



Universitat
de Lleida

MATERNIDADES ACTUALES, VULNERABILIDAD Y LA RESPUESTA DEL SISTEMA SANITARIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO



TESIS DOCTORAL
MARIANA LOEZAR HERNÁNDEZ



TESIS DOCTORAL

MATERNIDADES ACTUALES, VULNERABILIDAD Y LA RESPUESTA DEL SISTEMA SANITARIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Mariana Loezar Hernández

Memoria presentada para optar al grado de Doctora por la Universidad de
Lleida con mención internacional.

Programa de Doctorado en Cuidados Integrales y Servicios de Salud

Directoras

Dra. Erica Briones Vozmediano

Dra. Laura Otero García

Tutora

Dra. Erica Briones Vozmediano

2023

A mi mamá y hermana

ALBADA

El amor te dio cuerda como a un reloj de oro macizo,
La matrona te dio palmadas en los pies, y tu grito pelado
se incorporó a los elementos.

Nuestras voces resuenan, amplificando tu llegada. Nueva estatua.
En un museo destemplado, tu desnudez
ensombrece nuestra seguridad. Te rodeamos expectantes como paredes.

Si soy tu madre,
lo soy como la nube que condensa un espejo y allí proyecta
el instante mismo en el que el viento la borra lentamente.

Toda la noche la polilla de tu aliento
titila entre las rosas anodinas. Me despierto a escuchar:
en mi oído se mueve un mar lejano.

Un grito, y salgo de mi cama a trompicones, vacuna y floreada
con mi camisón victoriano.
Tu boca se abre, y es limpia como la de un gato. El marco de la ventana

palidece y engulle sus estrellas sin brillo. Y ahora ensayas
tu puñado de notas;
las nítidas vocales se elevan como globos.

19 de febrero de 1961
Sylvia Plath

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría partir agradeciendo a todas las personas que me acompañaron en este camino y permanecen; y también a las que, por un motivo u otro, ya no están.

A mis directoras de tesis Erica Briones Vozmediano y Laura Otero García. Gracias por animarme a empezar esta travesía, por tener paciencia conmigo en el camino y acompañarme en todo este proceso de aprendizaje, tanto profesional como personal. Gracias Erica por hacerme parte de tu vida, construir una amistad y ser compasiva conmigo cuando era incapaz de serlo.

A las mujeres y hombres que participaron en este estudio, gracias por la confianza y tiempo que dedicaron. Por compartir conmigo un miniespacio de sus vidas.

Quiero hacer mención especial a todas aquellas madres, que de una u otra manera inspiraron este trabajo. Sobre todo, a las más valientes: mi mamá, mi persona favorita; y a mi hermana Paula, por hacerme genuinamente parte de su maternidad y cuidarme tanto.

A toda mi familia en Chile, mi papá, mi hermano Cristóbal, mi sobrino Joaquín y sobrina Gracia. Gracias por tener paciencia en estos tres años lejos e intentar una y otra vez acortar distancias y hacerme sentir como que estaban aquí, conmigo. A León, que me espera paciente y recibe como si no me hubiera ido nunca de casa. A mi tata y mi nana, por ser infinitos y acompañarme desde donde no los puedo ver, pero sí sentir.

A Josu, siempre. Gracias por ser mi amor, cómplice y todo. Por tu paciencia, incondicionalidad y serenidad a lo largo de estos años.

A mi familia de aquí, Mertxe, Jesús, Esti y Mus. Gracias por acogerme, acompañarme y cuidarme todo este tiempo como si nos conociéramos desde siempre.

A Amaia Arrazola por su generosidad de compartir parte de su libro “El Meteorito” conmigo, y permitirme darle el espacio que merece en la portada de esta tesis.

A mis amigas y amigos repartidos por todas partes. A los de Chile por recibirme como si nunca me hubiera ido, a los de aquí que me acompañaron desde los inicios; a las que me acompañan ahora, en los momentos más difíciles de todo este trabajo. Gracias Carol, Agustín y Erica por todo el apoyo y paciencia en esta última fase. A mis amigxs y exprofesores Camilo y Fran, por la contención, y sobre todo, por hacerme ver y sentir la enfermería diferente.

A mi psicóloga Paulina, gracias infinitas.

A mi familia literaria, Saudades, gracias por todos aquellos viernes de cada mes. A mis compañerxs escritores, por todos los martes invernales, otoñales y primaverales. Gracias por permitirme leer y escribir tan seguido.

A mis compañeras y compañeros de trabajo del grupo GReCS y a la Universidad de Lleida. A Montserrat Gea Sánchez por la oportunidad y confianza. A Esther Rubinat Arnaldo por su empatía y generosidad. A Celmy, Jose, Filip, Pere, Jordi, Roland, Luis y Carles por las alegrías, compañía y aprendizajes. A las personas que me acompañaron y alegraron mi estadía en la Universidad de Umeå. Gracias Isabel, por tu cariño y solidaridad siempre.

Después de todo este trabajo, estoy segura de que una sociedad más justa y respetuosa con cada una de las maternidades es posible. Porque sí, lo personal y privado es y será siempre político.

Y, para terminar, a las ballenas y al mar
que están lejos, por ahora.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
RESUM	5
PRESENTACIÓN	6
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO 3. JUSTIFICACIÓN	45
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS	49
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA	53
GENERALIDADES	55
TRABAJO DE CAMPO 1 (ARTÍCULO I Y II)	59
TRABAJO DE CAMPO 2 (ARTÍCULO III)	64
TRABAJO DE CAMPO 3 (ARTÍCULO IV)	69
REFLEXIVIDAD	73
CAPÍTULO 6. ARTÍCULOS PUBLICADOS	77
ARTÍCULO I	81
ARTÍCULO II	111
ARTÍCULO III	121
ARTÍCULO IV	141
CAPÍTULO 7. RESUMEN GLOBAL Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	155
RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS	157
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	159
LIMITACIONES	176

FORTALEZAS	178
<u>CAPÍTULO 8. IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>181</u>
<u>CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES</u>	<u>189</u>
<u>CHAPTER 9. CONCLUSIONS</u>	<u>195</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>201</u>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntesis características de los trabajos de campo (TC) realizados.	55
Tabla 2. Perfil de las y los participantes	60
Tabla 3. Guion de entrevista	61
Tabla 4. Ejemplo de unidades de significado, código, categoría y temas	63
Tabla 5. Ejemplo de unidades de significado, código, subcategoría y categoría	63
Tabla 6. Perfil de las participantes	65
Tabla 7. Guion de entrevista	67
Tabla 8. Ejemplo de citas, códigos, categorías y temas	69
Tabla 9. Perfil de las participantes	70
Tabla 10. Guion de entrevista	71
Tabla 11. Ejemplo de unidades de significado, código, subcategoría, categoría y temas	73

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura de tesis doctoral por compendio de artículos_____	7
Figura 2. Modelo de los determinantes sociales de la salud._____	17
Figura 3. Factores biopsicosociales determinantes en el proceso salud-enfermedad._____	35
Figura 4. Sistema sujeto/sexo/género_____	36

RESUMEN

OBJETIVO. Explorar las vivencias de maternidades, sus consecuencias en salud y la respuesta de los servicios sanitarios desde la perspectiva de las mujeres, sus parejas y las/los profesionales sanitarios. **METODOLOGÍA.** Se realizaron cuatro estudios cualitativos desde el enfoque de la fenomenología hermenéutica tomando el modelo biopsicosocial como marco teórico. Se efectuaron un total de 45 entrevistas personales semiestructuradas a participantes que fueron reclutadas mediante el contacto con informantes clave y muestreo intencional. Se utilizaron dos aproximaciones de análisis de datos cualitativos: análisis de contenido (Artículo I, II y IV) y análisis reflexivo temático (Artículo III). **RESULTADOS.** La asunción de la maternidad y paternidad por primera vez genera consecuencias en la salud desde una perspectiva biopsicosocial con especial énfasis en la salud mental y los cambios en su entorno social; asimismo, el reparto de tareas dentro de la pareja durante esta experiencia respondió a la interiorización de roles de género tradicionales (Artículo I). Durante la pandemia, se dificultó la conciliación familiar-laboral principalmente por el quiebre de sistema de cuidados, aumento de demandas del trabajo productivo y un empeoramiento del reparto desigual de tareas en la pareja; todo esto afectó la salud y el bienestar de las mujeres (Artículo III). En cuanto a la respuesta de la atención sanitaria, madres y padres demandan un fortalecimiento de la atención prenatal, aumento del seguimiento y visitas en el postparto desde una perspectiva integral, fomentar la creación de grupos de apoyo y el involucramiento de los padres (Artículo II). Esta respuesta se vio afectada durante la pandemia, donde se priorizó a mujeres embarazadas, desprotegió el puerperio, se suspendieron los grupos de educación parental e implementó la telemedicina (Artículo IV). **CONCLUSIONES.** Los roles de género tradicionales siguen influyendo el reparto desigual de las tareas de cuidado y domésticas. Se debe fomentar la concientización, la implementación y mejora de políticas públicas que faciliten la conciliación familiar-laboral y promuevan la corresponsabilidad en la pareja. Asimismo, visibilizar las consecuencias en la salud que tienen la primera experiencia de maternidad y paternidad y la sobrecarga de roles de género en las mujeres para que desde la atención sanitaria se movilice una respuesta que proteja y apoye a madres y padres en esta experiencia de vulnerabilidad. **PALABRAS CLAVE:** Maternidades; Atención Primaria de Salud; Equilibrio entre Vida Personal y Laboral; Roles de Género; Investigación Cualitativa; España.

ABSTRACT

AIM. To explore the experiences of motherhood, the health consequences, and the response of health services from the perspective of women, their partners and health professionals.

METHODOLOGY. Four qualitative studies were conducted using the hermeneutic phenomenology approach, with the biopsychosocial model as the theoretical framework. A total of 45 semi-structured personal interviews were conducted with participants who were recruited through key informant contact and purposive sampling. Two approaches for qualitative data analysis were utilized: content analysis (Article I, II and IV) and thematic reflective analysis (Article III).

RESULTS. The assumption of motherhood and fatherhood for the first time generates health consequences from a biopsychosocial perspective, with a particular emphasis on mental health and changes in the social environment. Additionally, the distribution of tasks within the couple during this experience was influenced by the internalisation of traditional gender roles (Article I). During the pandemic, achieving work-family balance became more challenging, mainly due to the breakdown of the care system, increased demands on productive work, and worsening unequal sharing of tasks within couples, all of which affected women's health and well-being (Article III). Regarding healthcare response, mothers and fathers expressed a demand for strengthening prenatal care, increased follow-up, and postpartum visits from a holistic perspective, fostering the creation of support groups and the involvement of fathers (Article II). However, this response was affected during the pandemic, where pregnant women were prioritized, the postpartum period was left unprotected, parental education groups were suspended, and telemedicine was implemented (Article IV).

CONCLUSIONS. Traditional gender roles continue to influence the unequal distribution of caregiving and domestic tasks. Awareness-raising should be promoted, and the implementation and improvement of public policies that facilitate work-life balance and encourage co-responsibility in couples. Furthermore, the health consequences of the first experience of motherhood and fatherhood and the overload of gender roles in women should be made visible. This visibility will enable healthcare providers to mobilise a response that protects and supports mothers and fathers during this experience of vulnerability.

KEYWORDS: Mothers; Primary Health Care; Work-Family Balance; Gender Role; Qualitative Research; Spain.

RESUM

OBJECTIUS. Explorar les vivències de maternitats, les seves conseqüències en salut i la resposta dels serveis sanitaris des de la perspectiva de les dones, les seves parelles i les/els professionals sanitaris. **METODOLOGIA.** Es van realitzar quatre estudis qualitatius des de l'enfocament de la fenomenologia hermenèutica prenent el model biopsicosocial com a marc teòric. Es van efectuar un total de 45 entrevistes personals semiestructurades a participants que van ser reclutades mitjançant el contacte amb informants clau i mostreig intencional. Es van utilitzar dues aproximacions d'anàlisi de dades qualitatives: anàlisi de contingut (Article I, II i IV) i anàlisi reflexiva temàtica (Article III). **RESULTATS.** L'assumpció de la maternitat i paternitat per primera vegada genera conseqüències en la salut des d'una perspectiva biopsicosocial amb especial èmfasi en la salut mental i els canvis en el seu entorn social; així mateix, el repartiment de tasques dins de la parella durant aquesta experiència va respondre a la interiorització de rols de gènere tradicionals (Article I). Durant la pandèmia, es va dificultar la conciliació familiar-laboral principalment pel enfonsament de sistema de cures, augment de demandes del treball productiu i un empitjorament del repartiment desigual de tasques en la parella; tot això va afectar la salut i el benestar de les dones (Article III). En quant a la resposta de l'atenció sanitària, mares i pares demanen un enfortiment de l'atenció prenatal, augment del seguiment i visites en el postpart des d'una perspectiva integral, fomentar la creació de grups de suport i l'involucrament dels pares (Article II). Aquesta resposta es va veure afectada durant la pandèmia, on es va prioritzar a dones embarassades, desprotegió el puerperi, es van suspendre els grups d'educació parental i va implementar la telemedicina (Article IV). **CONCLUSIONS.** Els rols de gènere tradicionals continuen influint el repartiment desigual de les tasques de cura i domèstiques. S'ha de fomentar la concientització, la implementació i millora de polítiques públiques que facilitin la conciliació familiar-laboral i promoguin la corresponsabilitat en la parella. També, visibilitzar les conseqüències en la salut que tenen la primera experiència de maternitat i paternitat i la sobrecàrrega de rols de gènere en les dones perquè des de l'atenció sanitària es mobilitzi una resposta que protegeixi i faci costat a mares i pares en aquesta experiència de vulnerabilitat. **PARAULES CLAU:** Maternitats; Atenció Primària de Salut; Equilibri entre Vida Personal i Laboral; Rols de Gènere; Recerca Qualitativa; Espanya

PRESENTACIÓN

“Maternidades actuales, vulnerabilidad y la respuesta del sistema sanitario desde una perspectiva de género” es una Tesis Doctoral sobre la experiencia de maternidad, paternidad y sus consecuencias en la salud biopsicosocial de madres y padres, incluyendo la atención sanitaria y la percepción de profesionales sanitarios/as. El estudio surge dentro de un contexto donde la tasa de natalidad en España y Europa está disminuyendo drásticamente y se están realizando cambios en términos legislativos respecto a los permisos de maternidad, paternidad y medidas de conciliación familiar-laboral y corresponsabilidad en la pareja.

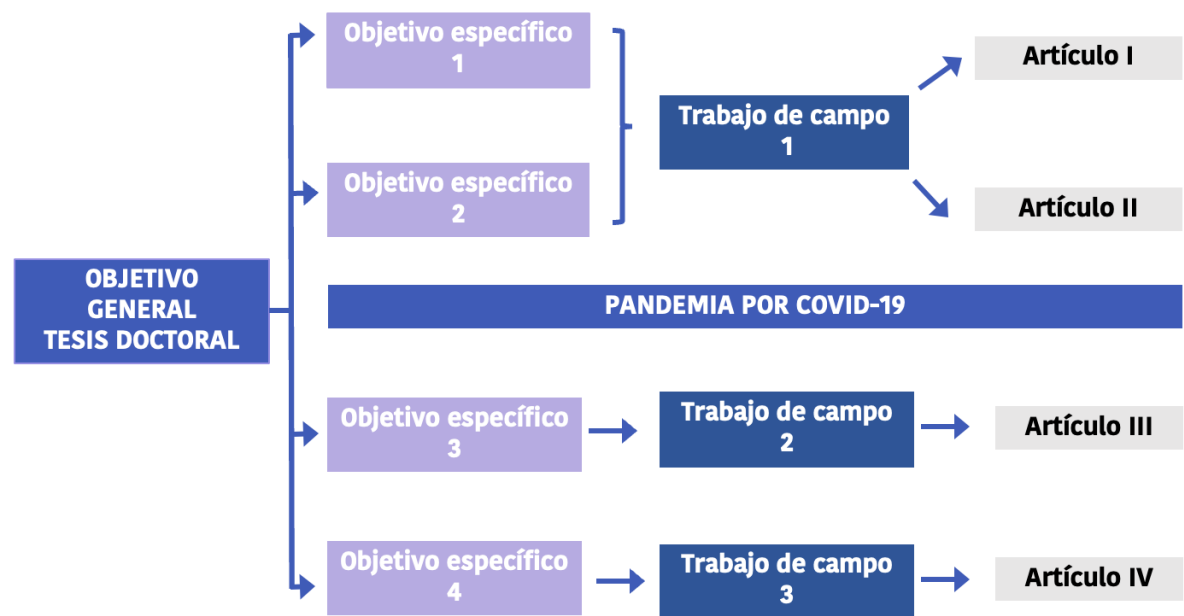
La memoria de la presente tesis doctoral está dentro de la modalidad de Tesis por compendio de publicaciones, regulada por el artículo 29 de la Normativa Académica de los Estudios de Doctorado de la Universitat de Lleida. Los cuatro artículos que componen esta memoria de Tesis se enmarcan en la línea de investigación de políticas sociales y prácticas en salud del programa de doctorado Cuidados Integrales y Servicios de Salud.

Este estudio de investigación tiene un objetivo general que engloba a cuatro objetivos específicos que se corresponden con los cuatro artículos científicos de este compendio (Figura 1). Para su desarrollo, se realizaron tres trabajos de campo (TC) que dieron origen a cuatro artículos científicos. El primer trabajo de campo (TC1) se realizó en Segovia entre el 2018-2019 y dieron origen a dos publicaciones científicas. El punto de partida de esta tesis doctoral fue una tesina de máster, donde se avanzó en el TC1 y fue la primera aproximación de la temática a abordar. La irrupción de la pandemia por COVID-19 y la consecuente crisis social y sanitaria que generó influyó en la toma de decisiones metodológicas de esta tesis doctoral y en el diseño del plan de investigación original. El segundo trabajo de campo (TC2) se realizó en 2021-2022 en distintas Comunidades Autónomas españolas de forma remota por la pandemia por COVID-19, esto dio origen a la tercera publicación científica de esta tesis doctoral. Para terminar, el trabajo de campo 3 (TC3) se realizó en cuatro Comunidades Autónomas españolas: Cataluña, Castilla y León, Islas Canarias y Madrid de forma remota por la pandemia por COVID-19; esto originó la cuarta y última publicación de esta tesis doctoral.

A continuación, se explicarán a lo largo de ocho capítulos el desarrollo de este trabajo de investigación abordando temas como: introducción, marco teórico, objetivos, metodología,

artículos publicados, resumen global de resultados, discusión de resultados, implicaciones y recomendaciones y conclusiones.

Figura 1. Estructura de tesis doctoral por compendio de artículos



CAPÍTULO 1.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es una experiencia tanto biológica como cultural en la que influyen factores sociales, económicos y políticos (1,2). La desigual atribución de roles a hombres y mujeres, las barreras de acceso a los espacios de poder y a la participación pública son algunos de ellos (3,4). También, es una experiencia contradictoria para las mujeres porque socialmente se infravalora e invisibiliza bajo el orden de un sistema patriarcal (5). El modelo de maternidad hegemónico se centra en ideales como el instinto maternal y el amor materno (6,7). Estas virtudes se asumen que son universales e inherentes a la naturaleza femenina y tienen como función guiar las respuestas de las mujeres cuando son madres (8). Se reflejan en la capacidad de cuidado y sacrificio o en roles como la protección, nutrición y afecto en la díada madre-hija/o (9). Existe una tendencia en la sociedad a exaltar este ideal de maternidad y considerarlo como lo normativo, dejando de lado las consecuencias políticas, sociales y económicas que conlleva este proceso vital (5).

Este ideal se refleja en la división sexual del trabajo, donde las mujeres quedan relegadas al espacio privado-reproductivo mientras que los hombres al público-productivo (10). Tanto las relaciones entre hombres y mujeres como las con la comunidad, el estado y la economía se ven influenciadas por esta división (10-12). Las mujeres asumen más las responsabilidades de cuidado y tareas domésticas, y por tanto, se ven afectadas por sus consecuencias en salud (13-15). Con la pandemia se acentuó el reparto desigual de las tareas domésticas y de cuidado en la pareja, debido a la ausencia de recursos como el apoyo familiar en el cuidado y la ayuda externa en las labores domésticas (16,17). De hecho, en España el 70% de la carga del trabajo doméstico y de cuidados recayó en las mujeres, la corresponsabilidad de las parejas se mantuvo en el 66% de los hogares y en un 13% empeoró durante el confinamiento (18,19). Estudios internacionales (17,20,21) demostraron que el conflicto trabajo-familia produjo efectos en la salud de las mujeres en este periodo de tiempo como estrés por la situación laboral, angustia, agotamiento, cansancio, falta de energía, ansiedad e incluso culpa.

La maternidad es uno de los ámbitos dentro de la atención sanitaria donde los factores sociales y culturales que influyen son más invisibles, a pesar del impacto que tienen (4). Por esto, no se puede abordar solo con un enfoque biomédico, sino que se tiene que entender como un proceso social complejo (22). Distintas disciplinas derivadas del ámbito de la medicina

y la psicología promueven discursos respecto al bienestar y cuidado infantil que son esclavizantes para las mujeres (4,23). La maternidad es un periodo de vulnerabilidad para la salud debido a que transforma la dinámica y el ritmo de vida (24,25). Diversos estudios han revelado los efectos en salud que tiene la maternidad y la paternidad, la fatiga y el cansancio por la falta de sueño son uno de los principales (26–28). El agotamiento físico y mental generan un deterioro en la salud mental y en la sensación de bienestar en madres y padres (28,29). Sin embargo, el estrés es significativamente más intenso en las mujeres, sobre todo en las primeras semanas de postparto (30–32). Con los cambios en el estilo de vida es difícil encontrar tiempo para el autocuidado, lo que también afecta la salud tanto de hombres como mujeres (27,31,33).

Las mujeres que asumen la maternidad por primera vez requieren de mayor apoyo social y psicológico tanto por parte de los familiares, personal sanitario y la disponibilidad de infraestructura y recursos humanos (34). Es por eso, que la atención sanitaria al embarazo y puerperio debe transitar de un modelo biomédico centrado en la atención rutinaria a uno que se destaque por la toma de decisiones compartidas, prácticas reflexivas fomentando la participación y escucha tanto a la pareja como a su familia (35).

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO

A continuación, se profundizará en dos modelos teóricos que apoyan y sustentan el trabajo realizado en este compendio de artículos: Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y el Modelo de Salud biopsicosocial. También, se abordarán otros ejes importantes para este trabajo como son aspectos relacionados con la perspectiva feminista e histórica de la maternidad, economía feminista y sistemas de cuidados.

Marco de Determinantes Sociales de la Salud

El Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) propuesto por la Organización Mundial de la salud (OMS) (Figura 2) describe a los determinantes como un conjunto de variables que pueden actuar como factores protectores o de riesgo para la salud de las personas (36). Con esto se asume que el estado de salud de la población no solo se debe analizar desde un punto de vista individual, sino que hay que tener en cuenta las relaciones de las personas con el entorno y sistema que las rodea (36).

En primer lugar, los Determinantes Estructurales de Desigualdades en Salud son los que generan estratificación y divisiones de clase en la sociedad mediante la interacción entre el contexto socioeconómico y político (37). Esta clasificación está compuesta por los siguientes elementos:

- Gobernanza: conjunto de valores, políticas e instituciones donde el Estado, la sociedad civil y el sector privado intervienen sobre asuntos políticos, económicos y sociales de una sociedad.
- Políticas macroeconómicas.
- Políticas sociales que afectan al mercado laboral, bienestar social, distribución de la tierra y la vivienda.
- Políticas públicas que rigen ámbitos como la organización y prestaciones sanitarias, y la educación.
- Cultura y valores sociales: normas sociales mediante las cuales se adjudican significados a, por ejemplo, el valor atribuido a la salud y si esta se entiende como una preocupación social colectiva.

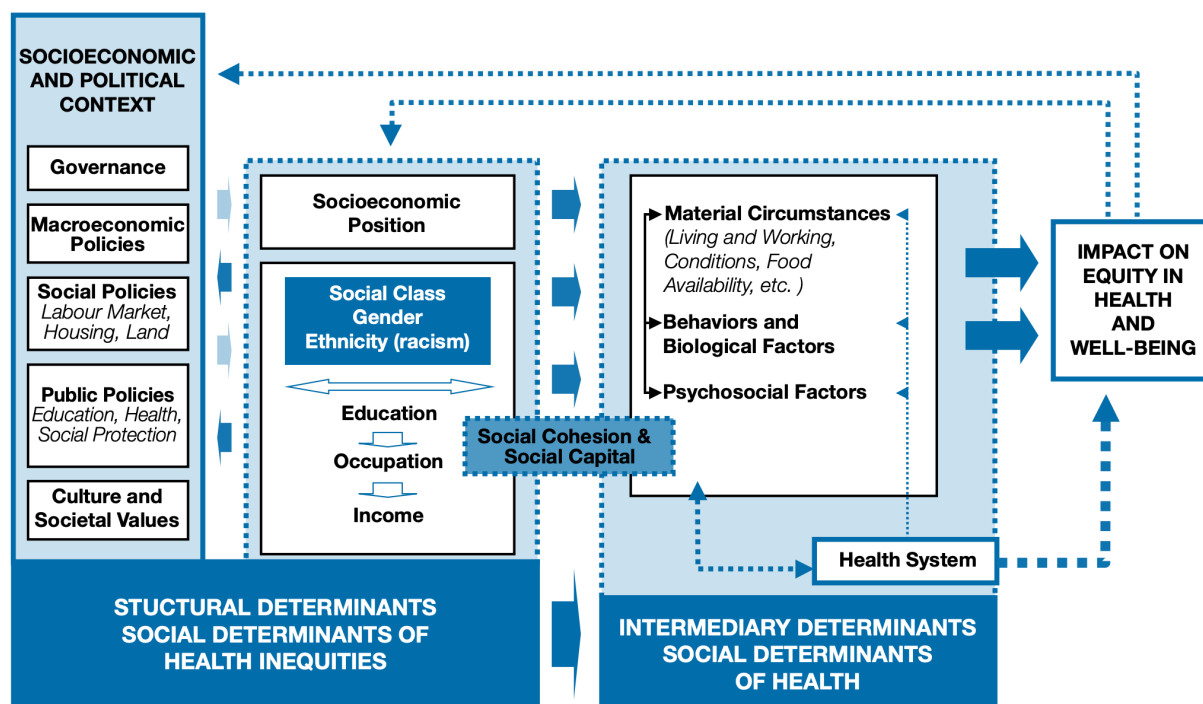
Este contexto social, político y económico determinan la posición socioeconómica de las personas y las sitúan dentro de jerarquías de poder y prestigio que se traducen en mayor o menor posibilidades de acceso a recursos en salud (37). Es así como la sociedad se organiza

según su clase social (ingresos, educación y ocupación), género y raza/etnia; esta clasificación también recibe el nombre de ejes de desigualdad.

- Clase social: está relacionada con la base económica de las personas y el acceso a los recursos. Es considerada como uno de los predictores más importantes de la salud y la enfermedad. Tiene tres indicadores principales que son: nivel de ingresos, nivel educativo y ocupación:
 - o Nivel de ingresos: recursos materiales que tienen un efecto “dosis-respuesta”, es decir, directa implicancia para la salud de las personas.
 - o Nivel educativo: fuertemente relacionado con la salud, también es considerado un indicador de posición socioeconómica sobre todo en los primeros años de vida.
 - o *Ocupación*: relaciones laborales y de subordinación entre empresarios y trabajadoras/es que pueden afectar la salud y bienestar de las personas de distintas maneras: a) mayores o menores ingresos, y por ende, recursos materiales; b) posiciones sociales y privilegios como tener un acceso más fácil a una mejor atención sanitaria, educación, a instalaciones residenciales más salubres; c) influir en la salud a través de procesos psicosociales (estrés laboral, control de autonomía); d) exposiciones específicas a tóxicos ambientales o tareas laborales como las exigencias físicas.
- Género: implica convenciones, roles y comportamientos vinculados a la sociedad y cultura que regulan las relaciones entre mujeres y hombres (37). Se considera como una base fundamental para la discriminación, principalmente porque las mujeres reciben un trato diferente e injusto en el marco de una sociedad patriarcal que privilegia a los hombres (37). Asimismo, los roles de género e ideales de feminidad y masculinidad que derivan de modelos de género acordados y pauteados socialmente también exponen a mujeres y hombres a consecuencias en su salud y los someten a distintos escenarios de vulnerabilidad. Por ejemplo, las mujeres son quienes suelen asumir trabajos precarizados y no remunerados que acaban afectando más su salud (38).
- Raza/etnicidad: concepciones de las diferencias raciales o étnicas que son la base de divisiones sociales y prácticas discriminatorias en muchos contextos. El término hace

referencia a grupos sociales, que a menudo comparten patrimonio cultural y ascendencia(37). La percepción y estado de salud de los grupos racializados oprimidos suele ser significativamente peor que la de los grupos privilegiados, por lo que también se transforma en un determinante para la salud y el bienestar.

Figura 2. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.



En segundo lugar, la posición socioeconómica no influye de manera directa en la salud de las personas, sino que a través de la distribución desigual de Determinantes Intermedios (37):

- Circunstancias materiales: relacionados con el entorno físico y vivienda, potencial de consumo y el entorno físico del trabajo. Es de los determinantes intermedios más importantes, son significativos para el estado de salud de las personas.
- Factores conductuales y biológicos: tiene relación principalmente con hábitos de vida saludables, como, por ejemplo, una alimentación equilibrada, ejercicio físico, tabaquismo o consumo de alcohol. Se incluyen también factores genéticos, edad y distribución por sexo. Las desigualdades sociales en salud también se han asociado a diferencias sociales en el estilo de vida o los comportamientos.

- Circunstancias psicosociales: tiene en consideración factores de estrés psicosocial, que pueden estar relacionados con tensión laboral, circunstancias vitales estresantes, falta de apoyo social, etc.
- Sistema sanitario: tiene relación con el acceso a la atención sanitaria, modelos de organización de la prestación de servicios sanitarios que generan diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las personas (37). El sistema sanitario puede abordar esta vulnerabilidad favoreciendo un acceso más equitativo a la atención, promoviendo medidas intersectoriales para mejorar el estado de salud, garantizar que los problemas de salud no conlleven un mayor deterioro de la situación social de las personas, favorecer la reintegración social de las personas enfermas fomentando su participación social y empoderamiento (37).

El capital social es otro componente del modelo que tiene dimensiones como la solidaridad de grupo y cohesión social, en otras palabras, la capacidad de un grupo social de consolidar acciones colectivas y reforzar normas sociales (39). Este capital social tiene relación con una mejor salud autopercebida por las personas debido a que conlleva el involucramiento activo, participación en redes, reciprocidad y confianza entre las personas (40,41).

Las intervenciones y políticas para reducir las desigualdades en salud no deben limitarse a los determinantes intermedios, sino que deben abordar políticas intersectoriales que disminuyan la distribución sistemáticamente desigual de los determinantes estructurales de la salud entre los grupos de población(37). Por ejemplo, un estudio portugués (42) que evaluó la interacción de los DSS con el acceso, utilización y calidad de la salud materna concluyó que las mujeres inmigrantes tuvieron más complicaciones en el embarazo, parto y postparto: más morbilidad, abortos espontáneos, tasas de cesárea y menos atención prenatal. También, un estudio colombiano (43) evidenció que factores como la edad, el origen étnico, los niveles superiores de educación, el embarazo no planificado se asociaron a más diagnósticos de depresión postparto. Hay que tener en cuenta que la clase social produce desigualdades de acceso a los servicios sanitarios perinatales, específicamente en las consultas con especialistas, programación y disponibilidad de citas, condiciones de espera y prioridad que les otorgan las instituciones (44).

La pandemia por COVID-19 modificó el contexto en el que interactúan estos determinantes, ocasionando desigualdades en las posibilidades de exposición y

susceptibilidad de contagio, afectando de forma distinta a los colectivos más vulnerables (45). Esta mirada coincide con los elementos que considera el enfoque de vulnerabilidad que promueve la visión integral de los problemas de salud-enfermedad (46). El concepto de vulnerabilidad ha tenido múltiples definiciones a lo largo del tiempo, comúnmente se ha relacionado con la susceptibilidad de las personas a daños o problemas en salud (47). Desde la perspectiva de la enfermería, es importante dejar atrás la conceptualización de la vulnerabilidad que considera sólo al individuo y no al contexto, político, económico y social que le rodea (48). Para ello es fundamental que desde la formación se promueva considerar esta perspectiva en la atención de las personas, incentivando a los profesionales de enfermería a asumir roles de liderazgo en el trabajo con poblaciones vulnerables (48).

Teniendo en cuenta el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, el estudio de la maternidad debe considerar el entorno social, cultural y político que rodea a las mujeres debido a que influyen directamente en sus experiencias (49). Por ejemplo, políticas sociales que afectan el mercado laboral, bienestar social y acceso a la vivienda; políticas públicas que regulen en términos legislativos la conciliación familiar-laboral y la corresponsabilidad; y el conjunto de normas sociales y culturales (37). De igual forma la posición socioeconómica que tiene relación con el nivel de ingresos, ocupación y nivel educativo que determina el acceso a mejores condiciones en lo que respecta a la salud de las personas; el género con sus modelos y roles aceptados socialmente que exponen a hombres y mujeres a ideales de feminidad y masculinidad y a consecuencias en su salud (37). También, determinantes intermedios como las circunstancias materiales y psicosociales que pueden estar relacionadas con las condiciones laborales de las personas y la falta de apoyo social (37).

Sistema de cuidados y economía feminista

Hacia una diferenciación entre el concepto de trabajo y empleo

El trabajo se puede definir como una actividad propia de la naturaleza humana, históricamente considerada como una fuente de valor y riqueza (50). Su principal función es producir bienes y servicios destinados a satisfacer las necesidades de las personas y la subsistencia de la especie. Es por esta razón que se ha puesto en el centro de la organización social de la sociedad, por su gran capacidad transformadora y por ser visto como una oportunidad para ampliar las capacidades individuales de las personas (11). Aunque no de todas las personas, según Hernández (51) entender el trabajo como una fuente de realización personal es un verdadero engaño para las mujeres.

De acuerdo con lo anterior, existen tres tipos de trabajo que sustentan la sociedad: el empleo o trabajo realizado en la esfera mercantil asalariado, el trabajo doméstico y de cuidados no asalariado y el trabajo de participación ciudadana o trabajo voluntario realizado en la esfera social sin remuneración (50). En el marco de la economía actual, que centra su análisis en la producción capitalista, el concepto de empleo y trabajo son casi sinónimos (50). El empleo se entiende como un trabajo remunerado que se desarrolla en el marco de la economía formal y por el que se recibe un salario (11,50). Según esta unificación de términos, todas las actividades que no implican un intercambio de salario, bajo relaciones mercantiles, quedan excluidas de la definición de trabajo (52). Entre ellos, el trabajo doméstico de cuidados que nunca se ha entendido como una categoría económica (50). d 'Argemir (11) lo define como un tipo de trabajo no remunerado ni reconocido socialmente que se compone por las tareas domésticas del hogar y cuidado y/o asistencia a personas dependientes. Para entender esta desvalorización es importante tener en cuenta que las diferencias entre los tipos de trabajo no solo se reducen a aspectos técnicos, sino que también las relaciones de poder bajo la cuales se realizan (50). Igualmente, que el trabajo tiene dimensiones culturales y sociales que asignan valores diferentes a las actividades; por lo que su desvalorización puede estar ligada a ser un trabajo predominantemente realizado por mujeres y en la esfera privada(11). Su falta de reconocimiento es una vía para promover una relación de poder, jerarquía y subordinación entre hombres y mujeres (11).

Crisis de los cuidados

La incorporación de las mujeres al trabajo productivo produjo un quiebre en la división sexual del trabajo por el aumento de su participación en la esfera productiva (5). Tobío (53) se cuestionó en su obra las razones que impulsaron este cambio y puso en evidencia algunas de ellas como la necesidad de un segundo sueldo en la familia, independencia económica de la pareja para tener mayor libertad a la hora de mantener la relación, potenciar y fortalecer su propia identidad, seguridad y autonomía o simplemente ejercer la profesión para la cual habían recibido formación. La permanencia en la esfera productiva y reproductiva generó una tensión interior en las mujeres, porque las responsabilidades del ámbito privado permanecieron (54). Acorde a Hays (23) las mujeres fueron juzgadas socialmente tanto por no incorporarse al trabajo productivo y ser ajenas al mundo público como por trabajar productivamente postergando las necesidades de su familia a cambio de una doble jornada. En este contexto, surgen los problemas de conciliación familiar-laboral dando origen a una crisis de los cuidados (55,56).

Esta crisis consiste en una ruptura del modelo de cuidado dominante por la transformación de las aspiraciones y expectativas profesionales de las mujeres, incorporación escasa de los hombres al trabajo de cuidados, precarización del mercado laboral, poca flexibilidad en tiempos y espacios de trabajo, afianzamiento de un modelo de sociedad individualista, disminución de redes de apoyo y de uso de espacios públicos (57,58). La falta de protección estatal al cuidado y la maternidad hace que las mujeres desplieguen estrategias individuales para enfrentar esta crisis como la externalización pagada del cuidado o la activación de redes familiares, especialmente de abuelas maternas (53,58). La externalización del cuidado o el recibimiento de ayuda externa pagada suele ser ofrecida por mujeres migrantes, dando origen a las cadenas globales de cuidados que son las que permiten a mujeres de clase media-alta construir carreras profesionales gracias al trabajo de mujeres de clases sociales más bajas (5). Esta ayuda pagada suele reemplazar, en muchos casos, la corresponsabilidad en los hombres con el fin de evitar conflictos en la pareja (5). El enfrentamiento constante a este tipo de contradicciones afecta a nivel emocional, cognitivo y físico a las mujeres madres trabajadoras (23).

Conciliación familiar-laboral y sus contradicciones

Compatibilizar la vida familiar y laboral es un conflicto para las familias que no ha tenido una solución exitosa, en un contexto donde la legislación se preocupa de diseñar medidas que beneficien el crecimiento económico de las empresas (55). Esto demuestra que la maternidad es vista como un proceso individual y no colectivo, con esto se asume que la respuesta y solución tiene que venir desde el núcleo familiar y no desde el Estado. Se implementan medidas y políticas públicas más encaminadas al aumento de beneficios de las empresas que al ofrecimiento de facilidades a las mujeres y sus familias (5,51). Mayores esfuerzos se tendrían que impulsar teniendo en cuenta la caída de la Tasa de Natalidad en España, posicionándose como la segunda peor de la Unión Europea (59).

A nivel conceptual, la discusión en torno a la conciliación familiar-laboral no ha estado exenta de debate. Tobío (53) considera que habría que reemplazar el término conciliación por contradicción entre el nuevo mundo laboral y el viejo modelo familiar. El actual concepto de conciliación pretende mediar entre dos ámbitos que no son equitativos ni democráticos, por eso se acaban diseñando políticas casi exclusivas para las mujeres que no promueven la corresponsabilidad en la pareja (5). Ya se sabe que la incorporación de las mujeres al mundo laboral no ha estado seguida de una implicación de los hombres a las labores de cuidado y domésticas (5,60). Esto se refleja en que se sigue entendiendo, en muchos espacios, la participación de los hombres en el cuidado y las tareas domésticas como una ayuda (11).

La distribución del trabajo reproductivo es multidimensional porque depende de los hogares, el mercado, el estado y las organizaciones comunitarias (60). Cuando el mercado laboral y el estado no adaptan el establecimiento de medidas a las necesidades de las personas se convierten en verdaderos obstáculos en vez de facilitadores(60). Según Hays (23), hay una correlación entre el poder de las mujeres, el avance en la corresponsabilidad de los hombres y la valorización del trabajo de cuidado. Por esto, tiene que ser una prioridad en la agenda política reconocer el valor social y económico que tiene el cuidado mediante el diseño de políticas públicas que implementen instituciones de cuidado infantil subsidiadas por el estado, regulen y faciliten la flexibilidad en el trabajo y ofrezcan licencias para que madres y padres puedan conciliar saludablemente (23,61).

Según el Instituto de las Mujeres del Ministerio de Igualdad de España (62), en el año 2022 eran más las mujeres las que trabajaban a tiempo parcial que los hombres. Entre los

principales motivos para desempeñarse en esta modalidad de jornada laboral, destacan no haber podido encontrar trabajo de jornada completa. Observando las diferencias por géneros, del total de personas trabajando a jornada parcial aquel año, el 36,04% eran mujeres y el 13,58% eran varones. La segunda razón más común para trabajar a media jornada era el cuidado de niños o de adultos enfermos, incapacitados o mayores. En esta categoría destacan especialmente las personas del género femenino, las cuales eran el 11,98% del total mientras que las personas del género masculino representaban tan solo el 0,9% del conjunto. La diferencia de género en esta cuestión también se puede observar en las excedencias dadas para el cuidado de hijo/a, menor acogido o familiar donde el 70,2% de todas las excedencias otorgadas por esta razón fueron dadas a mujeres (63).

Otro aspecto donde también se puede apreciar una disparidad entre géneros es en el reparto de las tareas domésticas. De acuerdo con la Encuesta de Características Esenciales de la Población y Viviendas del año 2021 (64), las labores del hogar siguen recayendo mayoritariamente en las mujeres. Los datos del estudio reflejan que un 49,7% de ellas afirmaron encargarse de la mayor parte de las tareas domésticas, porcentaje que se reduce al 4,3% entre ellos. En relación con los cuidados a menores o personas dependientes dentro del hogar, los resultados volvieron a apuntar hacia las mujeres en cuanto a la mayor carga de trabajo (86,59% v/s 13,1%). Según una encuesta del European Institute for Gender Equality (65) los españoles que afirmaron dedicar más 4 horas semanales a las labores domésticas durante la pandemia del Covid-19 fue el 11,8%, situándose por debajo de la media europea. En la Encuesta de Empleo del Tiempo (EET) (66) se confirma que los hombres dedican la mitad del tiempo que las mujeres al hogar y a la familia, esto teniendo en cuenta que la variación en el trabajo remunerado no es sustancial, mientras ellos trabajan 38,4 horas semanales de media ellas lo hacen 33,3 horas.

Durante la pandemia se implementó el teletrabajo en un 48,8% de los establecimientos comparado con un 14,8% previo a la pandemia (67). El teletrabajo intensificó y prolongó la jornada laboral, exigió disponibilidad de las trabajadoras fuera del horario laboral, produjo cambios en los estándares de productividad y dificultades para delimitar la vida personal-laboral (68-70). Por tanto, se acrecentó el conflicto trabajo-familia, especialmente para las mujeres por el aumento de responsabilidades domésticas, mientras que en los hombres por un aumento en las demandas laborales (71). Las mujeres desplegaron distintas estrategias

para enfrentar esta problemática como, por ejemplo: reorganizaciones radicales de los espacios domésticos para poder trabajar, negociaciones continuas con los hijos/as por el uso de aparatos tecnológicos, cambios en las rutinas y horarios de trabajo, uso de días de vacaciones para poder cubrir las necesidades de los hijos/as ante las dificultades para criar y trabajar al mismo tiempo (72,73). De hecho, en un estudio alemán (73) se identifica a las mujeres madres de niños/as pequeños/as como un grupo particularmente vulnerable durante la pandemia por COVID-19.

Marco legislativo de la conciliación familiar-laboral en Europa y España

En el momento en que la maternidad y la paternidad entran en conflicto con algún otro interés general de la sociedad, como el mercado de trabajo, se convierten en objeto de regulación legal (74). A nivel europeo existen una serie de leyes que buscan regular la conciliación familiar-laboral y apoyar a las familias, estableciendo los mínimos europeos para que cada país pueda adaptarlas en función de lo que considere pertinente. Una de ellas es la Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019 (75) donde se regulan aspectos como:

- Garantizar cuatro meses de permiso laboral individual a ambos progenitores que debe disfrutarse antes de que el hijo o hija alcance una determinada edad, como máximo 8 años, dos de estos meses son intransferibles
- En el caso de los permisos para personas trabajadoras con responsabilidades en el cuidado de familiares pueden disfrutar de un permiso de cinco días laborables al año.
- En cuanto a las formas de trabajo flexible, se adoptarán las medidas necesarias para garantizar que los/as trabajadores/as con hijos/as de cómo mínimo 8 años, tengan derecho a solicitar fórmulas de trabajo flexible para ocuparse de sus obligaciones de cuidado

En España, se dispone de la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (76) donde se estipulan medidas básicas para dar respuesta a lo que la propia exposición de motivos de esta norma define como uno de los “cambios sociales más profundos” que es la incorporación de las mujeres al mundo laboral. En el marco de esta normativa se regulan aspectos como:

- Reducciones de jornada por lactancia materna de un máximo de 1 hora diaria, que se puede también dividir en dos fracciones y ser disfrutada indistintamente por la madre o por el padre.
- Reducciones de jornada para aquellas personas que estén al cuidado de un menor de seis años con la disminución proporcional del salario que corresponda.
- Derecho a solicitar excedencias con una duración máxima de tres años para atender a los cuidados de sus hijos/as.
- Permisos de maternidad y paternidad con una duración de dieciséis semanas que se tendrá que disfrutar de forma ininterrumpida. Este periodo debe contemplar seis semanas inmediatamente posteriores al parto, el resto del tiempo se puede distribuir según los intereses familiares. De hecho, se puede transferir parte de este tiempo al padre quien puede disfrutar de una parte determinada e ininterrumpida del periodo.

Por otro lado, años más tarde, el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación (77) mejora algunas de las previsiones de la Ley 39/1999 mencionada anteriormente y estipula que se debe eliminar todo tipo de discriminación por razón de sexo y, especialmente, las derivadas de la maternidad, asunción de obligaciones familiares y el estado civil. En esta normativa se regulan aspectos como:

- Las personas trabajadoras tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones, para el cuidado del lactante hasta que éste cumpla nueve meses. Quien ejerza este derecho, por su voluntad, podrá sustituirlo por una reducción de su jornada en media hora con la misma finalidad o acumularlo en jornadas completas. La reducción de jornada contemplada en este apartado constituye un derecho individual de las personas trabajadoras sin que pueda transferirse su ejercicio al otro progenitor. Asimismo, tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional del salario.
- Las personas trabajadoras tienen derecho a solicitar las adaptaciones de la duración y distribución de la jornada de trabajo, incluida el teletrabajo, para hacer efectivo su derecho a la conciliación de la vida familiar y laboral. En el caso de que tengan hijos o hijas se puede efectuar dicha solicitud hasta que estos cumplan 12 años.

- El nacimiento, que comprende el parto y el cuidado de menor de 12 meses, suspenderá el contrato de trabajo de la madre biológica y el progenitor durante 16 semanas, de las cuales serán obligatorias las 6 semanas posteriores al parto, a jornada completa, para asegurar la protección de la salud de la madre. A partir del 1 de enero de 2021, cada progenitor disfrutará de igual período de suspensión del contrato de trabajo, incluyendo seis semanas de permiso obligatorio para cada uno de ellos, siendo de aplicación íntegra la nueva regulación dispuesta en el Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo. Asimismo, en los supuestos de adopción, de guarda con fines de adopción y de acogimiento, de acuerdo con el artículo 45.1.d), la suspensión tendrá una duración de dieciséis semanas para cada adoptante, guardador o acogedor.

Otras de las normativas estatales a tener en cuenta en términos de regulación del trabajo es la Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia (78) donde se estipula que las personas que desarrollan trabajo a distancia tendrán los mismos derechos que sí prestan servicios presenciales. Las empresas están obligadas a evitar cualquier discriminación, particularmente por razón de sexo, edad, antigüedad o grupo profesional o discapacidad, de las personas que teletrabajan asegurando la igualdad de trato y la prestación de apoyos, y realizando los ajustes que resulten procedentes. Incluso, como se menciona anteriormente, las personas trabajadoras podrán solicitar el trabajo a distancia como medida de conciliación de la vida familiar y laboral.

Aportes de la Economía Feminista a la conceptualización del cuidado

Con la economía feminista se integra el trabajo productivo y todo lo necesario para la reproducción social teniendo en el centro la calidad de vida y bienestar de las personas; dejando a un lado la economía tradicional que sigue la lógica del mercado y el beneficio económico individual (50). Son tres ideas las fundamentales para entender el enfoque de la economía feminista:

- i. Incorporar el trabajo doméstico no asalariado como parte del circuito económico

Anteriormente se analizaba el trabajo de cuidados desde la lógica del trabajo productivo, por lo que para darle valor y reconocimiento social había que demostrar que era una actividad similar (54). De ahí proviene el esfuerzo por intentar definirlo en función de actividades y

tiempos de dedicación concretos, sin embargo, poco a poco pasó a entenderse como una actividad distinta no comparable con las actividades de mercado (54). Principalmente porque su valor económico es sencillamente incalculable, y no hay verdaderos sustitutos de mercado o públicos (79).

La contradicción entre el proceso de reproducción de la vida humana y la acumulación de capital es insostenible, principalmente porque esta última no tiene como prioridad el bienestar de las personas (57). La producción depende de la existencia de los cuidados porque es el espacio donde se reproduce la fuerza de trabajo (50). En otras palabras, se le entrega a la producción de mercado una fuerza de trabajo por debajo de su coste y por eso es conveniente mantenerlo en el anonimato y desvalorizado (79).

La cadena de sostén de las necesidades humanas descrita por Carrasco y Tello (79) representa cinco eslabones interconectados entre sí que permiten pensar la sostenibilidad humana: sistemas naturales, cuidado doméstico, comunidades, estado y mercados. Los tres primeros son los que constituyen la base del sistema, y son precisamente los que no están considerados dentro de la economía oficial (79). La economía doméstica del cuidado es real debido a que produce bienes, servicios y cuidados tanto materiales como emocionales destinados a satisfacer necesidades humanas a lo largo de todo el ciclo vital (79).

ii. Descubrir el significado del trabajo de cuidados

El concepto de trabajo doméstico ha tenido una constante evolución con el tiempo, antiguamente recibía el nombre de trabajo doméstico o reproductivo para después pasar a llamarse trabajo de cuidados con el fin de acentuar la dimensión relacional y afectiva que lo diferenciaba de otras actividades de mercado (58). Este debate se generó por la necesidad de otorgarle valor monetario, principalmente porque al dárselo se asumió que podía tener un reemplazo o sustituto en el mercado (54). Cuando el trabajo de cuidados se externaliza de alguna u otra, por ejemplo, en guarderías, empleadas domésticas, niñeras es cuando adquiere un valor económico y cuando se dimensiona que implica costos importantes (11,60). Son dos razones principales las que explican esta desvalorización: 1) el patriarcado como modelo en el que siempre se ha menospreciado el trabajo femenino y 2) conexión entre capitalismo y patriarcado que mantiene silenciadas a las mujeres que cuidan y los costes asociados a la reproducción de la fuerza de trabajo (54). Es importante considerar que las necesidades

humanas de las personas tienen dimensiones subjetivas y afectivas, en las que resulta muy difícil separar la actividad (el acto de cuidar) del vínculo entre quienes lo dan y reciben (54).

Para entender el cuidado hay que tener en cuenta su organización y concepción social, en otras palabras, al conjunto de normas culturales y valóricas que definen el cuidado que dan origen a distintas culturas de cuidado (58). A esa interacción se le conoce como régimen de cuidado, que tal y como está planteado actualmente es desigual e injusto principalmente porque no existe la asunción de una responsabilidad colectiva, sino que individual y guiada por el parentesco o innatismo biológico (58).

Existen diversas aproximaciones a la definición del cuidado, en términos generales, se entiende como un conjunto de actividades que permiten gestionar y mantener cotidianamente la vida y el bienestar tanto físico como emocional de las personas (11,58). En otras palabras, prepara a las personas para que se desarrollen en la sociedad, adquieran valores, una identidad y autoestima básica para sentirse y vivir plenos (50,79). El cuidado es universal, parte de la vulnerabilidad del ser humano y es necesario no sólo en situación de dependencia, sino que también en lo que respecta a necesidades afectivas o de sostén emocional (57,58,80). Y no solo eso, también se incluyen todas esas actividades que se constituyen como las precondiciones del cuidado más vinculadas al trabajo doméstico o lo relacionado con la gestión mental, planificación y organización del hogar, gestión de trámites, etc (57,58).

Su función en términos de reproducción social y como tarea civilizadora crucial para el funcionamiento de la sociedad hace que se genere una triple tensión (81): entre la producción capitalista y su necesidad de trabajo no remunerado, entre hombres y mujeres por ser ellas quienes se dedican mayoritariamente a las tareas de cuidado y la tensión interna que viven las mujeres al ver reducida su vida solo a esta función o a las dificultades de la doble jornada. Esta fuerza de trabajo el mercado la obtiene muy por debajo de su coste, por esta invisibilización que existe del cuidado y su asociación de forma inherente al género femenino (81).

El cuidado debiera ser entendido como una responsabilidad social y no reducirse única y exclusivamente a la gestión individual y privada de la familia y, sobre todo, de las mujeres justificado por el amor implícito que conlleva (50,60). Carolina del Olmo (82) propone que es necesario entenderlo como un derecho y un deber esencial de toda sociedad igualitaria, apelando también a la necesidad de una maternidad distribuable que haga salir del

individualismo con el que se responde a estas necesidades actualmente. Con esto, se podrían evitar las consecuencias en la salud de las mujeres por la sobrecarga que conlleva (11). Velasco (83) reconoce como factor protector para la salud el reconocimiento social en el trabajo; mientras que su invisibilización contribuye al desarrollo de factores de riesgo como en todos los trabajos que socialmente son poco valorados.

iii. Plantear que el objetivo no debiera ser el beneficio privado sino el cuidado de la vida

Antes, el énfasis estaba puesto en buscar las semejanzas entre el trabajo productivo y el de cuidados, buscando la manera de desglosar una serie de actividades que pudieran entrar en la lógica de mercado y tener un valor económico específico (57). Actualmente, se habla más de lo que diferencia al trabajo de cuidados del productivo que es la relevancia que tiene en términos afectivos y su compromiso con el bienestar más allá de obtener ingresos en el marco de un sistema capitalista (57).

Este es uno de los planteamientos distintivos de la economía feminista, que busca principalmente dejar atrás el enfoque de la economía tradicional y sobre todo poner en el centro al trabajo doméstico y de cuidados por el hecho de estar dirigido al cuidado de las personas (50). Es un cambio de perspectiva, dejando atrás la centralidad del mercado y el beneficio como su principal objetivo para dar paso al trabajo de cuidados que tiene como objetivo la vida humana (50).

Maternidades: dualidad naturaleza-cultura y feminismo

Históricamente la maternidad ha sido considerada como un destino casi inexorable para las mujeres, inherente a su condición femenina a la cual no podían resistirse (60). Existe un vínculo entre la feminidad y la maternidad sustentado en la posibilidad biológica de las mujeres de ser madres (10,12). En otras palabras, se les exige a las mujeres roles y expectativas que están supuestamente mediadas por su propensión natural e indeliberada en el marco de lo que se conoce como el “instinto maternal” (12). Elisabeth Badinter (84) derribó el mito del instinto maternal, atribuyéndole única y exclusivamente una connotación social y cultural que se alimenta de discursos científicos que lo relacionan con el amor espontáneo y universal de toda madre.

Este escenario impulsa ideales y estereotipos de lo que es ser una buena o mala madre (5). Las buenas madres son aquellas que siguen el modelo de la maternidad intensiva propuesta por Sharon Hays (23), es decir, mujeres que asumen la dedicación exclusiva a su familia con abnegación, renuncia y dependencia de sus hijas/os por su capacidad natural de descifrar sus necesidades y auto sacrificarse. Las mujeres sufren una presión social y psicológica por alcanzar este prototipo de buena madre y se sienten culpables cuando son incapaces de cumplirlo (5). Con la incorporación de las mujeres al mundo laboral coexistieron dos prototipos de madres: la que sigue el modelo tradicional donde el centro de su vida es la felicidad de su familia y aquellas madres aparentemente exitosas que hacen malabares entre el cuidado y su trabajo (23). Por el contrario, las mujeres que se alejan del ideal de maternidad son señaladas y enjuiciadas como madres desnaturalizadas y malas madres (4,6).

Corrientes feministas y pensamiento sobre las maternidades

La relación entre maternidad y feminismo ha sido controvertida a lo largo de la historia. En sus inicios a las mujeres les convenía presentarse como mujeres femeninas que aspiraban a nuevos derechos, pero sin renunciar a la maternidad (85). Esto, por la predominancia y aceptación de un discurso médico que reforzaba la función reproductiva del cuerpo femenino por sobre su capacidad de transformar y participar políticamente (85). Muchas autoras a lo largo de la historia denunciaron la opresión que ejerce la institución de la maternidad sobre las mujeres, a pesar de que no necesariamente compartieran los mismos principios respecto

al feminismo (5). Saletti (12) se refiere a la “maternidad institucionalizada” como la forma en la que la maternidad ha derivado en una forma de organización social y política.

En cuanto a corrientes feministas, hubo algunas que se caracterizaron por rechazar abiertamente la maternidad como único destino femenino. Su principal referente fue Simone de Beauvoir (86) quien entendía la maternidad como una construcción cultural directamente vinculada con la realidad social y política que justificaba la subordinación de las mujeres. La relación inseparable entre naturaleza femenina y maternidad constituye la primera forma de discriminación hacia las mujeres, por poner en el centro su capacidad reproductora (87). Se opuso a la idea del instinto maternal argumentando que las actitudes que asumen las mujeres tienen más relación con el contexto que las rodea que con algo innato, consideró el embarazo como una vía de enriquecimiento y explotación femenina y al deseo femenino de ser madre como una forma de compensar las frustraciones de las mujeres por sentirse socialmente inferiores a los hombres (86).

Otra de las representantes de esta forma de entender la maternidad son las exponentes del feminismo radical Kate Millet (88) y Shulamith Firestone (89) quienes entendían la maternidad como una atadura que impedía la emancipación de las mujeres (87). Combatieron fervientemente en contra del ideal único de maternidad por considerarlo una forma de control del patriarcado (87). Se diferenció de otras corrientes por dejar en evidencia que el problema de la subordinación de las mujeres estaba en el sistema patriarcal y no solo en la lucha de clases o en la división sexual del trabajo (83). La revolución sexual era su bandera de lucha con el lema de “lo personal, es político”, es decir, que lo que pasa en la vida privada de las mujeres sucede porque hay un modelo de sociedad que lo valida (83). Firestone confiaba en la revolución sexual como la estrategia de lucha para la revolución feminista, para ello en su obra hace una propuesta al sistema patriarcal llamada “socialismo cibernético” que se caracteriza por la reproducción artificial, independencia económica y autodeterminación, configuración de unidades de reproducción por sobre el concepto de unidades familiares patriarcales y la libertad sexual y amorosa (87,89).

Al contrario, otras corrientes feministas reivindicaron la maternidad en sus obras. Por ejemplo, Adrienne Rich (90) quien marcó la diferencia entre la experiencia e institución de la maternidad. La maternidad como institución pretende que todas las mujeres permanezcan bajo el control patriarcal por su simple potencial de reproducción, profundizando la división entre

la esfera pública y privada (90). Sin embargo, la experiencia de la maternidad es la relación de la mujer con su propio potencial de reproducción donde la autonomía pasa por resaltar las potencialidades sexuales, reproductoras y maternas de las mujeres que la diferencian de los hombres (87). Destaca que combatir en contra de la institución no significa poner fin a las maternidades, sino que luchar por una autonomía sexual mediante la cual las mujeres tengan la libertad de elegir respecto a su reproducción (87).

El feminismo liberal con la obra de Betty Friedan (91) derrumba el ideal de la mujer estadounidense que se dedica felizmente a las funciones para las cuales ha sido creada: ser pasiva y exclusivamente madre y esposa. En la construcción de este ideal confluyen factores como la acción de los gobiernos, economía, el papel de los medios de comunicación y la educación (87). En esta corriente de feminismo se postula que la opresión de las mujeres proviene de la desigualdad de acceso a la educación, trabajo y bienes sociales (83). En su obra hace un repaso de cómo el cumplimiento de estos estándares e ideales femeninos hacía sentir a las mujeres vacías e invisibles. Por eso surge el término de “el problema que no tiene nombre” que era común a muchas mujeres de la época, que se caracterizaba por una sensación de cansancio, enfado con los niños/as y ganas de llorar sin razón (91). La principal limitación de esta corriente es que no tiene en cuenta ejes de desigualdad como diferencias de clase, etnia o condición social (83).

El feminismo socialista busca la explicación de la opresión de las mujeres en el modelo de producción que fomenta la división sexual del trabajo y la exclusión de las mujeres del área pública y productiva (83). Cree firmemente que la emancipación de la mujer se reduce a la independencia económica y posibilidad de incorporación al mundo laboral (83). Kollontaï (92) fue una de sus referentes y tuvo gran importancia en lo que respecta a las formas de pensar las maternidades. Luchó por la despenalización del aborto, el divorcio, prestaciones sociales en forma de salarios de maternidad, guarderías y hogares infantiles (92). Su gran aporte se remite a la concepción de que era responsabilidad del estado la subsistencia de las madres, por lo que se tenía que dar protección estatal a la maternidad ofreciendo recursos como casas de maternidades, guarderías, impartición de cursos para madres y buenas condiciones laborales en el trabajo productivo (92). Esto, permitió a las mujeres pensar la maternidad más como una lección que como una obligación y cuestionar el supuesto innatismo biológico que las hacía más capaces de cuidar a la familia y el hogar (93). Las madres también fueron

protegidas evitando que fueran discriminadas en el ámbito laboral asegurando medidas como: receso pagado para alimentar a sus hijas/os, prohibición del trabajo nocturno y las horas extras, licencia de maternidad remunerada de ocho semanas antes y después del parto sin modificaciones en su salario y protección médica a lo largo de todo el embarazo y postparto (92,94).

Modelos de salud, perspectiva de género y maternidades

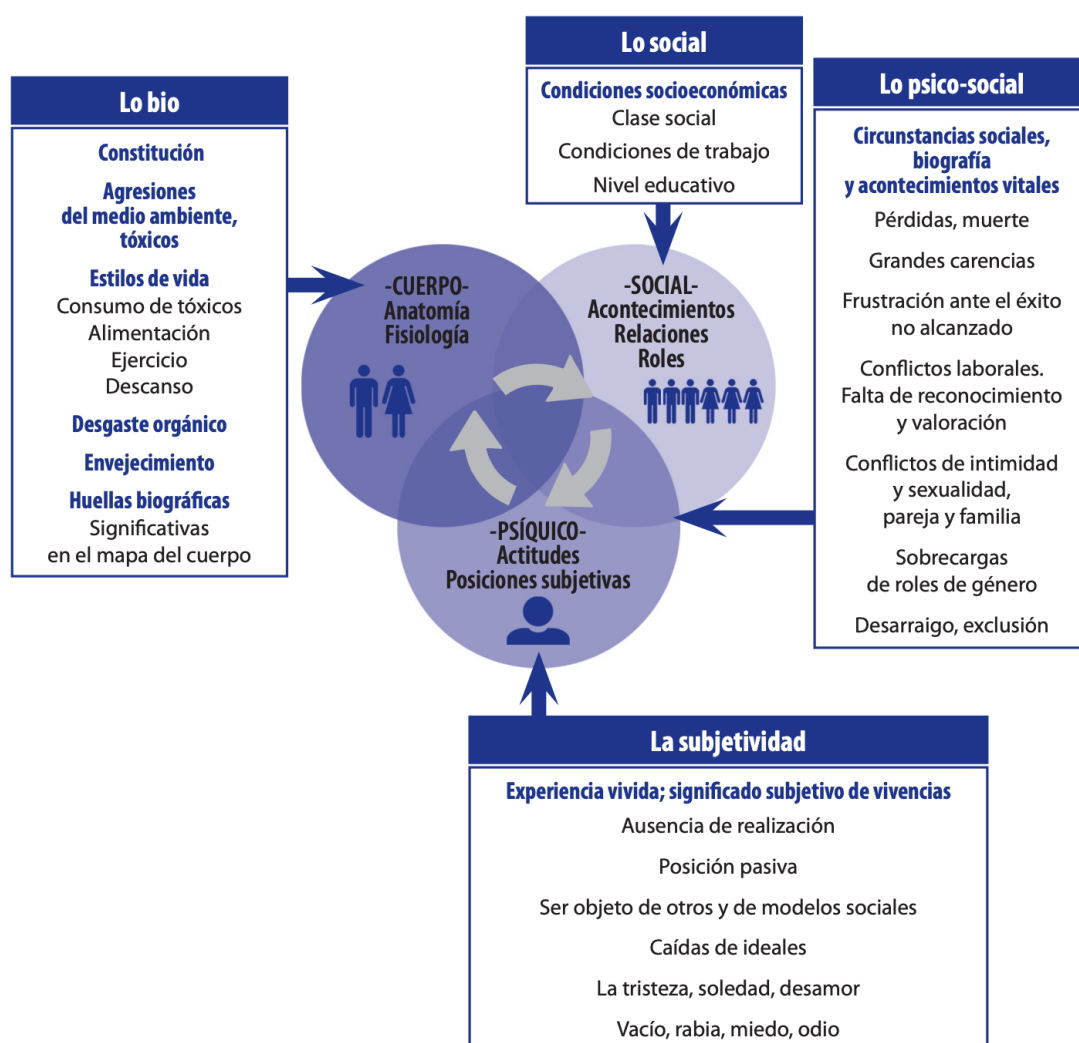
Modelo biopsicosocial de salud

Según Velasco (83) para hablar de enfoque de género en salud hay que dejar a un lado el modelo biomédico para incluir en una nueva visión teorías que tengan en cuenta el contexto social y la experiencia subjetiva de las personas. Cada una de estas teorías se diferencia según cuatro términos clave: concepto de salud y enfermedad que se aplica, tipo de causalidad que se considera para la enfermedad, modelo de atención y tratamiento a aplicar y factores considerados en la relación médico-paciente (83). El modelo biomédico se caracteriza por tener una visión del ser humano muy reduccionista, deja de lado aspectos como el contexto social de las personas, su historia y el significado que pueda tener la enfermedad para ellas (83). A pesar de la importancia que tiene intentar comprender el área subjetiva que rodea a todo proceso relacionado con la salud de las personas, tal y como se expresa a continuación:

Estas distintas teorías y enfoques aportan miradas respecto a las formas de entender la salud, enfermedad y atención sanitaria. Por ejemplo, según el enfoque socialista tanto la historia del individuo como las relaciones socioeconómicas, estructura de clase que le rodean y condiciones laborales afectan en la visión de la salud-enfermedad (83). La teoría psicoanalítica concluye que las formas de vivir y enfermar dependen de la vida inconsciente, es decir, existe una subjetividad en cada persona que se va construyendo a lo largo de la vida mediante las experiencias significativas (83). En enfoque estructuralista hace hincapié en cómo las relaciones de poder influyen en la salud de las personas, esto puede ser a nivel individual, dentro de los sistemas de salud, en la misma práctica médica, etc (83).

Así, nutriéndose de ideas de los enfoques descritos anteriormente surge el Modelo Biopsicosocial de Salud (83) donde la experiencia de la enfermedad es más importante que la enfermedad en sí misma. Bajo este enfoque el ser humano está compuesto por tres esferas: biológica (real), social (imaginario) y psíquica (simbólico) que interactúan permanentemente a lo largo de la vida. La esfera biológica abarca lo físico y fisiológico del cuerpo; la social se construye a partir de los vínculos con otras personas y las representaciones sociales; y la psíquica comprende el mundo interior y la subjetividad. A partir de este modelo surgen también los determinantes biopsicosociales para la salud (Figura 3). Cada uno de estos determinantes cuenta con procesos protectores, que sientan las bases para posibles intervenciones desde el punto de vista sanitario que pueden influir en el proceso de salud-enfermedad (83).

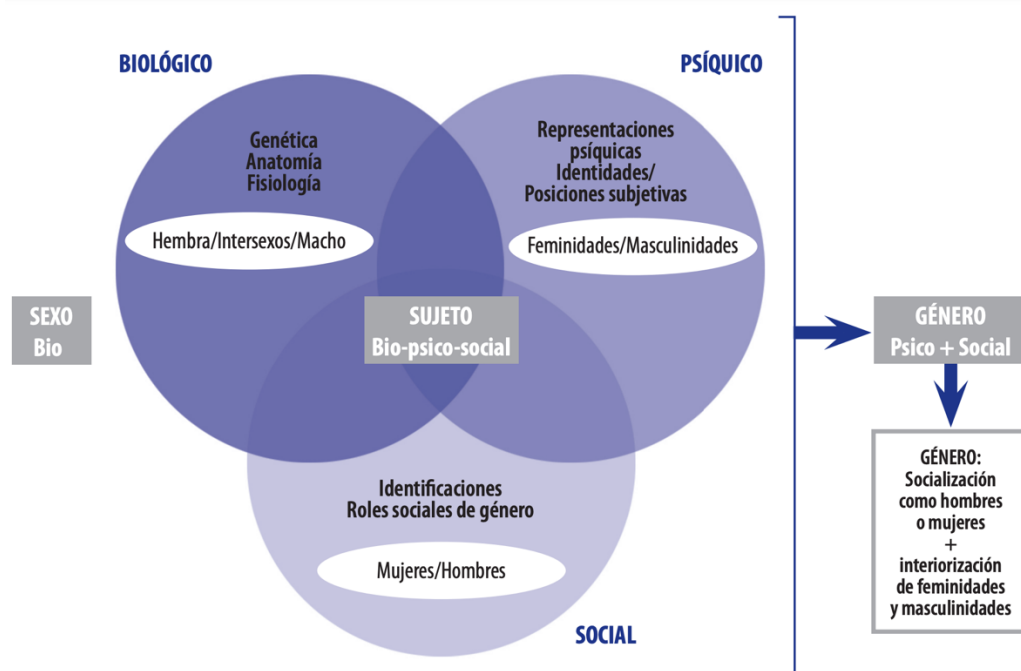
Figura 3. Factores biopsicosociales determinantes en el proceso salud-enfermedad.



- Factores biológicos de riesgo (lo bio): relacionados principalmente con los estilos de vida (alimentación, consumo de tóxicos, ejercicio físico) y el autocuidado que pueden variar entre hombres y mujeres.
- Factores psíquicos (la subjetividad): que tiene relación con la experiencia vivida y el significado que los sujetos le atribuyen a cada una de ellas.
- Factores socioeconómicos (lo social): clase social, condiciones laborales que contribuyen a las relaciones de poder entre hombres y mujeres en el trabajo. En esta línea, el trabajo puede considerarse un factor protector o de riesgo para la salud dependiendo de sus características, ambiente de trabajo, facilidades para combinar roles familiares, fortalecimiento de la autoestima e identidad entre otros.

- Determinantes o procesos psicosociales de vulnerabilidad (lo psicosocial): experiencias devenidas de las formas de vida que ponen en mayor o menor riesgo de vulnerabilidad a las personas. Tienen relación con las circunstancias sociales, biografía y acontecimientos vitales, se pueden incluir: conflictos de trabajo, falta de reconocimiento y valoración; conflicto de intimidad y sexualidad en la pareja y familia y sobrecarga de roles de género. Cuando estos determinantes tienen relación con las formas de vida de hombres y mujeres reciben el nombre de procesos psicosociales de género. Para esto, es muy importante entender el sistema sexo/género que se divide también en tres esferas: lo biológico, que vendría siendo el sexo; lo social que tiene que ver con la identificación como mujer u hombre y los roles sociales de género; y lo psíquico que tienen que ver con las feminidades y masculinidades (83) (Figura 4).

Figura 4. Sistema sujeto/sexo/género



Entonces, cuando se utiliza el concepto género se está teniendo en cuenta a estos tres factores interrelacionados: atributos sociales, normas y roles de género y también los ideales de la identidad femenina y masculina (83). Los modelos de género son los que determinan ciertos estereotipos sociales de género que afectan a las mujeres y a los hombres de distinta manera y determinan vulnerabilidad y una tendencia a enfermar (83). Estos modelos, se

reproducen a través de los roles de género que se definen como “papeles o funciones que la sociedad asigna a cada posición sexual” (83, p.135). Para el análisis de los distintos modelos de género se contemplarán los procesos psicosociales de vulnerabilidad por roles de género y los procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad y masculinidad (83).

En el modelo de género tradicional, la vulnerabilidad proviene de la subordinación y poder que existe entre hombres y mujeres relacionado con la división de roles productivos y reproductivos (83). Las mujeres se encuentran recluidas en el espacio doméstico, con una dependencia tanto económica como emocional de los hombres, no poseen proyectos propios ni tampoco cubren sus necesidades personales por una dedicación exclusiva hacia sus funciones de cuidado, cuyo incumplimiento las hace sentir muy culpables (83). Se corresponden con procesos de vulnerabilidad por roles de género:

- Reclusión al espacio doméstico: trabajo como ama de casa que da origen a un aislamiento por falta de estímulos, pasividad, trabajo repetitivo, invisible y no remunerado.
- Falta de relaciones y apoyo social.
- Sobrecarga de cuidadora como única vía de realización: tanto física como emocional.
- Falta de proyectos de autorrealización y de tiempo propio y de autocuidado.

En cuanto a los procesos subjetivos de vulnerabilidad por conflictos en ideales de feminidad las mujeres tienen conflicto bajo este modelo de género con el ideal de buena madre, sentimientos de obligación de cuidar, adoptar posiciones pasivas como dependencia afectiva, resignación y exposición a abusos (83).

Por otro lado, el modelo de género en transición se caracteriza por una multifuncionalidad de hombres y mujeres, quienes aún no dejan del todo atrás los tradicionalismos del modelo de género tradicional en el que fueron socializados/as (83). Si bien el modelo social avanza, los valores y/o comportamientos en lo privado e íntimo no necesariamente siguen esta línea (83). Algunos de los cambios más trascendentales que se generan en este modelo son: incorporación de las mujeres al mundo laboral con su consecuente independencia económica y vital, posibilidad de redistribución de responsabilidades domésticas y de cuidado, mayor elección y libertad en la actividad sexual (83).

En cuanto a los roles de género las características más importantes en este modelo es la multifuncionalidad desigualmente repartida y las contradicciones por acumulación de ideales antiguos y nuevos (83):

- Sobrecarga por asunción de roles antiguos y nuevos: doble y triple jornada laboral
- Carga monoparental en soledad.
- Frustración del proyecto personal de trabajo por tener que cumplir con estándares tanto en el ámbito privado como en el público.

Respecto a los procesos subjetivos de vulnerabilidad por ideales de feminidad surgen conflictos en la pareja por redistribución de tareas, dificultades para compatibilizar el ideal maternal con el cumplimiento en la esfera productiva, conflictos con el ideal maternal vinculados a los desacuerdos con el deseo en la pareja, retraso de la maternidad o infertilidad (83). Este retraso se ocasiona porque a pesar de que sigue existiendo el deseo de ser madre, hay dificultades para encajar este proyecto según las aspiraciones personales y profesionales (83). Asimismo, también surgen conflictos devenidos de la exigencia de una mayor implicación emocional por parte de los hombres, para la cual ellos realmente no tienen modelo (83). La feminidad se caracteriza ahora por atributos apropiados a las nuevas funciones: ser activa, capaz, fuerte, independiente. Aun así, se mantienen los valores íntimos tradicionales de efectividad, entrega, sostén de la vida cotidiana y el cuidado que se suman a las nuevas condiciones (83).

Para las mujeres la incorporación al trabajo y la consecuente autonomía que esto les brinda actúan como un factor protector para su salud. La vulnerabilidad surge de tener que cubrir las responsabilidades tanto en lo público como en lo privado, porque la transición hacia la corresponsabilidad de los hombres también se está desarrollando: acumulación de funciones y roles y de la coexistencia de ideales contradictorios antiguos y nuevos que conllevan, a veces, desajustes y desencuentros en las relaciones principalmente ocasionados por los conflictos devenidos del reparto de tareas (83). La principal problemática con la que se encuentran es la de compatibilizar el mundo laboral con el personal, que las hace vivir dobles y triples jornadas en un contexto social que tampoco ofrece recursos y un estado que no asume en definición la responsabilidad de los cuidados como una responsabilidad social (83). Las medidas de gestión de la conciliación familiar-laboral en el ámbito productivo suelen estar hechas y adaptadas a los hombres, quienes históricamente han visto cubiertas las

responsabilidades de cuidado por las mujeres que se quedaban en casa (83). Las mujeres se encuentran en este contexto con la problemática del techo de cristal, que frena e impide el avance en su carrera profesional.

En cuanto a los cambios en los vínculos con la pareja, se generan conflictos de los que no se habla comúnmente ligado a expectativas de la pareja como el amor, la satisfacción íntima, sexual, de dedicación, exclusividad y permanencia y también la cooperación para hacer avanzar los proyectos tanto personales como a nivel de pareja (83). Los peores conflictos surgen devenidos del reparto de tareas domésticas y de cuidado y de la falta de compromiso ligada a la maternidad y paternidad (83)

El modelo de género contemporáneo se caracteriza también por una serie de cambios en la organización económica donde el consumo pasa a tener un lugar prioritario. También, se desplazan los valores e ideales a la realización individual a partir de la capacidad de consumo, lo que genera mucha competitividad en las personas y en lograr estos ideales (83). El núcleo social básico deja de ser la familia y pasa a ser el individuo, que se unen en pareja para cooperar en proyectos individuales de ambos (83). Los procesos de vulnerabilidad según los roles de género y por los conflictos en los ideales de feminidad y masculinidad son más igualitarios (83). Las principales exigencias son la realización y el éxito profesional, motivo de conflicto podría ser el deseo asincrónico de la maternidad y paternidad en la pareja que de todas formas sigue no estando distribuido del todo entre hombres y mujeres (es más sencillo que las mujeres encuentren el momento y deseo de tener un hijo que al revés) (83).

Por último, el modelo de género igualitario se entabla como un modelo de género protector para la salud principalmente porque pone fin a las posiciones de poder y subordinación para alcanzar posiciones subjetivas igualitarias entre los sexos (83). Esto a las mujeres les permite alcanzar posiciones subjetivas activas, autonomía e independencia, proyectos y realizaciones propias, sociabilizarse participando en una red de encuentro en la que se comparta apoyo social (empoderamiento comunitario), no ser víctima pasiva de las circunstancias y de los modelos sociales, abandonar las sujeciones del modelo tradicional, resolver la sobrecargas compartiendo y conciliando, no apoyando todo el proyecto vital en el cuidado de otros (83).

Durante el periodo prenatal las mujeres experimentan cambios físicos y emocionales importantes para su salud (95,96). Según la OMS, el número recomendado de visitas con profesionales de la salud durante el embarazo son ocho, sin contar las de preparación al nacimiento o las de educación maternal (97). Su objetivo principal es proporcionar a las embarazadas una atención respetuosa, individualizada, centrada en la persona, con la aplicación de prácticas clínicas eficaces; donde se realicen intervenciones y pruebas y también donde se proporcione información oportuna y de apoyo psicosocial y emocional (98). En la aplicación eficaz de la atención prenatal es necesario un enfoque que ayude a que se mantenga una correcta continuidad asistencial, se presten servicios y se disponga de suministros y proveedores de atención de salud con capacidad de atención y decisión. La OMS también pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una comunicación eficaz, respetuosa y centrada en la persona en todos los contactos, para asesorar y apoyar de forma individualizada a las embarazadas (97).

En España, la Guía de Práctica Clínica de Atención al Embarazo y Puerperio (99) establece recomendaciones para mantener un buen control durante el embarazo como: proporcionar cuidados personalizados continuados durante el periodo prenatal, facilitar cuidados adicionales a las gestantes que lo necesiten teniendo en cuenta aspectos psicosociales, basar en evidencia científica las visitas, pruebas y procedimientos y contar con la opinión de cada gestante para llevarlas a cabo. Es de vital importancia incluir en los espacios de educación prenatal a los padres dado a que desempeñan un papel de apoyo a sus parejas y de cuidado a sus hijos/as (100). Según Rowe et al. (101) los hombres no se sienten incluidos en las sesiones de preparación prenatal, debido a que estas clases están centradas en la madre y en el parto exclusivamente.

En el periodo postnatal las mujeres experimentan cambios fisiológicos como expulsión de los loquios, involución del útero a su tamaño original pregestacional, eyección láctea, pérdida de peso, estreñimiento en el puerperio inmediato que pueden provocar complicaciones físicas y emocionales (102). En España, las visitas de control del postparto deben abordar temas que valoren todos los aspectos relacionados con el bienestar físico, emocional y social de la mujer (99). Se programa una visita tras los 40 días de postparto en atención primaria para valorar el estado de salud de la mujer y el RN donde se explora el estado emocional de la

madre, apoyo social y familiar que está recibiendo y posibles síntomas que podrían estar relacionados con la depresión postparto como la ansiedad, el llanto o el bajo estado de ánimo (99). En cuanto a las necesidades de las mujeres en esta etapa, se debiera ofrecer un paquete de servicios de fácil acceso que contribuyera a fortalecer su seguridad y confianza (103). Esto, por ejemplo, a partir de un seguimiento de su salud más exhaustivo, fácil acceso a la atención médica general y pediátrica de salud infantil, visitas domiciliarias y telefónicas de seguimiento, entrega de información sanitaria más adaptada a sus nuevas funciones como madres (103,104). Es importante considerar que el tipo y cantidad de información que se entrega en el pre y postnatal son predictores significativos de puntuación de Escala de Depresión Postparto (EPDS) (105).

En este periodo, la continuidad en la atención es un factor determinante en la calidad del cuidado y para ello se necesita a profesionales con quienes se establezcan lazos de confianza (103). Las/los profesionales sanitarios que trabajan en la atención postnatal pueden desempeñar un papel importante para apoyar a las madres por primera vez a enfrentarse a este nuevo proceso vital aprovechando las oportunidades para brindar apoyo social personalizado e informativo (106). Según un estudio, las mujeres se sintieron desentendidas en el periodo postnatal principalmente por la falta de diálogo con los profesionales sanitarios quienes no generaban espacios de escucha activa o de toma de decisiones compartida (25).

Durante la crianza se valoraron consejos prácticos sobre cuidados básicos del RN, sobre todo en lo que respecta a la alimentación y cuidado del sueño (107). La alimentación se suele considerar como una tarea compleja que provoca sentimientos de incertidumbre y deseo de recibir orientación adicional por parte de la atención sanitaria (103). Se destaca la dificultad con la Lactancia Materna (LM) donde las nuevas madres reportaron inseguridad respecto al número/cantidad suficiente de alimentaciones y también la preocupación por el uso correcto de la técnica (103).

Es importante promover grupos de soporte a madres y padres, que favorezcan a la expresión de sentimientos (108). En este contexto cobra especial importancia la persona a cargo de estos grupos de educación prenatal, para las matronas es necesario desarrollar habilidades para liderar grupos colaborando multidisciplinariamente (109). Las comadronas y enfermeras de la asistencia infantil reconocen que tienen falta de competencia profesional para gestionar grupos, identificar las necesidades de los padres, individualizar el contenido

para que se adapte a madres/padres y utilizar métodos de enseñanza innovadores para que procesen con más facilidad el contenido (110).

Atención al embarazo y puerperio durante la pandemia por COVID-19

La OMS declaró en marzo del 2020 la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una emergencia de salud pública global (111). En España se decretó el estado de alarma en todo el territorio donde la actividad no esencial fue suspendida y se estableció un confinamiento estricto como medida de prevención para la transmisión del virus (112). Frente a esto, se implementaron medidas con escasa evidencia científica que se fueron modificando con el avance de la pandemia de forma contradictoria, en muchos casos (113-117). Por ejemplo, redistribución de funciones del personal, transformación de unidades de maternidad en unidades COVID-19, exclusión de la pareja durante el parto y el alumbramiento, separación de la madre y el bebé en el periodo postnatal inmediato, instauración restricciones respecto a la lactancia materna, cancelación de visitas presenciales tanto individuales como grupales, menor acceso a atención prenatal y visitas ambulatorias, estadías de postparto más cortas y prohibición de acompañantes (118-122). Esto produjo un retroceso en lo que respecta a la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres donde predominó el paternalismo por parte de los servicios sanitarios (123).

Respecto al uso de la telemedicina, estudios internacionales han corroborado que la monitorización y valoración integral de la madre y el recién nacido se puede realizar mediante videoconferencias (124,125). Durante la pandemia, se implementaron actividades telemáticas como preparación individual al parto, entrevistas prenatales tempranas, consultas de seguimiento del embarazo, preparación al parto en grupo, visitas y seguimiento postnatales (124,126). Esto permitió el equilibrio entre la seguridad de las mujeres y profesionales sanitarios frente a un posible contagio y mantener la atención sanitaria (127-130). Sin embargo, tuvo como consecuencia la disminución de la asistencia de las embarazadas a los controles rutinarios del embarazo provocando un aumento en el número de cesáreas y partos instrumentales y reducción en la asistencia a la atención prenatal hospitalaria, clínicas postnatales y vacunación infantil (121,122). Por otro lado, aumentaron las visitas domiciliarias para evitar el traslado a los centros de salud; a pesar de que conllevan un mayor gasto sanitario sus múltiples beneficios están también documentados (131).

Según estudios internacionales realizados tanto a matronas como a mujeres (115,132-135) las telemedicina ofrece ventajas como un menor tiempo de desplazamiento y espera, compaginar la atención sanitaria con las tareas cotidianas y aumentar la cobertura de la atención sanitaria tanto en zonas rurales como urbanas; y también desventajas como la preocupación por los errores derivados de una valoración y examen físico incompletas, barreras para establecer una relación con las/los profesionales sanitarios, mala conectividad y profundización de las desigualdades ya existentes en la atención a la maternidad. A pesar de esto, las matronas manifestaron su preocupación en un estudio irlandés porque problemas de salud mental como ansiedad, incapacidad de afrontar la transición a la maternidad pasarán desapercibidas con el uso de estas herramientas tecnológicas (136). Sobre todo, en un escenario particularmente vulnerable para las mujeres quienes tuvieron que enfrentarse a factores estresantes, como, por ejemplo, un menor apoyo social (137).

Según la evidencia científica, este escenario desafiante supuso para las matronas sentimientos de ansiedad, miedo, tensión, estrés, incertidumbre, falta de conocimientos y confusión por la constante desinformación y cambios (114,122,123). Se debieron facilitar recursos para apoyar a las matronas en la entrega de una atención materna respetuosa centrada en las mujeres, las precarias condiciones de trabajo obstaculizaron la entrega de un cuidado humanizado (114,123). En consecuencia, la satisfacción laboral se vio afectada por la asunción de nuevas funciones que aumentaron la carga laboral y dejaron de lado la atención centrada en la mujer(133,138). Estudios previos a la pandemia(139,140) concluyeron que la implementación correcta de la telemedicina requiere de recursos y la participación conjunta entre profesionales, pacientes y personas especializadas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs).

CAPÍTULO 3.

JUSTIFICACIÓN

Los estudios que tienen en cuenta las percepciones de madres y padres por primera vez sobre su nueva experiencia son escasos (32,141). A pesar de la necesidad de profundizar en las experiencias subjetivas de las mujeres que son madres por primera vez, considerando el impacto en su salud (142), los estudios sobre maternidad que omiten la paternidad promueven el estereotipo social de la reproducción y el cuidado como funciones normalizadas femeninas de las mujeres (143). En consecuencia, es necesario incluir a los hombres en este tipo de investigaciones. Estudios realizados en el contexto español sobre la respuesta de la atención sanitaria a esta experiencia de cambio vital se focalizan en las etapas de embarazo, parto y postparto de forma separada (144-146) y evidencian la desigualdad de conocimiento de la experiencia de maternidad y paternidad (143).

La mayoría de los estudios españoles (147,148) sobre la experiencia de mujeres trabajadoras durante el confinamiento y su salud auto percibida se centran en consecuencias psicológicas, o en la relación entre la inseguridad laboral y el conflicto trabajo-familia y sus consecuencias como mayores niveles de ansiedad, depresión, insomnio y conflictos personales y laborales (149,150). Sin embargo, ningún estudio ha profundizado en la percepción de las madres trabajadoras de niños pequeños que tuvieron que equilibrar las responsabilidades laborales y el cuidado de los hijos durante la pandemia COVID-19.

Estudios sobre la respuesta del sistema sanitario español durante la pandemia se han centrado en la experiencia de matronas con mujeres contagiadas por COVID-19, o de aquellas matronas que estuvieron en primera línea durante los primeros meses de pandemia o el rol de enfermeras y matronas en la implementación de video consulta (123,151,152). Sin embargo, no se ha abordado de forma específica qué supuso la utilización de la telemedicina como herramienta única asistencial para la atención a embarazadas y puérperas por parte de las matronas de Atención Primaria de Salud (APS).

CAPÍTULO 4.

OBJETIVOS

El objetivo general de esta tesis doctoral es el siguiente:

Explorar las vivencias de maternidades, sus consecuencias en salud y la respuesta de los servicios sanitarios desde la perspectiva de las mujeres, sus parejas y las/los profesionales sanitarios.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- 1) Explorar la percepción de madres y padres sobre las consecuencias que tiene en su salud la asunción de la maternidad y la paternidad por primera vez (Artículo 1).
- 2) Conocer la percepción de madres y padres por primera vez sobre la atención sanitaria recibida y sus necesidades durante el embarazo, parto, puerperio y crianza (Artículo 2).
- 3) Explorar la experiencia de madres trabajadoras respecto a la conciliación familiar-laboral durante el confinamiento por COVID-19 y las consecuencias en su salud (Artículo 3).
- 4) Explorar las experiencias de matronas/es de atención primaria de salud (APS) con la implementación de la telemedicina en la atención al embarazo y puerperio durante la pandemia por COVID-19 (Artículo 4).

CAPÍTULO 5.

METODOLOGÍA

Generalidades

Contexto del estudio

Para el desarrollo de esta tesis doctoral se realizaron tres trabajos de campo sucesivos, que se iniciaron en el 2018 y acabaron en el 2022, tal y como se explicaron en el apartado de presentación. Esto, originó cuatro artículos de investigación que se realizaron desde un enfoque cualitativo que comparten aspectos metodológicos que se explicarán en este apartado (Tabla 1)

Tabla 1. Síntesis y características de los trabajos de campo (TC) realizados.

TC	Recogida de datos	Participantes (Nº)	Objetivo específico	Artículos de investigación	Lugar
1	2018-2019	Madres y padres por primera vez de menores de 2 años (12)	Explorar la percepción de madres y padres sobre las consecuencias que tiene en su salud la asunción de la maternidad y la paternidad por primera vez	Artículo I. Struggles when transitioning to parenthood: First-time mothers' and fathers' perspectives on health consequences.	Segovia (España)
			Conocer la percepción de madres y padres por primera vez sobre la atención sanitaria recibida y sus necesidades durante el embarazo, parto, puerperio y crianza	Artículo II. Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad	
2	2021-2022	Madres de menores de 10 años con acceso a teletrabajo durante el confinamiento estricto por COVID-19 (18)	Explorar la experiencia de madres trabajadoras respecto a la conciliación familiar-laboral durante el confinamiento por COVID-19 y las consecuencias en su salud	Artículo III. Juggling during Lockdown: Balancing Telework and Family Life in Pandemic Times and Its Perceived Consequences for the Health and Wellbeing of Working Women	España

3	2021-2022	Matronas/es que trabajaron en la atención al embarazo y puerperio en APS durante la pandemia por COVID-19 (15)	Explorar las experiencias de matronas/es de atención primaria de salud (APS) con la implementación de telemedicina en la atención al embarazo y puerperio durante la pandemia por COVID-19	Artículo IV. Experiencias de matronas/es con el uso de la telemedicina en atención primaria durante la pandemia	Cataluña, Madrid, Castilla y la Mancha e Islas Canarias (España)
---	-----------	--	--	---	--

Diseño del estudio

Se utilizó en todo el desarrollo de la presente Tesis Doctoral la metodología cualitativa para dar respuesta a las preguntas y objetivos de investigación por ser un conjunto de prácticas interpretativas que buscan comprender las experiencias y significados que las personas atribuyen a un problema social o humano (153,154). Se espera que los datos cualitativos ofrezcan una imagen cercana, detallada y contextualizada de las experiencias, acciones y percepciones de los sujetos que se han encontrado con el fenómeno o las situaciones objeto de estudio (155).

Hay que tener en cuenta de que existen supuestos filosóficos que guían la investigación influyendo en el ámbito de estudio, la pregunta de investigación y la recogida de datos (156). Estos supuestos se aplican a la investigación mediante el uso de paradigmas, teorías o marcos interpretativos (156). En este trabajo, desde un punto de vista ontológico se tuvo en cuenta la existencia de múltiples realidades, subjetivas y socialmente construidas (157-159). En cuanto a la epistemología, se consideró que el conocimiento se co-construye en el proceso de investigación debido a que la relación entre investigadora y participante es interactiva e inseparable (157). A nivel axiológico, las investigadoras aceptaron que sus valores, conocimientos previos y expectativas influyeron en el proceso investigativo (157). También, a nivel metodológico, se utilizó una lógica inductiva, estudiando el tema desde su propio contexto y con un diseño emergente.

Estos supuestos filosóficos se organizan en marcos interpretativos, en esta tesis doctoral se utilizó el paradigma constructivista o social constructivista donde el significado y la experiencia se producen y reproducen socialmente, no se centra en el individuo, sino que tiene en cuenta también las condiciones estructurales que permiten los relatos individuales

(160). Las investigadoras desarrollan inductivamente un patrón de significado con preguntas amplias y generales para que las participantes puedan construir el significado de una situación (156).

Como enfoque u orientación teórico-metodológica se utilizó la fenomenología debido a que busca capturar el significado o esencia de un fenómeno mediante la experiencia vivida de las personas (161,162). Más específicamente se trabajó con la fenomenología hermenéutica (163) que entiende esta aproximación no solo como una descripción sino como un proceso interpretativo que proporciona una comprensión profunda de un fenómeno que experimentan las personas. Este enfoque asume que no se pueden dejar de lado las experiencias personales por lo que incluye en esta interpretación las suposiciones de la investigadora (156).

Recogida de datos

Se utilizó como técnica de recogida de datos la entrevista semiestructurada (164,165) por ser una herramienta que busca recoger los puntos de vista de las personas a partir de una secuencia de temas, preguntas abiertas predeterminadas y otras que surgen del diálogo entre entrevistadora-entrevistada. También, como técnica de recogida de datos ofrece otras ventajas como el grado de control por parte de la investigadora, la posibilidad de establecer una buena relación y diálogo con las participantes (166,167).

Todas las entrevistas realizadas siguieron la siguiente estructura:

- i. Presentación de la investigadora, contexto del estudio y reforzamiento del objetivo de la investigación, características de la entrevista y resolución de dudas sobre hoja informativa/consentimiento informado.
- ii. Recogida de datos sociodemográficos.
- iii. Desarrollo de la entrevista que comienza con una pregunta introductoria que facilita abrir el diálogo con la entrevistada para seguir con las preguntas en base a ejes temáticos del guion de entrevista.
- iv. Cierre con una pregunta de clausura, resolución de dudas dando posibilidad de nuevos aportes a la entrevistada.

Es importante señalar que la entrevistadora tuvo libertad para profundizar en temas emergentes relevantes durante las entrevistas (168). También, se tuvieron en cuenta recomendaciones para el establecimiento de *rapport* (165), por ejemplo: se creó un espacio de

presentación al inicio y se dejaron para el final de las entrevistas preguntas sobre temáticas sensibles.

Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Durante la entrevista se hicieron anotaciones de campo, sobre todo de las expresiones no verbales de las entrevistadas (silencios, suspiros, risas, posturas, gestos, entre otros) (169).

Aspectos éticos

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo los principios éticos nombrados por la Declaración de Helsinki basados en autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (170). También, se consideraron las recomendaciones éticas para la investigación cualitativa en salud (171,172) teniendo en cuenta factores como la evaluación pertinente de los beneficios y riesgos del estudio, rigurosidad de la metodología para obtener datos fiables, establecimiento de relación de mutua confianza y profesionalismo con los participantes.

Se aplicaron las consideraciones éticas específicas de las entrevistas, sobre todo en aquellos casos en los que surgieron temáticas sensibles que no estaban originalmente propuestas en el guion de entrevista (165). Se protegió la información brindada sobre todo en el contexto de origen de esta muestra que era un grupo de autoayuda informal donde los testimonios se podrían hacer identificables con cierta facilidad; todo esto enmarcado en un acto reflexivo y de consciencia extra por parte de la investigadora principal.

Los cuatro artículos están aprobados por dos Comités de Éticas diferentes

- Artículo I y II: Subcomité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid en 2019 (CEI-103-1997)
- Artículo III y IV: Comité de Ética del Hospital Universitario Arnau de Vilanova en Lleida en 2021 (CEIC-2460)

Antes de cada entrevista se envió a las participantes la hoja informativa del estudio donde se hizo hincapié en los objetivos del estudio y el consentimiento informado. Mediante este último las y los participantes expresaron el deseo de ser informantes y conocieron sus derechos y responsabilidades. Para mantener la confidencialidad de los datos de las participantes se reemplazaron sus nombres reales por nombres ficticios y en las citas textuales no se entrega información que las pueda hacer reconocibles.

A continuación, se describen las particularidades de los participantes, selección, recogida de datos y análisis de los 3 trabajos de campo:

Trabajo de campo 1 (Artículo I y II)

Participantes

Como criterio de inclusión se consideraron a mujeres heterosexuales que hubieran sido madres por primera vez hace menos de dos años desde el 2019. Una vez finalizado el trabajo de campo con las mujeres, respondiendo al diseño emergente y reflexivo propio de la investigación cualitativa, se ampliaron los criterios de inclusión y se invitó a participar a sus parejas. Estas entrevistas fueron utilizadas para complementar y reforzar la comprensión del fenómeno de estudio. Todas las mujeres del grupo accedieron a participar y sólo dos de los siete hombres (sus parejas) se negaron por motivos personales relacionados con la falta de tiempo y predisposición a la entrevista.

Selección de las participantes

Se realizó un muestreo intencional (177,178) donde se seleccionaron a las participantes por sus posibilidades de aportar información útil para comprender la complejidad, profundidad o contexto que rodea el fenómeno a investigar. Como no se busca generalizar la información sino dilucidar lo particular y específico, no se determinó previamente el número de personas a entrevistar (156).

Como estrategia de reclutamiento de participantes se realizaron los siguientes pasos:

- i. Una de las investigadoras del equipo se puso en contacto con una informante clave, miembro de un grupo de autoayuda originado a partir de un grupo de lactancia materna de un centro de salud, pero que actualmente se gestiona al margen de los servicios sanitarios.
- ii. Se entregó información sobre el estudio a esta informante clave, quien invitó a participar a las otras integrantes facilitando el contacto con la investigadora principal.
- iii. Después de las entrevistas a las mujeres, se ampliaron los criterios de inclusión y las participantes invitaron a sus parejas a participar mediante la técnica de bola de nieve (161).
- iv. También se tuvieron en cuenta criterios pragmáticos y de proximidad. La relación entre una de las investigadoras y la informante clave era de confianza y de alguna manera esto aseguró el acceso al campo.

La muestra final estuvo compuesta por 12 personas autóctonas de España, siete mujeres y cinco hombres. Todas ellas formaban parte de un grupo de autoayuda originado a partir de un grupo de lactancia materna de un Centro de Salud. Con respecto al promedio de edad en la que tuvieron a su primer hijo/a, en las mujeres fue a los 36 años y en los hombres a los 39,8 años (rango 35-43 y 33-40, respectivamente). Al momento de la entrevista, ningún hombre estaba con reducción de jornada o excedencia; mientras que tres mujeres tenían reducción de jornada y cuatro estaban con excedencia (Tabla 2).

Tabla 2. Perfil de las y los participantes

Género	Participante	Edad	Edad primer hijo/a	Nivel de estudios	Reducción de jornada	Excedencia
Femenino	Teresa	39	37	Superior	No	Sí
Femenino	Carla	35	33	Superior	No	No
Femenino	Mónica	38	37	Superior	Sí	No
Femenino	Marina	38	36	Superior	Sí	Sí
Femenino	Lucía	39	37	Grado medio	No	No
Femenino	Sara	39	37	Superior	No	Sí
Femenino	Cecilia	40	38	Superior	Sí	Sí
Masculino	Jesús	40	36	Superior	No	No
Masculino	Mario	43	40	Grado medio	No	No
Masculino	Pedro	37	34	Superior	No	No
Masculino	David	39	37	Superior	No	No
Masculino	Javier	40	38	Superior	No	No

Recogida de datos

Se diseñó un guion con preguntas breves y abiertas enmarcadas en áreas temáticas definidas por las investigadoras (167) (Tabla 3). Se realizó el pilotaje del guion en la primera entrevista con el objetivo de familiarizarse con esta técnica, debido a que este fue el primer acercamiento de la investigadora principal. Después de cada entrevista, tras un trabajo reflexivo de fortalezas y debilidades del guion, se fueron adaptando algunas preguntas y aspectos formulados.

Tabla 3. Guion de entrevista

Tema	Preguntas
Pregunta introductoria	¿Cómo ha sido esta nueva experiencia de maternidad/paternidad?
Efectos en salud devenidos de la maternidad y paternidad	Entendiendo la salud desde una perspectiva biopsicosocial ¿Cómo te has sentido? ¿Cómo te has sentido físicamente? ¿Cómo te has sentido emocionalmente? ¿Cómo han llevado la relación de pareja después de ser madre/padre? ¿Cómo han sido las relaciones con tu entorno social tras ser madre/padre? ¿Cómo te has sentido en tu trabajo?
Reparto de tareas y roles de género	¿Cómo se organizan con tu pareja con las tareas de cuidados de tu hijo/a? ¿Cómo se organizan con tu pareja en las tareas domésticas? ¿Qué tipo de apoyos reciben? ¿De quién/es? ¿Qué tipo de estrategias han tenido que implementar para poder organizarse?
Respuesta de atención sanitaria	¿Cómo valorarías la respuesta de la atención sanitaria a esta experiencia vital?

Las entrevistas a las mujeres tuvieron una duración aproximada de 60-90 minutos y se realizaron presencialmente en lugares sugeridos por las informantes, principalmente en cafeterías o restaurantes. Se dejó esta decisión en manos de las participantes teniendo en cuenta que esto podía influir en la dinámica, desarrollo y contenido de la entrevista (179). A pesar de las limitaciones establecidas por Sin (179) sobre los espacios públicos, en este estudio no influyeron en la confidencialidad o en la potencial inhibición de las participantes a hablar sobre ciertos temas. Posteriormente, las entrevistas a los hombres (5) se realizaron por videollamada por motivos de cambio de residencia de la investigadora principal.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó según la aproximación de análisis de contenido propuesta por Graneheim y Lundman (169) debido a que en este se concibe que la realidad puede interpretarse subjetivamente de distintas maneras. Asimismo, se ha documentado como un

tipo de análisis adecuado para acercarse a fenómenos importantes y sensibles de la enfermería (180).

Para la preparación del material de análisis, la investigadora principal realizó una transcripción literal de las entrevistas respetando los criterios de fiabilidad y validez propuestos por Kvale (167). Para el cumplimiento de la fiabilidad, la investigadora se aseguró constantemente del correcto funcionamiento de la grabadora de sonido previo a cada entrevista; y se utilizaron las anotaciones de campo recogidas durante las entrevistas para facilitar la interpretación de los datos.

De acuerdo con los conceptos del análisis de contenido cualitativo de Graneheim y Lundman (169) se desarrollaron los siguientes pasos (Tabla 4):

- i. Se consideró como unidad de análisis las 12 entrevistas semiestructuradas realizadas.
- ii. El texto se clasificó en tres áreas de contenido: 1) efectos en la salud devenidos de la primera experiencia de maternidad y paternidad; 2) reparto de tareas según roles de género y 3) respuesta de la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio.
- iii. Se consideró como unidad de análisis para el artículo I (*Struggles when transitioning to parenthood: First-time mothers' and fathers' perspectives on health consequences*) las dos primeras áreas de contenido y para el artículo II (*Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad*) el área de contenido número 3.
- iv. Se inició una etapa de familiarización con los datos donde surgieron ideas preanalíticas (181) que fueron registradas por las investigadoras tras releer y, en algunos casos, volver a escuchar los audios de las entrevistas.
- v. El análisis del contenido manifiesto se realizó en tres etapas tanto en el Artículo I como en el II: 1) se dividió el texto e identificaron unidades de significado que se condensaron y etiquetaron con un código dando origen así a un listado de códigos que se fue modificando conforme avanzaba el análisis, 2) se compararon todos los códigos y según sus similitudes se agruparon en familias de códigos, 3) se compararon los grupos de códigos de mujeres y hombres, se conformaron categorías y subcategorías que fueron posteriormente discutidas y acordadas por las investigadoras.
- vi. En el Artículo I se trabajó con el contenido latente de las entrevistas utilizando una aproximación abductiva, es decir, se comenzó de manera inductiva a construir las

categorías y posteriormente estas se encajaron en temas según las esferas del modelo biopsicosocial propuesto por Sara Velasco (83) (Tabla 4). Sin embargo, para el Artículo II se analizó inductivamente el contenido manifiesto de las unidades de análisis dando origen a 5 categorías con sus respectivas subcategorías (Tabla 5).

El análisis de los datos se desarrolló de forma paralela a la recogida de la información, no siguió una secuencia lineal respetando el principio de circularidad de la investigación cualitativa (182).

Tabla 4. Ejemplo de unidades de significado, código, categoría y temas

	Unidad de significado	Unidad de significado condensada	Código	Categoría	Tema
Artículo I	“Se ha ido con el niño tres horas a no sé dónde y digo es que no se te ocurre ni llevarte un plátano. Porque él no piensa...o sea las madres estamos todo el rato: “espérate porque si nos vamos a comer con no se quien, no sabemos si vamos a volver a las cinco, a las seis o a las siete...entonces por si acaso me llevo el potito” o “hay suficientes pañales en la bolsa”. Eso los padres no lo hacen... entonces eso estresa muchísimo...”	Asumiendo mayor carga mental de cuidado y planificación del hogar	Diferencias entre hombres y mujeres en el cuidado	Mayor implicación de las mujeres	Reparto de tareas domésticas. Y de cuidado y roles de género

Tabla 5. Ejemplo de unidades de significado, código, subcategoría y categoría

	Unidad de significado	Unidad de significado condensada	Código	Subcategoría	Categoría
Artículo II	“No fueron útiles [clases de preparación al parto] como para crear lazos o redes. Daban una clase y nos íbamos a casa. Mi pareja fue	Daban una clase y nos íbamos todos para casa	Falta de interrelación entre madres y padres	Necesidades de las mujeres y carencias del sistema sanitario	Gestación y beneficios de un grupo de autoayuda

la mayor parte de los días,
pero no interrelacionamos
con los otros papás y
mamás”

Se utilizó el software ATLAS.ti versión 23.2.1 como herramienta informática de apoyo en la organización de la información para el análisis (183). El programa informático ATLAS.ti daba la opción de emitir informes sobre los avances en el análisis de los datos cualitativos (conformación de códigos, agrupación y creación de categorías) que se compartieron con el equipo de investigadoras para dejar constancia del avance en el análisis.

Trabajo de campo 2 (Artículo III)

Participantes

Como criterio de inclusión se consideraron a mujeres heterosexuales con pareja, madres de menores de 10 años que hayan podido acceder al teletrabajo durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) (15 de marzo al 21 de junio del 2020).

Selección de participantes

Se realizó un muestreo intencional, no se determinó un tamaño muestral con anticipación, pero sí se pensó en un número aproximado de mujeres de acuerdo con el propósito de la investigación, tiempo y recursos (184). En este caso, la propuesta inicial presentada al Comité de Ética consideraba la realización de 15 entrevistas. Con este tipo de muestreo, tal y como se mencionó en la descripción de este apartado del Estudio I y II, se pretende maximizar la comprensión del fenómeno investigado mediante la selección deliberada de personas que puedan aportar información provechosa según los objetivos de investigación (184).

Como estrategia de reclutamiento se siguieron los siguientes pasos:

- i. Se contactó a cuatro informantes del trabajo de campo descrito anteriormente (Estudio I y II) que cumplieran con los criterios de inclusión quienes en este contexto actuaron como informantes claves.
- ii. Después de las entrevistas, se facilitó a las informantes clave una infografía de invitación al estudio que difundieron a contactos específicos que pensaban que podrían estar interesadas en participar y también en grupos de Whatsapp de centros

educacionales, trabajo y familiares. Esto se aplicó de forma sucesiva con otras entrevistadas, de acuerdo con la técnica de bola de nieve descrita por Taylor y Bogdan (161).

La muestra estuvo compuesta por 18 mujeres, la edad media de las mujeres era de 41 años (intervalo de 35 a 54 años), la mayoría madre de más de un hijo/a, empleadas tanto del sector público como privado y mayoritariamente con una jornada de trabajo completa (Tabla 6).

Tabla 6. Perfil de las participantes

Nº	Pseudónimo	Edad	Nº hijas/os	Sector de trabajo	Teletrabajo actual	Teletrabajo antes COVID-19	Jornada laboral
1	Nerea	41	2	Público	No	Sí	Reducida
2	Carla	41	2	Privado	No	No	Reducida
3	Clara	41	1	Público	Sí	Sí	Completa
4	Ana	42	1	Privado	No	No	Completa
5	Luisa	40	2	Público	No	No	Completa
6	Beatriz	44	2	Público	No	No	Completa
7	Loreto	40	3	Privado	No	No	Reducida
8	Eva	38	2	Público	No	Sí	Reducida
9	Irene	42	2	Privado	Sí	No	Completa
10	Cristina	37	2	Privado	Sí	No	Completa
11	Consuelo	35	1	Privado	No	No	Completa
12	Marisol	54	1	Público	No	No	Completa
13	Mercedes	38	4	Privado	No	Sí	Completa
14	Emilia	42	1	Privado	No	No	Completa
15	Marta	36	2	Privado	No	No	Reducida
16	Blanca	42	2	Público	Sí	Sí	Completa
17	Sara	41	2	Privado	Sí	No	Completa
18	Inés	42	2	Privado	Sí	Sí	Completa

Recogida de datos

Se diseñó un guion de preguntas breves y abiertas (Tabla 7) en base a las siguientes áreas temáticas: experiencia en el teletrabajo, conciliación familiar-laboral, reorganización de reparto de tareas domésticas y de cuidado y salud biopsicosocial auto-percibida. Cabe destacar, el enfoque de estas entrevistas era más flexible y fluido, teniendo en cuenta que esta es un proceso de interacción y co-construcción de significado entre la investigadora y las participantes (184).

Las entrevistas se realizaron por teléfono o videollamada y tuvieron una duración aproximada entre 60-90 minutos. Cabe destacar que durante las entrevistas se produjeron constantes interrupciones de miembros de la familia, especialmente de hijas/os. El uso de plataformas y dispositivos tecnológicos no fue una limitación debido a que durante la pandemia su uso se normalizó (185). Es cierto que el uso de la tecnología limitó el establecimiento de *rappport* con las entrevistadas, fue más difícil establecer un vínculo cercano con las participantes y por tanto de compromiso con la investigación. La investigadora principal tuvo que adoptar un rol más cercano y profundizar la etapa de presentación de la entrevista para facilitar, de alguna manera, la confianza.

Para prepararse en esta nueva forma de trabajo de campo se siguieron las orientaciones para el diseño de una investigación cualitativa mediante el uso de internet (186):

- i. La investigadora principal se documentó respecto a las ventajas, desventajas y manejo en el uso de plataformas tecnológicas para la realización de entrevistas (185).
- ii. Los dos trabajos de campo que contemplaron el uso de videollamadas para la realización de entrevistas fueron aprobados por el Comité de Ética durante el desarrollo de la pandemia, por lo que se adaptó a los requerimientos en términos de protección de datos estipulados por el comité.
- iii. Al momento de planificar la entrevista, se preguntó a las participantes si tenían disponibilidad de aparatos tecnológicos y conexión estable a internet para poder realizar la entrevista.

Tabla 7. Guion de entrevista

Tema	Preguntas
Reorganización del reparto de tareas de cuidado y domésticas	¿Cómo cambió la rutina familiar durante el primer confinamiento por COVID-19 (14 de marzo a 21 de junio)? ¿Cómo se desarrolla esa rutina familiar en la nueva normalidad? (21 de junio en adelante)
Teletrabajo	¿Cómo te has organizado con el teletrabajo? (en cuanto a esfuerzos en adaptación, estrés, respeto de horarios laborales, jornadas laborales) ¿Cómo se han organizado con tu pareja en relación con el teletrabajo? (en cuanto a compaginar horarios con la pareja, estrategias que han tenido que implementar) ¿Cuáles son las principales barreras/dificultades para realizar el teletrabajo en tu casa? ¿Cómo has percibido el nivel de exigencia en el trabajo durante esta etapa de confinamiento y ahora? ¿Qué impacto ha tenido ese nivel de exigencia en tu bienestar? ¿Qué estrategias has tenido que implementar para cumplir con esas exigencias?
Conciliación	¿Cómo crees que este confinamiento y ahora esta nueva normalidad han afectado la conciliación de tu vida familiar-laboral? ¿Cuáles han sido para ti las principales dificultades para conciliar en tiempos de pandemia?
Salud auto percibida	¿Cómo te has sentido de salud durante este periodo de confinamiento y nueva normalidad?: profundizar en aspectos físicos, psicológicos y sociales (relación con amigos/as, pareja, familia, trabajo productivo). ¿Qué tipo de actividades de autocuidado realizabas durante el confinamiento? ¿Y en esta nueva normalidad?

Análisis de datos

El análisis de los datos en este artículo se realizó según la aproximación de análisis temático reflexivo descrita por Braun y Clarke (184) por ser un tipo de análisis con flexibilidad teórica que concibe a la subjetividad de la investigadora como un recurso para la investigación.

Se realizó un análisis de carácter inductivo, se codificaron los datos sin intentar encajarlos en un marco de codificación pre-existente o modelo (160).

Para la preparación del material de análisis se transcribieron y revisaron meticulosamente las entrevistas, se utilizó el programa Nvivo transcription como apoyo. Se respetaron los criterios de validez y fiabilidad propuestos por Kvale (167). El análisis de los datos se realizó de forma paralela a la recogida de datos, constantemente se retroalimentaron con la pregunta y objetivos de investigación. Para ello, la investigadora principal registró en un *audit trail* las diferentes decisiones y cambios metodológicos que se fueron realizando a lo largo de todo el proceso investigativo.

En concreto, el análisis de la información contenida en las entrevistas se realizó en seis etapas que se describirán a continuación. Se utilizó el software ATLAS.ti versión 23.2.1 en cada una de ellas como herramienta de gestión de la información que facilitó el proceso de circularidad en el análisis de datos (Tabla 8).

- i. Familiarización con los datos. La investigadora principal se familiarizó con los datos de forma sistemática leyendo repetidas veces las transcripciones de las entrevistas y escuchando las grabaciones de audios. Estas lecturas se realizaron buscando significados, patrones y escribiendo anotaciones de campo que sirvieron como ideas preanalíticas en formato de memos (160). Según Lempert (187) estos *memos* permiten captar comparaciones y conexiones entre los datos, que propician la interpretación de los datos.
- ii. Generando códigos iniciales. Se codificaron inductiva y sistemáticamente las entrevistas de forma detallada dando origen a un listado de códigos de contenido tanto semántico como latente. Para la codificación se siguieron una serie de preguntas orientativas como: ¿De qué trata el texto? ¿Qué dice el material? ¿Cómo puedo describir lo que está pasando?
- iii. Buscando temas. Se revisó el listado de códigos y se agruparon aquellos con significado y contenido similar en grupos. Tras un trabajo reflexivo en conjunto con las investigadoras, a partir de los grupos de códigos se formularon temas candidatos.
- iv. Revisando los temas. Se revisaron los temas candidatos con las transcripciones y códigos propuestos en un comienzo con el fin de dar coherencia y revisarlos.

- v. Definiendo y nombrando los temas. Se definieron y precisaron los temas en base a argumentos. También, se les otorgaron nombres concisos y contundentes que favorecieran el entendimiento del tema.

Tabla 8. Ejemplo de citas, códigos, categorías y temas

Artículo	Cita entrevista	Código	Categoría	Tema
Artículo I	Pues...la verdad es que sobrevivía. No me dio tiempo de organizarme. Trataba de cubrir las necesidades básicas, es decir, te levantas, tienes que vestir a tus hijas. Digo vestir por no dejarlas con el pijama todo el día porque dormían con pañal y tienes que asearlas mínimamente. Y tienes que darles de desayunar y las tienes que enganchar a algo ¿no? o las pones a pintar, las pones para hacer una actividad o ver una película. Porque también tiré de televisión todo lo que pude. No había más opción que sobrevivir	Intentando cuidar y trabajar al mismo tiempo Aumentando el uso de pantalla para poder trabajar	Constante mezcla entre el trabajo y cuidado en un mismo espacio físico y temporal Estrategias implementadas para sobrevivir a la rutina del confinamiento	Supervivencia y caos: imposibilidad de cuidar, trabajar y mantener un hogar al mismo tiempo

Trabajo de campo 3 (Artículo IV)

Participantes

Se reclutaron a matronas y matrones que trabajaron en la atención al embarazo y puerperio en la atención primaria durante la pandemia por COVID-19 y que tuvieran un mínimo de dos años de experiencia profesional.

Selección de participantes

Se realizó un muestreo intencional a partir de informantes claves previamente identificados por las investigadoras con quienes se colabora en otros proyectos de investigación, en los Servicios de Salud de las siguientes Comunidades Autónomas (CCAA): Cataluña, Madrid, Islas Canarias y Castilla y León. La elección de estas CCAA se justifica en el impacto que tuvo la pandemia en cuanto a número de casos y fallecimientos, condiciones de ruralidad e insularidad.

Como estrategia de reclutamiento se siguieron los siguientes pasos:

- i. Dos de las investigadoras contactaron con una informante clave por cada Comunidad Autónoma seleccionada a quienes se les realizaron entrevistas.
- ii. Estas informantes clave posteriormente difundieron a contactos específicos y también por grupos de WhatsApp de trabajo que comparten con otras matronas/es una infografía del estudio, para animar a otras personas a participar. Esto se aplicó de forma sucesiva con otras entrevistadas de acuerdo con la técnica de bola de nieve.
- iii. También, se tuvieron en cuenta criterios pragmáticos y de proximidad.

La muestra estuvo compuesta por 13 matronas y 2 matrones cuya distribución por CCAA fue la siguiente: Cataluña (5), Islas Canarias (5), Castilla y León (4) y Madrid (1). La mayoría de las matronas era de género femenino, atendían a población mayoritariamente urbana y tenían la mayoría más de 10 años de experiencia profesional (Tabla 9).

Tabla 9. Perfil de las participantes

Nº	Edad	Género	Comunidad Autónoma	Población atendida	Años de experiencia profesional
1	31	F	1	Urbana	1–5
2	62	F	2	Urbana	26–30
3	59	F	3	Urbana	31–35
4	38	F	4	Urbana	11–15
5	63	M	1	Urbana	>40
6	40	F	4	Urbana	16–20
7	63	F	1	Urbana	>40
8	38	M	3	Rural	11–15
9	48	F	4	Urbana/rural	21–25
10	35	F	1	Urbana	11–15
11	42	F	3	Rural	11–15
12	61	F	3	Urbano/rural	36–40
13	31	F	1	Urbana	6–10
14	47	F	4	Urbano/rural	21–25
15	39	F	4	Urbana	11–15

Recogida de datos

Se diseñó un guion de entrevista basado en dos ejes temáticos principalmente: reorganización de la atención sanitaria en servicios sanitarios y calidad de la atención sanitaria y cuidado humanizado (Tabla 10). Las entrevistas se realizaron por videollamada y tuvieron una duración de entre 30-60 minutos. La mayoría de las matronas hizo la entrevista desde su lugar de trabajo, pero esto no afectó aparentemente el discurso o las reflexiones que surgieron durante la entrevista.

Tabla 10. Guion de entrevista

Tema	Preguntas
Pregunta introductoria	¿Qué cambios se han desarrollado en la atención al embarazo y puerperio por la pandemia por COVID-19?
Reorganización de la atención en servicios sanitarios	¿Cómo se han organizado como profesionales sanitarios ante estos cambios? ¿Qué dificultades se han presentado en cuanto a la atención sanitaria? ¿Qué estrategias han implementado para intentar paliar estas dificultades? ¿Cuáles de estos cambios perduran actualmente? ¿Qué estrategias se utilizaron en la atención al embarazo y puerperio para cubrir las necesidades de las mujeres durante la primera ola de contagios?
Calidad de atención sanitaria y cuidado humanizado	¿Cómo percibes que las mujeres han sido atendidas por las matronas/es durante esta situación de emergencia ¿Cómo crees que han percibido las mujeres la atención recibida con las nuevas medidas sanitarias establecidas? ¿Qué estrategias has utilizado para mantener un cuidado humanizado con las mujeres atendidas? ¿Cuáles crees que son las limitaciones y las ventajas de este tipo de estrategias?
Preguntas de clausura	¿De qué manera crees que se podría haber mejorado la calidad de atención sanitaria entregada por las y los profesionales durante la primera hora del COVID-19?

¿Qué tipo de medidas consideras que hubiese sido importante implementar de cara a la calidad de cuidados entregados?

¿Algunas cuestiones que quieras comentar por la que no te hayamos preguntado?

Análisis de datos

El análisis también se desarrolló según la aproximación de análisis de contenido propuesta por Graneheim y Lundman (169). Se organizó en las siguientes etapas (Tabla 11).

- i. Se consideró como unidad de análisis las 15 entrevistas semiestructuradas realizadas.
- ii. El texto se clasificó en dos principales áreas de contenido que son correspondientes a los ejes temáticos del guion de entrevista: 1) reorganización de la atención en servicios sanitarios y 2) calidad de atención sanitaria y cuidado humanizado.
- iii. Se consideró como unidad de análisis para el Artículo IV todo lo relacionado a la experiencia con el uso de la telemedicina durante la pandemia, que si bien no se profundizó específicamente con preguntas en el guion de entrevista sí que surgió de manera transversal a lo largo de la misma.
- iv. Se inició una etapa de familiarización con los datos donde a partir de la lectura fueron surgiendo ideas preanalíticas o impresiones que fueron registradas en forma de anotaciones de campo.
- v. El análisis de contenido manifiesto se dividió en 2 etapas: i) se identificaron unidades de significado de forma inductiva en el texto que se etiquetaron con un código determinado; ii) se conformaron grupos de códigos acorde a las similitudes en las temáticas que se abordaron. Tras un trabajo reflexivo, realizado por las investigadoras, de revisión de los grupos de códigos y las citas textuales de las entrevistas, emergieron las categorías y subcategorías. No se profundizó en el significado subyacente de estas categorías, por lo que no se trabajó con el contenido latente del material sino más bien con una visión general y más descriptiva de la información.
- vi. Se utilizó el software ATLAS.ti versión 23.2.1 como herramienta informática de apoyo para la gestión de la información contenida en las entrevistas.

Tabla 11. Ejemplo de unidades de significado, código, subcategoría, categoría y temas

	Unidad de significado	Unidad de significado condensada	Código	Subcategoría	Categoría
Artículo IV	¿Sabes cuando más lo echaba de menos? En los postpartos en los cuales la mujer es más vulnerable, está más sensible, a veces un simple abrazo pues reconforta un montón y esa incapacidad de poder darle un abrazo cuando la mujer te está contando su parto y lo ha vivido de tal manera o su lactancia...esa distancia sin poderle dar ese abrazo a mí me ha costado	Postpartos en los cuales la mujer es más vulnerable	Vulnerabilidad en el postparto	Puerperio desprotegido y aumento de visitas domiciliarias.	Cambios en la modalidad de atención en el embarazo y puerperio

Reflexividad

En este espacio se ofrece una reflexión crítica sobre una misma, como investigadora y como instrumento de investigación (173). Esto asumiendo, tal y como se mencionaba al comienzo, que la producción de conocimiento no es independiente a la investigadora y por tanto debe asumir la responsabilidad de los efectos que puede tener su experiencia previa, conocimientos y su entorno en la interpretación y análisis de los datos que se recogen (174,175). El proceso de reflexividad se divide en las siguientes etapas: pre-investigadora, recogida y análisis de datos y redacción de artículos de investigación (176):

Etapa pre-investigadora. Realicé la planificación de este proyecto de investigación asumiendo que tendría una visión outsider en los dos trabajos de campo que realizaría porque no tengo experiencia previa de maternidad, no tuve que enfrentar el desafío de conciliar mi vida familiar-laboral durante la pandemia por COVID-19 con el teletrabajo y tampoco trabajé como matrona en atención primaria durante la pandemia. El único acercamiento que había tenido a esta experiencia era como enfermera, por lo que mi visión se reducía a aspectos más

clínicos. En el grupo de investigación, otras integrantes aportan con la visión *insider* y los beneficios que eso supone como mayores facilidades para acceder a participantes y orientación en temáticas que pudieran ser más sensibles de abordar con las informantes.

Recogida de datos. Según Berger (174) aspectos como la edad, etnia, género, orientación sexual, estatus migratorio, experiencias personales, posturas políticas e ideológicas influyen en la relación entre entrevistadora y entrevistada. Durante el trabajo de campo, pude apreciar diferencias en el establecimiento de vínculos de más confianza en las entrevistas entre hombres y mujeres. En los hombres, hubo una actitud más temerosa y reservada sobre todo con temáticas íntimas o más privadas como el reparto de tareas con su pareja o la sexualidad en el postparto. De alguna manera percibí que se sentían un poco cuestionados respecto a su rol como padres y hombres, a la hora de abordar estas temáticas. En cambio, con las mujeres fue mucho más sencillo hablar de estos temas. Esto también lo documenta Berger (174) quien postula que entre mujeres es más fácil o cómodo que se hable de experiencias sexuales, en comparación con los hombres. Es verdad que, en este sentido, mi visión *outsider* hizo que la entrevista se centrara más en una explicación de una experiencia que yo aparentemente “desconocía”.

En cuanto a mi formación como enfermera, en algunas entrevistas tanto hombres como mujeres interpretaron que la conversación tenía que dirigirse más a aspectos clínicos. Sobre todo, cuando se profundizaba en aspectos de la salud, se reducía a una visión más biomédica y física. Es por esta razón que decidí, en algunos casos, presentarme como investigadora en formación y no como enfermera. Asimismo, al ser mi país de origen Chile también, en muchos casos, la entrevista se dirigía a explicarme las diferencias entre el sistema de salud español y el de mi país de origen.

Si bien las entrevistas telemáticas retrasaron el establecimiento de un ambiente de complicidad y confianza en las entrevistas, una vez establecido las mujeres se sintieron libres de conversar abiertamente conmigo sobre temas muy sensibles. En muchos casos la frustración y soledad que sentían les hizo llorar en distintos momentos de la entrevista, lo que intenté abarcar desde una actitud compasiva y empática. Para ello, pausé la entrevista y manifesté que podían tomarse el tiempo necesario e incluso dejar de hacerla. Mi percepción fue que esa conversación, a medida que avanzaba, estaba siendo también un espacio para expresar todo lo que habían callado durante esos meses de confinamiento. El reencuentro con

ese tipo de emociones les hacía estar sensibles, sobre todo para quienes persistían en ese escenario.

Análisis de datos. Distintos factores influyeron en la interpretación de los datos de los cuatro artículos. El primero, mi formación en temáticas relacionadas a los estudios de género, determinantes sociales de la salud y el enfoque de vulnerabilidad. Esto me acerca a este fenómeno de estudio desde una perspectiva diferente, que va más allá de la visión biomédica reduccionista con la que se tienden a abordar. Asimismo, me considero una mujer feminista, y esto aporta una forma de ver e interpretar los datos que cabe resaltar en este apartado.

CAPÍTULO 6.

ARTÍCULOS PUBLICADOS

Esta tesis doctoral se realizó en formato compendio de artículos científicos, tal y como se explica en la normativa del Doctorado en Cuidados Integrales y Servicios de Salud de la Universidad de Lleida.

- I. Loezar-Hernández Mariana, Briones-Vozmediano Erica, Gea-Sánchez Montserrat, Otero-García Laura. Struggles when transitioning to parenthood: First-time mothers' and fathers' perspectives on health consequences **(Manuscrito en revisión)**
- II. Loezar-Hernández, M., Briones-Vozmediano, E., Gea-Sánchez, M., Otero-García, L. (2022). Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 425-432. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>. **(Publicado)**
- III. Loezar-Hernández, M.; Briones-Vozmediano, E.; Ronda-Pérez, E.; Otero-García, L. Juggling during Lockdown: Balancing Telework and Family Life in Pandemic Times and Its Perceived Consequences for the Health and Wellbeing of Working Women. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 4781. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064781> **(Publicado)**
- IV. Loezar-Hernández, M.; Briones-Vozmediano, E.; Robledo-Martín, J.; Otero-García, L. Experiencias de matronas con el uso de la telemedicina en atención primaria durante la pandemia **(Aceptado)**

ARTÍCULO I

Título: Struggles when transitioning to parenthood: First-time mothers' and fathers' perspectives on health consequences.

Revista: Community, Work & Family

Año: 2023

Struggles when transitioning to parenthood: First-time mothers' and fathers' perspectives on health consequences.

Loezar-Hernández Mariana^{a,b,c}, Briones-Vozmediano Erica ^{a,b,c*}, Gea-Sánchez Montserrat ^{a,b,c,d}, Otero-García Laura^{e,f}

^aFaculty of Nursing and Physiotherapy, School of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, Lleida, Spain; ^bConsolidated Research Group: Society, Health, Education and Culture (GESEC), University of Lleida, Lleida, Spain; ^cResearch Group of Health Care (GRECS), Biomedical Research Institute (IRB), Lleida, Spain; ^dCIBER Fragility and Healthy Aging (CIBERFES), Institute of Health Carlos III (ISCIII); ^eDepartment of Nursing, School of Medicine, Autonomous University of Madrid, Madrid, Spain; ^fBiomedical Research Center for Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Spain

* Author for correspondence: Erica Briones Vozmediano. Department of Nursing and Physiotherapy. University of Lleida, Street Montserrat Roig 2, CP 25198, Lleida, Spain. erica.briones@udl.cat

Abstract

Becoming a parent transforms the dynamics and rhythm of new parents' lives. The aim of this study was to explore the perceived health consequences of parenthood for first-time mothers and fathers. This was a qualitative study based on 10 semi-structured interviews conducted in 2020 in Spain. The participants were 5 heterosexual couples (5 women and 5 men), who became first-time parents between 2018 and 2019. Personal interviews were recorded and analyzed using a thematic analysis approach. Applying a biopsychosocial model of health framework, we identified that assuming parenthood generated several health consequences, especially in women: fatigue and a deficit of self-care (physical sphere); stress, insecurity and loneliness (psychological sphere); and changes in relationships with friends and extended family, as well as in productive work, the couple's relationship, and the distribution of household and care tasks (social sphere). The distribution of household and care tasks within the couple responded to the internalization of traditional gender roles, overloading women. Conciliation measures need to be implemented that allow first-time mothers and fathers to live in healthier and more protected ways. Flexible employment conditions are required, as well as adjustments to family policies by companies to support new parents who struggle to find a balance between family and work life.

Keywords: parenthood, childbirth, gender roles, qualitative research, Spain

Introduction

Motherhood and fatherhood are socially constructed experiences in which sociocultural and individual factors influence the way they are carried out and their representations (Araújo Martins et al., 2014). Based on biological innatism, the traditional model of womanhood is based on motherhood, being caring, and sacrificing the main feminine virtues (Stearney, 1994). If these social standards are not met, women could be labeled “bad mothers” (Jackson and Mannix, 2004). The traditional gender model is characterized as one in which men exercise authority and provide while women are involved in child-rearing and household chores (Velasco, 2009). Gender roles influence the distribution of tasks at home; women tend to be more responsible for the caring function and men for the productive one (Cerrato and Cifre, 2018). In turn, the traditional model of fatherhood as the authoritarian and provider coexists with the new kind of fatherhood that is based on principles, such as equality, respect, and affection (Wall et al., 2007).

When transitioning to parenthood, couples' relationships deteriorate, more arguments arise, leisure time is scarce, and sexuality is overshadowed by other priorities (Dallos and Nokes, 2011; Drozdowskyj et al., 2020; Santos et al., 2019). Lifestyle changes mean less time for self-care, which significantly affects the well-being of both men and women (Baldwin et al., 2019; Javadifar et al., 2016). Becoming a mother is a period of vulnerability for women's health because the postpartum and the hormones, and because it transforms the dynamics and rhythm of their life (Coates et al., 2014; Maroto-Navarro et al., 2004). Stress, especially in the first weeks postpartum, is significant and more intense in women (Grylka-Baeschlin et al., 2019; Hildingsson and Thomas, 2014). Several studies have indicated that fatigue and tiredness from lack of sleep are the main health effects of parenthood (Ayers et al., 2019; Wynter et al., 2020). This exhaustion is both physical and mental, leading to a deterioration in mental health and a sense of well-being (Coates et al., 2014; Wynter et al., 2020). Previous studies have indicated that it is common for women to report feelings of social isolation and loneliness (Grylka-Baeschlin et al., 2019; Lévesque et al., 2020). In men, stress is related to a conflict of role and family-work balance, which in turn leads to feelings of dissatisfaction and guilt (Recto and Champion, 2020).

Studies that consider the perceptions of both mothers and fathers are scarce (Hildingsson and Thomas, 2014; Kushner et al., 2017). Despite the need of delving into the subjective experiences

of women who are first-time mothers, considering the impact on their health(Huschke et al., 2020), studies on motherhood omitting fatherhood promote the social stereotype of reproduction and care as women's functions(Maroto-Navarro et al., 2020). Consequently, it is necessary to include men in this kind of research. Then, the aim of this study was to explore the perceived health consequences of parenthood for first-time mothers and fathers.

Theoretical framework

We use as a conceptual framework the biopsychosocial model of health (Engel, 1977) where biological, social and psychological aspects are interrelated. Health and illness are understood as a process that is influenced by biology, social context and subjective lived experience. The biopsychosocial model of health conceives the human being in three instances: the biological sphere, the psychic sphere and the social sphere. The first one includes the body, anatomy and physiology; the psychic sphere, which includes psychic representations and subjective positions; and the social sphere, which contains the links and forms of relationship. The person is constituted not only by his body but also by his social relations and the creation of an internal psychic reality, based on links with others and the subjective way in which social relations are experienced. The three registers are interrelated, none of them is independent, but build on and feed each other throughout life. As a result, a change in the social bond leads to a new subjective position which is accompanied by a different emotion, and relationships with people change. There can also be effects in the physical sphere caused by changes in psychic representations, and vice versa. Any change in one of the spheres can lead to transformation or effects in the other spheres, maintaining a dynamic equilibrium (Velasco et al., 2006)

In traditional medicine, the biopsychosocial model has not integrated relevant variables to women's health or gender issues. To conceptualize women's health, the biopsychosocial models should integrate valuable insights from feminist models (Ross and Toner, 2004). Sex is biological and gender is psychosocial. In the biopsychosocial model of health, the biological sphere corresponds with sex and the social and psychic spheres with gender. Gender is about being socialized as male or female, and the internalized feminine and masculine positions in the psychic sphere (Velasco, 2009). Embedding gender in the BPS model implies understanding symptoms as related to subjective gender experiences (Velasco et al., 2006).

When applying the biopsychosocial model to analyze gender determinants of health, gender factors (care of young children, the burden of domestic work and multiple roles, femininity and masculinity, and lived experience) are between the social context and the psychological factors (Figure 1). So, gender processes are psychosocial (Velasco, 2009). For example, gender models give rise to ideals of femininity and masculinity that expose women and men to various scenarios of vulnerability (Velasco, 2009). Gender models are social representations based on expectations of how to be a man or a woman in a given society and reproduced through gender roles. These ideals are internalized by people as a result of the socialization process, shaping attitudes and behaviors which, consequently, influence the ways of understanding and expressing health and illness (Velasco, 2009). Gender role socialization modifies an individual's interactions with family and society, it has important implications for women's health (Ross and Toner, 2004).

Then, the biopsychosocial model draws attention to the impact of critical roles of social and cultural factors in the development of health differences between women and men, such as gender role socialization into health conditions in women (Ross and Toner, 2004).

Methods

Study design

This qualitative study was carried out in Spain, between December 2018 and October 2019.

Participants

The sample consisted of five women and five men (n=10) corresponding to five couples. The average age at which they had their first child was 36 years for women and 40 years for men (Table 1). The participants were selected through purposive sampling (Morse, 1991), considering the inclusion criteria of first-time mothers or fathers of children under two years of age. The women were recruited from a new mothers' self-help group that originated from a primary healthcare group to support breastfeeding and self-managed outside health services. One of the researchers contacted the first woman, who invited the rest of the participants of the support group to participate, all of whom agreed. Subsequently, the women invited their husbands to participate, but two men refused. All women participating in the self-group and their husbands were aware of each other's decisions.

Data collection procedure

Semi-structured interviewing was used as the data collection technique, using a thematic guide with short, open-ended questions about the health consequences of parenthood, the division of tasks and gender roles (Table 2). First, the interviews with the women were conducted face-to-face. Second, to complement and triangulate the information, the interviews with the men were conducted by video call for practical reasons. The interviews were conducted at a time and place suggested by the participants; they were recorded and had an approximate duration of 60–90 minutes. Field notes were taken during and at the end of each meeting on the non-verbal expressions of the participants.

Data analysis

A verbatim transcript of the interviews was made, respecting the criteria of reliability and validity proposed by Kvale (1994). Interview transcripts, complemented with the information contained in the field notes, were analysed and supported by the software ATLAS.ti versión 23.2.1. A thematic analysis (Braun and Clarke, 2006) was conducted by two of the authors. After reading the transcripts, units of meaning were identified, condensed and labelled with open codes. Then, all codes were compared and grouped into families of codes according to their similarities, after a reflexive process. Finally, subcategories and categories were identified, which were organised under the three predefined main themes corresponding to the three dimensions of the biopsychosocial model of health.

Ethical considerations

This study was approved by the Sub-Committee on Ethics of the Faculty of Medicine of the Autonomous University of Madrid in 2019 (CEI-103-1997). Before each interview, the participants were informed of the objectives of the study. Subsequently, voluntary and written consent was requested, containing the authorisation to use the audio recorder. The confidentiality of the participants' personal data was maintained by anonymising their names and replacing them with pseudonyms. All women and their husbands were aware of each other's participation. In addition, the identification data of the selected verbatims were removed.

Results

The findings of this study were organised into three main themes showing the perceived health consequences of the first experience of motherhood and fatherhood in the predefined categories of physical, psychological, and social spheres of health, with their corresponding subcategories.

1. Physical health

Accumulated fatigue

Fatigue was one of the most relevant health consequences, according to the participants of this study, who associated it mainly with a lack of sleep and rest because of being immersed in a constant routine of activity. The interviewed men agreed with this perception; one of them even emphasised the difficulty of taking on the responsibility of parenting as an activity without rest. The accumulation of this tiredness over time deteriorates and affects the health of both men and women.

An accumulated fatigue that in the end, you must live with and keep going with the house, the family and taking care of the baby after sleeping four hours a day. (Carla)
It's difficult to grasp that you have a huge responsibility every day and that you can't stop and say: "well I'm going to have 10 days rest" (...) The first day you don't notice it, the first month either, but months go by and bit by bit you start to feel that feeling and I imagine that it's also translated into...it becomes visible physically as well. (Javier)

Lack of self-care

Both women and men reported that they did not have enough time to look after themselves after the arrival of a child. The women perceived that they had to constantly find a balance between their needs and those of their children. In fact, women highlighted a lack of time to perform basic self-care activities, such as having a shower, having healthy eating habits (cooking and respecting the meal schedules, for example), doing exercise, having their own space for leisure and attending to their own health problems.

As I was saying, free time or being able to do something for yourself is very scarce. (Pedro)

When the baby is born it's impossible to find time to cook and perhaps you eat a little worse than before because in the end you make a few things very quickly, so you aren't hungry, rather than to nourish yourself. (Carla)

2. Psychological health

The experience of parenthood is stressful

Both women and men described the experience of parenthood as stressful. Women related it to the lack of time that makes them live in a constantly accelerated routine and to the feeling of always being aware of caring for their children, while men related it to the feeling of responsibility and constant worry.

You feel accelerated every day and it's a bit stressful sometimes. In my case, her dad comes home late, well I don't have any other option. (Marina)

It's physical tiredness and especially mental tiredness. You're alert 24 hours a day, the hours you're not working, you're looking after him. Then work, all of it's like emotional stress. (Jesús)

Feeling insecure when caring for their children

Participants reported feeling insecure about caring for their children and parenting styles. Women recognised that they did not know how to act in many situations, which made them constantly question whether they were good mothers.

Uncertainty can make you wonder in many cases: Am I doing well? Will I be a good mother? Will the child be well cared for? (Teresa)

We're also emotionally worn down, of thinking "what's going on"? Are we doing something wrong? (David)

Mothers' burden of loneliness

The interviewed women described motherhood as a lonely experience in which they cared for their children 24 hours a day. This feeling intensified when women lived far away from their families or when they did not have a constant support role. One of the mothers also related it to the short duration of paternity leave for men, so they must take care of their children for long hours until their partners arrive home from work.

Everyone talks about motherhood as a beautiful experience, you can't imagine the burden of loneliness that comes with it. (Sara)

I'd name two important [negative aspects of maternity]: mother's loneliness, this isn't the city where my family is so I'm alone, paternity leave is very short. In the end, after four weeks the dad goes to work and you're 24 hours every day alone with your baby. (Carla)

3. Social health

Distancing from friends

Informants reported distancing from their close social circle due to the difficulties of reconciling social life with a new way of life where there were more responsibilities and time limitations. In this sense, they also perceived a certain rejection and lack of flexibility from their old friends when it came to adapting to new plans. As a result, they related more to people who had a similar routine with those who can adapt schedules, meeting places and conversation topics.

And mainly, the people who you spent time with and who you met before having the baby, they seem to disappear. You seem to be the one with the plague (Sara)

Maybe now the biggest relationship we have is with the people here in the neighbourhood who have children, you go out there with your child and you have a relationship with them because they have children. (Jesús)

Generational differences with the extended family

Participants identified generational differences with their parents regarding their parenting styles. For instance, women were questioned and criticised, especially by their mothers. However, men had to deal with the idea that there was no space for them to participate in childcare. Managing their own parents' involvement in childcare created tense situations for the couple. According to the men, finding a balance between the relationship and the family of origin was often a difficult task. In this sense, one of the interviewees highlighted the importance of setting limits.

When my mother had me and my sisters, my father didn't play a part in anything. Of course, now it's a shock: What are you doing there? that kind of things. (Mario)

I can't do "double parenting", when I go there it's with your criteria and when we're at my house they're mine. (Carla)

Challenges of productive work as you become a parent

When participants returned to productive (paid) work, two women referred to having experienced anxiety crises. One was related to returning to a high-pressure job and the other to the uncertainty of returning to work and not being able to fulfill their role as mother or carer. Differences were evident when dealing with this situation, depending on whether the incorporation was immediately after maternity leave or if the women took a leave of absence. In the first case, reconciliation with breastfeeding and the pressure of work were great difficulties. In the second case, it was seen as an opportunity to have a change of scenery and to disconnect from the routine of being a full-time mother.

I started working while breastfeeding and I can say that I couldn't make it work. I had no intention of bringing my breast pump because it isn't enabled and it's true that it's not well looked upon. So, I went to the bathroom to pinch my breasts, so it was a situation with a lot of loneliness [...] One day I was on the computer preparing a report, my vision went blurry, and I started to cry. [Her colleagues asked] What's wrong Mónica? What's wrong? I went outside as this was an anxiety attack and I was crying. I went to the doctor, I was given a tranquilizer and well...I had to go home with an anxiety attack, I was at home for 3 or 4 days. (Mónica)

The female informants considered having a balance between family and work life difficult to achieve. Men recognised that work-life balance was one of the main difficulties they had faced in this new stage due to their priorities changing and having more responsibilities.

There are lots of people that talk about balance, but it's the lack of balance. It's especially being responsible for so many things at home and being responsible for so many things at work. (Teresa)

I think that it's my most conflictive point, balance work with the little one is the most difficult part (...) solving the volume of work that I had before having the baby is what's been most complicated (...). Work goes before the kids....in that case she [partner] had

more possibilities to look after the baby and she's had more responsibility since then.

(David)

Four of the seven interviewed women chose to reduce their working hours to find this work-life balance. However, this reduction did not necessarily lead to a decrease in workload. In the case of men, one of the informants reported feeling fearful about the lack of flexibility at work to fulfil their responsibilities as fathers. Differences between the types of jobs and positions were held. Jobs with higher flexibility allowed men to cope better in this new fatherhood phase.

As we work here in Spain, I imagine that in other places mothers also reduce the workday schedule, but they don't reduce your work so in fewer hours you have to do the same thing, so your head is filled with a thousand things. (Marina)

I was like scared. The first year is when the baby needs to go to the doctor more, especially with us having our first and we got scared more, and having to go to work and leaving the baby, well of course, how was I going to miss work for that? (Mario)

Weakening of the couple's relationship

According to the informants, the couple's relationship changed after the arrival of a child, as they needed to reorganise and adapt to a third person in their lives. The priorities in the relationship changed, and leisure time was reduced. This was intensified in couples who did not have close support networks. Both men and women recognised that arguments and conflicts within the couple were increasing, mainly related to an exhausting routine, sharing tasks, and making decisions regarding caring and bringing up their children.

I think it's like a jigsaw where there were two pieces that fit together, but then a third one comes along, and it doesn't fit...it needs to fit in. (Carla)

And then comes the reality, the differences that arise in everyday life that have to do with upbringing...each one sees it in a different way. (Javier)

They explained that sexuality and intimate moments were affected after becoming parents. According to the women, this is due to two main reasons: sleeping in the same room as children and tiredness.

Of course... in terms of intimacy in the couple it changes absolutely everything, everything, the tiredness, and the baby sleeping in our room (Carla)

In the end you have a routine, well then you go out for dinner less (...), we have fewer intimate moments. (Pedro)

Distribution of household and care tasks

Greater involvement of women. The interviewed women perceived that they adopted the majority of household and care activities, which made them feel overloaded. In addition, men confirmed that their partners were responsible for organising and thinking about the tasks while they just executed them. Conflicts arose related to different criteria when carrying out household tasks, as well as dividing responsibilities. As a way of avoiding conflicts, they often resorted to external help to clean the house.

You're in charge of what to eat all week, food shopping, what we must buy, what we don't have to buy, if we have to do washing, if we don't have to, so he does it, but you have to tell him... (Sara)

When I have a free day well, I cook lunch... clean, well I don't clean like her ... she says that the house isn't the same and many times we get angry about that and she's often right. (Jesús)

According to children's caregiving, men explained that women were more in charge because they had better schedules and more available time, while they had a greater productive workload.

That you have a schedule more in line with bringing up your child, normally a mother in a couple, so later I noticed all that load...which is on me because my husband spent months coming home at nine o'clock at night. (Mónica)

It's true that it's easier [for her] because of the time she has...when I'm here I try to collaborate as much as I can. (Pedro)

Women agreed with the idea that their partners could make greater efforts to become more involved in household and care tasks, while men reported that they were involved in the time

they had left outside of work. Despite this, they were aware that their partners would like them to be more present.

But anyway, their involvement may be greater ...of course. At home, it could be more ... of course. When he starts saying "and here I do things" well if your mother did everything for you, but here we don't have a maid. (Sara)

I understand that my wife would say that she'd have liked me to have been there for a longer time and she'd liked to have had closer help, but as far as I'm concerned, I think I've done well. (David)

Internalisation of gender roles. Female informants identified that women were traditionally in charge of household responsibilities and children. This justifies the fact that they were taught from an early age to be aware of this type of task. In their role as caregivers, women perceived that their children belonged more to them than to their partners. According to them, this is related to the lack of reconciliation and to a certain intrinsic predisposition of women to care. This is confirmed by the social conception that women take better care of babies than men, which the male informants confirmed. The strong internalisation of the role of caregiver made women feel morally obliged to care for their children, even when they were not healthy.

I also believe that the role that we're taught since childhood or that we have genetically or socially pushed upon us is to be more aware of everything. (Marina)

Anyway, I think that motherhood is for the mothers, so I've seen it in my surroundings and maybe there'll be some exception to that role ... but the children are for the mother (...) it's something like that's automatic eh ... sometimes I even think that mothers also encourage it, no matter how independent we think we are. (Mónica)

The scenario regarding household tasks was quite similar. One of the female interviewees reported that certain aspects inherent to women made them more aware of these tasks. In addition, there was a perception that they usually performed these tasks faster than their partners. Regarding men, one of the informants acknowledged that during his upbringing and while living with his parents, he did very few household tasks. The women agreed with this perception and reported that, in many cases, their partners were the first generation in Spain to be involved.

It's inherent to women, but men take it differently ... they're not overwhelmed so much because everything is a mess or because dinner hasn't been made and it's already too late. (Marina)

Well for men if there's something that isn't tidy or there's a shelf that hasn't been dusted, we're completely calm about it and women may feel that it's not well organized. (David)

According to the interviewed women, their partners did not perceive having the same responsibility as women in caring for their children. Men were freer to carry out activities outside of work, which allowed them to maintain their previous routines much more than women. Women experienced greater difficulties leaving their roles as mothers. When they managed to disconnect, they felt guilty or even that they were bad mothers.

Like our daughter is more my responsibility than his [her partner]. He says: "I'm going for a run, what time's best for you that I go running? But I'm going" you know? "What time's best for you that I go running, but I'll go" ...it's different /.../ Of course, he had and still has most of his life than me, light-years...light-years...he goes running, he goes out...I have like, not ask for permission, but you must be well organized. (Mónica)

These last five days I've been away...well you feel a bit, well I felt a bit bad...even a bad mother to think "I'm here in Paris and to be honest, I'm fine." (Marina)

The differences in the perception of responsibility between men and women were evident when women felt lucky to receive help from their partners, while men considered that being involved in their responsibilities means to "help."

Well, I'm lucky that my husband's very involved, but even so ... the burden falls on us. (Sara)

Well at the beginning when I was on paternity leave, yes, it's true that, well, I could help her much more in those first moments because, well, we were both there. (Pedro)

Discussion

This study showed that motherhood and fatherhood are experiences that have negative consequences on the health of both first-time mothers and fathers from a biopsychosocial perspective, such as fatigue, poor self-care, stress, insecurity when looking after the baby, and

changes in the social environment. For both participating men and women, there was a distancing from the circle of friends. This could be explained by the lack of time but also due to little understanding of this new experience(Habel et al., 2015; Razurel et al., 2011). Connections with people with children with whom they can share a similar routine are often privileged(Darvill et al., 2010; Lee et al., 2019).

According with this study, fatigue was one of the main health effects when becoming a new mother and father(Darwin et al., 2017; Pålsson et al., 2017), which was related to living in a routine of constant activity in which it was difficult to find spaces to rest(Cheng and Li, 2008; Kushner et al., 2017). Lack of sleep, fatigue and physical health problems after giving birth may contribute to the development of symptoms of postpartum depression in women(Habel et al., 2015). In the case of men, it affects their mental health, couple relationships and compliance with safety regulations at work(Wynter et al., 2020). The arrival of a child caused changes in the couple's relationship, which was explained by changes in priorities and reduced meeting spaces(Entsieh and Hallström, 2016). There was a loss of intimacy and sexual desire because of the couple's need to rest and sleep during this stage(Olsson et al., 2010; Woolhouse et al., 2012). In agreement with other studies(Darwin et al., 2017), the stress of taking on new responsibilities and adapting to new roles was also common during this experience. While stress in women was related to a lack of time to cover all their responsibilities(Hildingsson and Thomas, 2014), in men, it was a feeling of responsibility and constant worry(Darwin et al., 2017). Authors, such as Pålsson et al. (2017) emphasised that men also have to deal with internal and external expectations and pressures to become good parents. In turn, it is common for women to question themselves about whether they are being good mothers because of insecurities about bringing up their child and their parenting style(Garvan, 2016).

Despite recent advances in terms of co-responsibility in Spain, the distribution of household and care tasks between participating couples obeyed traditional gender roles. In the traditional gender model, women's vulnerability factors include physical and emotional caregiver overload (Velasco, 2009). In this study, men naturalized care in their partners, therefore overloading women whose health was then greatly affected. This entails a lack of time and dedication of their own, confinement to the domestic space, isolation, lack of stimulation and passivity, lack of communication, and lack of social relations and support (Velasco, 2009). In fact, women often feel isolated when becoming mothers(Ayers et al., 2019; Garvan, 2016), and as the results

showed, this perception is intensified when women live far away from their families(Darvill et al., 2010; Lee et al., 2019).

Care work in maternity is unpaid and socially undervalued(Leon, 2008; Lévesque et al., 2020). All over the world, women take on more care and household responsibilities than their partners(Giallo et al., 2013; Lévesque et al., 2020). Participants recognised that women take on most care and household responsibilities, which could be explained by the assumption of stereotypical gender roles(Yavorsky et al., 2015). This unequal distribution generates important negative consequences for women's well-being, and relationships deteriorate due to constant arguments and conflicts(Newkirk et al., 2017; Roman and Cortina, 2016). According to Tao et al. (2010), couples participating together in bringing up their children play a critical role in the mental well-being of mothers.

In this study, traditional roles predominated, which could be explained because despite Spanish society slowly moving towards a more egalitarian society in the public sphere, traditional norms that normalise the sexual division of labour in the private sphere still predominate(Roman and Cortina, 2016). When people remain involved in the traditional model they are exposed to the health determinants of that model. For example, the role of the caregiver, and maintaining the obligation to care for all dependants without finding a way to devote some time and effort to self-fulfillment activities. The traditional role leads to a tendency to confine oneself to the domestic sphere, with the resulting isolation, which is another gender vulnerability factor (Velasco, 2009).

As shown in this study, self-care is not a priority for women and men experiencing parenthood for the first time(Lévesque et al., 2020; Pålsson et al., 2017). This fact is intensified for women when meeting their basic care needs becomes a challenge due to a lack of time(Barkin and Wisner, 2013; Negron et al., 2013). In this sense, the results showed that women often delay seeking solutions to their health problems because they do not have enough time. This is consistent with the findings of Sanz-Barbero et al.(2012), who stated that women who are heavily involved in caring for family members are less likely to use health screening programmes.

This study suggests that returning to productive work has implications for the health of women, leading to stress, anxiety and fatigue, as indicated by Spireti and Xuereb (2012). When women go back to work, they must face pressure to continue being good mothers and stay at

work(Ladge et al., 2018). The results suggested that there are differences in how women cope with new maternity depending on the length of time in coming back to work, which is consistent with Butikofer et al.(2018), a study showing that returning to work soon after the birth of a child can affect the health of mothers. According to the results of this study, this could be explained by the fact that women returning to work after maternity leave must deal with issues such as reconciling breastfeeding with high-pressure jobs.

The results of this study indicate that some of the participating women reduced their working hours, while none of the men did, following the social pattern that women tend to reduce their working hours to find a balance between work and family life (Garvan, 2016). Participating men were afraid of a lack of flexibility in their jobs, which could be explained by the limited support they received in their new role. In Spain, an important step towards real and effective equality between men and women, which promotes the co-responsibility of both parents in the early stages of parenting, was that, in 2021, the length of paternity leave increased to 16 weeks, equal to maternity leave (Rowal-Decree Law 6/2019). More flexible employment conditions are required, as well as adjustments to family policies by companies to support new mothers and fathers who struggle to find a balance between family and work life(Kushner et al., 2017).

Limitations

The data collection was previous to the pandemic of 2020. During the COVID-19 pandemic, when teleworking was mandatory due to a strict lockdown, work-family conflicts increased (Loezar-Hernández et al., 2023). The pandemic aggravated inequalities in the division of housework and childcare, due to the absence of resources such as family support or external help (Çoban, 2022; Hjálmsdóttir and Bjarnadóttir, 2021). Women were forced to choose between meeting their roles as mothers or as professionals and the division of labor with their partners was unequal (Loezar-Hernández et al., 2023). This exposed them to both internal and external demands which eventually, had damaging effects for their health (stress, fatigue, anxiety, distress, loss of emotional control, irritability, emotional lability, partner conflicts, and a deficit of self-care, among others) (Loezar-Hernández et al., 2023)

These findings could be transferable to similar contexts: Spanish women and men, most with higher education, and women attending breastfeeding groups in primary healthcare. These results could not reflect the experiences of women or men of other ethnic and/or national

origins, different educational levels, or those who experienced motherhood or fatherhood alone or not heterosexual couples. It is important to mention that the gender of the interviewer could have an influence when addressing topics such as sexuality with men. The strengths of this study rely on following the quality criteria for enhancing trustworthiness in qualitative research described by Lincoln and Guba(1985). Credibility was enhanced by Member checking: a meeting was held with the female participants where the main results were shown, and a copy of the results was given. Afterwards, there was a space for conversation between all of them where they confirmed and discussed part of the results presented. Transferability, by a thick description: the sociodemographic characteristics of the informants and their respective context that gave rise to the results presented in this study were provided. Dependability, by external auditing: one of the researchers joined the study when the field work and analysis of part of the research was completed, acting as an external auditor. And confirmability, by reflexivity: following the emerging design of qualitative research, reflexivity and flexibility were applied throughout the research process(González Gil, 2009). A record of notes, apart from those in the field, was used regarding the perceptions of the main researcher with the research process.

Conclusions

Motherhood and fatherhood are life-changing experiences that have health consequences, from a biopsychosocial perspective. Naturalising care work in women has negative consequences for their health and underpins the unequal distribution of tasks. Society's demands put more pressure on women based on the ideals of motherhood. The social and gender expectations of motherhood and fatherhood tend to focus on the positive aspects of these experiences, while their impact on the health of women remains invisible.

It is necessary to strengthen the measures already in place regarding maternity, paternity, and the balance between family and work life in Spain, especially considering that the health of women throughout motherhood is especially vulnerable. Healthcare services must recognise the special vulnerability of this experience to implement measures that improve the physical, psychological and social well-being of new mothers and fathers. From a healthcare perspective, it is important to strengthen the postpartum follow-up of women, to promote information and

anticipatory guidelines to help adapt to this new stage of vital change and to accompany them throughout this process, considering gender differences.

To construct a more egalitarian society in which it is possible to assume the role of mother and father in a healthy way, it is necessary to implement measures at all levels to promote an adequate balance between work and family life, which will always result in the well-being of children and future generations. It is common in some European countries such as the Netherlands, France, and the United Kingdom, the service professional assistance at home after childbirth, in those days when the baby is more fragile, and the mothers need more help and have more doubts. Nevertheless, this public service is still not applied in Spain and most other countries.

References

- Araújo Martins C, Pinto de Abreu WJC and Barbieri de Figueiredo M do CA (2014) Becoming a father and a mother: a socially constructed role. *Revista de enfermagem* 4(2).
- Ayers S, Crawley R, Webb R, et al. (2019) What are women stressed about after birth? *Birth* 46(4). Wiley Online Library: 678–685.
- Baldwin S, Malone M, Sandall J, et al. (2019) A qualitative exploratory study of UK first-time fathers' experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *BMJ open* 9(9).
- Barkin JL and Wisner KL (2013) The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery* 29(9). Elsevier: 1050–1055.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Butikofer A, Riise J and Skira M (2018) The Impact of Paid Maternity Leave on Maternal Health. *NHH Dept. of Economics Discussion* 13(1), 67–105.
- Cerrato J and Cifre E (2018) Gender Inequality in Household Chores and Work-Family Conflict. *Frontiers in psychology* 9. frontiersin.org: 1330.
- Cheng C-Y and Li Q (2008) Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 18(4).
- Coates R, Ayers S and de Visser R (2014) Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth* 14(1). Springer: 1–14.
- Çoban S (2022) Gender and telework: Work and family experiences of teleworking professional, middle-class, married women with children during the Covid-19 pandemic in Turkey. *Gender, work, and organization* 29(1). Wiley: 241–255.

- Dallos R and Nokes L (2011) Distress, Loss, and Adjustment Following the Birth of a Baby: A Qualitative Exploration of One New Father's Experiences. *Journal of constructivist psychology* 24(2). Routledge: 144-167.
- Darvill R, Skirton H and Farrand P (2010) Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* 26(3). Elsevier: 357-366.
- Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, et al. (2017) Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC pregnancy and childbirth* 17(1). BioMed Central: 1-15.
- Drozdowskyj ES, Castro EG, López ET, et al. (2020) Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sexual medicine reviews* 8(1). Elsevier: 38-47.
- Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196(4286): 129-136.
- Entsieh AA and Hallström IK (2016) First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery* 39. Elsevier: 1-11.
- Garvan J (2016) At the crossroads: the health and welfare of new mothers. *Contemporary nurse* 52(6). Taylor & Francis: 753-770.
- Giallo R, Rose N, Cooklin A, et al. (2013) In survival mode: Mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period. *Journal of reproductive and infant psychology* 31(1). Taylor & Francis: 31-45.
- González Gil T (2009) Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa [Flexibility and reflexivity in the art of qualitative research]. *Index de Enfermería* 18(2). Fundación Index: 121-125.

- Grylka-Baeschlin S, Meyer T, Lengler L, et al. (2019) Postnatal quality of life—A content analysis of qualitative results to the Mother-Generated Index. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* 32(2). Elsevier: e229–e237.
- Habel C, Feeley N, Hayton B, et al. (2015) Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery* 31(7). Elsevier: 728–734.
- Hildingsson I and Thomas J (2014) Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of reproductive and infant psychology* 32(1). Routledge: 41–56.
- Hjálmsdóttir A and Bjarnadóttir VS (2021) 'I have turned into a foreman here at home': Families and work-life balance in times of COVID-19 in a gender equality paradise. *Gender, work, and organization* 28(1). Wiley: 268–283.
- Huschke S, Murphy-Tighe S and Barry M (2020) Perinatal mental health in Ireland: A scoping review. *Midwifery* 89. Elsevier: 102763.
- Jackson D and Mannix J (2004) Giving voice to the burden of blame: a feminist study of mothers' experiences of mother blaming. *International journal of nursing practice* 10(4). Wiley Online Library: 150–158.
- Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A, et al. (2016) Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *Journal of family & reproductive health* 10(3). ncbi.nlm.nih.gov: 146–153.
- Kushner KE, Sopcak N, Breitzkreuz R, et al. (2017) On shifting ground: First-time parents' ideal world of paid work and family time. *Community, work & family* 20(2). Taylor & Francis: 119–141.
- Kvale, S. (1994). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications, Inc.
- Ladge, J. J., Humberd, B. K., & Eddleston, K. A. (2018). Retaining professionally employed new mothers: The importance of maternal confidence and workplace support to their intent to stay. *Human Resource Management*, 57(4), 883–900.
- Lee, K., Vasileiou, K., & Barnett, J. (2019). "Lonely within the mother": An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. *Journal of Health Psychology*, 24(10), 1334–1344.

- Leon IG (2008) Psychology of reproduction: Pregnancy, parenthood, and parental ties. *The Global Library of Women's Medicine*. Sapiens Publishing, LTD. DOI: 10.3843/glowm.10419.
- Lévesque S, Bisson V, Charton L, et al. (2020) Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood: Challenges for First-time Parents. *Journal of child and family studies* 29. Springer: 1938–1956.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*, (Sage Publications: Newbury Park, CA).
- Loezar-Hernández M, Briones-Vozmediano E, Ronda-Pérez E, et al. (2023) Juggling during lockdown: Balancing telework and family life in pandemic times and its perceived consequences for the health and wellbeing of working women. *International journal of environmental research and public health* 20(6). MDPI AG: 4781. DOI: 10.3390/ijerph20064781.
- Maroto-Navarro G, García-Calvente M del M and Mateo-Rodríguez I (2004) El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias [The challenge of motherhood in Spain: social and health difficulties]. *Gaceta sanitaria* 18(5). Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: 13–23.
- Maroto-Navarro G, Ocaña-Riola R, Gil-García E, et al. (2020) Análisis multinivel de la producción científica mundial sobre paternidad, desarrollo humano e igualdad de género [Multilevel analysis of global scientific output on fatherhood, human development and gender equality]. *Gaceta sanitaria* 34(6). Elsevier: 582–588.
- Morse JM (1991) Strategies for sampling. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. books.google.com: 127–145.
- Negron R, Martin A, Almog M, et al. (2013) Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal* 17(4). Springer: 616–623.
- Newkirk K, Perry-Jenkins M and Sayer AG (2017) Division of Household and Childcare Labor and Relationship Conflict Among Low-Income New Parents. *Sex roles* 76(5). Springer: 319–333.

Olsson A, Robertson E, Björklund A, et al. (2010) Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scandinavian journal of caring sciences* 24(4). Wiley Online Library: 716–725.

Pålsson P, Persson EK, Ekelin M, et al. (2017) First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery* 50. Elsevier: 86–92.

Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, et al. (2011) Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery* 27(2). Elsevier: 237–242.

Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación (n.d.). Available at: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-3244-consolidado.pdf> (accessed 1 March 2021).

Recto P and Champion JD (2020) Psychosocial Factors Associated with Paternal Perinatal Depression in the United States: A Systematic Review. *Issues in mental health nursing* 41(7). Taylor & Francis: 608–623.

Roman JG and Cortina C (2016) Family time of couples with children: Shortening gender differences in parenting? *Review of economics of the household* 14(4). Springer: 921–940.

Ross, L.E. and Toner, B., 2004. Applying a biopsychosocial model to research on maternal health. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*.

Santos MAFD, Lopes MDAP and Botelho MAR (2019) Metamorphosis into mother after 35 years of age: a study of Grounded Theory. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 53.

Sanz-Barbero B, Sopacua M, Otero-García L, et al. (2012) Inequalities in the use of mammography in Spain: effect of caring for disabled family. *International journal of public health* 57(6). Springer: 953–957.

- Spiteri G and Xuereb RB (2012) Going back to work after childbirth: women's lived experiences. *Journal of reproductive and infant psychology* 30(2). Taylor & Francis: 201-216.
- Stearney LM (1994) Feminism, ecofeminism, and the maternal archetype: Motherhood as a feminine universal. *Communication quarterly* 42(2). Routledge: 145-159.
- Tao W, Janzen BL and Abonyi S (2010) Gender, division of unpaid family work and psychological distress in dual-earner families. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 6. ncbi.nlm.nih.gov: 36-46.
- Velasco S (2009) Sexos, género y salud. *Madrid: Minerva Ediciones*.
- Velasco S, Ruiz MT and Alvarez-Dardet C (2006) Attention models to somatic symptoms without organic cause: from physiopathologic disorders to malaise of women. *Revista española de salud publica* 80(4): 317-333.
- Wall K, Aboim S and Marinho S (2007) Fatherhood, family and work in men's lives : Negotiating new and old masculinities. *Recherches sociologiques et anthropologiques* 38(2). OpenEdition: 105-122.
- Woolhouse H, McDonald E and Brown S (2012) Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 33(4). Taylor & Francis: 185-190.
- Wynter K, Francis LM, Fletcher R, et al. (2020) Sleep, mental health and wellbeing among fathers of infants up to one year postpartum: A scoping review. *Midwifery* 88. Elsevier: 102738.
- Yavorsky JE, Dush CMK and Schoppe-Sullivan SJ (2015) The Production of Inequality: The Gender Division of Labor Across the Transition to Parenthood. *Journal of marriage and the family* 77(3). Wiley Online Library: 662-679.

Tables

Table 1. Socio-demographic characteristics of participants

Gender	Pseudonym	Age	Age first child	Level of studies	Reduction of working hours	Leave of absence
Female	Teresa	39	37	Higher level	No	Yes
Female	Carla	35	33	Higher level	No	No
Female	Mónica	38	37	Higher level	Yes	No
Female	Marina	38	36	Higher level	Yes	Yes
Female	Sara	39	37	Higher level	No	Yes
Male	Jesús	40	36	Higher level	No	No
Male	Mario	43	40	Medium level	No	No
Male	Pedro	37	34	Higher level	No	No
Male	David	39	37	Higher level	No	No
Male	Javier	40	38	Higher level	No	No

Table 2. Thematic guide for the interviews

Topic	Questions
Introductory question	How was this motherhood/fatherhood experience?
Health effects of motherhood and fatherhood	Understanding health from a biopsychosocial perspective: How have you felt? (physically and emotionally). How have your relationships with your social environment been after becoming a mother/father? (Couple, family, friends). How have you felt at productive work?
Distribution of tasks and gender roles	How do you and your partner organize your childcare tasks? How do you organize your housework with your partner? What kind of support do you receive? From whom? What kind of strategies have you had to implement in order to be organized?

Table 3. Trustworthiness

Element	Description	
Credibility	Member checking	A meeting was held with the female participants where the main results were shown. In addition, a copy of the results was given. Afterwards, there was a space for conversation between all of them where they confirmed and discussed part of the results presented.
Transferability	Thick description	As described in the section on participants, the sociodemographic characteristics of the informants and their respective context that gave rise to the results presented in this study were provided.
Dependability	External auditing	One of the researchers joined the study when the field work and analysis of part of the research was completed, acting as an external auditor.
Confirmability	Reflexivity	Reflective work was part of every stage of this study. A record of notes, apart from those in the field, was used regarding the perceptions of the main researcher with the research process.

ARTÍCULO II

Título: Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad

Revista: Gaceta Sanitaria

Año: 2022

Original

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



Mariana Loezar-Hernández^{a,b,c}, Erica Briones-Vozmediano^{a,b,c,*}, Montserrat Gea-Sánchez^{a,b,c} y Laura Otero-García^{c,d,e}

^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España

^b Grup de Recerca en Cures en Salut (GRECS), Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España

^c Grupo de Investigación en Salud, Educación y Cultura (GESEC), Universidad de Lleida, Lleida, España

^d Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de junio de 2021

Aceptado el 18 de diciembre de 2021

On-line el 24 de febrero de 2022

Palabras clave:

Madres

Padres

Atención prenatal

Atención posnatal

Grupos de autoayuda

Investigación cualitativa

España

RESUMEN

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

* Autora para correspondencia.

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

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

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>

0213-9111/© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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

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

Introducción

La asunción de la maternidad y la paternidad por primera vez conlleva cambios y dificultades que afectan al bienestar de madres y padres debido a las nuevas responsabilidades y a una sensación constante de fatiga y agotamiento¹. Algunas de las demandas a la asistencia sanitaria realizadas por madres y padres que han participado en diversos estudios internacionales son el apoyo social y psicológico por parte de profesionales sanitarios, contar con infraestructura y recursos humanos en los centros de salud^{1–3}, considerar la toma de decisiones compartidas en las que se fomente la participación de la pareja y la familia^{4,5}, y brindar cuidados personalizados, empáticos e integrales evitando actitudes paternalistas^{5,6}.

Se recomienda instaurar un programa de preparación al nacimiento que incluya contenidos tanto para las gestantes como para sus parejas, promocionando la implicación de los padres desde un comienzo⁷. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud recalca la necesidad de que desde la atención sanitaria se creen espacios participativos entre mujeres en la etapa prenatal⁸. También se aconseja la elaboración de un plan de parto y nacimiento que recoja los deseos de la pareja, y al cual haga seguimiento el personal sanitario⁹. Los cuidados durante el parto deben considerar una actitud respetuosa y empática que favorezca la implicación de las mujeres y el acompañamiento, debido a que esto supone una serie de beneficios para la triada familiar^{10,11}.

Es importante realizar una valoración tanto física como emocional tras el alta hospitalaria y a las 6–8 semanas posparto, en la que se refuerce la importancia del apoyo familiar, las redes de apoyo y la implicación de la pareja⁹; esto principalmente porque las mujeres necesitan una atención que fortalezca su seguridad y confianza, recibir apoyo emocional, social e información sobre su propio estado de salud^{1,3}.

En cuanto a los padres, se recomienda entregarles información sobre los cambios de su pareja, reforzando la importancia de su papel durante el parto y de su corresponsabilidad en la crianza⁹. Una reciente revisión sistemática pone de manifiesto que los padres primerizos experimentan inseguridad, ansiedad y falta de conocimiento, por lo que es necesario prepararles y orientarles desde la atención sanitaria¹².

Los estudios realizados en el contexto español se centran en el embarazo, el parto y el posparto de forma separada a lo largo de esta experiencia vital^{13–15}, y hacen evidente la desigualdad en el conocimiento de la maternidad y la paternidad, y la necesidad de visibilizar científicamente a los hombres como padres¹⁶.

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

Método

Diseño del estudio

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

Tabla 1

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

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

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

Participantes

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

Recolección de datos

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

Análisis de los datos

Se realizó una transcripción literal de las entrevistas, las cuales se analizaron según la aproximación de análisis de contenido cualitativo inductivo¹⁷. El análisis se realizó en tres etapas: 1) en la primera se identificaron unidades de significado que fueron condensadas y etiquetadas con códigos abiertos; 2) luego se compararon todos los códigos y según sus similitudes se agruparon en

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

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

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

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

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

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

Consideraciones éticas

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

Resultados

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

Atención sanitaria recibida durante la etapa prenatal (tabla 2)

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

Atención sanitaria recibida durante el parto (tabla 3)

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

Tabla 4

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

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

*Cuidados en el posparto dirigidos a las mujeres (tabla 4)***1). Demanda de las mujeres de una atención biopsicosocial**

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

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

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

*Respuesta sanitaria durante la crianza (tabla 5)***1). Educación sanitaria y entrega de información sobre salud y desarrollo infantil**

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

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

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

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

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

Tabla 5

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

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

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

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

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

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

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

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

Discusión

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

Los estudios previos sugieren que es necesario reorientar las estrategias de apoyo y educación perinatal priorizando un enfoque de promoción de la salud¹⁸, y que las/los profesionales de la sanidad deben ayudar a desarrollar confianza a las madres brindando apoyo tanto social como informativo, y también preparar a los padres para apoyar mejor a sus parejas proporcionándoles información sobre los cambios en los roles y en la rutina familiar^{3,19}. Para ello, hace falta un programa de educación perinatal personalizado según la población a la que va dirigido, actualizado, con sesiones grupales en las que se fomente la interacción y la creación de redes de apoyo, con horarios flexibles y con un mayor esfuerzo por incluir a las parejas^{20,21}.

Los resultados muestran que las decisiones durante el parto no siempre tienen como protagonistas a las madres y los padres, lo que podría explicarse por el ritmo y la carga de trabajo que tienen las/los profesionales de la sanidad, que les dificulta entregar cuidados personalizados y de calidad²². Los servicios sanitarios tienden a centrarse mayoritariamente en la salud de las/los hijas/os, dejando postergadas las necesidades en cuanto al bienestar y la salud mental de las madres²³. Igualmente, este estudio destaca la necesidad de las mujeres de un mayor seguimiento, lo que se podría realizar

Tabla 6

Subcategorías y códigos para la categoría «Gestión y beneficios de un grupo de autoayuda»

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

implementando estrategias como visitas domiciliarias y servicios telefónicos²⁴.

Tal como se observa en este estudio, existen diferencias entre la atención de enfermería en atención primaria e intrahospitalaria²⁵. Cuando las mujeres perciben insatisfacción, cuidados poco personalizados y una necesidad de más cercanía por parte de los/las profesionales de la sanidad, sienten mucha inseguridad^{20,25}. Las experiencias negativas en la atención intrahospitalaria reportadas en este estudio también están relacionadas con exigencias del personal de enfermería para asumir los cuidados del bebé por encima de la recuperación de las mujeres, lo que puede suceder si en el ámbito hospitalario se promueve y presiona a las mujeres a ser madres perfectas³. Otro hallazgo llamativo es una ausencia de cribado de sintomatología de depresión posparto, a pesar de la evidencia de la necesidad de prevención y detección precoz para evitar complicaciones y favorecer un tratamiento oportuno y temprano²⁶.

Por su parte, los hombres se sienten en segundo plano cuando en las consultas de salud infantil las/los profesionales de la sanidad se dirigen más a las mujeres. Aunque se incluya a los padres, la tendencia internacional es transmitir la información haciendo hincapié en las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la crianza⁶. Esto también se puede corroborar en un estudio nacional²⁷, en el que se relaciona con problemas de acceso e incompatibilidad de horarios entre las prestaciones sanitarias y la jornada laboral de los padres. Para avanzar en la corresponsabilidad en la crianza, las/los profesionales deben fomentar en los hombres el involucramiento en su paternidad²⁸.

Este estudio visibiliza que las mujeres no cuentan con espacios dentro de la atención sanitaria para expresar sus sentimientos y emociones, a pesar de ser una necesidad prioritaria. Que en las clases de preparación al parto no se facilite la creación de vínculos en las mujeres²⁹ hace que surja la necesidad de conformar espacios de autoayuda al margen de los servicios sanitarios³⁰, como al que pertenecen las participantes de este estudio. Los grupos de autoayuda de mujeres suponen un espacio para compartir experiencias, información y conocimiento, y les permite comparar experiencias, normalizar situaciones y favorecer así su bienestar emocional³¹. Para que estos espacios funcionen, tiene que haber un número limitado de personas y sesiones suficientes para fortalecer los vínculos³². Actualmente, estos grupos parentales suelen estar liderados por matronas, quienes a su vez demandan una mayor formación en liderazgo y habilidades comunicativas³³.

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

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

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

Según los criterios de confiabilidad descritos por Lincoln y Guba³⁴, los resultados pueden ser útiles para comprender la percepción de la respuesta de la atención sanitaria recibida en madres y padres primerizas/os con características similares a las de la muestra señalada. En cuanto a la credibilidad, entre la primera y la segunda fase de recolección de datos se realizó un encuentro con las mujeres en el que se mostraron los resultados preliminares basados en las entrevistas, lo que retroalimentó los resultados finales. Para la consistencia, una de las autoras se incorporó cuando una parte del trabajo de campo y del análisis estaba concluida, actuando como auditora externa. Para la confirmabilidad, se desarrolló un trabajo reflexivo en cada una de las etapas de este trabajo donde se incluyó un registro de anotaciones y las citas textuales que soportan la interpretación de los resultados.

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

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

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

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

¿Qué se sabe sobre el tema?

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

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

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

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

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

Editor responsable del artículo

Jorge Marcos-Marcos.

Declaración de transparencia

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

Contribuciones de autoría

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

Agradecimientos

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

Financiación

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

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

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

Bibliografía

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

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

ARTÍCULO III

Título: Juggling during Lockdown: Balancing Telework and Family Life in Pandemic Times and Its Perceived Consequences for the Health and Wellbeing of Working Women

Revista: International Journal of Environmental Research and Public Health

Año: 2023



Article

Juggling during Lockdown: Balancing Telework and Family Life in Pandemic Times and Its Perceived Consequences for the Health and Wellbeing of Working Women

Mariana Loezar-Hernández ^{1,2,3} , Erica Briones-Vozmediano ^{1,2,3,*} , Elena Ronda-Pérez ^{4,5} and Laura Otero-García ^{5,6}

- ¹ Department of Nursing and Physiotherapy, Faculty of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, 25008 Lleida, Spain
 - ² Consolidated Research Group Society, Health, Education and Culture (GESEC), University of Lleida, 25008 Lleida, Spain
 - ³ Research Group of Health Care (GRECS), Biomedical Research Institute (IRB), 25003 Lleida, Spain
 - ⁴ Department of Community Nursing, Preventive Medicine, Public Health and History of Science, University of Alicante, 03690 Alicante, Spain
 - ⁵ Consortium for Biomedical Research in Epidemiology and Public Health (CIBERESP-ISCIII), 28029 Madrid, Spain
 - ⁶ Department of Nursing, Faculty of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid, Spain
- * Correspondence: erica.briones@udl.cat; Tel.: +34-973-70-24-53



Citation: Loezar-Hernández, M.; Briones-Vozmediano, E.; Ronda-Pérez, E.; Otero-García, L. Juggling during Lockdown: Balancing Telework and Family Life in Pandemic Times and Its Perceived Consequences for the Health and Wellbeing of Working Women. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 4781. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064781>

Academic Editors: Angel Belzunegui-Eraso, Amaya Erro Garcés and Maria Inmaculada Pastor-Gosálvez

Received: 17 February 2023

Revised: 6 March 2023

Accepted: 6 March 2023

Published: 8 March 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The COVID-19 pandemic disrupted work-family balance due to lockdown measures. The aim of this study was to explore the experiences of working mothers in Spain and the consequences of trying to balance work and family for their health and wellbeing. We conducted a qualitative study based on 18 semi-structured interviews with mothers of children under 10. Five themes were identified: (1) Telework—characteristics and challenges of a new labor scenario; (2) Survival and chaos—inability to work, look after children, and manage a household at the same time; (3) Is co-responsibility a matter of luck?—challenges when sharing housework during lockdown; (4) Breakdown of the care and social support system; and (5) decline in health of women trying to balance work and family life. Mothers who had to balance telework against family life suffered physical, mental, and social effects, such as anxiety, stress, sleep deprivation, and relationship problems. This study suggests that, in situations of crisis, gender inequality increases in the household, and women tend to shift back to traditional gendered roles. Governments and employers should be made aware of this, and public policies should be implemented to facilitate work-family reconciliation and co-responsibility within couples

Keywords: work-life balance; work-family conflict; COVID-19; telework; women's health; gender role; qualitative research

1. Introduction

As a result of the COVID-19 pandemic, the Spanish government imposed stay-at-home mandates to reduce people's movements, the risk of infection, and the spread of the disease [1,2]. These measures included the closure of all educational institutions and a transition from in-person work to telework: the change was implemented by 48.8% of businesses, as opposed to 14.8% before the pandemic [3]. Working from home entailed changes in productivity standards, more intense work, and longer hours, the expectation that employees should be available outside work hours, and difficulties separating personal life from work [4–8]. This exacerbated work-family conflicts, especially in the case of women, because of the increase in domestic responsibilities, while men were subject to greater work demands [9]. Women pursued different strategies to confront this problem, including, for example: radically reorganizing home spaces to be able to work; constantly

negotiating with their children for the use of technologies; modifying routines and work hours; and using paid leave days to cover their children's needs, given the difficulties in parenting and working at the same time [10,11]

The pandemic aggravated inequalities in the division of housework and childcare, due to the absence of resources such as family support or external help [8,12]. The need for these support structures became evident during the lockdown, when people were forbidden from interacting with others, except the nuclear family [13]. In Spain, 70% of domestic work and childcare was undertaken by women; co-responsibility within couples remained unchanged in 66% of households and worsened in 13% of households [14,15]. According to Hochschild [16], it is mostly women who take on the "second shift" of unpaid childcare and housework, and the lack of work-family reconciliation policies remain an impediment to achieving gender equality. Women's domestic workload is not only a physical effort, but also a mental one, due to the responsibility of planning tasks and organizing the household [8,12]. In turn, women's satisfaction with how they share tasks with their partners acts as a protective factor against stress and mental health effects [17].

Previous international studies [7,8,18] have shown that the work-family conflict impacts women's health, with effects such as anxiety, distress, fatigue, exhaustion, lack of energy, stress about their work situation and even feelings of guilt. In addition, there were consequences regarding lifestyle, including inadequate physical exercise and an increase in alcohol consumption [18]. Indeed, in a German study [11], mothers of small children were identified as a particularly vulnerable group during the COVID-19 pandemic.

Studies conducted in Spain [19,20] have confirmed that the pandemic had greater psychological consequences for women compared to men. This is because women became more stressed, had greater conflicts from balancing work and family, were more afraid of the disease and worried more about their precarious work situations. These studies also show that work-related insecurity and the work-family conflict are related to higher levels of anxiety, depression, insomnia and personal and work conflicts [20–22]. However, no studies have delved into the perception of working mothers of small children who had to balance work responsibilities and childcare during the COVID-19 pandemic. Accordingly, we conducted this study to explore the experiences of working mothers in Spain and the consequences of trying to balance work and family for their health and wellbeing.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

This was a phenomenological qualitative study, conducted in Spain between June 2021 and September 2022, with an interpretative/constructivist approach [23]. Phenomenology contributes to a deep understanding of lived experience, as it aims to capture its meaning from the participants' perspectives [24,25]

2.2. Participants

A total of 18 women were identified by purposive sampling. The mean age of the women was 41 years (range 35–54 years), they were employees in both the private and public sectors, and they worked mostly in full-time positions (Table 1). As per the inclusion criteria, we recruited heterosexual women who were living with their husbands or partners, had children below the age of 10, and teleworked during the COVID-19 lockdown (15 March to 21 June 2020). Participants were referred to us by four key informants in a previous study [26] and subsequently, by snowball recruiting.

Table 1. Participants' social and demographic characteristics.

Pseudonym	Age	No. of Children	Job Sector	Currently Teleworking	Full- or Part-Time Work
Nerea	41	2	Public	No	Part time
Carla	41	2	Private	No	Part time
Clara	41	1	Public	Yes	Full time
Ana	42	1	Private	No	Full time
Luisa	40	2	Public	No	Full time
Beatriz	44	2	Public	No	Full time
Loreto	40	3	Private	No	Part time
Eva	38	2	Public	No	Part time
Irene	42	2	Private	Yes	Full time
Cristina	37	2	Private	Yes	Full time
Consuelo	35	1	Private	No	Full time
Marisol	54	1	Public	No	Full time
Mercedes	38	4	Private	No	Full time
Emilia	42	1	Private	No	Full time
Marta	36	2	Private	No	Part time
Blanca	42	2	Public	Yes	Full time
Sara	41	2	Private	Yes	Full time
Inés	42	2	Private	Yes	Full time

2.3. Data Collection

We conducted semi-structured interviews using a script designed according to the study objectives and a literature review (Table 2). We asked women about their experience working from home, balancing work and family, reorganizing the division of childcare and domestic tasks, and their self-perceived health. Because of movement limitations during the lockdown, the interviews were conducted by video call or telephone and lasted between 60 and 90 min. The interviews were recorded and then transcribed, along with field notes, to collect the interviewees' emotional lability, among other aspects.

Table 2. Interview script for the semi-structured interviews.

Questions
(1) How did your family routine change during the first COVID-19 lockdown (14 March to 21 June 2020)? How is that family routine developing under the new normal (21 June onwards)?
(2) How did you organize yourself working from home? (Effort to adapt, stress, complying with work hours, workdays...).
(3) How did you and your partner organize yourselves working from home? (Overlapping working hours, strategies adopted...).
(4) What are the main challenges and barriers to working from your home?
(5) How did you perceive the level of demand at work during that period of the lockdown? What about now? What impact did that level of demand have on your wellbeing? What strategies did you use to comply with those demands at work?
(6) How do you think your work-family balance was affected by the lockdown and now by the new normal? What were, for you, the main challenges to balancing work and family during the pandemic?
(7) How did you feel, in terms of health, during the lockdown, and how do you feel now under this new normal? Can you please provide details about physical, psychological and social aspects? (Relationship with your friends, your partner, productive work...).
(8) What kind of self-care did you engage in during the lockdown? What about under the new normal?

2.4. Data Analysis

Two of the authors separately analyzed the information contained in the transcriptions, following the six phases of reflexive thematic analysis proposed by Braun and Clarke [27,28]: (1) The first author conducted most of the interviews, so she performed the first step of reading and re-reading the transcriptions to become familiarized with the data, taking notes of pre-analytical ideas in memo format; she then (2) systematically encoded the interviews and grouped codes according to similarities; (3) the code groups were pooled together in order to undertake a common search for initial candidate themes; (4) common candidate

themes were then reviewed and refined in a process of continuous feedback using the original data, leading to a common preliminary theme structure; (5) the argument within each theme were then described and defined, leading to the final naming of the themes, as agreed on by the two researchers and further discussed within the team; (6) finally, the final themes and categories were organized and chosen by the first author, using the most representative verbatim quotes for each theme. This final structure was sent to all team members to verify their agreement on the final version and interpretation of the data. The ATLAS.ti software (v. 9) was used throughout this process as a tool to support the organization and coding of the information during the analysis.

2.5. Rigor and Reflexivity

To enhance reflexivity and rigor, we developed a reflexive process in the design, collection and analysis of the data, and in the writing of this final report. We also formulated memos after conducting, listening to, and transcribing the interviews [29]. The two researchers who collected and analyzed the data had an outsider perspective on the situation analyzed in the study, because they had not faced this work-life balance issue during the strict phase of the lockdown. This position provided a fresh and different viewpoint in the analysis; nonetheless, because of the theoretical limitations of an outsider perspective, these two researchers discussed their pre-analytical ideas and result structures with the rest of the team, who had an insider perspective, as they were also working mothers.

2.6. Ethical Considerations

This study was approved by the Ethics Committee at Hospital Arnau de Vilanova (CEIC-2460), Lleida, Spain. The participants' real names were replaced by pseudonyms, in order to preserve their confidentiality, and verbatim accounts do not include any information that could be used to identify them.

3. Results

Table 3 shows the main themes and categories identified, along with the codes selected for each one.

Table 3. Themes, categories, and quotes.

Theme	Category	Quotes
Telework—Characteristics and challenges of a new labor scenario		“We started to work remotely with no planning. We had no choice.”
Survival and chaos—Inability to work, look after children and manage a household at the same time	Constantly combining work and childcare within the same physical and temporal space	“It’s not realistic to do a full double workday.”
	Strategies adopted to survive the lockdown routine	“Some children were just glued to the TV all day so their parents could work from home.”
Is co-responsibility a matter of luck?—Challenges when sharing housework during lockdown	Childcare remains primarily a female task: school support and greater mental burden on women	“It’s always us—women—who end up losing. We take on more workload.”
	Co-responsibility and partner conflicts	“I have to lock myself in and work my eight hours.”
Breakdown of the care and social support system	Women left unprotected, with no external support	“We were left on our own. Women had to take on the childcare on top of their professional work.”
	Invisible care crisis and need for acknowledgment	“If you want to bring up your children and work at the same time, you need help.”

Table 3. Cont.

Theme	Category	Quotes
Decline in health by women trying to balance work and family life	Mental health affected: a roller-coaster of emotions and stress	“Emotionally, I could have exploded at some point.”
	Fatigue and stress as part of the routine	“There’s no time to switch off, and a lot of stress to get everything done.”
	Self-care deficit	“If you say that you want to take care of yourself, they’ll look at you as if you were a freak.”
	Lack of exercise and changes in bodily perception	“You eat worse, because you’re always last on the list.”

3.1. Telework—Characteristics and Challenges of a New Labor Scenario

The participants explained that telework was implemented by companies during the lockdown in a haphazard fashion. Many of them were facing this situation for the first time, as a result of the COVID-19 emergency. Working from home, women reported an increased demand for immediate availability and uninterrupted connection to work, even outside their normal working hours. This was linked, in some cases, to the lack of physical presence—women were expected to demonstrate to employers that they were, in fact, working.

And, on top of all that, you were expected by your employer to be available 24/7. They could call you at any time. It didn’t bother them. At whatever time they felt like—it seemed like you had to be on call all the time. (Ana)

The problem with working from home is that it’s not regulated. It’s like you have to be on line 24 h a day, 7 days a week. (Clara)

Women consistently reported that working from home during the lockdown was not the experience they had expected. This was mainly due to the presence of their children at home and the organizational challenges this posed with their partners. As a result, the disadvantages and negative aspects of working from home emerged more easily in the participants’ accounts. These include: difficulties setting boundaries between work and family life; a loss of routines and interactions with colleagues; and a lack of confidence with their work, as they could not resolve issues with other colleagues. In some cases, this led to feelings of loneliness and lack of motivation in their work.

Well, one thing is working from home when there’s nobody else there, and you can focus, and another thing is having to work from home because you’re forced to stay in with the kids. That’s not working from home, that’s not the real “remote work,” because you don’t get a certain amount of time to be on line working and showing what you can and cannot do. (Ana)

There were some advantages, or at least what I see as advantages, but there was also the downside of “When do I stop?” Right? When do I really switch off and leave? That’s what happens when you work in a real office—you just turn off your computer and go home. But now your home is your office in addition to your home. So, you don’t do it. (Emilia)

In addition, women did not have segregated areas at home that they could use exclusively for professional purposes. They had to share their workstations with their partners and children, which affected their concentration and prompted interruptions. The distribution of home spaces with the women’s partners was variable. However, it was mostly men who occupied the most secluded spaces, which allowed them to work under better conditions.

My husband started to work at the baby's changing table. Well, our baby's changing table is quite a big table, so he used that as his office, and I was in the living room. On days when we both had to work in the living room, then we both sat there, on either side of the dining table. That's all the space we have. (Marta)

Well, they sent [the laptops] to us by mail. Basically yes, he did have to work from home, he had no option. He went into a quiet room so he could carry on working. (Emilia)

However, Mercedes considered that working from home is just another way of working—one that does not necessarily mean better work-family balance.

Working from home doesn't mean work-family balance; it just means working in your house. That doesn't mean that you can balance your work and family more easily, like you can take care of the children. You're working, you're not with the children. You can either do one thing or the other. They sold us this idea that working from home promotes work-family balance. I don't think this is the perfect solution—working from home is not how you balance your work and family life. (Mercedes)

As perceived by the women, employers showed a relentless interest in returning to in-person work, regardless of how that would impact the women's organization of their households.

They don't like [telework]. For example, the minimum staff was kept here in the office. Almost everyone did work from home, but then in June people started to come back and I was also pressured into coming back. And I was like: "But I've got the children..." (Marta)

When schools reopened after the strictest part of the lockdown, women easily identified some advantages of telework in terms of balancing work and family. These included, among others, saving commute time and finding it easier to pick up children from school.

Working from home because of the pandemic has many good things, because it helps you balance your life... You can take them to school, come back... I mean, it's me who does all the parenting. That's been a clear advantage. (Carla)

There's a lot of positive things about being at home. When you have two kids who take up a lot of your time, you're more relaxed, because you can sleep longer. We save two hours by not commuting to work. (Cristina)

3.2. Survival and Chaos—Inability to Work, Look after Children, and Manage a Household at the Same Time

3.2.1. Constantly Combining Work and Childcare within the Same Physical and Temporal Space

"Survival" is a term used by the women in our study to describe their daily lives during the lockdown. What began as an idyllic situation, in which they could spend more time with their families, ended up being catastrophic, as some of them reported. This was primarily because they had to prioritize between their children's needs and their own professional duties, which caused tension and stress.

But the first few days were wonderful, because you have a lot more time to take care of the house. It seemed idyllic. But if that drags on, it becomes catastrophic, because it went on for so long! Work ended up taking up almost my whole day, and then I had to juggle to get everything done. (Cristina)

Actually I just survived. I didn't have time to get organized. I was trying to cover basic needs, getting the girls dressed. I say "dressing" because otherwise it meant leaving them in their pajamas all day. And then you have to feed them breakfast and leave them plugged into something, right? Surviving was the only option. (Sara)

The women's routine during the lockdown was a constant combination between work and family; for them, it was practically impossible to separate the two. Because of this imbalance, women recognized their failure to comply with the expectations and

self-demands of their roles as mothers and professionals. This failure engendered feelings of guilt and frustration in some of the interviewees.

You don't get either the time or the focus you normally need for work. You're constantly combining things. Now you come in, now I go out in an hour, but then at one o'clock I need to log onto a meeting. Now you get a phone call, you say "OK, I'll pick up." But I'm with the kids, so when the kids realize you're on the phone, they go completely wild. (Eva)

During the day, zero balance. I couldn't. I just . . . I was not a good mom or a good employee. Nothing, not at all. I don't know how other people see it. There was no balance for me. (Inés)

In fact, Ana experienced feelings of resignation when she had to establish priorities and lower her expectations.

Work-family balance is a bit like finding an agreement, saying "OK, come on." I mean, I'm not from here, and I am not Superwoman, and my husband doesn't have to be a Superman. Clearly you do as much as you can. Keeping the bathroom nice and clean, well, even if the bathroom and kitchen are clean, then, if you can't make the beds because one day there's no time to make the beds, well, you just don't make the beds. (Ana)

3.2.2. Strategies Adopted to Survive the Lockdown Routine

Working more: spartan routines to combine childcare and work. Women and their partners set up shifts so they could work and take care of their children at the same time. This resulted in longer work days. In critical cases, some women worked 12 to 14 h days.

"What you can't do is get up at 5 o'clock in the morning to work" [the doctor would tell her] and I said "OK, yes, but it's the only way we can get by." One of us gets up at dawn while the other one stays up all night. . . . Otherwise, nobody can work with a little girl at home. (Nerea)

Well look, working from home during the lockdown was real madness, I mean, damn crazy. I'd start work before my normal start time. I'd get up at 6 a.m. or 6:30 at the latest, and I'd start to work to catch up. . . . I was returning phone calls till really late. (Ana)

Complicity among coworkers. A sense of comradeship developed among coworkers while working from home. Complicity arose as all women were experiencing similar situations and challenges. One such challenge was coordinating work schedules among female coworkers. Women changed their working hours to facilitate childcare; however, their hours were not always synchronized with their coworkers' schedules, which created difficulties for teamwork.

We were all going through more or less the same. I'd have my daughter sitting beside me, alright, but this guy on the phone there would have his three kids jumping and screaming around him. In the end, we all understood people's situations. We were all working but we knew that, at the same time, we were stirring a lentil stew, or doing whatever it was time to do. (Consuelo)

I was working very early hours. Some other people were working in the evening. We were never forced to coordinate. We weren't asked to work from such time to such time. It was up to everyone's responsibility really. So, if they let me do as I thought best, then the least I could do was to be there for them if they needed me. (Nerea)

Setting strict boundaries to work as a means of survival. The women's boundaries between their work and their personal lives became blurred when working from home, mainly because all their activities were performed within the same physical space. Transitions between the work sphere and the personal sphere, such as commuting, which had often served as spaces for resting and switching off, vanished.

Some people might have coped very well, but for me it was untenable. (Nerea)

The bad thing is that you don't even get your commute back home [laughing], whether it's short or long. As soon as I walk out this door, the children begin asking for this, crying for that [...]. You walk out of your room, and you're done with work. There is no transition. (Carla)

In this scenario, women needed to establish strict boundaries in their work and refused to satisfy some of their employers' demands. Setting boundaries was seen as a strategy for survival and self-protection in an adverse scenario marked by an overload of work.

By saying "no" to certain things. Maybe, back at the office, I would've normally said "yes," but it was obvious that I couldn't take any more. I was so overwhelmed that I'd say "no" to any extra things they'd ask me to do. I was already working a lot by doing the basic mandatory minimum. I was putting in an extra half hour in the evening, you know, to sit and catch up as much as I could; well, I couldn't take any more than that. I think I also protected myself a bit, by saying "no" to certain things. (Eva)

Increased use of technology to keep children entertained. The interviewees acknowledged an increased use of technological devices to entertain their children. Despite having tried to avoid this in their children's upbringing, women had no other choice, in this very complex scenario, but to resort to technology if they were to work from home. Very often, this decision gave rise to feelings of guilt in the women. According to Inés, for instance, these feelings subsided when she found out that other women were experiencing similar situations.

Unfortunately, I had to throw my values away to survive work and perform well. I had to allow them many more TV hours than I would normally be happy with. To be honest, that actually stung me quite a lot, but it was the only way they would leave me alone and I could focus on my work. (Consuelo)

And you can't tell them to go play on the street, because you can't. You have to use what you have in the house. We have TVs, tablets and mobile phones. So then, in the end, all mothers are a bit guilty. I'm letting them abuse this technology, which I don't like. Right? But then I also saw on social media that many moms said the same. They felt the same way, didn't they? I understood I wasn't the only mom doing that, even though I was having a tough time. (Inés)

3.3. Is Co-Responsibility a Matter of Luck?—Challenges When Sharing Housework during Lockdown

3.3.1. Childcare Remains Primarily a Female Task: School Support and Greater Mental Burden on Women

School support. During the lockdown, mothers had to take on the responsibility of supporting their children's education and following their progress. The tasks proposed by schools required the parents' continuous effort and support; parents were thus overwhelmed and could not keep up with all the assignments their children were given.

The small one, I know he did it in good faith... But handicraft? Really? I don't have time to sit around with my child to paint and cut and paste pictures! I can't, I have to work. I don't get paid to sit and paste pictures. (Inés)

I remember, with my child, it was ridiculous. I wrote to his teacher, I said: "Look. We're just not going to do certain things." Because they'd ask you to print out the task, then you had to do it, scan it, and then send it to them over Google Classroom. My seven-year-old obviously doesn't know how to do that, so it was me who had to do it. (Blanca)

Greater mental burden on women. Generally, there was a greater mental burden on women during the lockdown, even if they perceived their partners to be co responsible. As reported by Blanca and Emilia, it is still seen as natural for women to take on childcare roles, and this makes them approach childcare differently compared to their partners.

I was trying to get up as early as possible. I've always liked getting up early, but it's like this for women—we'll never know if that's because of our nature, or because we have

such a long day ahead, and we have such little time for us as mothers, that maybe we just assume that—the fact that we like getting up early. But maybe we don't. (Blanca)

The women we interviewed felt a greater mental burden because of the planning, managing, and organizational duties they had to assume in the household during the lockdown. In this area, they recognized a lack of co-responsibility in men, including a tendency to follow and execute instructions. Women attributed this burden to womanhood and the difficulty of detaching themselves and delegating to their partners.

About that, I do think that he and I have a good balance, and we're both aware. But there is still this mental burden, which is this invisible burden which lingers, and I'm sure it affects me more than it does him, because I do think this is something we have in our DNA as women. (Mercedes)

I mean, everything you tell him to do, he'll do it, but he doesn't think for himself—zero. He doesn't even remember to put the kids' snacks in the bag before going to the park. Nothing, nothing at all. It's me who goes "we have to do this and that," "we have to wash them," "we have to put their clothes on," "we have to eat," "we have to go shopping"—anything that needs thinking, it's me who does it. Then he does what he's told to do. But no thinking. (Alba)

3.3.2. Co-Responsibility and Partner Conflicts

According to the women we interviewed, their partners found it more difficult to draw boundaries between productive work and their families. One possible explanation that women gave is the differential importance attributed to productive work during lockdown, as opposed to childcare. For instance, Cristina and Blanca reported misunderstandings with their partners, which made them feel frustrated and powerless. This was mostly because the men presumed that their own productive work had to be prioritized.

At the beginning we more or less got along, but then it became maddening because work was very important, both for me and for my partner. None of us want to lose our jobs, and that's how we got into many conflicts. Because, well, you feel that what you're doing is very important, but so do I, my work is also very important. And that's how we got into conflicts because I wouldn't understand how he'd put his work before caring for his children in a situation like that. (Cristina)

I remember how he said: "Oh no, no, I have to work my eight hours, I have to stay up in the studio and work my eight hours". And I was like "Wait a minute, let's see. I also have to work my eight hours" [...]. I was very surprised when he said: "Oh no. I'm going up there and isolate myself from them." Well, you can't. I've said many times, that sentence meant a lot more. It was the lack of understanding for what I was going through. (Blanca)

That was how, in such a situation, conflicts arose between partners. These conflicts were linked to establishing priorities and boundaries between productive work and sharing the housework.

Then the weekends came and I was like "Oh no, I don't even want to sit with you and watch a movie, because we've spent all week arguing about this or that." And then things would mellow down and we started to communicate again. (Consuelo)

I think this does one of two things. It either unites you as a couple or destroys you. It either unites you, and you say "come on, let's team up, we can do this together," or you start fighting each other and you say "look, as soon as this is over, I'm getting a divorce." (Ana)

3.4. Breakdown of the Care and Social Support System

3.4.1. Women left Unprotected, with No External Support

Women acknowledged that they had always needed external support to be able to work and care for their children. Before the lockdown, they were supported by grandmoth-

ers and schools or nursery schools. They had relied on external help for basic household cleaning. When the strict stay-at-home order was imposed in Spain, this care support system collapsed. The main reasons were the closure of schools and movement restrictions, the consideration of elderly people as a risk group, and the limitations to contact between so-called “bubbles”.

Not having any occasional external help. Before, my child would spend a couple of hours with his grandparents, or they would pick him up, feed him, and get him to take his nap. That kind of thing can free you up for a whole afternoon, or one morning, and of course, we no longer had that. (Clara)

It's not only having the children at home. Before, they were looked after by someone else for eight hours a day, but now you have to look after them for those hours. There were also a number of hours a week when someone could come and help you at home, but now they can't come either. These are all things that you have to do on top of your work. (Eva)

The women consistently felt a lack of protection in this scenario, as they had no support measures to help them balance work and family. Childcare depended solely on the members of the core family. Some of the solutions they considered included moving in with their parents, requesting unpaid leave, using paid holidays, or reducing their contractual working hours, so they could limit work demands and devote themselves exclusively to their children. In most cases, these solutions involved lost wages and therefore, fewer resources and a potential loss of financial autonomy for the women.

Well, clearly, when it came to balancing work and family, we were left on our own. Because there was no alternative, you had to do as you could, at home, with the kids. It was your problem. So it was very complicated. Not feeling supported [weeping]. They were saying they would give benefits to parents so they could take some unpaid time off—or something. I don't know, they would announce these things, that maybe could have helped, but nothing came out of it in the end. (Marta)

The bad thing for me was having no school. So then we made the decision. It took us two weeks, before catching up and then realizing what was happening, and then my baby—it was so demanding. (Carla)

It was up to individual families to tackle this breakdown of the care system, as it was not approached as a collective problem. The interviewees reflected about potential measures that could have been implemented to regulate telework better, e.g., regulating work hours and workloads to avoid abuses by companies, facilitating unpaid leave or contractual reductions, increasing workforce teams and hiring unemployed people. Likewise, childcare support measures could have been adopted to facilitate the division of care between the parents; for instance, childcare could have been delegated to the younger population or could have been labeled an essential job.

About work, well, they could have hired other people, unemployed people, to do the work during that period, and then I could've gone back when the whole thing was over. (Irene)

It would have been easier, during the hard part of the lockdown, if they'd let people who do housework to continue to work at other people's houses or caring for other people's children; if they'd let those people carry on working. For example, during the lockdown, it would have helped to have a young neighbor in the same building, boy or girl, say a 20-year-old, who could've come over to my place for a couple of hours and be with the children. As if it was essential care. (Eva)

3.4.2. Invisible Care Crisis and Need for Acknowledgment

According to Blanca, the conflict that parents experienced when trying to balance work and family was insufficiently visible in the public arena, even though this conflict was obvious. For this reason, the government did not consider it a priority to approve policies and relieve the parents' difficulties in complying with work duties and childcare at the same time.

Maybe, this issue should have been talked about more. Nobody talked about how hard it was to work from home! When they talked about the pandemic and the people working from home, do you think they thought about people with small children?! (Blanca)

A specific example of this is Carla, who emphasized the need she felt for acknowledgment by her partner throughout the lockdown. Every day she would tell him about all the childcare and household tasks she had done, as a way to make him aware of the fact that someone (she) was effectively performing those tasks.

I have a great need for acknowledgment by my partner. I need him to realize all the work I do. But I may not do it well, because I ask for it so much, I get annoying. I seem to be complaining all the time; I have this urge to say: "I did the laundry, I hung out the clothes to dry, I also made dinner, and now on top of that the children behaved really badly, and all of that during my work" (Carla)

3.5. Decline of Health by Women Trying to Balance Work and Family Life

3.5.1. Mental Health Effects: A Roller-Coaster of Emotions and Stress

The strict stay-at-home mandate and the difficulties related to balancing work and family affected the women's mental health. Our interviewees reported loss of emotional control and feelings of irritability, emotional lability, and impatience, especially with their small children. Simultaneously, feelings of guilt emerged because of all the behaviors described above.

I noticed it especially in the way I treated my husband and my children. I knew I wasn't talking to them like I normally do. I mean, I became numb to how to treat my children. I was totally numb as to how to treat them. I'd try to have them sit down, to do what they were told at once. I wanted them not to make things more complicated. And that was impossible. I spoke terribly to them. (Cristina)

I was much more irritable. I'm usually very calm and sweet. But during that time I would snap, I would get loud, I was getting so angry. I couldn't bear it; I had no patience with my children. I would scream at them a lot. It wasn't pleasant [...]. It was very stressful. When months went by, I started noticing it in my head, how much more sensitive I felt. I wanted to cry constantly, I felt I couldn't cope with everything. (Sara)

The lockdown became a hostile environment for women in terms of mental health. Beatriz believes that she would have benefited from some form of psychological support, whereas Marisol admitted to having taken anxiolytics to feel better, endure the experience, and avoid panic attacks.

I would have liked something, really. I know it sounds hard, but I mean something psychological. Some psychological help. . . I know it really sounds hard. Someone to say to me "Come on, Beatriz, this is how we'll do it, everything is going to be alright, we'll sort it out. Your children will be alright, everything will be alright. They won't have trauma." I don't know, something, a little bit more help. (Beatriz)

At some point I noticed I was getting anxiety. Well, there was a day when I had to take a Trankimazin [alprazolam] because I was like, if I don't, I'll have a panic attack. But I had to take it, because I could feel it, I had this sensation. . . Now this, then that, and that, and that. . . (Marisol)

A clear example of this situation was the emotional lability shown by Alba during her interview. She admitted that she was experiencing a complicated time because of all the emotional difficulties arising out of the pandemic.

As soon as I begin to talk, I start crying. I guess it's affected me. All this time. Well, generally, my lifestyle and everything, now I do notice it's become a bit of a knot. Because this is how upset I get every time I think about it. I understand that I'm not doing very well [...]. It's like I have something inside me that snaps at certain times. (Alba)

3.5.2. Fatigue and Stress as Part of a Routine

Some interviewees reported having felt tired because of the prolonged work hours and childcare. One of the strategies followed by women was to get up very early so they could work during the hours before their children would wake up. This shortened their sleep time and made them feel exhausted.

Getting up at 5 a.m. to work. . . In the end I did it so many times! In fact, on some days I got up even earlier, at 2 a.m., because I just couldn't sleep, and I worked till 8 or 9 in the morning. . . And then I would carry on all day. Obviously, I wasn't getting any rest. . . I was exhausted! (Nerea)

I like taking on many things, doing many things at the same time, because I've always done it. But right now I'm so tired [. . .] because I'm not getting any sleep. I sleep very little. That's the worst thing for me. I get very little sleep, but I don't feel tired during the day. But I do feel I'm in a terrible mood. (Alba)

3.5.3. Self-Care Deficit

Self-care for mothers was a serious challenge during the pandemic. As reported by Irene, the need to have spaces for personal care had never been a priority for her. During the lockdown, however, this was taken to the extreme, and self-care was seen as a waste of time, as in Luisa's case. The main limitation for self-care was the lack of time, which exacerbated during the lockdown.

Nothing. Zero. I had no time for anything. Some people were watching series, doing yoga, but I couldn't do anything. I couldn't read, or watch series, or do yoga. I couldn't do anything—nothing at all. All I could do was work and combine that with the housework—taking care of my child—and nothing else. (Marisol)

It was either work or the girls. There was no option to say "wait, I need five minutes alone" [. . .] especially thinking I cannot waste any time on myself, because I'll get behind on work. I mean, I won't sit and enjoying reading a book if I'm lagging behind with my work. Mentally, I didn't even allow myself that option. (Luisa)

Having no personal time during the lockdown, as expressed by Blanca, generated persistent distress.

I went through a really bad week, because I had to work. That's all I could do. I was getting so upset then, I felt I couldn't cope. I didn't even have one hour for myself! (Blanca)

In addition, it became clear that women usually put everybody else's needs before their own.

You eat worse, because you always leave yourself to the end. That's true. As long as their lunch was fine, and their tea was fine, I could get by with a nibble. (Carla)

It was the first thing I gave up. Having to log on to that one hour of Pilates with an on-line instructor was causing me even more anxiety. I was so anxious to log on, that eventually it was more stressful than not doing it. (Sara)

3.5.4. Lack of Exercise and Changes in Bodily Perception

During the lockdown, the women's lifestyle underwent several changes. They stopped doing physical activity and changed their dietary habits. This was due to the measures imposed to prevent the spread of the disease, but also because of the reality women were experiencing at home, which made them feel stressed and eat worse.

I lost weight. I get very nervous and you can see it in my body. I got very skinny. Yes, I lost weight, because you don't do any exercise, and I don't enjoy food so much. Also I get so nervous, so in the end you can see it in my body, you can tell I'm not doing any exercise. (Luisa)

I did, I got very fat, and normally I'm quite slim. I got very fat because of the anxiety. I guess we all get this anxiety when something so strange happens. What we went through was so hard, and all I did was just sit there, I never sit for so many hours. (Beatriz)

4. Discussion

As this study shows, during the COVID-19 lockdown, women faced the challenge of complying with both their productive work and childcare within the same physical and temporal space. However, they did not meet their expectations—neither as mothers nor as professionals. Women faced several difficulties, including the collapse of their support system, closure of schools, telework with an overload of productive work, lack of time, and unequal distribution of duties with their partners. For these reasons, they pursued different strategies, such as working longer hours, increasing the use of technology to keep their children entertained, and setting strict boundaries in their work. Women felt unprotected and invisible, as they had no governmental support for childcare and no regulation of their telework situation. If we analyze these experiences according to the biopsychosocial model of health described by Sara Velasco [30], the consequences affected the women's physical health (self-care deficit and fatigue), mental health (anxiety, stress, feelings of loss of control, guilt, frustration, and irritability), and social health (conflicts with their partners).

For the women we interviewed, working from home did not necessarily mean better work-family balance. Given the flexibility it accords, telework can make it easier for women to strike such a balance, but if not implemented properly, as was the case during the lockdown, it results in fragmented work hours, constant interruptions, and no real disconnection from the work environment [31–34]. A study conducted in Costa Rica [35] emphasized that telework does not necessarily involve flexibility; certainly, if employers engage in controlling behaviors, employees can feel just as constrained as when working in an office. According to the results of our study, bosses commonly engaged in such behaviors, demanding ongoing availability of women as proof that they were indeed working.

The lack of technological resources and ergonomic workstations to maintain privacy from other household members was also reported in another study in the United States [36], which suggests that the difficulties experienced by women were similar across countries. Men were more successful in securing a separate professional space within the home; this could be explained by normalized gendered assumptions within the couple such as: the man's productive work is more important; the woman needs to stay within the domestic space to keep the household under control [37]. In other words, gendered power relations between men and women also determine the use of spaces within the home, which was crucial when teleworking to establish limits between one sphere and the other.

Failure to meet the expectations of women as both mothers and professionals is also described in a study conducted among female academics, for whom the main challenge was finding a balance between their children's needs and their careers [38]. Employers still understand the ideal worker as one who has no family responsibilities [16]. To be able to accomplish work demands, women had to increase the use of screen time to keep their children entertained. The feelings of guilt linked to this strategy are consistent with those noted in another study conducted in the United States [39], in which women underscored it as the sole viable strategy to manage full-time work and full-time parenting. Another strategy used by women was extending their work hours—both to adapt to their children's timetables and to compensate for missed work hours during the day [38]. This is confirmed by the results of the Eurofound 2020 survey [40]: 18.2% of Spanish respondents reported an increase in their working hours during the pandemic; 37.3% worked in their free time to be able to meet work demands; and 58.4% could not devote as much time as desired to their families. On the contrary, international studies [41,42] have concluded that it was mostly women who reduced their working hours or even stopped working temporarily during the lockdown—but we did not find this in our study.

During the lockdown, the women interviewed in our study took on a greater load of housework and childcare than did their partners. The literature [43–45] suggests that gender inequalities in the division of work were maintained during the lockdown, and

their consequences will be long-lasting. The results indicate that traditional gender roles re-emerged during the pandemic, with women shifting closer to the domestic sphere and away from their professional autonomy [8,12,37]. This inequitable division of labor can be explained by the naturalization of women as carers [44,46]. This may explain the findings of our study regarding the importance and priorities given by men to their own productive work.

Women felt stressed and overwhelmed when they had to take on the duties of head of household or household manager. The mental load is a form of cognitive and emotional labor taken on by women without negotiation, as a kind of boundaryless unpaid job that intrudes into other areas of their lives and affects their health and wellbeing [47]. Supporting their children's education was a big challenge for mothers, who had to play the role of teachers and combine their children's remote learning with their own duties [48]. Consequently, the mental health of mothers was affected by this new responsibility. It increased their levels of stress, anguish, tension, and loss of control [48–50]. There is evidence that the unequal distribution of labor and the exacerbation of traditional gendered roles during the lockdown impacted women's health, especially their mental health: increased levels of stress and decreased personal satisfaction led to frustration and exhaustion [38,51]. In our study, we have also observed uncontrolled emotions and impatience, irritability, distress, mental and physical exhaustion, and emotional lability, which was clearly reflected in some of the interviews. A perceived lack of support for childcare is related to higher levels of depressive symptoms in women [11]; conversely, satisfaction with how labor is shared with their partners appears to be protective against stress and mental health effects, enhancing women's health and wellbeing [17,44].

Women put the needs of other family members first, before their own. Studies conducted in other countries have also shown that women tended to neglect healthy lifestyle habits related to diet and physical exercise, which in some cases, caused changes in their perceived bodily image [18,43]. The establishment of priorities at the expense of their own wellbeing is justified by the feelings of guilt that women harbored for becoming "bad moms", which eventually left them mentally and emotionally exhausted [45].

Limitations and strengths. The following limitations should be taken into account: (1) the study population is restricted to heterosexual women living with their male partners, and most of the women had attained higher education and held formal jobs, so whether the results can be transferred to other similar contexts should be evaluated; (2) we did not take into account men's statements, so the study only shows the women's subjective perception of their partners' behavior; and (3) during the recruitment phase of the study, women had little available time; this was the main reason why some women refused to take part, even though they were interested in the study. Although the results are not statistically generalizable, they are useful for theorizing about the experience of working mothers during confinement. An effort was made to contextualize the results, so that readers could better assess the applicability to other fields of study.

Regarding the strengths of our study, we followed the reliability criteria described by Lincoln and Guba [52]. Following an emergent design, the data were analyzed in parallel to data collection. In addition, field notes were taken during the interviews, especially of the interviewees' non-verbal cues, as they exhibited emotional lability on several occasions over the course of the interview, providing additional valuable information. All five investigators contributed to the study design and the final interpretation of the results.

Future lines of research could delve into the challenges faced by single mothers and women in essential jobs who could not remain at home and were required to be physically present at work.

5. Conclusions

During the lockdown, women were forced to choose between meeting their roles as mothers or as professionals. This exposed them to both internal and external demands which eventually, had damaging effects for their health. The division of labor with their

partners was unequal during the lockdown. Women tended to spring back into traditional gendered roles—which some families had already left behind. The consequences for the health of mothers who contended with work-family conflicts during the early strict phase of the lockdown in Spain included stress, fatigue, anxiety, distress, loss of emotional control, irritability, emotional lability, partner conflicts, and a deficit of self-care, among others.

Our study unveils a problem which was kept hidden during the lockdown, namely how women tackled a care crisis during the COVID-19 pandemic. Strict home confinement measures in Spain made the work-life balance problem even more difficult for women. In a future health crisis, it would be recommendable to consider the outdoor leisure needs of families with young children for their well-being and mental health.

Lack of work-family balance can negatively impact women's health and can reverse progress in gender equality. On one hand, awareness of this problem should be raised among governments and employers, and public policies should be improved and implemented to facilitate work-family reconciliation and co-responsibility within couples. On the other hand, health professionals should be aware of the needs and challenges experienced by women with children in situations of crisis or health emergencies. Specifically, this should enable them to develop family and community health strategies and interventions in order to promote health and wellbeing.

Author Contributions: Conceptualization, M.L.-H. and L.O.-G.; data curation, M.L.-H.; formal analysis, M.L.-H. and E.B.-V.; methodology, M.L.-H., E.B.-V. and L.O.-G.; supervision, E.B.-V., E.R.-P. and L.O.-G.; visualization, E.R.-P. and L.O.-G.; writing—original draft, M.L.-H.; writing—review and editing, E.B.-V., E.R.-P. and L.O.-G. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics Committee of Hospital Arnau de Vilanova (CEIC-2460), Lleida, Spain.

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data belong to a wider unpublished Ph.D. study. It will be available upon request from the authors.

Acknowledgments: The authors want to acknowledge and thank the participants for their time and willingness to share their experiences. This study was supported by the University of Lleida (pre-doctoral scholarship Jade Plus and a grant for research promotion in deficient fields) and the Generalitat de Catalunya, Serra Hunter University Programme.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de Marzo, de Medidas Urgentes Extraordinarias para Hacer Frente al Impacto Económico y Social del COVID-19. Boletín Oficial del Estado, 73. 2020. Available online: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3824> (accessed on 17 February 2023).
2. Real Decreto 463/2020, de 14 de Marzo, por el que se Declara el Estado de Alarma para la Gestión de la Situación de Crisis Sanitaria Ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, 67. 2020. Available online: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692> (accessed on 17 February 2023).
3. Instituto Nacional de Estadística. Porcentaje de Establecimientos que Utilizan el Teletrabajo. Available online: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/COVID/ice/p01/10/&file=01007.px> (accessed on 17 October 2022).
4. Ajibade, A.T.; Ogbonnaya, C.; David, A.O. Remote Working and Employee Engagement: A Qualitative Study of British Workers during the Pandemic. *Inf. Technol. People*, 2021; ahead-of-print. [CrossRef]
5. Morillo-Velarde, L.M. Nuevas Tecnologías y Riesgos Psicosociales. *Rev. Española Derecho Trab.* **2016**, *184*, 145–175.
6. Gschwind, L.; Vargas, O. Telework and Its Effects in Europe. In *Telework in the 21st Century*; Edward Elgar Publishing: Cheltenham, UK, 2019; pp. 36–75. [CrossRef]
7. Derndorfer, J.; Disslbacher, F.; Lechinger, V.; Mader, K.; Six, E. Home, Sweet Home? The Impact of Working from Home on the Division of Unpaid Work during the COVID-19 Lockdown. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0259580. [CrossRef] [PubMed]

8. Hjálmsdóttir, A.; Bjarnadóttir, V.S. “I Have Turned into a Foreman Here at Home”: Families and Work-Life Balance in Times of COVID-19 in a Gender Equality Paradise. *Gend. Work. Organ.* **2021**, *28*, 268–283. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
9. Miller, K.E.; Riley, J. Changed Landscape, Unchanged Norms: Work-Family Conflict and the Persistence of the Academic Mother Ideal. *Innov. High. Educ.* **2022**, *47*, 471–492. [\[CrossRef\]](#)
10. Manzo, L.K.C.; Minello, A. Mothers, Childcare Duties, and Remote Working under COVID-19 Lockdown in Italy: Cultivating Communities of Care. *Dialogues Hum. Geogr.* **2020**, *10*, 120–123. [\[CrossRef\]](#)
11. Wandschneider, L.; Batram-Zantvoort, S.; Alaze, A.; Niehues, V.; Spallek, J.; Razum, O.; Miani, C. Self-Reported Mental Well-Being of Mothers with Young Children during the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Germany: A Mixed-Methods Study. *Womens. Health* **2022**, *18*, 17455057221114274. [\[CrossRef\]](#)
12. Çoban, S. Gender and Telework: Work and Family Experiences of Teleworking Professional, Middle-Class, Married Women with Children during the Covid-19 Pandemic in Turkey. *Gend. Work. Organ.* **2022**, *29*, 241–255. [\[CrossRef\]](#)
13. Kutsar, D.; Kurvet-Käosaar, L. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Families: Young People’s Experiences in Estonia. *Front. Sociol.* **2021**, *6*, 163. [\[CrossRef\]](#)
14. Club de MALASMADRES. La Asociación Yo No Renuncio Del Club de Malasmadres Mide Cómo Concilian Las Familias En Tiempos de Confinamiento. 2020. Available online: <https://clubdemalasmadres.com/resultados-encuesta-esto-no-es-conciliar/> (accessed on 17 October 2022).
15. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. La Perspectiva de Género, Esencial en la Respuesta a la COVID-19; Ministerio de Igualdad. 2020. Available online: <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2020/Mayo/InformeCOVID19.htm> (accessed on 17 October 2022).
16. Hochschild, A.; Machung, A. *The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home*; Penguin Books: London, UK, 2015.
17. Graham, M.; Weale, V.; Lambert, K.A.; Kinsman, N.; Stuckey, R.; Oakman, J. Working at Home: The Impacts of COVID 19 on Health, Family-Work-Life Conflict, Gender, and Parental Responsibilities. *J. Occup. Environ. Med.* **2021**, *63*, 938–943. [\[CrossRef\]](#)
18. Niu, Q.; Nagata, T.; Fukutani, N.; Tezuka, M.; Shimoura, K.; Nagai-Tanima, M.; Aoyama, T. Health Effects of Immediate Telework Introduction during the COVID-19 Era in Japan: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0256530. [\[CrossRef\]](#)
19. Soubelet-Fagoaga, I.; Arnoso-Martínez, M.; Guerendiain-Gabás, I.; Martínez-Moreno, E.; Ortiz, G. (Tele)work and Care during Lockdown: Labour and Socio-Familial Restructuring in Times of COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 12087. [\[CrossRef\]](#)
20. Ausín, B.; González-Sanguino, C.; Castellanos, M.Á.; Muñoz, M. Gender-Related Differences in the Psychological Impact of Confinement as a Consequence of COVID-19 in Spain. *Indian J. Gend. Stud.* **2021**, *30*, 29–38. [\[CrossRef\]](#)
21. Antino, M.; Ruiz-Zorrilla, P.; Sanz-Vergel, A.L.; Leon-Perez, J.M.; Rodriguez-Muñoz, A. The Role of Job Insecurity and Work-Family Conflict on Mental Health Evolution during COVID-19 Lockdown. *Eur. J. Work. Org. Psychol.* **2022**, *31*, 667–684. [\[CrossRef\]](#)
22. López-Núñez, M.I.; Díaz-Morales, J.F.; Aparicio-García, M.E. Individual Differences, Personality, Social, Family and Work Variables on Mental Health during COVID-19 Outbreak in Spain. *Pers. Individ. Dif.* **2021**, *172*, 110562. [\[CrossRef\]](#)
23. Palacios-Ceña, D.; Corral Liria, I. Fundamentos Y Desarrollo de Un Protocolo de Investigación Fenomenológica En Enfermería. *Enferm. Intensiv.* **2010**, *21*, 68–73. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
24. Cohen, M.; Kahn, D.; Steeves, R. *Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers*; SAGE Publications: Thousand Oaks, CA, USA, 2000; pp. 25–35. [\[CrossRef\]](#)
25. Starks, H.; Trinidad, S.B. Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qual. Health Res.* **2007**, *17*, 1372–1380. [\[CrossRef\]](#)
26. Loezar-Hernández, M.; Briones-Vozmediano, E.; Gea-Sánchez, M.; Otero-García, L. Percepción de La Atención Sanitaria En La Primera Experiencia de Maternidad Y Paternidad. *Gac. Sanit.* **2022**, *36*, 425–432. [\[CrossRef\]](#)
27. Braun, V.; Clarke, V. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qual. Res. Psychol.* **2006**, *3*, 77–101. [\[CrossRef\]](#)
28. Braun, V.; Clarke, V. Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. *Qual. Psychol.* **2022**, *9*, 3–26. [\[CrossRef\]](#)
29. Berger, R. Now I See It, Now I Don’t: Researcher’s Position and Reflexivity in Qualitative Research. *Qual. Res.* **2015**, *15*, 219–234. [\[CrossRef\]](#)
30. Velasco, S. *Sexos, Género y Salud*; Minerva Ediciones: Madrid, Spain, 2009.
31. Mella Méndez, L. El Trabajo a Distancia Como Medida de Flexibilidad y Conciliación Laboral. IUSLabor. Revista d’anàlisi de Dret del Treball, 2017, n.º 2. Available online: <https://raco.cat/index.php/IUSLabor/article/view/332996> (accessed on 17 October 2022).
32. Corral, A.; Isusi, I. *Impact of the COVID-19 Confinement Measures on Telework in Spain: A Qualitative Survey*; European Commission: Brussels, Belgium, 2020.
33. Collados, M.B.F. El Teletrabajo en España Antes, Durante y Después del Confinamiento Domiciliario. 2021. Available online: https://ejcls.adapt.it/index.php/rldc_adapt/article/view/957 (accessed on 17 October 2022).
34. Maillot, A.-S.; Meyer, T.; Prunier-Poulmaire, S.; Vayre, E. A Qualitative and Longitudinal Study on the Impact of Telework in Times of COVID-19. *Sustain. Sci. Pract. Policy* **2022**, *14*, 8731. [\[CrossRef\]](#)
35. Solís, M.S. Teletrabajo: Condiciones Que Impactan de Manera Positiva Y Negativa El Conflicto Trabajo-Familia. Available online: <https://docplayer.es/94240036-Teletrabajo-condiciones-que-impactan-de-manera-positiva-y-negativa-el-balance-trabajo-familia-resumen.html> (accessed on 17 October 2022).

36. Fukumura, Y.E.; Schott, J.M.; Lucas, G.M.; Becerik-Gerber, B.; Roll, S.C. Negotiating Time and Space When Working from Home: Experiences During COVID-19. *OTJR* **2021**, *41*, 223–231. [\[CrossRef\]](#)
37. Waismel-Manor, R.; Wasserman, V.; Shamir-Balderman, O. No Room of Her Own: Married Couples' Negotiation of Workspace at Home During COVID-19. *Sex Roles* **2021**, *85*, 636–649. [\[CrossRef\]](#)
38. CohenMiller, A.; Izekeova, Z. Motherhood in Academia during the COVID-19 Pandemic: An International Online Photovoice Study Addressing Issues of Equity and Inclusion in Higher Education. *Innov. High. Educ.* **2022**, *47*, 813–835. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
39. Findley, E.; LaBrenz, C.A.; Childress, S.; Vásquez-Schut, G.; Bowman, K. 'I'm Not Perfect': Navigating Screen Time among Parents of Young Children during COVID-19. *Child Care Health Dev.* **2022**, *48*, 1094–1102. [\[CrossRef\]](#)
40. Eurofound; Ahrendt, D.; Cabrita, J.; Clerici, E.; Hurley, J.; Leončikas, T.; Mascherini, M.; Riso, S.; Sandor, E. *Living, Working and COVID-19*; Publications Office of the European Union: Luxembourg, 2020. [\[CrossRef\]](#)
41. Alon, T.; Doepke, M.; Olmstead-Rumsey, J.; Tertilt, M. *The Impact of COVID-19 on Gender Equality*; National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA, USA, 2020. [\[CrossRef\]](#)
42. Frank, E.; Zhao, Z.; Fang, Y.; Rotenstein, L.S.; Sen, S.; Guille, C. Experiences of Work-Family Conflict and Mental Health Symptoms by Gender Among Physician Parents During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw. Open* **2021**, *4*, e2134315. [\[CrossRef\]](#)
43. Hennekam, S.; Shymko, Y. Coping with the COVID-19 Crisis: Force Majeure and Gender Performativity. *Gend. Work. Organ.* **2020**, *27*, 788–803. [\[CrossRef\]](#)
44. Waddell, N.; Overall, N.C.; Chang, V.T.; Hammond, M.D. Gendered Division of Labor during a Nationwide COVID-19 Lockdown: Implications for Relationship Problems and Satisfaction. *J. Soc. Pers. Relat.* **2021**, *38*, 1759–1781. [\[CrossRef\]](#)
45. Aslam, A.; Adams, T.L. "The Workload Is Staggering": Changing Working Conditions of Stay-at-Home Mothers under COVID-19 Lockdowns. *Gend. Work. Organ.* **2022**, *29*, 1764–1778. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
46. Boca, D.D.; Del Boca, D.; Oggero, N.; Profeta, P.; Rossi, M. Women's and Men's Work, Housework and Childcare, before and during COVID-19. *Rev. Econ. Househ.* **2020**, *18*, 1001–1017. [\[CrossRef\]](#)
47. Dean, L.; Churchill, B.; Ruppanner, L. The Mental Load: Building a Deeper Theoretical Understanding of How Cognitive and Emotional Labor Overload Women and Mothers. *Community Work. Fam.* **2022**, *25*, 13–29. [\[CrossRef\]](#)
48. Burns, S.; Jegatheeswaran, C.; Perlman, M. I Felt Like I Was Going Crazy: Understanding Mother's and Young Children's Educational Experiences at Home During COVID-19. *Early Child Educ. J.* **2022**, *51*, 1–14. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
49. Lee, S.J.; Ward, K.P.; Chang, O.D.; Downing, K.M. Parenting Activities and the Transition to Home-Based Education during the COVID-19 Pandemic. *Child. Youth Serv. Rev.* **2021**, *122*, 105585. [\[CrossRef\]](#)
50. Henter, R.; Nastasa, L.E. Parents' Emotion Management for Personal Well-Being When Challenged by Their Online Work and Their Children's Online School. *Front. Psychol.* **2021**, *12*, 751153. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
51. Batram-Zantvoort, S.; Wandschneider, L.; Niehues, V.; Razum, O.; Miani, C. Maternal Self-Conception and Mental Wellbeing during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. A Qualitative Interview Study through the Lens of "Intensive Mothering" and "Ideal Worker" Ideology. *Front. Glob. Womens Health* **2022**, *3*, 878723. [\[CrossRef\]](#)
52. Lincoln, Y.S.; Guba, E.G. *Naturalistic Inquiry*; Sage Publications: Newbury Park, CA, USA, 1985.

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

ARTÍCULO IV

Título: Experiencias de matronas con el uso de la telemedicina en atención primaria durante la pandemia

Revista: Enfermería Clínica

Año: 2023



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ORIGINAL

Percepciones de matronas de atención primaria sobre el uso de la telemedicina durante la pandemia COVID-19 en España

Mariana Loezar-Hernández^{a,b,c}, Erica Briones-Vozmediano^{a,b,c,*},
Montserrat Gea-Sánchez^{a,b,c,d}, Juana Robledo-Martin^{e,f} y Laura Otero-García^g

^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España

^b Grupo de Estudios en Salud, Sociedad, Educación y Cultura de los Cuidados, Universidad de Lleida, Lleida, España

^c Grup de Recerca en Cures en Salut (GRECS), Institut de Recerca Biomèdica (IRB), Lleida, España

^d Centro de Investigación Biomédica en Red en Fragilidad y Envejecimiento saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España

^e Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^f Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, España

^g Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España

Recibido el 26 de junio de 2023; aceptado el 23 de septiembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Matronas;
Atención Primaria de
Salud;
COVID-19;
Investigación
cualitativa;
Telemedicina

Resumen

Objetivo: Explorar las experiencias de matronas/es de atención primaria de salud (APS) con la implementación de la telemedicina en la atención al embarazo y al puerperio durante la pandemia por COVID-19.

Método: Estudio cualitativo exploratorio basado en análisis de contenido inductivo de 15 entrevistas semiestructuradas realizadas a matronas/es de APS en 2021-2022, seleccionadas intencionalmente en cuatro comunidades autónomas españolas. Resultados Se identificaron cinco categorías: 1) cambios en la modalidad de atención en el embarazo y puerperio: priorización de mujeres embarazadas, puerperio desprotegido, aumento de visitas domiciliarias y declive de los grupos de educación parental; 2) implementación de la telemedicina en un escenario cambiante: el lado positivo y negativo de la telemedicina; 3) reacción de las mujeres ante la telemedicina; 4) estrategias implementadas por las matronas para un cuidado humanizado, y 5) aprendizajes para el futuro.

* Autora para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.09.002>

1130-8621/© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Cómo citar este artículo: M. Loezar-Hernández, E. Briones-Vozmediano, M. Gea-Sánchez et al., Percepciones de matronas de atención primaria sobre el uso de la telemedicina durante la pandemia COVID-19 en España, *Enfermería Clínica*, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.09.002>

KEYWORDS

Midwives;
Primary Health Care;
COVID-19;
Qualitative research;
Telemedicine

Conclusiones: El uso de la telemedicina por parte de matronas de atención primaria posibilitó la atención de mujeres embarazadas y puerperas durante la pandemia en España. Los aspectos positivos de la puesta en marcha de este tipo de atención plantean posibilidades de cambio hacia un formato híbrido de atención sanitaria.

© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Primary health care midwives' perceptions on the use of telemedicine during the COVID-19 pandemic in Spain

Abstract

Objective: To explore the experiences of primary healthcare (PHC) midwives with the implementation of telemedicine in pregnancy and puerperium care during the COVID-19 pandemic.

Method: Exploratory qualitative study based on an inductive content analysis of 15 semi-structured interviews with intentionally selected PHC midwives in four Spanish Autonomous Regions, during 2021-2022.

Results: Five categories were identified: (1) changes in the modality of care in pregnancy and puerperium: prioritization of pregnant women, unprotected puerperium, an increase of home visits and decline of parental education groups; (2) implementation of telemedicine in a changing scenario: the positive and negative side of telemedicine; (3) reaction of women to telemedicine; (4) strategies implemented by midwives for a humanized care, and (5) learning for the future.

Conclusions: The use of telemedicine by primary healthcare midwives enabled the care of pregnant and postpartum women during the pandemic in Spain. The positive aspects of the implementation of this type of care raise possibilities for change towards a hybrid format of healthcare.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

¿Qué se conoce?

La telemedicina tiene como finalidad otorgar apoyo clínico por medio de las TIC con el fin de mejorar los resultados sanitarios. Durante la pandemia permitió aumentar la cobertura de la atención sanitaria.

¿Qué aporta?

El uso de la telemedicina posibilitó la atención al embarazo y al puerperio, visibilizando ventajas que permiten plantearse nuevas formas de atención y de seguimiento que pudieran ser aplicables a otras poblaciones vulnerables o con necesidades especiales.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en marzo del 2020 la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una emergencia de salud pública global. En España se decretó el estado de alarma, estableciéndose un confinamiento estricto, y las actividades no esenciales fueron suspendidas¹. Durante la primera ola de la pandemia,

respecto al embarazo y al puerperio se implementaron medidas como la redistribución de funciones del personal, la transformación de unidades de maternidad en unidades COVID-19, la exclusión de la pareja durante el parto, la separación madre y bebé en el periodo posnatal inmediato, restricciones en la lactancia materna, cancelación de visitas, menor acceso a atención prenatal, estancias de posparto más cortas y prohibición de acompañantes²⁻⁴.

La telemedicina tiene como finalidad otorgar apoyo clínico por medio de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) con el fin de mejorar los resultados sanitarios, y es una práctica cambiante y dependiente de los avances tecnológicos, de las necesidades y de los contextos sanitarios⁵. Su uso se extendió en atención primaria de salud (APS) para la preparación al parto, entrevistas prenatales tempranas, consultas de seguimiento del embarazo, y visitas y seguimiento posnatales^{6,7}. Como consecuencia, se redujeron los controles rutinarios del embarazo, lo que pudo influir en el número de cesáreas y de partos instrumentales^{3,8}, la asistencia a la atención prenatal hospitalaria, clínicas posnatales y vacunación infantil⁴, y aumentaron las visitas domiciliarias para evitar el traslado a los centros de salud⁹.

Estudios internacionales concluyen que la implementación de la telemedicina permitió seguir brindando atención sanitaria durante este periodo, con ahorro de tiempo de las pacientes en desplazamientos y espera en salas de consulta, una mayor flexibilidad horaria y mayor cobertura tanto en zonas urbanas como rurales¹⁰⁻¹³. Aun así, es necesario ana-

lizar las inconveniencias para la implementación futura de la telemedicina, como la preocupación por una valoración y examen físico incompleto, más barreras para establecer una relación de confianza con el personal sanitario y una profundización de las desigualdades, por las limitaciones de acceso a aparatos tecnológicos y conectividad^{12,13}.

En el contexto español se han explorado las experiencias y las actitudes de las matronas en la atención al embarazo y al parto de mujeres contagiadas por COVID-19¹⁴; las percepciones de las matronas que estuvieron en primera línea asistencial, tanto en APS como en atención especializada, durante los primeros meses de la pandemia¹⁵; el rol de enfermeras y matronas en la implantación de la videoconsulta¹⁶, así como sobre la evaluación de los efectos de otras medidas implantadas en algunos hospitales, como el alta precoz y las visitas domiciliarias en el seguimiento del posparto desde el punto de vista de las residentes de matronas^{9,17}. Sin embargo, no se ha abordado de forma específica qué supuso la utilización de la telemedicina como herramienta única asistencial para la atención a embarazadas y puerperas por parte de las matronas de APS.

El objetivo del presente estudio fue explorar las experiencias de matronas/es de APS con la implementación de la telemedicina en la atención al embarazo y al puerperio durante la pandemia.

Método

Diseño del estudio

Estudio cualitativo fenomenológico realizado en cuatro comunidades autónomas españolas entre julio de 2021 y febrero de 2022. Se utilizó esta perspectiva teórico-metodológica por ser una estrategia que permite centrarse en las experiencias y en las interpretaciones de los fenómenos sociales a partir de las vivencias de las personas¹⁸.

Población

Muestreo intencional a partir del cual se reclutaron 15 matronas (13 mujeres, 2 hombres) que trabajaron en la atención al embarazo y puerperio en APS durante la pandemia por COVID-19 con un mínimo de dos años de experiencia profesional en Cataluña, Madrid, Islas Canarias y Castilla y León. La selección se realizó a través del contacto con informantes clave de los servicios de salud, previamente identificadas por una de las investigadoras. Después, las matronas entrevistadas facilitaron el contacto de otras participantes, realizándose así también un muestreo en bola de nieve.

Recolección de datos

Entrevistas semiestructuradas a partir de un guion de entrevista diseñado por las investigadoras, basado en los objetivos del estudio y en la revisión de la literatura (tabla 1). Se realizó una entrevista por participante mediante videollamada (entre 30 y 60 minutos) que fueron grabadas y transcritas tras la firma del consentimiento informado.

Análisis de datos

Las transcripciones fueron analizadas siguiendo el análisis de contenido inductivo¹⁹. En un primer momento, dos de las investigadoras realizaron una lectura de las entrevistas para tener una visión general de la información recopilada. Después, identificaron unidades de significado que se etiquetaron con códigos emergentes. Así, se conformaron grupos de códigos acorde a sus similitudes. Tras la revisión de los grupos de códigos y las citas textuales de las entrevistas, de forma inductiva emergieron las categorías y subcategorías, que se organizaron en temas. Se utilizó el software ATLAS.ti 9.3.1 como apoyo para la gestión y codificación de la información.

Aspectos éticos

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Arnau de Vilanova en Lleida en 2021 (CEIC-2460). Para mantener la confidencialidad de los datos, se reemplazaron los datos de las participantes por un número asignado aleatoriamente. Se eliminaron todos aquellos datos de las citas textuales que pudieran hacer a las/os informantes identificables. Los testimonios se identificaron mediante la letra E de «entrevista» y un número.

Reflexividad

Las autoras cuentan con amplia experiencia en investigación cualitativa en salud y en el ámbito clínico en enfermería. No existía relación previa entre ellas y las participantes. Se realizó un proceso reflexivo en el diseño, en la recogida de información, en el análisis de datos y en la redacción del manuscrito. Por ejemplo, mediante la recogida de anotaciones de campo durante y después de realizar las entrevistas y la discusión de resultados con el resto del equipo.

Resultados

Las características de los/as participantes se muestran en la tabla 2.

Los resultados se han organizado en cinco categorías, de las cuales las dos primeras se distribuyen en seis subcategorías. Los testimonios representativos pueden consultarse en las tablas 3-6.

Cambios en la modalidad de atención en el embarazo y puerperio (tabla 3)

Priorización de las mujeres embarazadas

Frente a la crisis sanitaria de la primera ola se cancelaron todas las visitas presenciales para evitar al máximo el riesgo de contagio. Posteriormente, y según los protocolos, se estableció un orden de priorización en la atención a la mujer, dando especial énfasis a las embarazadas y dejando de lado otras prácticas, como, por ejemplo, los cribados.

Tabla 1 Guion de entrevista

Temática	Preguntas
Reorganización de la atención en servicios sanitarios	• ¿Qué cambios se han desarrollado en la atención al embarazo y puerperio por la pandemia por COVID-19? • ¿Qué dificultades se han presentado en cuanto a la atención sanitaria? • ¿Qué estrategias se utilizaron en la atención al embarazo y puerperio para cubrir las necesidades de las mujeres durante la primera ola de contagios?
Calidad de atención sanitaria y cuidado humanizado	• ¿Cómo percibes que las mujeres han sido atendidas por las matronas/es durante esta situación de emergencia? • ¿Cómo crees que han percibido las mujeres la atención recibida con las nuevas medidas sanitarias establecidas? • ¿Qué estrategias has utilizado para mantener un cuidado humanizado con las mujeres atendidas?
Preguntas de clausura	• ¿De qué manera crees que se podría haber mejorado la calidad de la atención sanitaria realizada por las y los profesionales durante la primera hora de la COVID-19?

Tabla 2 Perfil de las participantes (n = 15)

N.º	Edad	Género	Comunidad Autónoma	Población atendida	Años de experiencia profesional
1	31	Femenino	Canarias	Urbana	< 5
2	62	Femenino	Madrid	Urbana	26-30
3	59	Femenino	Castilla y León	Urbana	31-35
4	38	Femenino	Cataluña	Urbana	11-15
5	63	Masculino	Canarias	Urbana	> 40
6	40	Femenino	Cataluña	Urbana	16-20
7	63	Femenino	Canarias	Urbana	> 40
8	38	Masculino	Castilla y León	Rural	11-15
9	48	Femenino	Cataluña	Urbana y rural	21-25
10	35	Femenino	Canarias	Urbana	11-15
11	42	Femenino	Castilla y León	Rural	11-15
12	61	Femenino	Castilla y León	Urbana y rural	36-40
13	31	Femenino	Canarias	Urbana	6-10
14	47	Femenino	Cataluña	Urbana y rural	21-25
15	39	Femenino	Cataluña	Urbana	11-15

Puerperio desprotegido y aumento de visitas domiciliarias

Las visitas en el puerperio pasaron a ser telefónicas o por videollamada durante la primera ola de la pandemia. En el embarazo, estas se mantuvieron por más tiempo de forma no presencial, a excepción de casos específicos que requirieran atención inmediata. Las matronas coincidieron en que, por este motivo, la salud de las mujeres en el puerperio estuvo desprotegida.

Declive de los grupos de educación parental

Las matronas explicaron que los grupos de educación se cancelaron una vez declarada la pandemia. Mientras que en algunas regiones españolas no se reiniciaron hasta avanzada la pandemia, en otras se implementaron de forma virtual, lo que fue uno de los cambios que más perduró en el tiempo. Las matronas expresaron el modo en que percibieron que las mujeres acogían con resistencia este cambio de los grupos a la modalidad virtual por desconfianza y desconocimiento en el uso de las plataformas.

Para las matronas, implementar la telemedicina supuso un desafío, ya que no recibieron formación para adaptarse a esta nueva modalidad. Los principales cambios que hicieron fueron la disminución de la entrega de contenidos e información y el apoyo con estímulos visuales y auditivos en las presentaciones. La principal limitación identificada del cambio de modalidad en los grupos fue el impedimento de crear una red de apoyo con otras madres, que era uno de sus grandes beneficios. Mediante el contacto online la interacción no fue la misma, a pesar de los esfuerzos de las matronas.

Según los testimonios, tanto la asistencia como la participación en estos grupos se vieron claramente afectadas por el cambio de modalidad. Algunas matronas lo explicaron a raíz de la pérdida de actividades de dinamización del grupo unido a la desconfianza de las mujeres que hizo perder el interés en estas actividades. Sin embargo, las matronas coincidieron en que facilitó la participación de los padres debido a que pudieron coordinar mejor la asistencia con los horarios de trabajo y/o ver el contenido de forma diferida.

Esto, según las matronas, no solo tuvo que ver con la compatibilización de horarios, sino con la comodidad de no enfrentarse, en muchos casos solos, a un grupo de mujeres.

Tabla 3 Subcategorías, códigos y testimonios para categoría 1. «Cambios en la modalidad de atención en el embarazo y puerperio»

Subcategoría	Código	Testimonios
La priorización de las mujeres embarazadas	Embarazadas por sobre otras poblaciones vulnerables	«La atención que se las ha dado, pues se las ha priorizado [a las embarazadas]. La verdad se las ha cuidado más que a otros pacientes vulnerables. Nosotros buscamos un circuito aparte para el recién nacido, para la embarazada, totalmente separado del resto de la población, que era poca, pero que también era vulnerable, que requería una asistencia presencial en plena crisis» (E11) «El inicio de la pandemia fue un caos total. Se suspendieron todas las consultas y entonces empezamos con un protocolo de actuación solo de embarazo» (E7)
Puerperio desprotegido y aumento de visitas domiciliarias	Carencias y soluciones en un puerperio desprotegido	«¿Sabes cuando más lo echaba de menos? [la presencialidad] en los postpartos en los cuales la mujer es más vulnerable. Está más sensible, a veces un simple abrazo pues reconforta un montón y esa incapacidad de poder darle un abrazo a mí me ha costado» (E1) «El puerperio domiciliario ha sido una revolución, porque dar de alta lo antes posible a la mujer y después ir a la casa a hacer el puerperio domiciliario creo que ha sido un avance importantísimo. Que la mujer no se tenga que dirigir al centro para hacer el posparto, porque donde tiene que estar la mujer es en casa con su bebé y debemos ser nosotros quien nos desplazemos para ver su entorno. Reforzar la lactancia, darle soporte, cuidados del bebé» (E15)
El declive de los grupos de educación parental	Pasando de lo presencial a lo virtual	«Todo lo que es actividad comunitaria grupal, grupos de educación para la salud, pues desde grupos de masaje infantil, grupos de soporte a la lactancia, grupo de preparación al nacimiento, grupales de reeducación de suelo pélvico. Todo esto fue una de las primeras medidas que se restringió» (E15) «Al principio se suspendieron, se suprimieron durante dos semanas, que fue cuando se decretó el estado de alarma y luego siguieron canceladas. Se retomó online cuando ya estamos hablando de junio/julio. Fueron un montón de meses donde las mamás se quedaron sin esa educación maternal» (E13)
	Desconfiando en el nuevo formato de atención	«Como que no confiaban en que este formato iba a aportar algo, pero tal como fue transcurriendo la pandemia, se iba instalando cada vez más en nuestro día a día y se iba viendo que esto no iba a ser una cosa de dos días, pues ya hubo muchas menos resistencias a los grupos online. Porque no había alternativa posible» (E4)
	Falta de formación y herramientas	«Y tendrían también que darnos herramientas de cómo llevar un grupo online, que eso no sé si se ha dado. Al menos yo no las he recibido. Entonces también aprender a lo mejor otras herramientas [...]. Porque si no, a mí me da la sensación de que puede ser muy unidireccional» (E6)
	Adaptando material educativo	«Yo sí que me he notado, que he intentado priorizar en la información que les doy. Y hacerlo de una forma más directa y quedarme con lo importante» (E1)

Tabla 3 (continuación)

Subcategoría	Código	Testimonios
	Virtualidad como barrera para crear redes de apoyo	«Sobre todo, la parte más desfavorable es que no pueden hacer un grupo o les cuesta más, porque normalmente antes de entrar en el grupo o después hay conversaciones. Cuando ya llevan unas semanas se va construyendo un poco de red. Y esto en los grupos virtuales ha costado un poco más: al final se han dado el móvil, han hecho un grupo de WhatsApp y están en contacto, pero es un poco más largo y un poco más frío» (E4)
	Disminución de la participación en los grupos de educación parental	«Mi experiencia es que, por supuesto, la participación no es la misma. ¿Por qué? Porque las dinámicas que se pueden hacer in situ no tienen nada que ver, es decir, hay dinámicas que no son aplicables [...] el espacio de discusión entre ellas, pues claro, es muy difícil de generar porque no es factible» (E15)
	Mayor participación de hombres en grupos de educación parental virtuales	«Los hombres, un gran hándicap es las horas de trabajo que tienen y que no les dejan asistir a su trabajo para venir al grupo. Pero de esta forma con los directos, como los dejo colgados [en redes sociales] durante todo el tiempo, que está el grupo activo durante dos meses, los pueden ver las veces que quieran [...] Tampoco se sienten tan bichos raros. Porque cuando viene uno solo, debe tener las cosas muy claras para venir a un grupo con ocho o diez mujeres y ser un hombre solo» (E8) «No se conectan mucho y los que se conectan están calladitos, no sé si les da más vergüenza o qué. Están tan callados. Y a veces ni se asoman y de repente escucho una voz masculina, y es como a ver quién está por ahí, no se ha presentado» (E10)

La virtualidad les permitió participar con menos presión y más facilidad, sin sentirse «bichos raros» ni resaltar demasiado.

Implementación de la telemedicina en un escenario cambiante (tabla 4)

El lado positivo de la telemedicina y sus aportaciones durante la pandemia

Según las matronas, la implementación de la telemedicina posibilitó mantener la atención a las mujeres, que, de otro modo, se hubiera cancelado por las medidas restrictivas de la pandemia. Las principales ventajas reportadas fueron: ahorro de tiempo por consultas telefónicas, lo que permitió dedicarlo a visitas que lo requerían y una mayor accesibilidad a población migrante, rural y para quienes la presencialidad es un impedimento para acudir al centro de salud. El uso de las nuevas tecnologías permitió mayor accesibilidad, difusión y alcance de la información, favoreciendo la vinculación de otros integrantes de la familia.

El lado negativo de la telemedicina

La pérdida de cercanía con las mujeres y de calidez en la atención sanitaria fue una de las principales dificultades reportadas por las matronas. Tuvieron la sensación de per-

derse información valiosa en la valoración a las mujeres, principalmente por el rol que juega el lenguaje paraverbal y el vínculo de confianza con las mujeres.

Asimismo, el acceso a aparatos tecnológicos o conexión a internet estable fue identificado como una limitación para las mujeres. Esta brecha digital también se extendió a las matronas, por la falta de recursos tecnológicos en los centros de salud que retrasó la implementación de visitas virtuales de formación a las matronas para el uso de estas nuevas herramientas tecnológicas. Esto requirió que aprendieran de forma autodidacta a utilizarlas, sobre todo las que no eran nativas digitales.

Dificultades y limitaciones en la implementación de la telemedicina

Las matronas fueron autocríticas respecto a su propia labor y reportaron limitaciones en la atención a las mujeres. Por ejemplo, la priorización de la prevención del contagio por COVID-19 frente a otras necesidades de mujeres embarazadas y puerperas; el retraso en el reinicio de la presencialidad tanto de las visitas como de los grupos de educación parental, en muchos casos relacionado con la comodidad de las profesionales; la restricción a los padres para acudir a visitas de forma prolongada, a pesar de la importancia que tiene en el bienestar de las mujeres e hijas/os. Una de las

Tabla 4 Subcategoría, códigos y testimonios para categoría 2. «Implementación de la telemedicina en un escenario cambiante»

Subcategoría	Códigos	Testimonios
El lado positivo de la telemedicina y sus aportaciones durante la pandemia	Mayor alcance, difusión y accesibilidad de la atención sanitaria	«La ventaja es que puedes llegar a todo el mundo que le interese. Da igual donde esté, da igual cuánto tiempo tenga para venir o no venir. Quiero decir que hay veces que dices: ‘‘ostras, si me tengo que desplazar y luego voy y vuelvo y tal’’; pues paso, ya no me apunto» (E15) «Ahora mismo hay mucha más información, mucha más gente escuchando la clase de alimentación del recién nacido que antes [...]. Porque cuando lo escucha solamente la mujer no llegan a ninguna parte, simplemente a juzgarla a ella. Para determinados temas, había algunas de las mujeres que me decían que si podía venir su madre. Ahora lo tienen fácil, porque ahora tú escuchas un video, lo ves y le dices a tal persona escucha esto» (E8)
El lado negativo de la telemedicina	Limitaciones de falta de comunicación no verbal	«Cuando tú estás delante de la otra persona, en la comunicación no verbal, te da pistas de dónde tienes que andar. Nivel físico a nivel psicológico, pienso, pero por teléfono te falta esa conexión presencial. Entonces se escapan cosas que sí que necesitamos en la consulta, a nivel emocional, sobre todo mujeres que hayan tenido una depresión posparto o que tuvieran el riesgo de desarrollarla. Por teléfono es complicado hablar de ese tema» (E13)
	Factores que influyeron en el acceso a la telemedicina de matronas y mujeres	«Mis pacientes no es que tengan un nivel económico elevado. Muchas no tenían teléfono, la cobertura iba fatal. Muchas no tienen internet. Y si tienen internet, no tienen dispositivos para poder acceder a las clases virtuales [...]. Entonces también tienes que contar no solo con tus medios, con los que te dan a ti, sino con los medios de la mujer» (E1) «No nos habían facilitado una plataforma online para trabajar. O sea que si hacíamos grupos era pues con nuestros perfiles de teams o de Skype [...]. La edad a veces sí que va un poco ligada de que no son nativas digitales. Era muy difícil para algunas personas empezar en estos temas sin formación ni nada» (E4)
Dificultades y limitaciones en la implementación de la telemedicina	Autocrítica de matronas a necesidades de mujeres durante la pandemia	«Pero es cierto que quizá podríamos haber utilizado un poco menos la consulta telefónica y el tema de la presencialidad, yo creo que también se podría haber retomado antes. Al igual que el acompañamiento en la consulta» (E10) «Sí que hubo un momento en el que las restricciones llegaron al punto de que no podían ser acompañadas a las visitas las embarazadas. Esto sí que fue algo que, con muy buen criterio, la población nos hizo saber que no era correcto. Y comparto totalmente su opinión en la medida en que la gestación no es un proceso de la mujer» (E15)
	«Falta de la figura del padre»	«Creo que le están quitando el inicio de la creación del vínculo con el hijo y de la participación [...] como el rol de padre en todo el seguimiento del embarazo. Entonces yo diría que eso es como la mella más grande que está dejando todo el tema de la pandemia en el embarazo y en el puerperio, la falta de la figura del padre» (E13)

Tabla 5 Códigos y testimonios para la categoría 3. «Reacciones de las mujeres a la atención mediante telemedicina»

Código	Testimonios
Aumento de la soledad en las mujeres puérperas y embarazadas	«Pues yo creo que un poco a nivel psicológico de las mujeres les ha afectado el tema de la pandemia, porque ha sido una mezcla para ellas. Entre el miedo, la incertidumbre y la soledad. De todas las que han sido primerizas y no es a falta de tener familia, eso ha sido para mí, yo lo puntualizaría porque ha sido de destacar a nivel psicológico» (E13)
Desconfianza por incertidumbre y cambios constantes de directrices	«Por parte de nosotras, de la matrona, estaban contentas y al principio estaban descolocadas. Pero una cosa que sí que me di cuenta, que a veces sí notaba por parte de ellas, desconfianza. No a nivel focalizado en las matronas, sino a nivel del sistema sanitario por la cantidad de controversias que se dieron desde el inicio de la pandemia» (E13)
Percepción de mujeres de estar desatendidas	«Y yo tengo que estar rebuscando todos los días. La administración a nivel nacional te dice una cosa y a nivel autonómico te dice otra. Entonces, el usuario te viene a ti, tú ¿qué le vas a decir? Intentas más o menos esquivarlo. La usuaria es la que directamente está implicada contigo» (E5) «Ellas tenían sensación de estar desatendidas. Porque llegaban a consulta y te decían es que no me están controlando»; «no me ha visto nadie». Cuando realmente estaban controladas. El hecho de que nadie las viera presencialmente o las vieran bastante menos les daba la sensación de que no te están controlando» (E7) «Ha habido muchas pacientes que tenían mi teléfono personal [...] La mujer estaba como muy desatendida» (E3)

Tabla 6 Códigos y testimonios para categoría 4. «Estrategias implementadas por las matronas para posibilitar cuidados humanizados»

Código	Testimonios
Estrategias que favorecen el cuidado humanizado	«Varias personas, entre ellas yo, nos pusimos las pilas, íbamos compartiendo el grupo de WhatsApp de las comadronas que echaba humo: 'a mí me gusta esta plataforma y esta otra, y vamos probando''. Entonces íbamos descubriendo cosas, por ejemplo, nos conectábamos al grupo de otra» (E4) «Entonces tener ese vínculo, saber que tenías el teléfono para llamar. Les da más seguridad, aunque a lo mejor no tuvieran que utilizarlo, pero era un acceso directo. No era como el teléfono del centro de salud que sonaba y sonaba que estaba sobrecargado» (E3)
Estrategias implementadas para reemplazar grupos de educación parental	«En nuestro caso nos pusimos manos a la obra mi compañera y yo. Ella controlaba como hacer un blog. Entonces hicimos un blog muy rápido. En cuanto tuvimos cinco entradas lo publicamos» (E2) «La educación prenatal hubo que cortarla de golpe y porrazo y entonces, en plena primera ola, no podía haber educación prenatal. Y ahí es cuando hice lo de Instagram. Generé un perfil de Instagram privado, al que solamente tenían acceso las mujeres que estaban en ese grupo de educación prenatal. Les daba acceso y entonces hacía directos donde les contaba la charla que les tendría que contar [...]; como muchas de las matronas no estaban teniendo acceso a hacer grupos, lo dejé abierto para que cualquier mujer, hombre o el que se pudiera unir al perfil» (E8)

matronas comentó que la exclusión de los hombres afectó directamente a la implicación y al vínculo con sus recién nacidos.

Reacciones de las mujeres a la atención mediante telemedicina (tabla 5)

Las matronas percibieron que, pese a que las mujeres se adaptaron a la atención recibida, y que adoptaron actitudes compasivas con las profesionales por el contexto de la pandemia, la falta de presencialidad les hizo sentir desatendidas. Asimismo, percibieron que se produjo un aumento de la soledad en las mujeres tanto embarazadas como puérperas, lo que se sumó a la angustia y al miedo por la incertidumbre de la pandemia. Esto se sumó a la desconfianza que sintieron las mujeres, según las matronas, hacia el sistema sanitario por las directrices variables que se transmitieron a toda la población. Esto también lo vivieron las matronas, con los constantes cambios de protocolos y diferencias en la aplicación de medidas en cada comunidad autónoma, lo que les generó incertidumbre e inseguridad.

Estrategias implementadas por las matronas para posibilitar cuidados humanizados (tabla 6)

Las estrategias que han utilizado las entrevistadas para llevar a cabo un cuidado humanizado en este nuevo contexto han sido: facilitar el contacto directo o hasta su propio teléfono personal para ser más accesibles a las mujeres y aportarles tranquilidad; atender consultas y realizar seguimiento por correo electrónico; priorizar las visitas por videollamada sobre las telefónicas para transmitir mayor cercanía, y colaborar con otras matronas para resolver dudas y desafíos de la telemedicina por medio de grupos de WhatsApp®.

Respecto a la cancelación de los grupos de educación parental, se desplegaron estrategias para intentar reemplazarlos. Entre algunas de las medidas destacaron: remitir a las mujeres a páginas web con información fiable y contrastada por ellas mismas; creación de blogs donde las matronas escribían entradas con información; creación de perfiles en redes sociales, tanto como plataforma para la realización de grupos de educación parental online como vía de difusión de información; aprovechar los recursos de otras compañeras y derivar a las mujeres a esos espacios.

Aprendizajes para el futuro

Para mejorar la atención y la accesibilidad a los servicios sanitarios en tiempos de pandemia, sugirieron la necesidad de más recursos materiales y humanos, como más contestadores o personal para resolver todas las llamadas de las usuarias, aumentar el tiempo para realizar visitas, proveer de recursos materiales, como medios de transporte o plataformas digitales adecuadas, y de recursos humanos para responder a las visitas pendientes desde la COVID.

Discusión

Este estudio muestra que las matronas identificaron aspectos positivos y negativos de la implementación de la telemedicina, y tuvieron que desplegar estrategias para fomentar el cuidado humanizado y suplir la educación parental presencial.

La implementación de la telemedicina en APS durante la COVID-19 se llevó a cabo tanto en países europeos como de América Latina^{20,21}, a pesar de que no siempre fue exitosa. Tal y como se evidencia en los resultados de este estudio, su implementación se realizó según la fluctuación de la situación epidemiológica, lo que afectó a la toma de decisiones de los profesionales sobre qué protocolo seguir en cada momento^{11,20}. En el ámbito internacional^{12,24} también ha sido señalado que este tipo de prácticas ocasionaron una gran heterogeneidad en la respuesta sanitaria. Según otros estudios^{25,26}, en algunos casos estas fueron hasta incongruentes con buenas prácticas. Las profesionales manifestaron preocupación por los efectos a largo plazo que podían tener estas medidas¹¹. Por ejemplo, respecto a las consecuencias de la limitación de los padres en asumir una paternidad responsable²⁷.

Al igual que las profesionales de este estudio, la falta de cercanía en la relación con las mujeres fue identificada como una de las principales desventajas de la telemedicina^{12,23}. Otros estudios también concluyen que la telemedicina afecta el vínculo de confianza con la matrona por tener menos conexión, malas interpretaciones de la información proporcionada y menor comprensión mutua^{10,11}. Uno de los factores perjudiciales para la formación de este vínculo fue la falta de comunicación no verbal. Esta fomenta la confianza en la relación con las matronas y la valoración de las necesidades de las mujeres²².

La falta de formación para el uso de la telemedicina de las matronas y la brecha digital, más acusada en las matronas de mayor edad, fueron otras limitaciones reportadas en este estudio. Un estudio reciente también relaciona el nivel de competencia digital con la edad²⁸. Al igual que en este estudio, las matronas tuvieron que aprender de forma autodidacta para prestar atención telemática²¹. Para esto, en algunos contextos se utilizaron las redes sociales para educar en salud²³. En este sentido, es importante tener en consideración que los grupos en redes sociales moderados y supervisados por matronas potencian la educación para la salud^{29,30}.

El acceso a aparatos tecnológicos y redes de conexión estables, la falta de alfabetización digital y las barreras lingüísticas fueron limitaciones para las mujeres en el uso de la telemedicina, según las matronas entrevistadas en nuestro estudio. Estas cuestiones suelen agravarse en personas residentes en el ámbito rural o de bajos ingresos^{10,24}. Por otro lado, una preocupación reportada fue la falta de privacidad derivada de las consultas telemáticas, sobre todo para tratar temáticas sensibles, lo que se ratifica en un estudio realizado en el Reino Unido, donde las mujeres reconocieron sentirse cohibidas para hablar telemáticamente sobre temas

sensibles, como por ejemplo salud mental³¹ o violencia de género^{10,32}.

Diversos estudios^{24,32} coinciden en las ventajas de la telemedicina reportadas en este estudio, como el ahorro y la optimización del tiempo de consulta, una mayor accesibilidad, así como mejoras en la difusión y en el alcance de la información. Estas ventajas abren la posibilidad de pensar en el uso de la telemedicina más allá de la pandemia según las matronas de este estudio, dando paso a un formato de atención flexible entre lo presencial y lo virtual. Sin embargo, para esto es importante garantizar el acceso tecnológico y fomentar la confianza en el uso de estas herramientas tanto en los profesionales como en las personas atendidas^{11,24}.

El presente trabajo tiene limitaciones y fortalezas. El trabajo de campo se realizó después de la primera ola de la pandemia en España, por lo que las percepciones de las matronas son retrospectivas en los aspectos relativos al confinamiento. Además, hubo variaciones en la incidencia de la pandemia por COVID-19 y las directrices entre las diferentes comunidades autónomas, por lo que se debe tener en cuenta que la muestra de este estudio se circunscribe a matronas de cuatro comunidades autónomas españolas. Para asegurar la validez y la calidad de esta investigación cualitativa se siguieron los criterios propuestos por Lincoln y Guba³³, en base a los criterios de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad.

Como futuras líneas de investigación se sugiere evaluar la efectividad y la calidad de intervenciones protocolizadas de atención híbrida durante el embarazo y el puerperio para así identificar cuáles son las más efectivas para una futura implementación. Así también, se sugiere profundizar en las experiencias de mujeres embarazadas y puerperas que reciban esta atención híbrida.

Se puede concluir que el uso de la telemedicina posibilitó la atención de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, haciendo visibles diferentes ventajas que merecen ser tenidas en cuenta para plantear la posibilidad de avanzar hacia un formato híbrido de atención sanitaria en APS. Esto abre la posibilidad de nuevas formas de atención sanitaria y de seguimiento que pudieran ser aptas para poblaciones con necesidades especiales. En este sentido, es crucial tener en cuenta a las matronas tanto en la formulación de estrategias para el uso de la telemedicina en formato híbrido como en sus necesidades de formación. Se sugiere la implementación de programas de capacitación en competencias digitales tanto a nivel de profesionales como de la población en general.

Financiación

Ayuda para personal predoctoral en formación de la Universidad de Lleida, Jade Plus.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Las autoras quieren agradecer a las y los informantes por su tiempo y disposición a participar en este estudio y compartir sus experiencias.

Bibliografía

1. BOE-A-2020-3692. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2021 [consultado 9 May 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>
2. Rocca-Ihenacho L, Alonso C. Where do women birth during a pandemic? Changing perspectives on Safe Motherhood during the COVID-19 pandemic. *J Glob Health Sci.* 2020;2:e4, <http://dx.doi.org/10.35500/jghs.2020.2.e4>.
3. Requena-Mullor M, García-González J, Wei R, Romero-del Rey R, Alarcón-Rodríguez R. The impact of COVID-19 on the monitoring of pregnancy and delivery of pregnant women in the Dominican Republic. *Healthcare (Basel).* 2022;10:2266, <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10112266>.
4. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: Findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health.* 2020;5:e002967, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002967>.
5. Global Observatory for eHealth series-Volume 2. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States. World Health Organization; 2009.
6. Montagnoli C, Zanconato G, Ruggeri S, Cinelli G, Tozzi AE. Restructuring maternal services during the COVID-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery.* 2021;94:102916, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102916>.
7. Rousseau A, Gaucher L, Gautier S, Mahrez I, Baumann S. How midwives implemented teleconsultations during the COVID-19 health crisis: A mixed-methods study. *BMJ Open.* 2022;12:e057292, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057292>.
8. López Rodríguez RM, Soriano Villarroel I. Informe Salud y Género 2022: Aproximación multidisciplinaria a la pandemia por COVID-19. Ministerio de Sanidad; 2022.
9. Iglesias Constante SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto. *Matronas Prof.* 2015;16:44-9.
10. Kornelsen J, Nowaczek D, Johnson R, Mattei M, Moola S. Care providers' experiences with and attitudes towards virtual antenatal care: Findings from a qualitative study in British Columbia. *Digit Health.* 2022;8, <http://dx.doi.org/10.1177/20552076221131458>, 20552076221131458.
11. James S, Ashley C, Williams A, Desborough J, Mcinnes S, Calma K, et al. Experiences of Australian primary healthcare nurses in using telehealth during COVID-19: a qualitative study. *BMJ Open.* 2021;11:e049095, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049095>.
12. Hearn F, Biggs L, Wallace H, Riggs E. No one asked us: Understanding the lived experiences of midwives providing care in the North West suburbs of Melbourne during the COVID-19 pandemic: An interpretive phenomenology. *Women Birth.* 2022;35:447-57, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.008>.

13. Flaherty SJ, Delaney H, Matvienko-Sikar K, Smith V. Maternity care during COVID-19: A qualitative evidence synthesis of women's and maternity care providers' views and experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:438, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-04724-w>.
14. González-Timoneda A, Hernández Hernández V, Pardo Moya S, Alfaro Blazquez R. Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women Birth*. 2021;34:465-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.001>.
15. Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A, Perelló-Iñiguez C, Rodríguez-Garrido P. The COVID-19 pandemic in Spain: Experiences of midwives on the healthcare frontline. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:6516, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126516>.
16. Núñez Marrero J, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Sáez Rodríguez MJ, Martínez Alberto CE, Galdona Luis I, et al. La video-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantación. *Ene*. 2021;15:3-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1988-348X2021000200002&lng=es>
17. Feijóo Iglesias MB, Chorro LC, Escolar IB, Pascual AS, de la Peña Rodríguez MA, Diego RMA. Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1-1018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8069475>
18. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications; 2016. p. 488.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105-12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
20. Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves M.T.S.S.B., Poty NARC, Thomaz EBAF. From prenatal to postpartum care: changes in obstetric health services during the COVID-19 pandemic. *Enferm*. 2022;31, <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0206en>, e20220206.
21. Galle A, Semaan A, Huysmans E, Audet C, Asefa A, Delvaux T, et al. A double-edged sword—telemedicine for maternal care during COVID-19: Findings from a global mixed-methods study of healthcare providers. *BMJ Global Health*. 2021;6:e004575, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004575>.
22. Appelman IF, Thompson SM, van den Berg LMM, van der Wal JTG, de Jonge A, Hollander MH. It was tough, but necessary. Organizational changes in a community-based maternity care system during the first wave of the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis in the Netherlands. *Plos One*. 2022;17:e0264311, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0264311>.
23. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez Díaz L, Gómez-Salgado J, Vázquez Lara JM. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94:1-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721383>
24. Madden N, Emeruwa UN, Friedman AM, Aubey JJ, Aziz A, Baptiste CD, et al. Telehealth uptake into prenatal care and provider attitudes during the COVID-19 pandemic in New York City: A quantitative and qualitative analysis. *Am J Perinatol*. 2020;37:1005-14, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712939>.
25. Stulz VM, Bradfield Z, Cummins A, Catling C, Sweet L, McInnes R, et al. Midwives providing woman-centred care during the COVID-19 pandemic in Australia: A national qualitative study. *Women Birth*. 2022;35:475-83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.006>.
26. Leung C, Olufunlayo T, Olateju Z, MacArthur C, Taylor B. Perceptions and experiences of maternity care workers during COVID-19 pandemic in Lagos State, Nigeria; a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:606, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08009-y>.
27. Cabrera NJ, Volling BL, Barr R. Fathers are parents, too! Widening the lens on parenting for children's development. *Child Dev Perspect*. 2018;12:152-7, <http://dx.doi.org/10.1111/cdep.12275>.
28. Reixach E, Andrés E, Ribes JS, Gea-Sánchez M, López AA, Cruañas B, et al. Measuring the digital skills of Catalan health care professionals as a key step toward a strategic training plan: Digital competence test validation study. *J Med Internet Res*. 2022;24:e38347. Disponible en: <https://www.jmir.org/2022/11/e38347/metrics>
29. Lara MA, Navarrete L, Medina E, Patiño P, Tiburcio M. Impact of Facebook on social support and emotional wellbeing in perinatal women during three waves of the COVID-19 pandemic in Mexico: A descriptive qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:2472, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20032472>.
30. McCarthy R, Byrne G, Brett A, Choucri L, Ormandy P, Chatwin J. Midwife-moderated social media groups as a validated information source for women during pregnancy. *Midwifery*. 2020;88:102710, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102710>.
31. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snellings E, Simpson P, Morris E. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: A qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:600, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2>.
32. Jones IHM, Thompson A, Dunlop CL, Wilson A. Midwives' and maternity support workers' perceptions of the impact of the first year of the COVID-19 pandemic on respectful maternity care in a diverse region of the UK: A qualitative study. *BMJ Open*. 2022;12:e064731, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064731>.
33. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications; 1985. p. 416.

CAPÍTULO 7.

RESUMEN GLOBAL Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Resumen global de resultados

Los resultados del **Artículo I** mostraron que la maternidad y la paternidad son experiencias que afectan la salud de mujeres y hombres que la viven por primera vez desde una perspectiva biopsicosocial. Se destaca el cansancio acumulado, estrés, inseguridad, soledad, déficit de autocuidado, cambios en el entorno social (amistades, familia y relación de pareja), dificultades con la incorporación al trabajo productivo y conciliación familiar-laboral. Asimismo, se reportó que el reparto de tareas de cuidado y domésticas en la pareja sigue respondiendo a los roles de género tradicionales a pesar de los avances en materia de corresponsabilidad. Diversos factores influyen en esto, la naturalización del cuidado en las mujeres, la falta de protección estatal a la maternidad y paternidad son algunos de ellos. Esto genera una sobrecarga de cuidados, labores domésticas y carga mental en las mujeres que afecta su salud desde una perspectiva biopsicosocial.

En el **Artículo II** se concluye que tanto madres como padres no se sienten preparados para enfrentar el cambio e impacto psicológico que supone la maternidad. Se requiere de una mejor preparación que favorezca esta transición, y facilite la adaptación a los cambios que experimentan más allá del parto. Asimismo, se recalcó la importancia de un seguimiento más integral en el postparto aumentando el número de visitas y teniendo en cuenta la salud mental de las nuevas madres. Los padres, por su parte, se sintieron desplazados en la atención sanitaria debido a que las/los profesionales sanitarios tienden a dar más información a las madres que a ellos. En estos resultados también se recalca el rol de apoyo y acompañamiento que ofrecen los grupos de madres y la importancia de que desde la atención sanitaria se fomente la creación de este tipo de espacios.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, surgió la inquietud de explorar los efectos del COVID-19 sobre la conciliación familiar-laboral de mujeres trabajadoras y la respuesta de la atención sanitaria al embarazo y puerperio. En el **Artículo III** se reportó que durante el confinamiento las mujeres se enfrentaron al desafío de cumplir con el trabajo productivo y reproductivo en un mismo espacio físico y temporal, pero no cumplieron con sus expectativas ni como madres ni como trabajadoras. Se encontraron con diversas dificultades como la caída del sistema de apoyo a los cuidados, sobrecarga y aumento de exigencias de los empleadores en el trabajo productivo, falta de tiempo y la asunción desigual de las responsabilidades en la pareja. Por esto, se produjeron consecuencias en la salud de las mujeres desde una perspectiva

biopsicosocial: físico (cansancio y estrés), mental (ansiedad, sentimientos de pérdida de control, culpa, frustración e irritabilidad) y social (conflictos en la relación de pareja y con la relación con el trabajo). Por último, en el **Artículo IV** se concluye que la telemedicina posibilitó la atención de las mujeres en el embarazo y puerperio a pesar de las limitaciones que existían por la urgencia sanitaria. Se evidenciaron ventajas de la telemedicina como el ahorro y optimización del tiempo de consulta, mayor accesibilidad, difusión y alcance de la información. También, desventajas como la pérdida de cercanía y confianza con las mujeres, brecha digital tanto en el acceso a dispositivos tecnológicos y redes de conexión tanto en las mujeres atendidas como en las matronas quienes no recibieron tampoco formación para adaptarse a su uso. Las matronas reconocieron que durante la pandemia se priorizó la prevención de contagio por COVID-19 frente a otras necesidades de las mujeres, de hecho, consideraron que las más afectadas fueron las mujeres puérperas en quienes reconocieron sentimientos de soledad y desprotección. Uno de los motivos fue la suspensión de los grupos de educación parental que según las matronas son un espacio de apoyo entre las mujeres, que les servía para hacer contactos y conformar redes de apoyo. Y también, la restricción de los padres a acudir a las visitas.

Discusión de resultados

La discusión de los resultados de esta tesis doctoral tiene en cuenta el modelo biopsicosocial de salud de Velasco (83) descrito en el marco teórico del compendio. A modo resumen, este modelo considera que el ser humano está compuesto por tres esferas que interactúan y se retroalimentan constantemente: biológica, social y psíquica. A partir de estos conceptos, surgen los determinantes biopsicosociales de salud que se clasifican en biológicos, subjetivos y psicosociales. Se procederá a discutir los resultados del Artículo I y III de acuerdo con esta clasificación y posteriormente los resultados del Artículo II y IV.

Determinantes biológicos de la salud

Se consideran determinantes biológicos de la salud a todos aquellos que se relacionan con los estilos de vida (alimentación, ejercicio y descanso) que afectan la salud de las personas (83).

Sin tiempo para nada en la cotidianidad: déficit de autocuidado

Se debe tener en cuenta que el autocuidado es un componente esencial de la función humana que permite mantener la salud y el bienestar, en este pueden influir las etapas de crecimiento y desarrollo en las que se encuentren las personas y factores del entorno (188). El déficit de autocuidado se reporta en el **Artículo I y III** de esta tesis doctoral y está relacionado principalmente a la falta de tiempo y sobrecarga de responsabilidades. Para quienes viven la maternidad y la paternidad por primera vez casi no existen espacios de autocuidado u ocio personales; para las madres la situación es aún peor, generalmente dependen de sus parejas o de apoyo externo para poder realizar actividades básicas de alimentación e higiene. Esto es coherente con otros estudios internacionales, que justifican este déficit de autocuidado con el cambio abrupto de estilo de vida que supone esta experiencia (13,27,189).

Durante el confinamiento estricto por la pandemia COVID-19 se profundizó esta carencia en las mujeres por una sobrecarga extrema de responsabilidades (**Artículo III**). Según un artículo realizado en Turquía (16), las mujeres llegaron a pensar en el autocuidado como una pérdida de tiempo en una rutina marcada por las necesidades de cuidado de los hijos/as y el aumento de demandas del trabajo productivo; lo que también se evidencia en el **Artículo III**. Estudios nacionales e internacionales (190–192) relacionan este auto abandono con la naturalización de las responsabilidades de cuidado y domésticas en las mujeres; con los

sentimientos de culpa y temor a ser catalogadas como malas madres si priorizan sus propias necesidades; falta de corresponsabilidad en la pareja y con la poca oferta de actividades físicas que puedan ser conciliables con la crianza y el empleo. Esto último a pesar de que el deporte es considerado un factor protector para la salud, y aún más durante el confinamiento (192). Esta falta de autocuidado también se traduce en efectos en la salud mental de las mujeres, quienes reportaron angustia y ansiedad por este motivo (Artículo III). Tobio (53), concluye en sus estudios que a las madres trabajadoras les hace falta tiempo para todo y sobre todo para sí mismas, para reencontrarse con su intimidad personal, de soledad, de paz y tranquilidad donde no se expongan a exigencias sociales.

Existen diferencias de género respecto al autocuidado, los hombres suelen mantener más su vida previa a la paternidad y pueden realizar con mayor libertad actividades de autocuidado según las informantes y la evidencia científica (189) (Artículo I). Esto discrepa de los resultados de un estudio internacional que concluye que los padres priorizan el bienestar físico y emocional de sus parejas por sobre el de ellos mismos, por el temor que les genera que puedan desarrollar depresiones postparto (193).

Esta falta de autocuidado y poca disponibilidad de tiempo en las mujeres se extiende a la postergación de consultas a los servicios sanitarios por problemas de salud (Artículo I). Según otros estudios (194,195), las mujeres con fuerte participación en el cuidado de miembros de la familia utilizan menos los programas de detección y prevención de problemas de salud, son más propensas a automedicarse y posponen citas médicas por miedo a que les impida cumplir con su función de cuidadoras.

Sombras de la maternidad y el trabajo de cuidados: cansancio, estrés y deterioro en la salud mental

El cansancio acumulado y el estrés son consecuencias en la salud de las madres y padres por primera vez reportadas en el Artículo I, que la evidencia científica relaciona con una rutina marcada por la constante actividad y con la adaptación a una nueva forma de vida donde es todo un desafío encontrar espacios para descansar (141,196,197). Según el Artículo I, la percepción de estrés en las mujeres se relaciona más con una rutina constantemente acelerada, mientras que, para los hombres con la sensación de preocupación constante y responsabilidad, lo que es coherente con otros estudios (32,197). Esta fatiga y cansancio persistentes afectan otras esferas de la vida de hombres y mujeres, sobre todo en lo que

respecta la relación de pareja y sexualidad; cumplimiento de normas de seguridad en el trabajo y la capacidad de autocuidado (28,198). Durante el confinamiento estricto (**Artículo III**), la sensación de cansancio estuvo más relacionada con la sobredemanda de trabajo productivo y reproductivo dentro de un mismo espacio físico y temporal. Esto afectó el descanso de las mujeres, según un estudio italiano (199) que reporta en las mujeres problemas para conciliar el sueño, despertares nocturnos y pesadillas durante el confinamiento. Es importante tener en cuenta que tanto la falta de sueño y fatiga son predictores del desarrollo de sintomatología depresiva en las mujeres (200).

La pandemia de COVID-19 hizo que se exacerbaban factores de riesgo de mala salud mental, aumentando así las cifras de trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad sobre todo en las mujeres (201). Acorde a los resultados del **Artículo III**, este deterioro en la salud mental se manifiesta en síntomas como pérdida de control de las emociones y paciencia, irritabilidad, labilidad emocional que quedó también demostrada en el desarrollo de algunas entrevistas. En este sentido, se reporta también en las entrevistadas la necesidad de atención psicológica durante el confinamiento y el uso de ansiolíticos para evitar ataques de ansiedad (202). Un estudio español relaciona el aumento de los niveles de distrés emocional con síntomas como preocupación, desesperanza, tristeza, depresión y trastornos del sueño (203). También, identifica como factor de riesgo de la salud mental durante la pandemia el cuidado a personas dependientes y como factor protector trabajar fuera de casa. Precisamente, las mujeres entrevistadas en el **Artículo III** estaban a cargo de hijos/as menores de 10 años y teletrabajaron durante la pandemia, esto podría explicar también las consecuencias en la salud mental reportadas (**Artículo III**). La brecha de género también existe en los efectos en la salud mental de la pandemia, lo que se justifica principalmente por las desigualdades de reparto de tareas de cuidados y domésticas entre hombres y mujeres (202).

Determinantes subjetivos de la salud

Son aquellos que se corresponden con vivencias personales y los significados que le atribuyen las personas (83).

Maternando en soledad

El puerperio es una etapa de mucha intensidad emocional, relacionada con cambios en el estado de ánimo y altibajos emocionales que llevan, en algunos casos, a la tristeza puerperal (204). Otros factores reportados en la evidencia internacional (198,204) que se relacionan con estos cambios emocionales son la asunción de nuevos roles en la pareja, lactancia materna, sensación de sobrecarga de cuidado y la presión social por convertirse. En el [Artículo I](#) se identifica a la maternidad como una experiencia solitaria, en la cual las mujeres se ven a sí mismas centradas en una única función de cuidado que se extiende las 24 horas del día (205,206). Esta soledad se relaciona con la falta de redes de apoyo y la corta duración del permiso de paternidad e intensifica con los cambios en el entorno social de las nuevas madres ([Artículo I](#)). Según la literatura revisada (206,207), las amistades pasan de tener una actitud de ofrecimiento de ayuda y apoyo durante el embarazo a una actitud muy poco flexible y comprensiva en el postparto; lo cual también se reporta en el [Artículo I](#) de este compendio. En consecuencia, las mujeres se relacionan más con amistades que tengan hijas/os o con otras madres primerizas con quienes comparten experiencias e información tal y como se reporta en el [Artículo I](#). Lee et al (208) propone en estos términos que no cumplir con los estándares sociales de “buena madre” podría perjudicar el establecimiento de vínculos o activación de redes de apoyo en las mujeres por temor a ser juzgadas.

Procesos determinantes psicosociales

Se refieren a aquellas situaciones o modos de vida que colocan a las personas en situación potencialmente vulnerable, por ejemplo: conflictos laborales, falta de reconocimiento y valoración, conflictos con la pareja y familia y la sobrecarga de los roles de género (83).

Conflictos de trabajo: ¿encajar el trabajo con la maternidad y el cuidado o viceversa?

Conciliación familiar-laboral e influencia de permisos de maternidad, paternidad y reducciones de jornadas

La conciliación familiar-laboral fue identificada como un problema para las mujeres madres primerizas que se incorporaron al trabajo después del permiso de maternidad y también para los padres, quienes lo identificaron como la principal dificultad tras asumir la paternidad ([Artículo I](#)). Para las mujeres, la vuelta al trabajo productivo tras la maternidad les

genera mucha incertidumbre por no poder cumplir con el rol de madre-cuidadora y con la inseguridad de volver al trabajo (**Artículo I**). Estudios internacionales (49,209) complementan estos resultados reportando que volver al trabajo productivo acarrea estrés, ansiedad, cansancio, presión por cumplir con las expectativas como madres y trabajadoras; en este sentido la flexibilidad laboral aporta beneficios a nivel familiar. Lo anterior queda claramente reflejado en los resultados del **Artículo I**, donde dos de las participantes relataron crisis de ansiedad con la incorporación al trabajo. Este deterioro de la salud mental varía dependiendo de si la incorporación es inmediatamente después de finalizar el permiso de maternidad o bien después de una excedencia según el **Artículo I**. Esto, se complementa con otro estudio que evidencia diferencias dependiendo de la duración del permiso de maternidad; volver pronto después del nacimiento puede afectar la salud de las madres (210).

En cuanto al permiso de paternidad los padres entrevistados en el **Artículo I** se sintieron temerosos por la poca flexibilidad que les ofrecieron para complementar sus roles de padres y trabajadores. Esto es coherente con la evidencia científica donde se reporta que hay diferencias entre hombres y mujeres en el apoyo en el lugar de trabajo para la crianza, evidenciando que ellos reciben menos apoyo por parte de sus empleadores (49,141). El diseño e implementación de políticas públicas que refuercen la función del permiso de paternidad es esencial, por ser una forma de reconocer socialmente que la labor del padre es igual de importante que la de la madre; para así de esta forma contribuir a que la crianza deje de ser vista como una tarea eminentemente femenina (49,211). Todo esto porque el permiso de paternidad da la oportunidad a los padres de interactuar con sus hijos/as, aumentando la percepción de dominio y competencia en cuanto a sus cuidados y por ende fomentando también la corresponsabilidad (212). Otro recurso al que suelen recurrir las mujeres son las reducciones de jornada, que según los resultados del **Artículo I** y otro estudio internacional, esto no necesariamente se traduce en una reducción de carga de trabajo (205).

Teletrabajo y sus efectos ambivalentes con la conciliación familiar-laboral

La implementación del teletrabajo estuvo marcada por la falta de recursos tecnológicos y ergonómicos otorgados por las empresas (**Artículo III**), esto es coherente con un estudio estadounidense (213), que sugiere que las dificultades experimentadas por las mujeres fueron similares entre países. En cuanto a los espacios de trabajo, las relaciones de poder entre

hombres y mujeres influyeron en su uso y el establecimiento de límites con el teletrabajo. En los resultados del **Artículo III** de este estudio, los hombres utilizaron los espacios mejores habilitados para teletrabajar en el hogar; lo que podría explicarse por las suposiciones de género normalizadas en la pareja como que el trabajo productivo del hombre es más importante y la necesidad de que la mujer permanezca más cerca de la esfera privada para mantener el control del hogar (214).

Las mujeres describieron la cotidianidad como una supervivencia intentando equilibrar las responsabilidades laborales con las necesidades de sus hijas/os. Si bien la flexibilidad del teletrabajo puede ser un facilitador para la conciliación, si no se implementa correctamente- como sucedió durante el confinamiento- la favorece a cambio de jornadas fragmentadas, con constantes interrupciones y sin desconexión del mundo laboral (215-218). Muchas empresas aumentaron los niveles de exigencias de disponibilidad inmediata y conexión constante con el trabajo incluso fuera del horario laboral (**Artículo III**). Esto se ratifica en la evidencia internacional (69,70,219), donde se determina que con el teletrabajo se produjo una prolongación e intensificación de la jornada laboral relacionada con el uso excesivo de dispositivos tecnológicos y con la escasez de personal por despidos; exigencias de constante disponibilidad o lo también conocido como “presentismo en línea” donde las trabajadoras se sintieron presionados a estar siempre disponibles fuera del horario laboral; cambios en la productividad y una poco clara delimitación entre la vida personal y el trabajo productivo lo que intensificó las dificultades de conciliación familiar-laboral que ya se desarrollaban desde antes de la pandemia. Esto es coherente con la Encuesta Eurofound (220) donde un 18,2% de los participantes españoles declaró un aumento en su jornada laboral durante la pandemia, un 37,3% trabajó en su tiempo libre para poder cumplir con las exigencias laborales y un 58,4% no pudo dedicarle el tiempo que deseaba a su familia. Las mujeres vivieron este escenario como una constante mezcla entre la vida familiar y laboral cuya separación fue prácticamente imposible.

Para poder hacer frente a este escenario, las mujeres tuvieron que aumentar sus jornadas laborales-tanto por la adaptación a los horarios de los hijos/as como por la compensación de las horas no trabajadas durante el día (221)- y aumentar el uso de aparatos tecnológicos que entretuvieron a sus hijas/os mientras ellas trabajaban (222,223). Todo esto las sometió a constantes niveles de estrés, tensión, angustia y sentimientos de culpabilidad y

frustración principalmente por no poder cumplir con las expectativas de su rol de madre y trabajadora, lo que también fue reportado en otro estudio (221,222).

Las mujeres participantes identifican ventajas del teletrabajo, pero no dudan en reconocer el riesgo que puede suponer para la salud su implementación improvisada ([Artículo III](#)). Por ejemplo: problemas ergonómicos, dificultades de conciliación familiar-laboral, menos hábitos saludables, aislamiento del mundo laboral que puede afectar tanto la salud física como emocional de las trabajadoras (224). Igualmente, puede generar efectos en la salud mental debido a que aumenta el estrés laboral, alteraciones del sueño, ansiedad, angustia e incluso síntomas depresivos (225,226). Todo este escenario empeora con las desigualdades de género en las responsabilidades de cuidado y la falta de apoyo social ([Artículo III](#)).

Promocionar la salud y proteger las maternidades y paternidades en las empresas

En este sentido, uno de los conceptos que se han abordado es el de promoción de la salud en el lugar de trabajo (PST) que se entiende como un esfuerzo por parte de las empresas, trabajadoras/es y sociedad para mejorar la salud de las personas en sus respectivos lugares de trabajo. Esto se reconoce en la Declaración de Luxemburgo de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo(227) donde se reconoce que el lugar de trabajo influye en la salud y enfermedad de las personas, sobre todo si se exponen a condiciones dañinas para su salud o no cuentan con óptimas condiciones laborales; también, el trabajo puede ser una fuente de desarrollo personal, realización y mejora en las habilidades personales. La Red Española de Empresas Saludables en su programa Promoción de la Salud en el Trabajo (228) articula intervenciones a nivel individual, colectivo y organizacional para fomentar la salud desde una perspectiva integral y biopsicosocial. Dentro de las intervenciones que forman parte del programa se considera la conciliación de la vida laboral y social, al mismo nivel que la alimentación saludable, ejercicio físico, reducción del sedentarismo y prevención de adicciones que suelen ser temas más recurrentes en lo que respecta la promoción de la salud (228). Esta iniciativa considera importante la promoción de salud en el trabajo por distintas razones como: mejorar la salud, aumentar la productividad, mejorar el clima laboral y la motivación, aumentar el compromiso con la empresa y disminuir la rotación del personal (228). En este marco, otra de las iniciativas es “Gana en salud: 12 temas, 12 meses” que busca sensibilizar a las trabajadoras/es sobre la importancia de los buenos hábitos en salud para así crear una cultura

de prevención y salud abordando temáticas como maternidad, trabajo y gestión del tiempo en cuanto a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral donde se responsabiliza a la empresa de crear condiciones adecuadas para que las mujeres puedan vivir en plenitud tanto física como emocional (229).

De hecho, la conciliación de la vida personal, familiar y laboral se considera como un ámbito básico de un empleo de calidad (229). En esto influye claramente la gestión y organización del tiempo y la cultura empresarial; es por eso por lo que se debe sensibilizar a las y los implicados sobre el impacto que tiene para la salud el equilibrio entre la vida familiar y laboral (229). Con la irrupción del COVID-19 muchas de estas medidas de PST se vieron afectadas, sin embargo, uno de los aspectos que mejoró fue precisamente el de la conciliación familiar-laboral lo que influyó en la salud, satisfacción y productividad de la empresa (224).

Sobrecarga de roles de género.

Mujeres que cuidan más y primera generación de padres implicados

Las mujeres reconocen que sus parejas son de las primeras generaciones en España en implicarse en los cuidados de los hijos/as y las labores domésticas. Esto se refleja en los testimonios de las mujeres cuando entienden la corresponsabilidad como algo por lo que sentirse “afortunadas”; y los hombres al considerar que su implicación y asunción de responsabilidad es una “ayuda” para sus parejas (**Artículo I**). Las madres por primera vez reconocen que son ellas quienes asumen mayoritariamente las responsabilidades de cuidado y tareas domésticas tras la llegada de un hijo/a (**Artículo I**), lo que se ratifica en otros estudios internacionales (13,230). Los hombres lo justifican con que las mujeres tienen horarios más flexibles y acordes al cuidado por lo que pueden adaptar mejor su jornada laboral; mientras que las mujeres reconocen la internalización de roles de género que las predispone a cuidar más que sus parejas (**Artículo I**). Tobio (53) concluye que la base de las diferencias de género entre hombres y mujeres es el asumir que los hombres “ayudan”, no se les trata como personas igualmente responsables dentro del núcleo familiar. Según otros estudios (211,231), los hombres perciben que tienen un rol más de apoyo o soporte, pero en quien radica la responsabilidad del cuidado es en las mujeres. En los **Artículos I y III** las mujeres coinciden en que sus parejas tienden a ejecutar las tareas y ellas a planificarlas, lo que se conoce como carga mental e incluye actividades de gestión y planificación de los cuidados y del hogar. La

carga mental es una forma de trabajo cognitivo y emocional que asumen las mujeres gratuitamente y sin negociación como un trabajo sin límites que invade otras esferas de sus vidas afectando así su salud y bienestar (232). Para asegurar estas tareas de gestión y dirección y coordinación del hogar es una responsabilidad difícilmente delegable, esto genera en ellas una contradicción de hasta qué punto están dispuestas a compartir la toma de decisiones (53).

Mujeres en primera fila y retroceso en implicación de los hombres durante la pandemia

Durante el confinamiento por COVID-19 las mujeres también asumieron mayor carga relacionada a las tareas domésticas y de cuidado respecto a sus parejas (**Artículo III**). A las responsabilidades de siempre se sumó la función de apoyo escolar y seguimiento a los hijos/as, lo que fue un desafío para las madres y afectó también su salud mental según lo reportado en este estudio (**Artículo III**) y también internacionalmente (233–237). A pesar de los avances en la corresponsabilidad e implicación de los hombres, estos siguen ajustando mínimamente sus funciones laborales al cuidado de los hijos/as lo que se intensificó durante la pandemia (238).

Diversos estudios (190,191,239) sugieren que las desigualdades de género en el reparto de tareas se mantuvieron durante el confinamiento y que su impacto será duradero. Esto se refleja también en un estudio español que concluye que la crisis de los cuidados ocasionada por la pandemia ha supuesto un desafío adicional para las mujeres; y en vez de ser una oportunidad para cambiar la división tradicional de los roles de género profundizó las desigualdades ya existentes (240). Las mujeres se acercaron a la esfera doméstica y se alejaron de su autonomía laboral, según reportan otros estudios (16,17,241).

Es coherente que las mujeres describan el escenario del confinamiento como una supervivencia constante entre las responsabilidades de cuidado y laborales (**Artículo III**). En este sentido, la clase social es un factor que también influye, como un determinante social de la salud, debido a que las mujeres de los países de renta baja y media soportan una mayor parte del trabajo no remunerado en comparación con las mujeres de países de renta alta según un artículo internacional (237). Lo mismo pasa con las diferencias que existen entre mujeres que tuvieron acceso y facilidades para externalizar el cuidado durante la pandemia, se visualiza una desigualdad en el acceso al cuidado entre mujeres de distintos niveles socioeconómicos (236).

Roles de género ¿más hacia lo tradicional que lo igualitario?

Se identificaron aspectos propios de un modelo de género tradicional en los resultados del **Artículo I y III** de esta tesis doctoral. Los roles de género influyen directamente en el reparto de tareas en el hogar, en algunos casos en base a un innatismo biológico se tiende a responsabilizar más a las mujeres de la función reproductiva y a los hombres de la productiva (242,243). Eso es muy coherente con aspectos del modelo de género tradicional descrito por Velasco (83), a pesar de que la sociedad española se moviliza hacia una sociedad más igualitaria, siguen predominando normas tradicionales que ratifican esta división sexual del trabajo (230). Según un estudio canadiense (244) los hombres tienen que inventar un rol paterno que refleje sus aspiraciones como padres sin tener un modelo para hacerlo, debido que crecieron en un modelo de paternidad tradicional.

La tendencia hacia los roles de género tradicionales justifica la falta de reconocimiento heredada de la división sexual del trabajo. Las mujeres se sintieron desprotegidas e invisibilizadas durante la pandemia por la falta de implementación de medidas estatales que favorecieran la conciliación familiar-laboral y que promovieran una solución colectiva, en vez de individual (**Artículo III**). En este sentido, un estudio chileno (236) refuerza esta invisibilización existente al trabajo de cuidados a pesar de que en la pandemia fueron clave para dar respuesta a la crisis tanto social como sanitaria vivida.

Cuidado como factor de riesgo de la salud de las mujeres

La distribución desigual de las tareas de cuidado y domésticas genera consecuencias negativas en el bienestar y salud de las mujeres (230,245). Esto es coherente con los resultados del **Artículo I y III** de este compendio, donde se reportaron consecuencias en la salud biopsicosocial de las mujeres devenidas de la sobrecarga de funciones como: cansancio, estrés, pérdida de control de las emociones, irritabilidad, labilidad emocional, pérdida de paciencia entre otros. Otros estudios (221,246) complementan estos resultados, reportando que no solo aumentaron el estrés, sino que disminuyó la satisfacción personal y aumentó la frustración en relación con proyectos personales. Es importante tener en cuenta que la falta de apoyo en el cuidado se relaciona con niveles más altos de síntomas depresivos en las mujeres (73); mientras que la satisfacción en el reparto de tareas con la pareja actúa como un factor

protector frente al estrés y los efectos en la salud mental potenciando su salud y bienestar (239,247).

Conflictos de intimidad en pareja y familia.

Con la llegada de un hijo/a se producen cambios en la relación de pareja, surge la necesidad de adaptarse a una tercera persona en sus vidas y a un cambio de prioridades (**Artículo I**) (248). Disminuyen los espacios de recreación e intimidad en la pareja, por motivos como la falta de tiempo y el cansancio constante. También, se ve afectada la actividad y el deseo sexual a raíz también del cansancio y de compartir cama con las hijas/os (198). Un estudio que incluye a mujeres de hasta 1 año después del postparto describe el reinicio de la actividad sexual como algo complejo principalmente por temor a lo desconocido y dolor físico durante el coito (198).

También, se produce un incremento en las discusiones con la pareja principalmente relacionadas a las dificultades en el reparto de tareas y nuevas responsabilidades (**Artículo I y III**). Según la literatura internacional (249), esto también se debe a problemas en la comunicación por un choque de expectativas entre madres y padres respecto a esta nueva vivencia. Esto, porque las mujeres perciben que son quienes mayoritariamente cubren estas necesidades mientras que los hombres asumen más el papel de espectadores (198). En el **Artículo I** se concluye que muchas parejas recurren a ayuda externa pagada para evitar enfrentarse a los conflictos que genera el reparto de tareas, sobre todo por diferencias de criterios a la hora de realizarlas y por el tiempo que invierte cada uno en ellas. Esto coincide con Larrañaga et al (243) quien plantea que existe una tendencia a la externalización del cuidado ya sea pagado o familiar que ha reemplazado la asunción por parte de los hombres de estas responsabilidades.

Respuesta del sistema sanitario desde una perspectiva de género

El sistema sanitario se considera un determinante social de la salud de las personas, principalmente por lo que respecta al acceso a la atención sanitaria. Con una buena respuesta a nivel sanitario se puede promover un acceso más equitativo a la atención, fomentar la participación social y el empoderamiento de las personas (37).

Etapas prenatal: preparación al parto ¿y luego qué?

Las mujeres madres por primera vez tienen la necesidad de recibir más información en la etapa prenatal sobre los cambios a experimentar en el postparto, más allá de la experiencia de parto que es en lo que se suelen centrar las prestaciones prenatales actuales (Artículo II). Sobre todo, reforzar ciertos aspectos de la salud de la mujer que se encuentran abandonados, como por ejemplo los efectos del parto en el suelo pélvico (Artículo II). Sin el apoyo de las/los profesionales las mujeres recurren a fuentes de información informales como internet, televisión, aplicaciones de redes sociales, familiares, amistades e incluso compañeras/os de trabajo (250). Las informantes propusieron la importancia de replantear los grupos actuales de preparación al parto y centrarlos más en la preparación en la transición hacia la maternidad y los cambios que esto conlleva tanto a nivel físico, emocional y en la relación con su entorno (198,251). Las madres y padres dudan respecto a su capacidad de cuidado en el postparto, esto les hace sentir muchas veces inseguros/as y solos/as (198). Es por esto por lo que es importante que las/os profesionales se anticipen y entreguen ayuda informativa y práctica a madres y padres en la etapa prenatal (250,252). Esto, les permitirá aumentar su sensación de seguridad en el postparto y enfrentarse mejor al cuidado de sus hijos/as (252).

Durante la pandemia por COVID-19, se priorizó la atención a las mujeres embarazadas por sobre la atención en el puerperio, sin embargo, se excluyó a los padres de las visitas de embarazo y se cancelaron los grupos de educación parental prenatal (Artículo IV). Según estudios internacionales, estos cambios generaron estrés en las mujeres embarazadas lo que afectó su salud maternal y la relación con su entorno (253,254). Una de las desventajas de la telemedicina reportadas por las matronas del Artículo IV fue la dificultad de hablar sobre temáticas sensibles como, por ejemplo, la violencia de género. Esto es un punto importante a

tener en cuenta, sobre todo porque durante el confinamiento aumentó el riesgo de sufrir violencia de género para las mujeres y disminuyó su capacidad para pedir ayuda (255).

Etapas postnatal: mejor y mayor seguimiento

Según el **Artículo II**, las mujeres demandaron un mayor seguimiento en el postparto y no solo de aspectos físicos, sino que también de psicológicos. Esto se evidencia en la ausencia de cribado de sintomatología de depresión postparto referida por las participantes en el **Artículo II**, a pesar de la importancia y necesidad de hacer una prevención y detección para evitar complicaciones y favorecer un tratamiento oportuno reportadas en otro estudio (256). Un estudio suizo complementa estos resultados al concluir que las mujeres necesitan que las/os profesionales sanitarios reconozcan sus emociones y les brinden apoyo emocional mediante palabras tranquilizadoras, atención personalizada y escucha activa para hacerlas sentir reconfortadas en el postparto (257).

Estas demandas de mayor seguimiento también tienen relación con la continuidad en la atención reportada en otro estudio donde se manifiesta que las mujeres pierden los puntos de referencia de la atención por la alta rotación del personal, lo que afectó la relación de confianza con las/os profesionales sanitarios (257). En otros estudios las mujeres demandaron el mismo seguimiento y atención de la etapa prenatal en la postnatal, en otras palabras, esto anuncia que el interés o el foco de la atención sanitaria está puesta en el bienestar del bebé, por lo que una vez nacido, el interés por la madre pasa a un segundo plano (49).

Estudios previos a la pandemia por COVID-19 (49,196) reportan que este seguimiento en el postparto podría complementarse mediante visitas domiciliarias, servicios telefónicos y aplicaciones de salud para móviles valorando el uso de las TICs como una oportunidad para mejorar la atención a las madres y padres primerizos de forma personalizada. El uso de la telemedicina tuvo un auge durante la pandemia en España donde posibilitó la atención a las mujeres en el postparto principalmente por llamadas telefónicas y videoconferencias (**Artículo IV**). Esto, a pesar de que también supuso un riesgo para la salud de las mujeres, sobre todo a nivel emocional por los cambios en la prestación de servicios o la cancelación de la educación prenatal (258). La falta de comunicación no verbal derivada del uso de la telemedicina afectó

el establecimiento de un vínculo de confianza con las mujeres, y por ende afectó la valoración de sus necesidades (Artículo IV) lo que coincide con otro estudio (138).

Las matronas tuvieron la percepción de que el puerperio estuvo desprotegido porque la mayoría de las consultas se realizaron telemáticamente o por teléfono y se prolongó la suspensión de la presencialidad en los grupos de educación parental y la participación de la pareja en la consulta. Esto a pesar de la importancia que tiene el crear una unidad familiar en el postparto, donde la presencia de la pareja es esencial (257). Se identificaron limitaciones de la telemedicina, principalmente relacionadas con la accesibilidad y brecha digital tanto en las mujeres atendidas como también en las matronas (Artículo IV). En otros estudios, se relacionan estas diferencias de accesibilidad con personas de bajos ingresos y del ámbito rural (259,260).

Grupos de apoyo y educación parental

Las mujeres entrevistadas en el Artículo I y II reconocieron la importancia de la participación y pertenencia en un espacio de apoyo entre mujeres donde puedan compartir conocimientos, información, experiencias sobre la relación con sus parejas, amistades y con la incorporación al trabajo productivo, entre otras. Según un estudio estos encuentros aportan serenidad y confianza en las mujeres para escuchar y compartir opiniones (204). De alguna manera las consuela pensar que otras mujeres están viviendo situaciones similares a ellas, como se reporta en este estudio (Artículo II).

Las mujeres no necesariamente cuentan con espacios donde expresar sus emociones y malestares abiertamente, en consecuencia, ciertos temas se transforman en tabúes tanto a nivel personal, familiar como social (Artículo II). Un estudio concluye que las mujeres consideran necesario compartir más información y experiencias vitales con otras madres para comprender el significado de ser madre primeriza (198). La falta de estas redes profundiza el aislamiento emocional de las mujeres porque se mantiene en el anonimato las consecuencias y los efectos reales de la maternidad (4,261). A pesar de los beneficios en términos de salud y bienestar emocional de la participación en grupos de apoyo que se evidencian en otros estudios (250,262,263), desde la atención sanitaria no se fomenta lo suficiente la activación de estas redes de apoyo.

En el modelo de representación del sistema de atención en salud de Jesús A. Haro (264) se distingue la diferencia entre la prestación de cuidados profesionales y cuidados profanos de salud; estos últimos son los que se entregan en forma de autocuidado, autoatención y autoayuda. Las actividades de autoayuda se enmarcan en espacios autogestionados y responden a necesidades en salud que no son cubiertas por la asistencia sanitaria (264). Según la literatura, para que este tipo de espacios funcionen, tiene que haber un número limitado de personas y sesiones suficientes para fortalecer los vínculos (265). Así, los profesionales también demandan una mayor formación en liderazgo y habilidades comunicativas para guiar y favorecer la creación de vínculos en estos encuentros (109).

Los grupos de educación parental se cancelaron durante la pandemia y tardaron en reiniciarse en algunas partes de España (Artículo IV). Esto, a pesar de que el puerperio temprano se considera como un periodo crítico para las madres y padres y la percepción de falta de apoyo social es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental (257). De hecho, según una revisión sistemática se concluye que la atención prenatal en grupo puede influir positivamente en la reducción de sintomatología relacionada al estrés, la depresión y la ansiedad (266).

Para suplir esta carencia en algunos sitios se implementaron las clases en formato online adaptando el contenido y las dinámicas que se utilizaban en el formato presencial (Artículo IV). También, las matronas remitieron a las mujeres a páginas webs con información fiable y contrastada por ellas mismas, creación de blogs con entradas de información escritas por las matronas o creación de perfiles de Instagram para utilizarlos como herramienta de educación para la salud. En algunos lugares se utilizaron las redes sociales para favorecer la atención a las mujeres, lo que también se evidencia en otro estudio (130) que recalca la importancia de que estos espacios estén mediados por matronas para que potencien un espacio seguro donde hablar estas temáticas.

Participación de padres en atención sanitaria

Según los resultados del Artículo II, los hombres reconocieron una tendencia de los profesionales sanitarios a referirse más a las mujeres en los controles de salud infantil. También, se sintieron relegados a una figura más secundaria de acompañante, que podría ser perfectamente reemplazable por otro miembro de la familia (Artículo II). Los hombres

justifican a los profesionales sanitarios y asumen que esto se debe a que son las mujeres quienes tienen más conocimiento sobre el estado de salud de los hijos/as y sus respectivos cuidados (**Artículo II**). Los padres no quieren sentirse como piezas de “recambio” o tener la sensación de que podrían ser reemplazables por cualquier otro miembro de la familia, sino que demandan estar integrados e implicados a lo largo de toda la atención en el postparto (257,267).

Los padres también demandan apoyo por parte de las/los profesionales sanitarios y una preparación realista de lo que significa convertirse en padres y cómo apoyar a sus parejas, esto permitiría reducir las expectativas y reducir la angustia que conlleva convertirse en padres (267,268). También, contar con espacios donde puedan compartir con otros padres experiencias similares sobre todo porque no suelen contar con este tipo de espacios en su cotidianidad (267). Los grupos de paternidad pueden ayudar a los nuevos padres a formar redes sociales y pueden crear un espacio para que los padres trabajen sobre temas como la igualdad de género en la crianza de los hijos, sobre el significado de la paternidad y salud mental, por ejemplo (244,249,269).

El principal problema de la participación de los hombres en los grupos de educación parental es la incompatibilidad de horarios que existen con sus jornadas laborales, de hecho, algunos padres reportan que la única posibilidad que tiene es haciendo uso de sus días de vacaciones (267,270). La participación de los hombres en estos espacios también favorece la salud de las mujeres, las hace sentir menos presionadas por las expectativas del cumplimiento de roles de género donde ellas asumen la responsabilidad única del cuidado de sus hijos/as (49).

La entrega de información sanitaria se da asumiendo diferencias entre hombres y mujeres respecto a la crianza (**Artículo IV**), promoviendo de esta manera las desigualdades de género respecto al cuidado y la corresponsabilidad (104). Para avanzar en la corresponsabilidad en la crianza las profesionales sanitarias deben fomentar el involucramiento de los hombres en su paternidad (271). De hecho, los grupos de educación parental pueden ser considerados también como una oportunidad para que los proveedores de servicios sanitarios fomenten la toma de decisiones en conjunto en la pareja entregándoles información por igual (250). Esto deja claramente ejemplificado como el sistema y la atención sanitaria actúa como un

determinante de la salud de las personas, promoviendo la participación de los padres o profundizando la desigualdad en la pareja en lo que respecta las tareas de cuidados (37).

Es destacable que el uso de la telemedicina se identificó como un facilitador de la participación de los padres, debido a que les dio la posibilidad de conectarse online o ver videos educativos diferidos como respuesta a su incompatibilidad horaria (**Artículo IV**). También, la virtualidad les permitió mantener el bajo perfil y participar sin resaltar demasiado y sentirse fuera de lugar (**Artículo IV**). Sin embargo, algunas matronas también manifestaron preocupación por los efectos que podría tener la privación del acompañamiento de las parejas en la asunción de una paternidad responsable (**Artículo IV**). La exclusión de los hombres afectó directamente a la implicación y al vínculo con el RN, esto se identificó como una decisión que tendrá seguramente consecuencias a largo plazo y que afectará en materia de paternidad responsable (**Artículo IV**). Según los resultados de una revisión sistemática los padres primerizos necesitan de más información sobre el embarazo mediante clases prenatales y habilidades de paternidad sobre las que les gustaría tener más información sobre su papel como padres y los aspectos prácticos del cuidado del bebé para sentirse cómodos (269). Es importante tener en cuenta que los programas destinados a promover o apoyar la participación paterna deberían incluir a los responsables de la toma de decisiones y a los medios de comunicación, con el fin de apoyar el desarrollo de una visión positiva compartida de los padres (244).

Limitaciones

Esta Tesis Doctoral cuenta con limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados:

- Se ha considerado el eje de género como determinante estructural de desigualdades en salud entre hombres y mujeres, pero sin tener en cuenta otros ejes de jerarquización social. Solo se han considerado a mujeres y hombres españoles, heterosexuales, la mayoría con un nivel de estudios superior, en pareja y con un trabajo formal. Por ende, estos resultados no podrían reflejar la vivencia de mujeres u hombres que viven la intersección de otros ejes de desigualdad (**Artículo I, II y III**).
- El universo del **Artículo I y II** se circunscribe a las mujeres de un grupo de autoayuda gestionado al margen de los servicios sanitarios y sus parejas (excepto dos de ellas). Puede que el discurso haya sido influenciado por formas similares de pensar entre ellas o que compartieran formas similares de ver y percibir la experiencia de la maternidad.
- En el **Artículo I y II** el trabajo de campo se hizo de forma separada entre mujeres y hombres, por lo que ciertas temáticas consideradas en el guion original respecto a la salud reproductiva no se profundizaron en la visión de los hombres en los apartados de resultados. En el **Artículo III** se profundizó en aspectos como la corresponsabilidad y reparto de tareas en las mujeres, no se consideraron los testimonios de los hombres por lo que se enseña la percepción que ellas tienen del comportamiento de sus parejas. Y en el **Artículo IV** se tuvo en cuenta las experiencias de las matronas sobre la atención que recibieron las mujeres, sin profundizar en la de las usuarias.
- En todos los sub-estudios se tuvieron en cuenta experiencias de forma retrospectiva, esto pudo influenciar el discurso de las participantes en mayor o menor medida. En el **Artículo I y II**, la mayoría de las mujeres y hombres eran madres y padres hace casi dos años por lo que ciertos aspectos del guion como la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio se observaron de forma bastante retrospectiva; en el **Artículo III** también se profundizó en una experiencia retrospectiva, poniendo el punto de mira en las diferencias con el presente pero esto también pudo afectar el discurso de las participantes dependiendo de las condiciones laborales que tuvieran a la hora de hacer

las entrevistas; en el **Artículo IV**, durante el trabajo de campo hubo importantes variaciones de la incidencia de la pandemia en España, esto pudo influir las experiencias indicadas por las matronas.

- En los **Artículos III y IV**, que abordan temáticas relacionadas con la pandemia COVID-19, hay que tener en cuenta que, por ejemplo, en el **Artículo III** las medidas de desescalada no fueron iguales para todas las CCAA. Las mujeres participantes vivían en distintas CCAA por lo que su percepción respecto a la desescalada pudo verse influenciada por las diferentes medidas que se establecieron; en el **Artículo IV** la muestra se circunscribe a matronas y matrones de cinco regiones de España, por lo que se debe valorar si estos resultados pueden ser extrapolables a otras realidades semejantes teniendo en cuenta que la gestión de la sanidad en España es competencia de las CCAA.
- La segunda parte de la tesis doctoral, que está compuesta por los **Artículos III y IV** se vio afectada por la pandemia por COVID-19 de forma transversal, lo que afectó la toma de decisiones metodológicas como por ejemplo con el uso de las videoconferencias y llamadas telefónicas para realizar las entrevistas.

Fortalezas

Además, esta Tesis Doctoral tiene fortalezas que están relacionadas con los criterios para asegurar la fiabilidad y confiabilidad descritos por Lincoln y Guba (272) que se detallan en la Tabla 13.

Tabla 13. Criterios de fiabilidad y confiabilidad de tesis doctoral

Criterio	Descripción
Credibilidad	En el Artículo I y II entre la primera y segunda fase de recolección de datos, es decir, excluyendo a los hombres se realizó un encuentro con las mujeres. En este encuentro se les mostró los resultados preliminares de ambos artículos y posteriormente hubo un espacio de conversación entre ellas donde confirmaron y discutieron parte de los resultados presentados. También, se compartieron los resultados entre las investigadoras para comparar percepciones respecto al significado subyacente de las entrevistas. Cada una de las categorías y subcategorías formuladas se acompañaron por testimonios textuales de las participantes. Para el Artículo III, se realizará un encuentro online con las participantes que se ha intentado programa repetidas veces, pero por las limitaciones de tiempo de las entrevistadas no se ha podido concretar.
Transferibilidad	En el apartado de metodología se incluyó una descripción detallada del trabajo de campo teniendo en cuenta aspectos como el tipo de muestreo, estrategias de reclutamiento y características de las/os participantes. Esto permite aclarar los contextos a los cuales los resultados de esta Tesis Doctoral podrían ser extrapolables.
Consistencia	Para los cuatro artículos descritos, la investigadora principal registró en formato de “Audit Trail” todas las decisiones metodológicas que se fueron tomando, que cambiaron del protocolo original del proyecto. Asimismo, registros de los encuentros con las otras investigadoras y las conclusiones y decisiones que de allí surgían. Igualmente, en el artículo I y II una de las investigadoras se incorporó al estudio finalizado el trabajo de campo y el análisis por lo que de alguna manera actuó como auditor externo. Para el artículo III, el análisis se desarrolló en el marco de un curso de análisis de datos cualitativos donde la investigadora principal participó con su

propio material de las entrevistas. La supervisora de la estancia, y también que acompaña a la investigadora principal a lo largo del curso, participó en 3 reuniones donde se mostraron análisis preliminares de los resultados. Se discutieron en conjunto y se profundizaron en aspectos del análisis.

Confirmabilidad

La investigadora principal registró en un diario de campo anotaciones a lo largo de todo el proceso investigativo, y también reflexionó acerca de su posicionamiento en el análisis de los datos. Todo esto se ha registrado detalladamente en el apartado de reflexividad de cada uno de los artículos.

CAPÍTULO 8.

IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES

Considerando la información recolectada y las conclusiones de los cuatro artículos mencionados anteriormente, se identifican las siguientes implicaciones y recomendaciones organizadas según tres temas principales:

Abordaje del conflicto trabajo-familia desde las políticas públicas

- a. Constituir mesas de diálogo entre colectivos de mujeres trabajadoras y autoridades gubernamentales para trabajar conjuntamente en la revisión de las medidas de conciliación familiar-laboral existentes y el replanteamiento de nuevas según las necesidades reales de madres y padres reportadas en la evidencia científica. Esto, teniendo en cuenta el fomento de la corresponsabilidad en la pareja y la transformación y avance hacia la interiorización de roles de género más igualitarios. Esto permitiría construir una sociedad más igualitaria en la que se pudiera asumir la maternidad y paternidad de forma más saludable incrementando el bienestar de las hijas/os y generaciones futuras.
- b. Promover políticas públicas que pongan el cuidado en el centro y se asuma como una responsabilidad social y colectiva que deje de depender del despliegue de recursos individuales de cada familia para hacerle frente.

Para futuras crisis sociales y/o sanitarias

- a. Considerar que situaciones de crisis excepcionales como la pandemia por COVID-19 profundizan la complejidad de la asunción de la maternidad y paternidad, y por tanto, las consecuencias en el bienestar y salud de las mujeres y hombres desde una perspectiva biopsicosocial. Las políticas gubernamentales deben tener en cuenta la perspectiva de género a nivel transversal, para no profundizar y empeorar las desigualdades de género entre hombres y mujeres.
- b. Las dificultades y consecuencias del conflicto trabajo-familia en la salud y bienestar de hombres y mujeres, falta de corresponsabilidad en los hombres y falta de medidas de protección y apoyo al ejercicio de la maternidad y paternidad y a la conciliación familiar-laboral se podían identificar también antes de la pandemia. La crisis sanitaria y social devenida del COVID-19 ha visibilizado la crisis de los cuidados que experimentan las familias dando urgencia a la implementación de medidas

estructurales para resolverlas cuanto antes.

- c. En el caso de crisis similares a la vivida por la pandemia por COVID-19, se pueden desarrollar las siguientes estrategias:
- Ofrecer recursos tanto materiales, económicos, como en términos de recursos humanos según sea el caso, a las mujeres y hombres trabajadoras frente a la crisis de los cuidados experimentadas durante la pandemia que permitan minorizar la sobrecarga productiva y reproductiva vivida en ese escenario.
 - Desarrollar protocolos específicos para enfrentar las crisis de los cuidados y dejar claramente determinado como a partir de la gestión de la administración pública se puede apoyar a las familias. Para esto, se puede proponer en cada una de las empresas realizar un catastro de las condiciones en términos de la conciliación familiar-laboral de sus trabajadoras/es para ser conscientes de los grupos familiares que requieren de mayor apoyo, en términos de distribución de recursos en futuras crisis.

Abordaje del conflicto trabajo-familia por parte de empleadores

- a. Implementar estrategias de sensibilización y concientización en los empleadores para entender la maternidad y la paternidad como experiencias vulnerables de cambio y transformación vital. Esto, teniendo en cuenta que factores como la incorporación al trabajo productivo tras el permiso de maternidad, las pocas facilidades para que los hombres hagan uso de su permiso de paternidad, las limitaciones en cuanto a la conciliación familiar-laboral afectan directamente la salud biopsicosocial de mujeres y hombres.
- b. Promover la concientización en los empleadores sobre el impacto que tienen las condiciones laborales en materia de conciliación familiar-laboral, corresponsabilidad y, por tanto, en la salud y bienestar de las mujeres. Igualmente, el correcto cumplimiento e implementación de medidas de protección y derechos laborales como los permisos parentales, reducciones de jornada y excedencias.
- c. Desplegar y fortalecer estrategias de promoción de salud de trabajadoras/es desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta las consecuencias en salud relacionadas con la implementación de medidas de conciliación familiar-laboral, permisos parentales, reducciones de jornada y excedencias. Este compromiso con la

salud de las y los trabajadores fomentaría un clima y compromiso laboral que favorece la implicación de las y los empleados.

Para futuras crisis sociales y/o sanitarias

- a. En el caso de crisis similares a la vivida por la pandemia por COVID-19, se pueden desarrollar las siguientes estrategias:
 - Dotar a las empresas y lugares de trabajo de recursos específicos que fomenten la igualdad en el acceso a condiciones de trabajo dignas para así evitar desigualdades de acceso, por ejemplo, al teletrabajo.
 - Homogeneizar y regularizar medidas de implementación del teletrabajo en las empresas a partir de directrices y protocolos donde se expresen con claridad las condiciones laborales y medidas regulatorias en cuanto a: tiempos de trabajo y descanso, derecho a desconexión, recursos ergonómicos para el puesto de trabajo, realización de pausas activas, entre otros.
 - Considerar la posibilidad de implementar modalidades híbridas de trabajo como una oportunidad para enfrentar posibles crisis sanitarias y sociales, no perdiendo de vista el bienestar de las y los trabajadores y las condiciones laborales.

Abordaje y respuesta de la atención sanitaria al embarazo y puerperio en atención primaria

- a. Las políticas públicas deben reconocer la vulnerabilidad y los efectos en la salud biopsicosocial que conlleva la maternidad para así implementar medidas que promuevan el bienestar físico, psicológico y social de las madres. Dando especial énfasis y prioridad en lo que respecta la salud mental de las mujeres que es la que mayormente se ve afectada.
- b. Fomentar la concientización en los profesionales sanitarios de las desigualdades de género en la corresponsabilidad en la pareja de los cuidados de los hijos/as para así educar y entregar información a madres y padres sin seguir fomentando estereotipos de género.
- c. Se deben reformular los espacios de educación prenatal teniendo en cuenta:

- Entregar pautas anticipatorias a las mujeres respecto a los cambios físicos, emocionales y sociales que experimentarán en el postparto
 - Fomentar y supervisar la participación de los padres en las visitas prenatales y en las sesiones de educación prenatal dándoles facilidades en cuanto a horarios.
 - Promover la participación de la pareja tanto en las visitas como en los grupos de educación parental, dándoles la información a ambos sin hacer diferencias guiadas por estereotipos de género.
- d. Se debe reforzar el seguimiento postparto de las mujeres desde atención primaria teniendo en cuenta:
- Entrega de información oportuna y pautas anticipatorias respecto a los cambios en la salud biopsicosocial que experimentarán las mujeres en el postparto que apoyen la adaptación a esta nueva etapa de cambio vital.
 - Favorecer la creación de redes de apoyo a partir de los grupos de educación parental en el postparto moderados por matronas quienes también sean responsables de hacerles seguimiento.
 - Favorecer la creación de grupos de padres donde puedan compartir abiertamente sus experiencias y sentimientos respecto a la experiencia de paternidad teniendo en cuenta que cuando participan en grupos de mujeres se sienten cohibidos o desplazados.
 - Acompañar y supervisar la salud de las mujeres desde una perspectiva biopsicosocial teniendo en cuenta que hay factores que pueden estar afectando su salud que van más allá de su salud reproductiva.
 - Hacer seguimiento estricto y búsqueda activa de sintomatología de depresión postparto mediante la implementación de protocolos de enfermería que regulen la aplicación del cuestionario de forma empática y responsable.

Para futuras crisis sanitarias y/o sociales

- a. En previsión de crisis similares a la vivida se recomienda desarrollar estrategias interdisciplinarias que minimicen el impacto negativo que pudiera tener:
- Aplicar medidas en salud pública que prioricen la entrega de una atención respetuosa que garantice cuidados perinatales de calidad.

- Considerar la visión de las mujeres como receptoras de la atención sanitaria en la identificación de las necesidades en salud e implementación de medidas.
- Considerar la visión de las matronas en la implementación de nuevas formas de atención, teniendo en cuenta la perspectiva de género y de cuidado humanizado.
- Realizar una valoración a nivel general de aspectos positivos y negativos de la telemedicina en todas y todos los profesionales sanitarios de atención primaria que permitan desarrollar protocolos de actuación en casos específicos donde se pueda implementar. Teniendo en cuenta los recursos necesarios para su implementación, por ejemplo, capacitación tanto del personal sanitario como de la población receptora de la prestación; equipamiento con equipos tecnológicos y plataformas que permitan la atención telemática, etc. Esto puede ser útil para hacer uso de la telemedicina como un recurso en futuras crisis sociales y/o sanitarias o en poblaciones vulnerables en quienes su uso pueda ser un beneficio para su salud.
- Tener en cuenta poblaciones vulnerables que tengan dificultades para acceder a recursos, por ejemplo, tecnológicos en el caso de la telemedicina. Establecer protocolos de acción en estos casos, para ofrecer soluciones a poblaciones vulnerables para quienes sea difícil acceder a cierto tipo de recursos, para así fomentar la igualdad de oportunidades de acceder a atención sanitaria en contextos de crisis.
- Establecer protocolos que regulen la coordinación entre profesionales sanitarios para impulsar la creación de redes de recursos que puedan aprovecharse entre profesionales y contribuyan a reducir las diferencias en la atención al embarazo y puerperio de las personas según el centro de salud al que pertenecen.

CAPÍTULO 9.

CONCLUSIONES

La maternidad y paternidad son experiencias de cambio y transformación vital que tienen consecuencias en la salud de las mujeres y hombres desde una perspectiva biopsicosocial: cansancio y déficit de autocuidado (esfera física), estrés, inseguridad y soledad (esfera psicológica) y cambios en las relaciones de amistad, familia extensa, así como en el trabajo productivo, conciliación familiar-laboral, relación de pareja y distribución de las tareas domésticas y de cuidados (esfera social) **(Artículo I)**. La naturalización del trabajo de cuidados y la interiorización predominante de roles de género tradicionales en el reparto de tareas en la pareja hace que la salud de las mujeres se vea más afectada. Esto, por la sobrecarga que deben asumir en la lucha por el equilibrio constante entre el trabajo reproductivo y productivo. Todo esto dentro de un contexto social donde prevalece el individualismo y un modelo de producción donde la maternidad y los cuidados pasan a un segundo plano y donde prevalece una imagen de la maternidad basada en ideales y expectativas que ocultan el impacto de esta vivencia en la salud y bienestar de las mujeres **(Artículo I)**.

Durante el confinamiento estricto en España entre el 15 de marzo y 21 de junio del 2020 el contexto social de las madres trabajadoras cambió drásticamente. Principalmente por las medidas de prevención del COVID-19 desplegadas que supusieron la implementación improvisada del teletrabajo y un quiebre en el sistema de cuidados que permitía a las mujeres, medianamente, resistir a la doble jornada anteriormente. Las diferencias en el reparto de tareas domésticas y de cuidado se exacerbaban con esta crisis, se produjo un retroceso a los roles de género tradicionales que en algunas familias ya estaban medianamente superados **(Artículo III)**.

En escenarios de crisis globales, las mujeres son quienes asumen principalmente la carga de dar una respuesta y resistir en primera línea: cubriendo mayoritariamente las necesidades de cuidado de sus hijos/as mediante la adaptación de sus jornadas laborales, asumiendo la carga mental de la planificación y gestión de todo un hogar en un escenario cambiante y asumiendo la responsabilidad de apoyo y supervisión de las actividades escolares de sus hijos/as. Para eso, despliegan estrategias de supervivencia, como definen ellas mismas, que en muchos casos acarrearán consecuencias en su salud y contradicciones internas: estrés, cansancio, ansiedad, angustia, pérdida de control, irritabilidad, labilidad emocional, conflictos en la pareja, déficit de autocuidado, entre otros. A esto se suma, las exigencias y presiones

sociales que existen sobre las madres que perduran en tiempos de crisis y también el aumento de la carga y demandas en el trabajo productivo. Esto las hace autosabotearse y exigirse la compleja responsabilidad de ser buenas madres y trabajadoras, lo que las hace sentir frustradas y culpables dentro de un contexto individualista centrado en la producción donde las medidas gubernamentales no las tienen en cuenta (**Artículo III**).

Respecto a la respuesta de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad: en el periodo prenatal las mujeres y hombres necesitan recibir más información respecto a los cambios en el postparto y apoyo en la transición a convertirse en madres y padres por primera vez. También, brindarles un mejor seguimiento en el postparto aumentando el número de visitas desde una perspectiva biopsicosocial que no solo se reduzca a aspectos físicos. Para la crianza y cuidados de sus hijos/as, tanto madres como padres esperan recibir más información sobre los cambios y transiciones de sus hijos/as en un lenguaje entendible y evitando contradicciones entre las/los profesionales. En este contexto, los padres reconocen que las/los profesionales sanitarios promueven roles estereotipados de cuidado en las mujeres, relegándolos a un segundo plano. A nivel transversal, las mujeres reconocen los múltiples beneficios de formar parte de grupos de apoyo y la necesidad de que desde la atención sanitaria se fomente su creación y seguimiento (**Artículo II**).

Esta respuesta de la atención sanitaria cambió bruscamente con la irrupción de la pandemia. Se produjeron cambios y una reorganización de la atención sanitaria y en atención primaria específicamente una priorización a la atención de mujeres embarazadas. Esto, conllevó una desprotección en el postparto marcada por el declive de los grupos de educación parental y la prevalencia de atención telemática que se extendieron por una larga temporada. A lo anterior, se suman las restricciones de los padres a acudir a las visitas y, por ende, asumir una paternidad responsable (**Artículo IV**).

El uso de la telemedicina permitió mantener la atención a las mujeres con ventajas como ahorro de tiempo por consultas telefónicas que permitieron dedicarlo a visitas que lo requerían y mayor accesibilidad a población migrante, rural y para quienes la presencialidad es un impedimento para acudir al centro de salud. También, se identificaron desventajas como la pérdida de cercanía y calidez de la atención sanitaria, desigualdades en el acceso a aparatos tecnológicos y redes de conexión tanto de las mujeres atendidas como de las matronas/es y la falta de formación y competencia digital. En épocas de crisis las decisiones en cuanto a la

priorización de la atención no necesariamente responden a las demandas y necesidades reales de las mujeres atendidas. Decisiones de este tipo pueden llevar a generar consecuencias a largo plazo, como, por ejemplo, cambios en la implicación de los padres en el cuidado de sus hijos/as. Asimismo, se debe tener en cuenta en la implementación de la telemedicina los recursos con los que cuenta la población atendida para valorar si realmente esta forma de atención no va a profundizar las desigualdades ya existentes en cuanto al acceso a la atención sanitaria. Más allá de eso, este cambio en la modalidad de atención abre la posibilidad de pensar en un formato híbrido de atención sobre todo en poblaciones más vulnerables y con necesidades especiales ([Artículo IV](#)).

CHAPTER 9.

CONCLUSIONS

Parenthood is an experience of change and vital transformation that has consequences for the health of both women and men from a biopsychosocial perspective: fatigue and self-care deficits (physical sphere), stress, insecurity, and loneliness (psychological sphere), and changes in friendship and extended family relationships, as well as in productive work, work-life balance, couple relationships and the distribution of domestic and care tasks (social sphere) (Study I). The naturalization of care work and the predominant internalization of traditional gender roles in the distribution of tasks within the couple means that women's health is more affected. It is due to the overload they must assume in the struggle for a constant balance between reproductive and productive work. All this is within a social context where individualism predominates and a production model where motherhood and care are relegated to second place and where an image of motherhood rules based on ideals and expectations that hide the impact of this experience on women's health and well-being (Study I).

During the strict lockdown in Spain between 15 March and 21 June 2020, the social context concerning the families of working mothers changed dramatically, mainly because of the COVID-19 prevention measures that were implemented, which entailed the improvised establishment of teleworking and a breakdown in the care system that allowed women to resist the doubled shift moderately. This crisis aggravated the differences in the distribution of domestic and care tasks, and there was a regression to traditional gender roles that in some families had already been overcome (Study III).

In global crisis scenarios, it is mainly women who assume the burden of response and resilience on the front line: mainly providing for their children's care needs by adapting their working hours, taking on the mental burden of planning, and managing an entire household in a changing scenario, and assuming the responsibility of supporting and supervising their children's school activities. To achieve this, they develop survival strategies, as they define them, which in many cases have consequences for their health and internal contradictions: stress, fatigue, anxiety, anguish, loss of control, irritability, emotional lability, conflicts in the couple, lack of self-care, among others. In addition to this, there are the social demands and pressures on mothers that persist in times of crisis, as well as the increased burden and demands of productive work. It makes them self-sabotage and demand from themselves the

complex responsibility of being good mothers and workers, which makes them feel frustrated and guilty within an individualistic context centered on production where government measures do not take them into account (Study III).

Regarding the health care response to the first experience of parenthood, in the prenatal period, women and men need to receive more information about postpartum changes and support in the transition to becoming mothers and fathers for the first time. Also, it provides better postpartum follow-up by increasing the number of visits from a biopsychosocial perspective that is not only reduced to physical aspects. For the upbringing and care of their children, both mothers and fathers expect to receive more information about the changes and transitions of their children in a language that is understandable and avoids contradictions between professionals. In this context, parents recognize that health professionals promote stereotypical care roles for women, relegating them to the background. At a cross-cutting level, women recognize the multiple benefits of being part of support groups and the need for health care to promote their creation and follow-up (Study II).

This healthcare response changed abruptly with the outbreak of the pandemic. There were changes and a reorganization of health care and primary care, explicitly prioritizing care for pregnant women. It led to a lack of protection in the postpartum period, marked by the decline of parenting education groups and the prevalence of telematic care that lasted for an extended time. It was compounded by restrictions on fathers to attend visits and thus assume responsible parenthood (Study IV).

The use of telemedicine made it possible to maintain the services provided to women, with advantages such as saving time on telephone consultations, which made it possible to devote it to visits that required it, and greater accessibility to migrant and rural populations and to those for whom being in person impedes visiting the health center. Disadvantages were also identified, such as the loss of proximity and warmth in health care, inequalities in access to technological devices and connection networks for both the women attended and the midwives, and the lack of training and digital competence. In times of crisis, decisions regarding the prioritization of care do not necessarily respond to the demands and needs of the women receiving care. Decisions of this kind can lead to long-term consequences, such as changes in fathers' involvement in the care of their children. Likewise, the implementation of telemedicine must consider the resources available to the population being cared for to assess

whether this form of care will not deepen the already existing inequalities in access to health care. Beyond that, this change in the care modality opens the possibility of a hybrid care format, especially for more vulnerable populations and those with special needs (Study IV).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palomar Vereá C. Maternidad: historia y cultura. La ventana Revista de estudios de género [Internet]. 2005;3(22):35–67. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035
2. Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. 2012
3. Suárez CS. Maternidades: (de)construcciones feministas [Internet]. Krk Ediciones; 2009. 232 p.
4. Esteban Galarza ML. La maternidad como cultura: algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil. En: Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina [Internet]. Bellaterra; 2000. p. 207–26. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=619748>
5. Prieto RR. Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE: ¿Es el trabajo familiar un trabajo de mujeres? Universidad de Deusto; 2012. 234 p.
6. Vereá CP. “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. Debate Feminista [Internet]. 2004; 30:12–34. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/42624829>
7. Agulló Tomás MS. Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia ya la vejez [Internet]. Disponible en: https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/20684/mujeres_agullo_2002.pdf?sequence=3
8. Ávila Y. Desarmar el modelo mujer = madre. Debate Feminista. 2004;30.
<http://dx.doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2004.30.1047>
9. Canavate DL. Representaciones Sociales de Maternidad y Paternidad en Cinco Ciudades Colombianas. Reflexión Política [Internet]. 1999;1(2). Available from:
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/reflexion/article/view/887>
10. Torres EC, Villarroel IS. Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia [Internet]. 2010;0(5):89–108. Available from:
<http://revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/view/3782>
11. d’Argemir DC. Trabajo, género, cultura: la construcción de desigualdades entre hombres y mujeres. Icaria; 1995. 156 p.
12. Saletti Cuesta L, Others. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Clepsydra Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista. 2008;(7):169–84
13. Lévesque S, Bisson V, Charton L, Fernet M. Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood: Challenges for First-time Parents. J Child Fam Stud. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-020-01727-z>
14. Giallo R, Rose N, Cooklin A, McCormack D. In survival mode: Mothers and fathers’ experiences of fatigue in the early parenting period. J Reprod Infant Psychol [Internet].

2013;31(1):31–45. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2012.751584>

15. Barbieri D, Fiore A, Linkevičiūtė J, Mollard B, Nahrgang M, Peciukonis V, et al. Gender Equality Index 2022: The COVID-19 Pandemic and Care. European Institute for Gender Equality (EIGE); 2022.
16. Çoban S. Gender and telework: Work and family experiences of teleworking professional, middle-class, married women with children during the Covid-19 pandemic in Turkey. *Gend Work Organ*. 2022 Jan;29(1):241–55. <https://doi.org/10.1111/gwao.12684>
17. Hjálmsdóttir A, Bjarnadóttir VS. “I have turned into a foreman here at home”: Families and work-life balance in times of COVID-19 in a gender equality paradise. *Gend Work Organ*. 2021 Jan;28(1):268–83. <https://doi.org/10.1111/gwao.12552>
18. Club de MALASMADRES. La Asociación Yo No Renuncio del Club de Malasmadres mide cómo concilian las familias en tiempos de confinamiento [Internet]. 2020. Available from: <https://clubdemalasmadres.com/resultados-encuesta-esto-no-es-conciliar/>
19. Instituto de la mujer. La Perspectiva de Género, Esencial en la Respuesta a la COVID-19; Ministerio de Igualdad; Secretaría de estado de igualdad y contra la violencia de género; Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades: Madrid, España, 2020.
20. Derndorfer J, Disslbacher F, Lechinger V, Mader K, Six E. Home, sweet home? The impact of working from home on the division of unpaid work during the COVID-19 lockdown. *PLoS One*. 2021 Nov 8;16(11): e02595 80. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0259580>
21. Niu Q, Nagata T, Fukutani N, Tezuka M, Shimoura K, Nagai-Tanima M, et al. Health effects of immediate telework introduction during the COVID-19 era in Japan: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021 Oct 8;16(10): e0256530. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0256530>
22. Abajo-Llama S, Bermant C, Cuadrada-Majó C, Galaman C, Soto-Bermant L. Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género. *MUSAS* [Internet]. 2016 ;1(2):20–34. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/16294>
23. Hays S. Las contradicciones culturales de la maternidad. Paidós Barcelona; 1998.
24. Maroto-Navarro G, García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit* [Internet]. 2004;18(5):13–23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500004&script=sci_arttext&tlng=pt
25. Coates R, Ayers S, de Visser R. Women’s experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Oct 14; 14:359. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-359>
26. Ayers S, Crawley R, Webb R, Button S, Thornton A, HABiT collaborative group. What are women stressed about after birth? *Birth*. 2019;46(4):678–85.

<http://dx.doi.org/10.1111/birt.12455>

27. Baldwin S, Malone M, Sandall J, Bick D. A qualitative exploratory study of UK first-time fathers' experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *BMJ Open*. 2019;9(9): e030792. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030792>
28. Wynter K, Francis LM, Fletcher R, McBride N, Dowse E, Wilson N, et al. Sleep, mental health and wellbeing among fathers of infants up to one year postpartum: A scoping review. *Midwifery*. 2020; 88:102738. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102738>
29. Ramsayer B, Fleming V, Robb Y, Deery R, Cattell T. Maternal emotions during the first three postnatal months: Gaining an hermeneutic understanding. *Women Birth*. 2019;32(6):579–85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.002>
30. Wu WR, Hung CH. First-Time Mothers Psychiatric Health Status During the Transition to Motherhood. *Community Ment Health J* [Internet]. 2016 Nov;52(8):937–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9892-2>
31. Grylka-Baeschlin S, Meyer T, Lengler L, Van Teijlingen E, Pehlke-Milde J, Gross MM. Postnatal quality of life—A content analysis of qualitative results to the Mother-Generated Index. *Women Birth*. 2019;32(2):229–37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.003>
32. Hildingsson I, Thomas J. Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *J Reprod Infant Psychol*. 2014;32(1):41–56. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.840882>
33. Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A, Nedjat S, Montazeri A. Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *J Family Reprod Health* [Internet]. 2016;10(3):146–53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28101116>
34. Salarvand S, Mousavi MS, Esmaeilbeigy D, Changae F, Almasian M. The Perceived Health Needs of Primiparous Mothers Referring to Primary Health Care Centers: A Qualitative Study. *Int J Womens Health*. 2020; 12:745–53. <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S258446>
35. Dahl B, Heinonen K, Bondas TE. From Midwife-Dominated to Midwifery-Led Antenatal Care: A Meta-Ethnography. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17238946>
36. Comentarios de Unidad 3. Ganar en Salud. Un enfoque positivo de atención a la cronicidad [Internet]. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/4869/unidad-3-ganar-en-salud-un-enfoque-positivo-de-atencion-a-la-cronicidadup/10931/comentarios/>
37. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy and practice [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2010. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20133026894>
38. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 ;26(2):182–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003025>

39. Villalonga-Olives E, Kawachi I, von Steinbüchel N. Pregnancy and Birth Outcomes Among Immigrant Women in the US and Europe: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(6):1469–87. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0483-2>
40. Atria R. La dinámica del desarrollo del capital social: factores principales y su relación con movimientos sociales. En: *Capital social: potencialidades analíticas y metodológicas para la superación de la pobreza-LC/L 1969-P-2003-p 49-62* [Internet]. 2003. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6583/S039608_es.pdf
41. Bravo Vallejos ND. El capital social como determinante de salud pública. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2017;32(6):342–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X17300763>
42. Moreira Almeida L, Caldas J. Social Determinants of Health in Pregnancy, Postpartum and early Motherhood: the impact of Migration. *Methaodos Rev Cienc Soc* [Internet]. 2014;2(1):127–33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5131265>
43. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Determinantes sociales, cuidado prenatal y depresión posparto. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010: estudio transversal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2013;56(10):508–14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501313001428>
44. Bedoya LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Acceso de mujeres en embarazo, parto y post parto a servicios de salud según clase social. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2020;52(3):285–94. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072020000300285&script=sci_arttext
45. Bacigalupe A, Martín U, Franco M, Borrell C. Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. *Informe SESPAS 2022. Gac Sanit*. 2022; 36:13–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.011>
46. Serrano Gallardo P. La vulnerabilidad, antesala de las desigualdades en salud. *Metas Enferm*. 2015;18(4):3.
47. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(5):923–8. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692008000500020>
48. Tomm-Bonde L. The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing. *BMC Nurs*. 2012;11:5. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-11-5>
49. Hannon S, Newnham E, Hannon K, Wuytack F, Johnson L, McEvoy E, et al. Positive postpartum well-being: What works for women. *Health Expect*. 2022;25(6):2971–81. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13605>
50. Corral CD, Lafuente IM, Monera RO, Cid MS. Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política [Internet]. *La Oveja Roja*; 2015. Available from: <https://www.revistaeconomicacritica.org/index.php/rec/article/download/40/27>
51. Hernández Catalán R. A tres crías por hembra trabajadora: la maternidad que se nos avecina a las europeas. In: Suárez CS, editor. *Maternidades: (de) construcciones*

- feministas. 2009.
52. Picchio A. The Analytical and Political visibility of the work of Social Reproduction. In: Background Papers Human Development Report 1995 [Internet]. USA; 1996. p. 89-104. Available from: <https://iris.unimore.it/handle/11380/641342>
 53. Tobío C. Madres que trabajan: dilemas y estrategias. Universitat de València; 2005. 296 p.
 54. Amoroso Miranda MI. Malabaristas de la vida: mujeres, tiempos y trabajos. Icaria; 2003. 102 p.
 55. Igareda N. De la protección de la maternidad a una legislación sobre el cuidado. Editorial Académica Española; 2012. 540 p.
 56. Prieto RR. Maternidad, paternidad y desigualdad de género: los dilemas de la conciliación. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales [Internet]. 2013;(53):123-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4377511>
 57. Pérez Orozco A. Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En: Roja LO, editor. Con voz propia: la economía feminista como apuesta teórica y política. 2014.
 58. Pérez Orozco A, López Gil S. Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados: concreciones en el empleo de hogar y articulaciones políticas. Mujeres ONU, editor. New York; 2012.
 59. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. 2021. Tasa de Natalidad por comunidad autónoma, según nacionalidad (española/extranjera) de la madre. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1433&L=0>
 60. D'alessandro M. Economía feminista: Cómo construir una sociedad igualitaria (sin perder el glamour). Penguin Random House Grupo Editorial Argentina; 2016. 177 p.
 61. Merino P. Maternidad, igualdad y fraternidad: las madres como sujeto político en las sociedades poslaborales. Clave intelectual; 2017.
 62. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades - Mujeres en cifras [Internet]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Home.htm>
 63. Revista Seguridad Social [Internet]. 2023. La Seguridad Social tramitó 473.720 permisos por nacimiento y cuidado de menor en 2022. Disponible en: <https://revista.seg-social.es/-/20230127-prestaciones-nacimiento>
 64. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. 2023. Encuesta de Características Esenciales de la Población y Viviendas (ECEPOV). Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177092&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
 65. Gender Equality Index 2021: Health. European Institute for Gender Equality. 2021. Gender differences on household chores entrenched from childhood. Disponible en: <https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/gender-equality-index->

66. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. 2010. Encuesta de Empleo del Tiempo (EET). Disponible en:
https://www.ine.es/prensa/eet_prensa.htm#:~:text=La%20Encuesta%20de%20Empleo%20del,y%20de%20ocio%2C%20y%20el
67. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Porcentaje de establecimientos que utilizan el teletrabajo. Sectores de actividad. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/COVID/ice/p01/l0/&file=01007.px>
68. Ajibade AT, Ogbonnaya C, David AO. Remote working and employee engagement: a qualitative study of British workers during the pandemic. *Information Technology & People*. 2021. <https://doi.org/10.1108/ITP-12-2020-0850>
69. Meléndez Morillo-Velarde L. Nuevas tecnologías y riesgos psicosociales. *Revista española de derecho del trabajo* [Internet]. 2016;(184):145-75. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5410066>
70. Gschwind L, Vargas O. Telework and its effects in Europe. In: *Telework in the 21st Century*. Edward Elgar Publishing; 2019. p. 36-75. <http://dx.doi.org/10.4337/9781789903751.00007>
71. Miller KE, Riley J. Changed Landscape, Unchanged Norms: Work-Family Conflict and the Persistence of the Academic Mother Ideal. *Innov High Educ*. 2022;47(3):471-92.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10755-021-09586-2>
72. Manzo LKC, Minello A. Mothers, childcare duties, and remote working under COVID-19 lockdown in Italy: Cultivating communities of care. *Dialogues in Human Geography*. 2020;10(2):120-3. <https://doi.org/10.1177/2043820620934268>
73. Wandschneider L, Batram-Zantvoort S, Alaze A, Niehues V, Spallek J, Razum O, et al. Self-reported mental well-being of mothers with young children during the first wave of the COVID-19 pandemic in Germany: A mixed-methods study. *Womens Health*. 2022; 18:17455057221114274. <http://dx.doi.org/10.1177/17455057221114274>
74. Igareda N. El derecho al cuidado en el estado social de derecho. *Anuario de filosofía del derecho* [Internet]. 2012;(28):185-206. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3985270.pdf>
75. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2019. Directiva (UE) 2019/1158 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, y por la que se deroga la Directiva 2010/18/UE del Consejo. Disponible en:
<https://www.boe.es/doue/2019/188/L00079-00093.pdf>
76. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1999. Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1999/11/05/39/con>
77. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2019. Real Decreto-ley 6/2019, de 1

de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-3244-consolidado.pdf>

78. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2021. Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-11472>
79. Carrasco C, Tello E. Tejiendo alianzas para una vida sostenible Consumo crítico, feminismo y soberanía alimentaria [Internet]. 2013 p. 11-44. Disponible en: https://xarxaconsum.org/wp-content/uploads/2022/02/Tejiendo_alianzas-1.pdf#page=11
80. Picchio A. Un enfoque macroeconómico «ampliado» de las condiciones de vida. En: Tiempos, trabajo y género. Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2001. p. 15-40.
81. Carrasco Bengoa MC. Sostenibilidad de la vida y ceguera patriarcal. Una reflexión necesaria. *Atl Rev Int Estud Fem* [Internet]. 2016 Oct 21;1(1):34-57. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/17955>
82. del Olmo C. ¿Dónde está mi tribu?: Maternidad y crianza en una sociedad individualista. Editorial Clave Intelectual; 2016. 232 p.
83. Velasco S. Sexos, género y salud. Madrid: Minerva Ediciones. 2009
84. Badinter E. ¿Existe el amor maternal?: historia del amor maternal, siglos XVII al XX. Paidós; 1981. 311 p.
85. Galán SG. Discursos médicos, prácticas cotidianas y visiones feministas sobre la maternidad en Asturias. En : Suarez SC, editor. *Maternidades: (De) Construcciones feministas*. 2009.
86. De Beauvoir S. *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra; 1949.
87. Suárez CS. Las maternidades y el pensamiento feminista. De Simone de Beauvoir a los feminismos de los años sesenta y setenta del siglo XX. In: Suárez CS, editor. *Maternidades: (De) Construcciones Feministas*. 2009.
88. Millet K. *Política sexual*: Cátedra. Madrid: Instituto de la Mujer. 1995;
89. Firestone S. *La Dialéctica del sexo: En Defensa de la Revolución Feminista*. Editorial Kairós SA; 1976. 308 p.
90. Rich A. *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Cátedra; 1996. 421 p.
91. Friedan B. *La mística de la feminidad*. Ediciones Cátedra; 2017.
92. Kollontai AM. *Feminismo socialista y revolución: selección de escritos*. Fundación Federico Engels; 2017. 107 p.
93. Prado PG. Alexandra Kollontai y feministas marxistas: aportaciones para genealogizar la autonomía de las mujeres. *Millcayac: Revista Digital de Ciencias Sociales* [Internet].

- 2014;1(1):149–66. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5665436>
94. Frencia C, Gaido D. Los orígenes del decreto soviético de legalización del aborto (1920). *Anuario de Historia Virtual*. 2018;(14):26–52.
 95. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev Fac Med (Méx)*. 2021;64(1):39–48.
 96. Herrera KW. Depression, anxiety and dysfunctional family in pregnancy. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2018;3(01):3–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=79979>
 97. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
 98. Fernández R, Ecuriet R, Costa D, Armelles M, Cabezas C. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya; 2018.
 99. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Report No.: Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf
 100. May C, Fletcher R. Preparing fathers for the transition to parenthood: recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*. 2013;29(5):474–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.005>
 101. Rowe HJ, Holton S, Fisher JRW. Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Aust J Prim Health*. 2013;19(1):46–52. <http://dx.doi.org/10.1071/PY11117>
 102. Gilligan C. La construcción médica del puerperio. Un análisis de bibliografía de obstetricia. *Antropología Experimental* [Internet]. 2014;(14). Disponible en: <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2014/22gilligan14.pdf>
 103. Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital—a focus group study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:82. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2>
 104. Barimani M, Vikström A, Rosander M, Forslund Frykedal K, Berlin A. Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(3):537–46. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12367>

105. Youash S, Campbell K, Avison W, Peneva D, Sharma V, Xie B. Influence of health information levels on postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2013; 16: 489-98. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0368-5>
106. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women and Birth*. 2020;34(5):451-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>
107. Hrybanova Y, Ekström A, Thorstensson S. First-time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(4):921-30. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12690>
108. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2011.Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
109. Fabian H, Sarkadi A, Åhman A. Challenges and benefits of conducting parental classes in Sweden: Midwives' perspectives. *Sex Reprod Healthc*. 2015;6(4):236-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.007>
110. Forslund Frykedal K, Rosander M, Berlin A, Barimani M. With or without the group: Swedish midwives' and child healthcare nurses' experiences in leading parent education groups. *Health Promot Int*. 2016 Dec;31(4):899-907. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav082>
111. World Health Organization (WHO). Timeline: WHO's COVID-19 response. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline/#>
112. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2020. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
113. Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A, et al. The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery*. 2020;88:102779. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>
114. Fumagalli S, Borrelli S, Ornaghi S, Vergani P, Nespoli A. Midwives' experiences of providing maternity care to women and families during the COVID-19 pandemic in Northern Italy. *Women Birth*. 2023;36(1):e57-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.011>
115. Flaherty SJ, Delaney H, Matvienko-Sikar K, Smith V. Maternity care during COVID-19: a qualitative evidence synthesis of women's and maternity care providers' views and experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22: 438. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04724-w>.
116. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2023;18(1):10.

<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>

117. Bradfield Z, Hauck Y, Homer CSE, Sweet L, Wilson AN, Szabo RA, et al. Midwives' experiences of providing maternity care during the COVID-19 pandemic in Australia. *Women Birth*. 2022;35(3):262–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.007>
118. Rocca-Ihenacho L, Alonso C. Where do women birth during a pandemic? Changing perspectives on Safe Motherhood during the COVID-19 pandemic. *Glob J Health Sci*. 2020;2(e4). <http://dx.doi.org/10.35500/jghs.2020.2.e4>
119. Horsch A, Lalor J, Downe S. Moral and mental health challenges faced by maternity staff during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. 2020;12(S1): 141–2. <https://doi.org/10.1037/tra0000629>
120. Jolivet RR, Warren CE, Sripad P, Ateva E, Gausman J, Mitchell K, et al. Upholding Rights Under COVID-19: The Respectful Maternity Care Charter. *Health Hum Rights [Internet]*. 2020 Jun;22(1):391–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32669827>
121. Requena-Mullor M, García-González J, Wei R, Romero-Del Rey R, Alarcón-Rodríguez R. The impact of COVID-19 on the monitoring of pregnancy and delivery of pregnant women in the Dominican Republic. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(11):2266. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10112266>
122. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020; 5(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002967>.
123. Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A, Perelló-Iñiguez C, Rodríguez-Garrido P. The COVID-19 Pandemic in Spain: Experiences of Midwives on the Healthcare Frontline. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126516>
124. Montagnoli C, Zanconato G, Ruggeri S, Cinelli G, Tozzi AE. Restructuring maternal services during the covid-19 pandemic: Early results of a scoping review for non-infected women. *Midwifery*. 2021;94:102916. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102916>
125. Turrentine M, Ramirez M, Monga M, Gandhi M, Swaim L, Tyer-Viola L, et al. Rapid Deployment of a Drive-Through Prenatal Care Model in Response to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Obstet Gynecol*. 2020;136(1):29–32. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003923>
126. Rousseau A, Gaucher L, Gautier S, Mahrez I, Baumann S. How midwives implemented teleconsultations during the COVID-19 health crisis: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022 Apr 1;12(4):e057292. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057292>
127. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I, Junta Permanente y Directiva de la semFYC. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Rev clín med fam*. 2021;14(2):85–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55783/rcmf.140208>
128. Peine A, Paffenholz P, Martin L, Dohmen S, Marx G, Loosen SH. Telemedicine in Germany

During the COVID-19 Pandemic: Multi-Professional National Survey. *J Med Internet Res*. 2020;22(8):e19745. <http://dx.doi.org/10.2196/19745>

129. Kichloo A, Albosta M, Dettloff K, Wani F, El-Amir Z, Singh J, et al. Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Fam Med Community Health*. 2020;8(3). <http://dx.doi.org/10.1136/fmch-2020-000530>
130. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez Díaz L, Gómez-Salgado J, Vázquez Lara JM. Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? *Rev Esp Salud Pública [Internet]*. 2020; 94:5. Disponible en: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/64526/RS94C_202011157.pdf?sequence=1&isAllowed=y
131. Iglesias Constante SM. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto. *Matronas prof*. 2015;16(2):44-9.
132. Hearn F, Biggs L, Wallace H, Riggs E. No one asked us: Understanding the lived experiences of midwives providing care in the north west suburbs of Melbourne during the COVID-19 pandemic: An interpretive phenomenology. *Women Birth*. 2022;35(5):447-57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.008>
133. Hazfiarini A, Akter S, Homer CSE, Zahroh RI, Bohren MA. “We are going into battle without appropriate armour”: A qualitative study of Indonesian midwives’ experiences in providing maternity care during the COVID-19 pandemic. *Women Birth*. 2022;35(5):466-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.003>
134. Saad M, Chan S, Nguyen L, Srivastava S, Appireddy R. Patient perceptions of the benefits and barriers of virtual postnatal care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):543. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03999-9>
135. Gordon HS, Solanki P, Bokhour BG, Gopal RK. “I’m not feeling like I’m part of the conversation” patients’ perspectives on communicating in clinical video telehealth visits. *J Gen Intern Med*. 2020 Jun;35(6):1751-8. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05673-w>.
136. Panda S, O’Malley D, Barry P, Vallejo N, Smith V. Women’s views and experiences of maternity care during COVID-19 in Ireland: A qualitative descriptive study. *Midwifery*. 2021;103:103092. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103092>
137. Barbosa-Leiker C, Smith CL, Crespi EJ, Brooks O, Burduli E, Ranjo S, et al. Stressors, coping, and resources needed during the COVID-19 pandemic in a sample of perinatal women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):171. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03665-0>
138. Appelman IF, Thompson SM, van den Berg LMM, van der Wal JTG, de Jonge A, Hollander MH. It was tough, but necessary. Organizational changes in a community based maternity care system during the first wave of the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis in the Netherlands. *Plos One*. 2022: 17.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264311>

139. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD011942.pub2>
140. Marita Koivunen KS. Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scand J Caring Sci*. 2017;32(1):24-44. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12445>
141. Kushner KE, Sopcak N, Breitzkreuz R, Pitre N, Williamson DL, Rempel G, et al. On shifting ground: First-time parents' ideal world of paid work and family time. *Community Work Fam [Internet]*. 2017;20(2):119-41. <https://doi.org/10.1080/13668803.2015.1074546>.
142. Huschke S, Murphy-Tighe S, Barry M. Perinatal mental health in Ireland: A scoping review. *Midwifery*. 2020;89:102763. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102763>
143. Maroto-Navarro G, Ocaña-Riola R, Gil-García E, García-Calvente M del M. Análisis multinivel de la producción científica mundial sobre paternidad, desarrollo humano e igualdad de género. *Gac Sanit*. 2020;34(6):582-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.008>
144. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*. 2011;25(6):483-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.010>.
145. Goberna-Tricas J, Banús-Giménez MR, Palacio-Tauste A, Linares-Sancho S. Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*. 2011;27(6):e231-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.004>
146. Álvarez-Valverde S, Pérez-Rivera FJ, Andina-Díaz E. Percepciones y deseos sobre el parto en gestantes a término en Zamora. *Enfermería Clínica*. 2020;30(6):411-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.016>
147. Soubelet-Fagoaga I, Arnoso-Martínez M, Guerendiain-Gabás I, Martínez-Moreno E, Ortiz G. (Tele)work and care during lockdown: Labour and Socio-familial restructuring in times of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182212087>.
148. Ausín B, González-Sanguino C, Castellanos MÁ, Muñoz M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. *Indian J Gend Stud*. 2021 Jan 2;30(1):29-38. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1799768>
149. Antino M, Ruiz-Zorrilla P, Sanz-Vergel AI, Leon-Perez JM, Rodriguez-Muñoz A. The role of job insecurity and work-family conflict on mental health evolution during COVID-19 lockdown. *Eur J Work Org Psychol*. 2022;31(5):667-84. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2022.2049251>
150. López-Núñez MI, Díaz-Morales JF, Aparicio-García ME. Individual differences, personality,

- social, family and work variables on mental health during COVID-19 outbreak in Spain. *Pers Individ Dif.* 2021;172 <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2020.110562>
151. González-Timoneda A, Hernández Hernández V, Pardo Moya S, Alfaro Blazquez R. Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women Birth.* 2021;34(5):465-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.001>
 152. Núñez Marrero J, Brito Brito PR, Fernández Gutiérrez DA, Sáez Rodríguez MJ, Martínez Alberto CE, Galdona Luis I, et al. La vídeo-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantación. *Ene.* 2021; 15:3-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2021000200002&lng=es
 153. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research* [Internet]. SAGE; 2011. 766 p.
 154. Morse JM, Richards L. Selecting a Method. En: *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: SAGE; 2001.
 155. Kirkevold M, Bergland Å. The quality of qualitative data: Issues to consider when interviewing participants who have difficulties providing detailed accounts of their experiences. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2007;2(2):68-75. <https://doi.org/10.1080/17482620701259273>
 156. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications; 2016. 488 p.
 157. Dahlgren L, Emmelin M, Winkvist A. Qualitative methodology for international public health. 2007 [cited 2023 Apr 24]; Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:153456>
 158. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 470 p.
 159. Nicholls D. Qualitative research: Part two - Methodologies. *Int J Ther Rehabil* 2009;16(11):586-92. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.11.44939>
 160. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
 161. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Vol. 1. Paidós Barcelona; 1987.
 162. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: a comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qual Health Res.* 2007;17(10):1372-80. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732307307031>
 163. Van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. SUNY Press; 1990. 212 p.

164. Warren CAB. Qualitative interviewing. In: Gubrium JF, Holsteinn JA, editors. *Handbook of Interview Research*. SAGE Publications, Inc.; 2011. p. 83–101.
<http://dx.doi.org/10.4135/9781412973588>
165. Diccio-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ* [Internet]. 2006 Apr;40(4):314–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
166. Holstein J, Gubrium JF. *Inside Interviewing: New Lenses, New Concerns*. SAGE; 2003. 557 p.
167. Kvale S. The Qualitative Research Interview. *Journal of Phenomenological Psychology*. 1983;14(1-2):171–96. <http://dx.doi.org/10.1163/156916283X00090>
168. Blasco Hernández T, Otero García G. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). ;(32): 5. *Nure Inv*. 2008;32:5.
169. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
170. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioeth*. 2000;6(2):321–34. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
171. Martín Arribas MC, Feito Grande L. Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en la salud. *Metas* [Internet]. 2012. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-104651>
172. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina*. 2006;126(11):418–23. <http://dx.doi.org/10.1157/13086126>
173. Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass; 1981.
174. Berger R. Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qual Res*. 2015;15(2):219–34. <http://dx.doi.org/10.1177/1468794112468475>
175. Atkinson P, Coffey A. Revisiting the Relationship Between Participant Observation and Interviewing. In: Atkinson P, Coffey A, editors. *Postmodern Interviewing*. SAGE; 2003.: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412985437>
176. Finlay L. “Outing” the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qual Health Res*. 2002;12(4):531–45. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
177. Morse JM. Strategies for sampling. In: Morse JM, editor. *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue*. SAGE Publications, Inc.; 1991. p. 127–45.
<http://dx.doi.org/10.4135/9781483349015>
178. Kuzel A. Sampling in qualitative inquiry. In: *Doing qualitative research*. Sage Publications, Inc.; 1999.

179. Sin CH. Interviewing in “place”: the socio-spatial construction of interview data. *Area*. 2003;35(3):305–12. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-4762.00179>
180. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):398–405. <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12048>
181. Hunter A, Lusardi P, Zucker D, Jacelon C, Chandler G. Making meaning: the creative component in qualitative research. *Qual Health Res*. 2002;12(3):388–98. <http://dx.doi.org/10.1177/104973202129119964>
182. Monistrol Ruano O. El trabajo de campo en investigación cualitativa (I). NURE investigación: Revista Científica de [Internet]. 2007;(28). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7779020.pdf>
183. Weitzman EA. Software and qualitative research. *Handbook of qualitative research*. 2000;
184. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*. 2022;9(1):3–26. <http://dx.doi.org/10.1037/qup0000196>
185. O'Connor H, Madge C. Online interviewing. *The SAGE handbook of online research methods*. 2017; 2:416–34.
186. Hernán-García M, Lineros-González C, Ruiz-Azarola A. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit* 2022; 35(3):298–301. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>
187. Lempert LB. Asking questions of the data: Memo writing in the grounded theory tradition. In: Bryant A, Charmaz K, editors. *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. SAGE Publications; 2007. p. 245–64.
188. Hernández YN, Pacheco JAC, Larreynaga MR. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac médica espiritana* [Internet]. 2017;19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
189. Versele V, Stok FM, Dieberger A, Deliëns T, Aerenhouts D, Deforche B, et al. Determinants of Changes in Women’s and Men’s Physical Activity and Sedentary Behavior across the Transition to Parenthood: A Focus Group Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19042421>
190. Hennekam S, Shymko Y. Coping with the COVID-19 crisis: force majeure and gender performativity. *Gend Work Organ*. 2020;27(5):788–803. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/gwao.12479>
191. Aslam A, Adams TL. “The workload is staggering”: Changing working conditions of stay-at-home mothers under COVID-19 lockdowns. *Gend Work Organ*. 2022; 29(6): 1764–78. <https://doi.org/10.1111/gwao.12870>
192. Martín Rodríguez M. COVID-19 y práctica de actividad física y deporte entre mujeres

- adultas españolas: Contexto y recomendaciones. *Sociología del Deporte* [Internet]. 2020;1(2):71–6. <http://dx.doi.org/10.46661/socioldeporte.5429>
193. Johansson M, Östlund P, Holmqvist C, Wells MB. Family life starts at home: Fathers' experiences of a newly implemented Swedish home-based postnatal care model - an interview study. *Midwifery*. 2022;105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103199>
 194. Sanz-Barbero B, Sopacua M, Otero-García L, Borda-Olivas A, Zunzunegui MV. Inequalities in the use of mammography in Spain: effect of caring for disabled family. *Int J Public Health*. 2012;57(6):953–7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-012-0395-4>
 195. del Río Lozano M, del Mar García Calvente M. Cuidados y abordaje de la pandemia de COVID-19 con enfoque de género. *Gac Sanit*. 2022;35(6):594–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.006>
 196. Shorey S, Dennis CL, Bridge S, Chong YS, Holroyd E, He HG. First-time fathers' postnatal experiences and support needs: A descriptive qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73 (12): 2987-96. <https://doi.org/10.1111/jan.13349>
 197. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, McGowan L, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):45. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>
 198. Pardell-Dominguez L, Palmieri PA, Dominguez-Cancino KA, Camacho-Rodriguez DE, Edwards JE, Watson J, et al. The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):92. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>
 199. Costa C, Teodoro M, Mento C, Giambò F, Vitello C, Italia S, et al. Work Performance, Mood and Sleep Alterations in Home Office Workers during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19041990>
 200. Øygarden AMU, Småstuen MC, Abudayya A, Glavin K, Saether KM, Solberg BL, et al. Prevalence and predictive factors of depressive symptoms among primiparae in antenatal care: A cross-sectional study in the new families programme. *J Clin Nurs*. 2023;32(15-16):4894–903. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.16608>
 201. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700–12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
 202. Ruiz-Larrea Lucía Á. COVID-19 y desigualdad de género en España: consecuencias de la pandemia para las mujeres en empleo y salud mental. *Investigaciones Feministas* [Internet]. 2022;13(1):39–51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8560111>
 203. Sandín B, Chorot P, García-Escalera J, Valiente RM. Impacto emocional de la pandemia de

- COVID-19 durante el periodo de confinamiento en España: Factores protectores y factores de riesgo/vulnerabilidad. *Acción psicol.* 2021;18(1). <http://dx.doi.org/10.5944/ap.18.1.29520>
204. Delgado-Pérez E, Rodríguez-Costa I, Vergara-Pérez F, Blanco-Morales M, Torres-Lacomba M. Recovering Sexuality after Childbirth. What Strategies Do Women Adopt? A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(2). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19020950>
 205. Garvan J. At the crossroads: the health and welfare of new mothers. *Contemp Nurse.* 2016;52(6):753–70. <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2016.1248457>
 206. Habel C, Feeley N, Hayton B, Bell L, Zelkowitz P. Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery.* 2015;31(7):728–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.007>
 207. Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery.* 2011;27(2):237–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>
 208. Lee K, Vasileiou K, Barnett J. “Lonely within the mother”: An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. *J Health Psychol.* 2019;24(10):1334–44. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105317723451>
 209. Ladge JJ, Humberd BK, Eddleston KA. Retaining professionally employed new mothers: The importance of maternal confidence and workplace support to their intent to stay. *Hum Resour Manage.* 2018;57(4):883–900. <https://doi.org/10.1002/hrm.21889>
 210. Butikofer A, Riise J, Skira M. The Impact of Paid Maternity Leave on Maternal Health. *American Economic Journal: Economic Policy.* 2018;13(1):67–105. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3139823>
 211. Pavicevic Y, Herrera F. Involucrados dentro de lo posible: Conciliación trabajo-paternidad de padres primerizos chilenos. *Rev Austral Cienc Soc.* 2019;(36):97–113. <http://dx.doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2019.n36-05>
 212. Solberg B, Glavin K, Berg RC, Olsvold N. “Opening up a well of emotions”: A qualitative study of men's emotional experiences in the transition to fatherhood. *Nurs Open.* 2023;10(4):2282–94. <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.1482>
 213. Fukumura YE, Schott JM, Lucas GM, Becerik-Gerber B, Roll SC. Negotiating Time and Space When Working From Home: Experiences During COVID-19. *OTJR.* 2021;41(4):223–31. <http://dx.doi.org/10.1177/15394492211033830>
 214. Waismel-Manor R, Wasserman V, Shamir-Balderman O. No Room of her Own: Married Couples' Negotiation of Workspace at Home During COVID-19. *Sex Roles.* 2021;85(11-12):636–49. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-021-01246-1>
 215. Mella Méndez L. El trabajo a distancia como medida de flexibilidad y conciliación laboral. *IUSLabor Revista d'anàlisi de Dret del Treball [Internet].* 2017. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/IUSLabor/article/download/332996/423828>

216. Corral A, Isusi I. Impact of the COVID-19 Confinement Measures on Telework in Spain: A Qualitative Survey. European Commission; 2020.
217. Collados MBF. El teletrabajo en España antes, durante y después del confinamiento domiciliario. RLDDE. 2021;9(1):377-409.
218. Maillot AS, Meyer T, Prunier-Poulmaire S, Vayre E. A qualitative and longitudinal study on the impact of telework in times of COVID-19. Sustain Sci Pract Policy. 2022;14(14):8731. <http://dx.doi.org/10.3390/su14148731>
219. Baamonde MEC. Sobre el carácter preferente del trabajo a distancia en el estado de alarma y en la crisis sanitaria. In: Estudios en homenaje a la profesora Susana Huerta Tocildo [Internet]. Facultad de Derecho. Servicio de Publicaciones; 2020. p. 833-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7853249>
220. Eurofound. Living, working and COVID-19, COVID-19 series. Publications Office of the European Union; 2020. <http://dx.doi.org/10.2806/76040>
221. CohenMiller A, Izenkova Z. Motherhood in Academia during the COVID-19 Pandemic: An International Online Photovoice Study Addressing Issues of Equity and Inclusion in Higher Education. Innov High Educ. 2022;47(5):813-35. <http://dx.doi.org/10.1007/s10755-022-09605-w>
222. Findley E, LaBrenz CA, Childress S, Vásquez-Schut G, Bowman K. “I”m not perfect’: Navigating screen time among parents of young children during COVID-19. Child Care Health Dev. 2022; 48 (6):1094-102. <https://doi.org/10.1111/cch.13038>
223. Kovacs VA, Starc G, Brandes M, Kaj M, Blagus R, Leskošek B, et al. Physical activity, screen time and the COVID-19 school closures in Europe - An observational study in 10 countries. EJSS. 2022;22(7):1094-103. <http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2021.1897166>
224. Juvinyà D. Impacto de la COVID-19 en los programas de Promoción de la Salud en el Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST); 2023.
225. Iglesias Martínez E, Rocas García J, Jiménez Arberas E, Llosa JA. Difference between Impacts of COVID-19 on Women and Men’s Psychological, Social, Vulnerable Work Situations, and Economic Well-Being. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(14). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19148849>
226. Tomasina F, Pisani A. Pros y contras del teletrabajo en la salud física y mental de la población general trabajadora: una revisión narrativa exploratoria. Arch Prev Riesgos Labor [Internet]. 2022;25(2):147-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492022000200007
227. Declaración de Luxemburgo. Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP); 1997.
228. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Promoción de la Salud en el Trabajo. 10 años 2013-2023. Red Española de Empresas Saludables (REES);
229. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Campaña “Gana en salud: 12

temas, 12 meses.” 2015.

230. Roman JG, Cortina C. Family time of couples with children: Shortening gender differences in parenting? *Rev Econ Househ.* 2016;14(4):921–40. <http://dx.doi.org/10.1007/s11150-015-9315-8>
231. del Río-Lozano M, García-Calvente M del M, Marcos-Marcos J, Entrena-Durán F, Maroto-Navarro G. Gender identity in informal care: impact on health in Spanish caregivers. *Qual Health Res.* 2013;23(11):1506–20. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732313507144>
232. Dean L, Churchill B, Ruppanner L. The mental load: building a deeper theoretical understanding of how cognitive and emotional labor overload women and mothers. *Community Work Fam.* 2022;25(1):13–29. <https://doi.org/10.1080/13668803.2021.2002813>
233. Burns S, Jegatheeswaran C, Perlman M. I Felt Like I was Going Crazy: Understanding Mother’s and Young Children’s Educational Experiences at Home During COVID-19. *Early Child Educ J.* 2022;1–14. <http://dx.doi.org/10.1007/s10643-022-01306-5>
234. Lee SJ, Ward KP, Chang OD, Downing KM. Parenting activities and the transition to home-based education during the COVID-19 pandemic. *Child Youth Serv Rev.* 2021;122. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105585>
235. Henter R, Nastasa LE. Parents’ Emotion Management for Personal Well-Being When Challenged by Their Online Work and Their Children’s Online School. *Front Psychol.* 2021;12. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.751153>
236. Arteaga-Aguirre C, Cabezas-Cartagena V. Mujeres, teletrabajo y estrategias de cuidados en el contexto de pandemia en Chile. *CSH Protoc [Internet].* 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-03242021000300011&script=sci_arttext
237. Seedat S, Rondon M. Women’s wellbeing and the burden of unpaid work. *BMJ [Internet].* 2021 Aug 31;374:n1972. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1972>
238. Shockley KM, Clark MA, Dodd H, King EB. Work-family strategies during COVID-19: Examining gender dynamics among dual-earner couples with young children. *J Appl Psychol.* 2021;106(1):15–28. <http://dx.doi.org/10.1037/apl0000857>
239. Waddell N, Overall NC, Chang VT, Hammond MD. Gendered division of labor during a nationwide COVID-19 lockdown: Implications for relationship problems and satisfaction. *J Soc Pers Relat.* 2021;38(6):1759–81. <https://doi.org/10.1177/0265407521996476>
240. Salido Cortés O. Los efectos de la pandemia sobre la igualdad de género: algunos análisis sobre el mercado de trabajo español. *Panorama SOCIAL [Internet].* 2021;(33). Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/70491/>
241. Waismel-Manor R, Wasserman V, Shamir-Balderman O. No Room of her Own: Married Couples’ Negotiation of Workspace at Home During COVID-19. *Sex Roles.* 2021;85(11-12):636–49. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-021-01246-1>
242. Cerrato J, Cifre E. Gender Inequality in Household Chores and Work-Family Conflict. *Front Psychol.* 2018;9. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01330>

243. Larrañaga I, Arregui B, Arpal J. El trabajo reproductivo o doméstico. *Gac Sanit* [Internet]. 2004;18(4):31–7. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000400007&script=sci_arttext&lng=en
244. Gervais C, de Montigny F, Lavoie K, Garneau J, Dubeau D. Conceptions and Experiences of Paternal Involvement among Quebec Fathers: A Dual Parental Experience. *J Fam Issues*. 2021;42(2):374–94. <https://doi.org/10.1177/0192513X20910174>
245. Newkirk K, Perry-Jenkins M, Sayer AG. Division of Household and Childcare Labor and Relationship Conflict Among Low-Income New Parents. *Sex Roles*. 2017;76(5):319–33. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-016-0604-3>
246. Batram-Zantvoort S, Wandschneider L, Niehues V, Razum O, Miani C. Maternal self-conception and mental wellbeing during the first wave of the COVID-19 pandemic. A qualitative interview study through the lens of “intensive mothering” and “ideal worker” ideology. *Front Glob Womens Health*. 2022;3. <http://dx.doi.org/10.3389/fgwh.2022.878723>
247. Graham M, Weale V, Lambert KA, Kinsman N, Stuckey R, Oakman J. Working at Home: The Impacts of COVID 19 on Health, Family-Work-Life Conflict, Gender, and Parental Responsibilities. *J Occup Environ Med*. 2021;63(11):938–43. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0000000000002337>
248. Prinds C, Timmerman C, Hvidtjørn D, Ammentorp J, Christian Hvidt N, Larsen H, et al. Existential aspects in the transition to parenthood based on interviews and a theatre workshop. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2021;28:100612. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575621000197>
249. Berlin A, Rosander M, Frykedal KF, Törnkvist L, Barimani M. Fatherhood group sessions: A descriptive and summative qualitative study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2020;22(4):1094–102. <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12776>
250. Spiby H, Stewart J, Watts K, Hughes AJ, Slade P. The importance of face to face, group antenatal education classes for first time mothers: A qualitative study. *Midwifery*. 2022;109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2022.103295>
251. Buultjens M, Murphy G, Robinson P, Milgrom J, Monfries M. Women’s experiences of, and attitudes to, maternity education across the perinatal period in Victoria, Australia: A mixed-methods approach. *Women Birth*. 2017;30(5):406–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.005>
252. Koçak V, Persson EK, Svalenius EC, Altuntuğ K, Ege E. What are the factors affecting parents’ postnatal sense of security? *Eur J Midwifery*. 2021;5:38. <http://dx.doi.org/10.18332/ejm/140139>
253. McMillan IF, Armstrong LM, Langhinrichsen-Rohling J. Transitioning to parenthood during the pandemic: COVID-19 related stressors and first-time expectant mothers’ mental health. *Couple Family Psychol*. 2021;10(3):179–89. <http://dx.doi.org/10.1037/cfp0000174>
254. Ibrahim SM, Lobel M. Conceptualization, measurement, and effects of pregnancy-specific stress: review of research using the original and revised Prenatal Distress Questionnaire.

- J Behav Med. 2020;43(1):16–33. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-019-00068-7>
255. Lorente-Acosta M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*. 2020;46(3):139–45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>
256. Marmi Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. *Musas*. 2017; 2 (1): 57-85.
257. Schobinger E, Vanetti M, Ramelet AS, Horsch A. Social support needs of first-time parents in the early-postpartum period: A qualitative study. *Front Psychiatry*. 2022;13:1043990. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2022.1043990>
258. Buultjens M, Gill J, Fielding J, Lambert KA, Vondeling K, Mastwyk SE, et al. Maternity care during a pandemic: Can a hybrid telehealth model comprising group interdisciplinary education support maternal psychological health? *Women Birth*. 2023 ;36(3):305–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2022.09.007>
259. Kornelsen J, Nowaczek D, Johnson R, Mattei M, Moola S. Care providers' experiences with and attitudes towards virtual antenatal care: Findings from a qualitative study in British Columbia. *Digit Health [Internet]*. 2022; 8:1-14. <http://dx.doi.org/10.1177/20552076221131458>
260. Madden N, Emeruwa UN, Friedman AM, Aubey JJ, Aziz A, Baptiste CD, et al. Telehealth Uptake into Prenatal Care and Provider Attitudes during the COVID-19 Pandemic in New York City: A Quantitative and Qualitative Analysis. *Am J Perinatol*. 2020;37(10):1005–14. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712939>
261. Rodríguez MB, Muñoz MJM. Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi Revista de Antropología Social [Internet]*. 2010;0(14):81–92. Disponible en: <http://aldizkaria.ankulegi.org/index.php/ankulegi/article/view/28>
262. Haga SM, Lynne A, Slinning K, Kraft P. A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(3):458–66. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x>
263. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J*. 2013;17(4):616–23. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4>
264. Encinas JAH. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In: *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina [Internet]*. Bellaterra; 2000. p. 101–62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=619732>
265. Pålsson P, Persson EK, Ekelin M, Kristensson Hallström I, Kvist LJ. First-time fathers experiences of their prenatal preparation in relation to challenges met in the early parenthood period: Implications for early parenthood preparation. *Midwifery*. 2017; 50:86–92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.021>
266. Buultjens M, Farouque A, Karimi L, Whitby L, Milgrom J, Erbas B. The contribution of group prenatal care to maternal psychological health outcomes: A systematic review. *Women Birth*. 2021;34(6):e631–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.004>

267. Hodgson S, Painter J, Kilby L, Hirst J. The Experiences of First-Time Fathers in Perinatal Services: Present but Invisible. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(2). <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9020161>
268. McLeish J, Harvey M, Redshaw M, Alderdice F. “Reassurance that you’re doing okay, or guidance if you’re not”: a qualitative descriptive study of pregnant first time mothers’ expectations and information needs about postnatal care in England. *Midwifery*. 2020;89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102813>
269. Shorey S, Chan V. Paternal mental health during the perinatal period: A qualitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2020 Jun;76(6):1307–19. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14325>
270. Maroto Navarro G, Castaño López E, García Calvente M del M, Hidalgo Ruzzante N, Mateo Rodríguez I. Paternidad y servicios de salud: estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Revista española de salud pública [Internet]*. 2009;83(2):267–78. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original5.pdf>
271. Maroto-Navarro G, Pastor-Moreno G, Ocaña-Riola R, Benítez-Hidalgo V, García-Calvente M del M, Gutiérrez-Cuadra M del P, et al. Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *J Clin Nurs*. 2013 Nov;22(21-22):3071–83. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12153>
272. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications; 1985. 416 p.