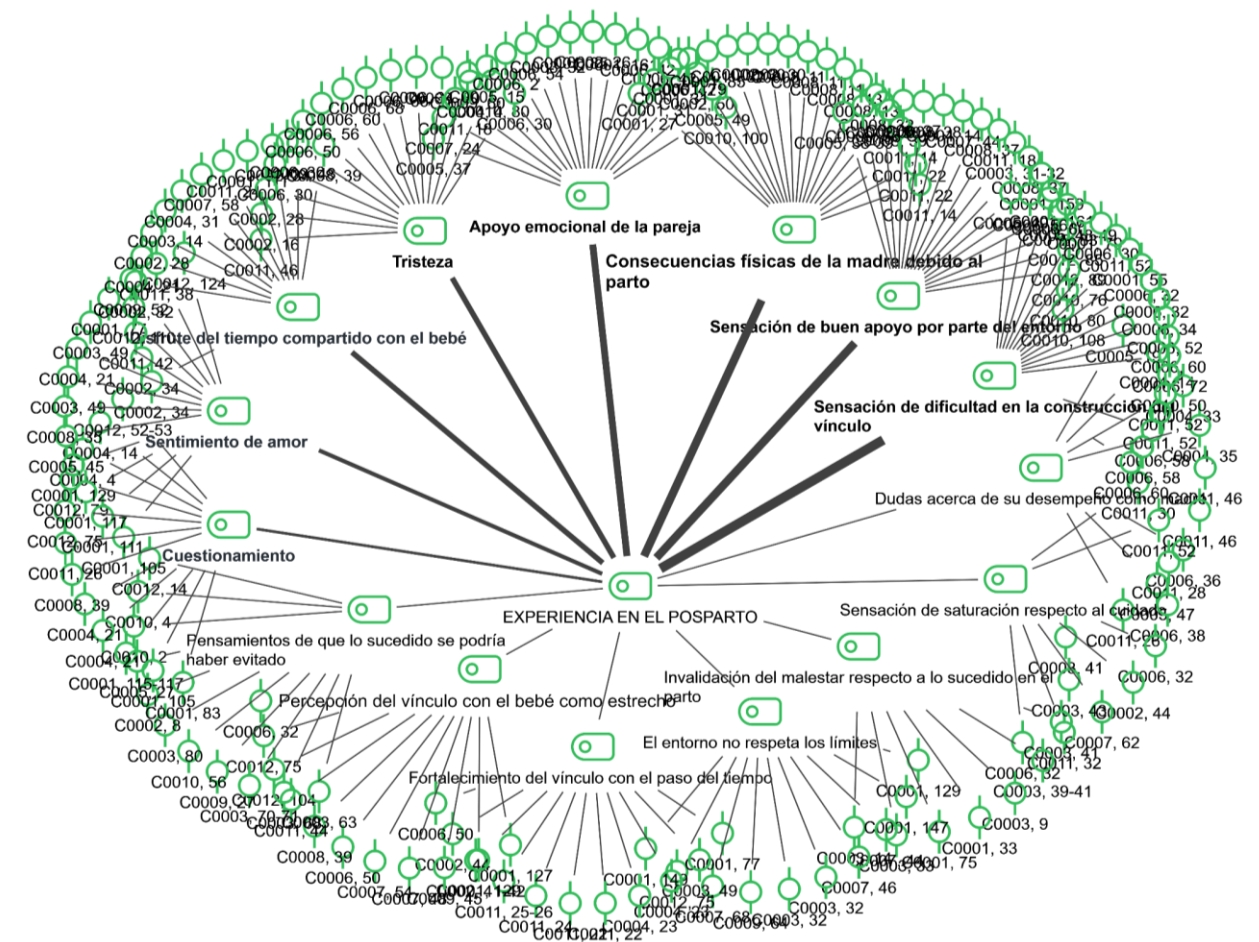


Figura 4.

Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría "experiencia en el posparto".