

Bienestar mental perinatal: el miedo como emoción movilizadora de técnicas de resiliencia

Perinatal mental wellbeing: fear as a mobilizing emotion for resilience techniques

Ainoa Biurrun-Garrido¹, Carme Perelló-Íñiguez², Pía Rodríguez-Garrido³, Alba Zurera-Martín⁴, Silvia Costa-Abós⁵, Josefina Goberna-Tricas⁶

¹PhD. Grupo de investigación DAFNIS (Dolor, Activitat Física, Nutrició i Salut). Campus Docent. Sant Joan de Déu-Fundació Privada. IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). Barcelona. ²Doctoranda. Programa Ciudadanía y Derechos Humanos. Universitat de Barcelona. ³PhD. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad de O'Higgins. Chile. Núcleo Milenio «Disability and Citizenship-DISCA». Centre d'Estudis Dona, Salut i Ètica. Universidad de Barcelona. Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento. Instituto Universitario de Lisboa. Portugal. ⁴Polítologa, analista, consultora y técnica de Igualdad. Barcelona. ⁵PhD. Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Universidad de Barcelona. ⁶PhD. Departamento de Enfermería, Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. ADHUC. Centro de Investigación Teoría, Género, Sexualidad. Universitat de Barcelona

RESUMEN

Objetivo: Analizar las experiencias en torno a los sentimientos y emociones de las gestantes como eje movilizador, y las estrategias resilientes desarrolladas durante el periodo de pandemia y pospandemia de COVID-19 en España.

Personas/Material y método: Diseño cualitativo, fenomenológico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres que dieron a luz en pandemia y pospandemia en España.

Resultados: El miedo estaba presente en todas las narrativas, ocasionando un cambio en las expectativas. Así mismo, destaca el carácter multifactorial que llevó a las gestantes a tomar decisiones y acciones que nunca se habían planteado. El miedo a la falta de seguridad física, a la aceptación social o a la violencia obstétrica obstaculizaron la experiencia positiva del nacimiento. A pesar de la situación de vulnerabilidad a la que se enfrentaron, como respuesta adoptaron técnicas de resiliencia.

Conclusiones: El miedo es una emoción frecuente en la gestación y parto –acentuada en pandemia–; sin embargo, puede transformarse en la medida en que existen ciertas características de las mujeres y del entorno. Las diversas técnicas resilientes permiten resignificar positivamente emociones no gratas. El buen trato, la empatía y la información son aspectos que propician experiencias positivas.

©2023 Ediciones Mayo, S.A.U. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: infecciones por coronavirus, miedo, mujeres, parto obstétrico, resiliencia psicológica, salud mental

ABSTRACT

Objective: To analyze the experiences around the feelings and emotions of pregnant women as a mobilizing axis and the resilience strategies developed during the pandemic and post-pandemic period by COVID-19 in Spain.

Persons/Materials and method: Qualitative, phenomenological design. Semi-structured interviews were conducted with women who gave birth during pandemic and post-pandemic periods in Spain.

Results: Fear was present in all narratives, which caused a change in expectations. Likewise, the multifactorial nature that led them to make decisions and take actions they had never considered before stands out. Fear of lack of physical security, social acceptance or obstetric violence hindered the positive birth experience. Despite the vulnerable situation they faced, in their response they adopted resilience techniques.

Conclusions: Fear is a frequent emotion in gestation and childbirth - accentuated in pandemic - however it can be transformed to the extent that certain characteristics of the women and the environment exist. The different resilience techniques allow us to positively re-signify unpleasant emotions. Good treatment, empathy and information are aspects that promote positive experiences.

©2023 Ediciones Mayo, S.A.U. All rights reserved.

Key words: coronavirus infections, fear, women, delivery obstetric, resilience psychological, mental health

La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha sido financiada por los proyectos «Tener hijos en tiempos de pandemia: implicaciones éticas» (Beca de Investigación en Bioética, Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2020), y «Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes».

En este estudio no existe conflicto de intereses.

Este trabajo no se ha presentado como comunicación oral o póster en ningún congreso.

Este artículo queda adscrito a la tesis doctoral de Carme Perelló-Íñiguez «Violencia y abuso obstétrico: consideraciones éticas entorno al embarazo, pérdida fetal, parto y posparto», del programa de doctorado de «Ciudadanía i DDHH» de la Universitat de Barcelona.

Fecha de recepción: 13/3/2023. **Fecha de aceptación:** 28/6/2023.

Correspondencia: Carme Perelló-Íñiguez

Dirección electrónica: carme.perello@hotmail.com

Introducción

El miedo al parto o tocofobia¹ es un fenómeno multifactorial ampliamente estudiado. El entorno donde se lleva a cabo el parto, así como la continuidad de la atención al nacimiento, condiciona la aparición de este miedo^{2,3}. Varios factores se han relacionado con el bienestar, el impacto en la salud mental y el desarrollo del feto durante la gestación; entre ellos se incluyen la edad materna⁴, los antecedentes obstétricos y de patología mental, las técnicas de reproducción asistida, las condiciones socioeconómicas desfavorables y los antecedentes de violencia⁵. La literatura también destaca algunos factores clave para favorecer la experiencia de las gestantes, como, por ejemplo, contar con profesionales sanitarios accesibles, tranquilizadores, empáticos y con habilidades clínicas en situaciones de emergencia⁶. Se resalta la importancia de un sistema sanitario que ofrezca un modelo de atención continuada con matronas, espacios y tiempos adecuados⁷; esto favorece la comunicación y la participación de las mujeres, promoviendo sentimientos de seguridad, control y autonomía.

La pandemia de COVID-19 generó tensión en los sistemas de salud⁸, conllevando la reestructuración de los servicios de atención a la maternidad durante la primera ola^{9,10}. Los centros y/o Unidades encargadas de la atención al nacimiento tuvieron que adaptarse a circunstancias inesperadas tanto desde la perspectiva de los profesionales de la salud como desde la de las mujeres y familias consultantes¹¹. Para prevenir el contagio madre/feto y/o recién nacido, se implementaron acciones preventivas, pero no de manera uniforme. A nivel internacional, nacional y local se utilizaron diversas estrategias: evitación del contacto piel con piel y de acompañamiento durante el parto, interrupción de la lactancia materna exclusiva, y realización de cesáreas preventivas, así como la reprogramación o anulación de visitas^{12,13}. Estas medidas afectaron a la capacidad de elección de las mujeres en relación con la atención sanitaria al nacimiento^{14,15}, vulnerando el principio bioético de autonomía y sus derechos sexuales y reproductivos^{16,17}.

Estudios realizados en otros contextos sanitarios^{17,18}, durante el mismo periodo, muestran que las mujeres experimentaron angustia psicológica, preocupación anticipada y mayor ansiedad, así como temor a acudir a visita prenatal y a que se les pospusieran o cancelaran pruebas. No obstante, a pesar de la literatura publicada, no queda claro cómo las mujeres embarazadas y aquellas que dieron a luz durante este periodo gestionaron el miedo sobreañadido generado por este fenómeno mundial, ni qué estrategia de resiliencia desarrollaron¹⁹. El modelo salutogénico²⁰ enfatiza la salud desde una perspectiva positiva, incidiendo en cómo las personas mantienen su salud a pesar de factores estresantes, desarrollando resiliencia, gracias a la movilización de recursos internos y externos. Dicho enfoque¹⁹ promueve la capacidad de las personas para dirigir su propia vida en situaciones adversas.

Este estudio tiene por objetivo analizar las experiencias en torno a los sentimientos y emociones de las gestantes como eje movilizador, así como las estrategias de resiliencia desarrolladas durante la pandemia y pospandemia de COVID-19 en España.

Personas/Material y método

Diseño

El estudio tiene un diseño cualitativo, desde el paradigma fenomenológico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres que dieron a luz durante la pandemia y pospandemia de COVID-19 en España.

Emplazamiento

Las entrevistas, que fueron llevadas a cabo por dos de las investigadoras del estudio, se realizaron a mujeres de varias comunidades autónomas españolas (Cataluña, Galicia y Baleares), desde junio de 2020 hasta marzo de 2021. Debido a la situación de pandemia, se hicieron mayoritariamente vía telemática u *online*. La duración de las entrevistas osciló entre 40 y 90 minutos. Las mujeres que optaron por parir en casa, según su deseo, fueron entrevistadas presencialmente en sus domicilios por una de las investigadoras del estudio.

Participantes

Se realizaron entrevistas a mujeres que estuvieron embarazadas durante la pandemia de COVID-19 y que dieron a luz en España entre junio de 2020 y febrero de 2021. Las entrevistas se realizaron durante el tercer trimestre del embarazo o durante los tres meses posteriores al parto. Se establecieron criterios teóricos de selección para incluir la máxima variedad de perfiles de mujeres en términos de paridad, tipo de centro de atención del parto (público o privado) y elementos de vulnerabilidad preexistentes. De acuerdo con los criterios definidos por Briscoe et al.²¹, se añadieron como elementos de vulnerabilidad relacionados con la pandemia: tener que cambiar de centro de atención por cierre del paritorio en el hospital de referencia debido a la pandemia, decidir parto en casa con motivo de la pandemia o haber adquirido la COVID-19 durante el embarazo. Los perfiles seleccionados se muestran en la Tabla 1.

Recogida de datos

Se reclutaron 14 mujeres con dos estrategias distintas: mediante un anuncio en la página web del grupo de investigación y a

Tabla 1. Perfiles de las mujeres seleccionadas para formar parte del estudio

Descripción
<ul style="list-style-type: none"> • Madres mayores de 40 años • Madres que afrontan la maternidad solas • Madres con bebés prematuros u otros problemas obstétricos y/o neonatales • Madres que tuvieron problemas psicológicos antes o durante el embarazo y el parto • Madres inmigrantes o que hayan residido fuera del Estado español durante el embarazo • Madres que requirieron técnicas de reproducción asistida • Madres que han tenido que cambiar de centro de parto a causa de la pandemia de COVID-19 • Madres que habían solicitado atención del parto a domicilio debido a la pandemia • Madres que contrajeron la COVID-19 antes o durante el parto

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Perfiles sociodemográficos de las participantes

Nombre	Edad	Nivel académico	Mes y año de nacimiento	Número de hijos	Decisión del lugar de parto	Perfil de inclusión
Alexa	32	Doctorado	Mayo 2020	Primero	Hospital de tercer nivel	Problemas obstétricos en el embarazo
Sara	31	Bachillerato	Abril 2020	Primero	Hospital regional	Problemas obstétricos en el embarazo
María	32	Grado universitario	Julio 2020	Primero	Hospital regional (segundo nivel)	Problemas neonatales
Clarisa	37	Grado universitario	Noviembre 2020	Primero	Hospital regional (segundo nivel)	Antecedente de problemas psicológicos
Gina	38	Grado universitario	Marzo 2020	Segundo	Hospital de tercer nivel	COVID-19 +
Graciela	31	Grado universitario	Julio 2020	Segundo	Hospital de tercer nivel	Problemas neonatales. Emigrada
Kora	34	Bachillerato	Mayo 2020	Tercero	Hospital regional (segundo nivel)	Cambio de hospital por la pandemia de COVID-19
Marga	39	Grado universitario	Agosto 2020	Primero	Hospital de tercer nivel	Madre sola
Beatriz	41	Grado universitario	Noviembre 2020	Primero	Hospital de tercer nivel	Técnicas de reproducción asistida
Irene	29	Grado universitario	Mayo 2020	Primero	Parto en casa	Cambio de hospital a parto en casa
Marisa	42	Bachillerato	Abril 2020	Segundo	Parto en casa	Mayor de 40 años. Cambio de hospital a parto en casa
Scarlett	36	Grado universitario	Junio 2020	Primero	Parto en casa	Cambio de hospital a parto en casa
Celia	27	Grado universitario	Abril 2020	Primero	Parto en casa	Cambio de hospital a parto en casa
Serena	40	Grado universitario	Octubre 2020	Segundo	Hospital regional (segundo nivel)	Técnicas de reproducción asistida

Fuente: elaboración propia.

través de contactos personales de las investigadoras. Se verificó que los perfiles de mujeres se ajustaran a los criterios teóricos y se acordó una fecha para la entrevista. Previo a ello, se proporcionó información sobre el estudio y se obtuvo el consentimiento informado por correo electrónico. Las entrevistas fueron anonimadas y pseudoanonimizadas (Tabla 2) para garantizar la confidencialidad según la ley de protección de datos. Las mujeres fueron informadas de que las entrevistas se grabarían, y tenían la opción de encender o apagar la cámara durante la grabación. Las voces fueron grabadas para su posterior transcripción. La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099).

La entrevista comenzó con preguntas orientadoras y continuó con exploratorias. La elaboración del esquema de la entrevista partió de una búsqueda bibliográfica de la literatura publicada hasta el momento del inicio de la investigación. El guion de entrevista se muestra en la Tabla 3.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron utilizando las siete etapas de Colaizzi²², que incluyeron transcripción, extracción de frases importantes, categorización y formación de temas. Tres miembros del equipo

de investigación revisaron y controlaron el proceso de análisis. El análisis cualitativo reveló un total de 43 códigos iniciales, que dieron lugar a 26 subcategorías, agrupadas en 5 categorías y en 3 temas (Tabla 4).

Resultados

Se entrevistó a 14 mujeres de entre 27 y 42 años. Durante la pandemia experimentaron miedo, ansiedad y confusión como consecuencia de la incertidumbre. Se sintieron vulnerables debido al aislamiento, al entorno social y hospitalario y a las medidas de prevención, así como por el temor a ser consideradas contagiosas o a poderse contagiar. Pero, a pesar de las dificultades, emergieron estrategias de resiliencia. Los resultados se presentan describiendo los tres temas surgidos en el análisis: seguridad del hospital, afectaciones en la salud mental y estrategias de resiliencia.

Tema 1: seguridad del hospital

El seguimiento de las gestaciones durante la pandemia varió según las circunstancias individuales: algunas mujeres experimentaron falta de asistencia, cambios en los protocolos y restricciones en el acompañamiento. El análisis revela tres

Tabla 3. Guion de entrevista

- Cuéntame cómo fue tu decisión de convertirte en madre. ¿Cuándo la tomaste?
- ¿Tienes pareja? ¿Cuál fue su papel a lo largo del proceso? ¿Te acompañó en el parto? ¿Y te acompañó en tus visitas de control durante el embarazo? Si no fue así, ¿cuál fue la razón por la que no lo hizo?
- ¿Cómo fue tu embarazo? ¿Y el parto en sí? ¿Y después del parto, durante el puerperio? ¿Tuviste algún problema de salud en algún momento?
- ¿Cómo fue tu relación con el sistema de salud? ¿Qué relación tuviste con los profesionales de la salud: en la consulta del médico, de la matrona, en el hospital? ¿Cómo accediste a la información de salud sobre la atención durante el embarazo, sobre el lugar de parto y la atención en el puerperio?
- ¿Tuviste algún problema para acceder o elegir alguno de los servicios de salud? ¿O para acceder o elegir a un profesional?
- ¿Cómo te sentiste mientras te sometías a las distintas pruebas y/o análisis?
- ¿Tomaste alguna decisión relacionada con el tipo de atención durante la realización de alguna prueba o acción de salud durante el embarazo, parto y/o puerperio? ¿De qué tipo? ¿Te resultó fácil tomar decisiones al respecto? ¿Experimentaste alguna dificultad para cumplir con alguna de las decisiones que se tomaron? ¿Buscaste consejo o ayuda?
- ¿Preparaste algún plan de parto? ¿Cuándo? ¿Quién te lo ofreció o propuso realizar? ¿Tomaron en cuenta el plan en el hospital o en el lugar donde diste a luz?
- ¿Decidiste el lugar donde querías dar a luz? ¿Se cambió tu primera opción? ¿Por qué? ¿Cuál fue tu experiencia en este sentido?
- ¿Qué cambios surgieron en cuanto a las decisiones que habías tomado y en el proceso de atención tras el inicio de la pandemia de COVID?
- Hablemos de tus sentimientos: ¿sentiste miedo, confusión o ansiedad en algún momento antes o después del parto?
- ¿Experimentaste sentimientos o una sensación de pérdida de reconocimiento personal, o te sentiste frustrada, estigmatizada?
- ¿Hay algo más relacionado con el proceso de maternidad que te gustaría comentarnos?

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Principales temas, categorías y subcategorías extraídas

Tema	Categoría	Subcategoría
Seguridad del hospital	• Miedo institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con el espacio • Inseguridad
	• Miedo social	<ul style="list-style-type: none"> • (In)Seguridad • Aislamiento • Ansiedad • Acompañamiento
	• Miedo al trato por parte de los/as profesionales sanitarios/as	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Distanciamiento/ mascarilla • Comprensión • Abandono • Vergüenza • No respeto a los deseos/autonomía • Falta de cuidados • Falta de información • Separación del recién nacido
Afectaciones en el bienestar mental	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento y emociones generadas • Gestión de las emociones generadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Soledad • Ansiedad • Falta de comprensión • Tristeza • Falta de cuidados
Estrategias de resiliencia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información sobre el proceso de nacimiento • Información constante sobre la pandemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortaleza • Seguridad hospitalaria/falta de seguridad hospitalaria • Empoderamiento

categorías principales relacionadas con el miedo: miedo institucional, miedo social y miedo al trato de los profesionales sanitarios.

Miedo institucional

La falta de información clara sobre las consecuencias de la infección por COVID-19 durante el embarazo generó frustración en las mujeres, e incluso miedo al contagio o a no ser correctamente atendidas:

Al principio tenía un poco de sensación de miedo, como todo el mundo imagino, un poco de pánico, porque la declaración del estado de alarma fue impactante. Yo nunca había vivido una situación parecida y tenía miedo al contagio. Tampoco había mucha información sobre las consecuencias de la infección en el embarazo. Luego no solo me daba miedo la pandemia, sino también que no hubiera infraestructura hospitalaria si en un momento dado yo, con riesgo de preeclampsia y retraso de crecimiento de mi hijo, tuviera

que entrar en la UCI, tanto neonatal como materna, que no hubiese medios porque todo estaba colapsado. (Alexa)

Las mujeres también expresaron miedo institucional por falta de atención presencial por parte de los profesionales y cambios en los protocolos. También se mencionó ausencia de acompañamiento familiar por las restricciones sanitarias:

Cada vez que iba a hacerme las correas me decían que seguramente que en la pública no tendría asistencia y que tenía riesgo de contagiarme yo y mi hija. El principal miedo que tenía yo era al parto y a la falta de asistencia, también a no poder recibir visitas. De hecho, mis padres no pudieron ver a mi hija físicamente hasta que tuvo dos meses. (Sara)

Cuando empezó la pandemia ya no podía ir a ningún sitio. Las visitas de la matrona me las hacían por teléfono. Por suerte, hacía el final, el último control y la últimas ecografías y monitores de finales de junio sí pudieron volver a acompañarme. (María)

En esta línea, una mujer mencionó que las decisiones sanitarias durante la pandemia se tomaron de manera protocolaria, sin considerar su individualidad ni las emociones de su pareja. Otras mujeres expresaron sensación de falta de atención y de consenso por parte del sistema de salud. Deseaban participar activamente en las decisiones relacionadas con su parto y sus preferencias individuales:

Yo considero que se tomaron decisiones sin tener en cuenta la parte emocional, solo se tenía en cuenta que el hospital estaba saturado y por tanto [...] es muy importante el día del parto para la mujer, y para el hombre también porque al final es el parto de su hijo también. Considero que no se le tuvo nada en cuenta en el hecho de tomar decisiones, sin tener en cuenta cómo afecta emocionalmente y cómo puede llegar a afectar. (Kora)

Yo estaba muy feliz porque la niña estaba sana y estaba todo bien, pero claro, yo me sentí muy sola durante el parto, fueron veintiséis horas y solo pude ver y estar con mi marido cinco. Fue un poco... no sé. (Graciela)

Miedo social

Algunas mujeres expresaron miedo asociado a aislamiento, generándoles sentimientos de incertidumbre y soledad que les provocó miedo anticipado y sobreenvenido hacia la atención al parto:

La verdad que no fue el embarazo que yo hubiera imaginado, porque te coarta todo y la situación del COVID, el tema de estar pendiente de las cifras, de cómo iba empeorando la situación a todos los niveles, pues eso te genera una ansiedad que no te esperabas, y, más que nada, la frustración de que se te van cayendo los planes, de que tú tenías idea de compartir con tu pareja unos días, de compartir con tu familia, y ves que se va alargando y bueno... (Scarlett)

Miedo al trato de los profesionales sanitarios

Las participantes también verbalizaron «Miedo al trato que re-

cibirían por parte de los/las profesionales sanitarios/as debido a la necesaria distancia impuesta por la pandemia»:

A veces pienso que falta un poco de humanización por parte de los profesionales sanitarios. Vas a hacerte una ecografía, es tu primera vez, no sabes cómo funcionan las cosas y claro, llegas y una mujer te dice «Pues mira, yo ahora estaré trabajando, no molestes» de una forma ruda. «No molestéis, veréis que yo voy mirando ciertas cosas en la pantalla; si la pantalla vuestra se apaga, me lo decís porque yo no veré nada». (Clarisa)

Tema 2: Afectaciones en la salud mental

Antes, durante y después del parto, las mujeres experimentaron una amplia gama de emociones. Los partos se realizaron en condiciones diferentes a las habituales, generando tristeza y soledad; la falta de contacto con seres queridos y de apoyo del sistema sanitario contribuyeron a estos sentimientos. Algunas mujeres experimentaron estigmatización debido a las restricciones y protocolos. Todas ellas expresaron angustia debido a la incertidumbre y se sintieron vulnerables, no solo por estar embarazadas sino también por la situación caótica causada por la pandemia:

Mira, yo hasta ahora no estaba nada estresada, nada angustiada, pero me estresaron [...] porque nadie me podía asegurar que yo decidiera las cosas de mi parto. Tampoco les parecía muy importante, solo coronavirus. (Marga)

Además, la mayor parte de las mujeres entrevistadas afirman haber sentido emociones relacionadas con ansiedad, estrés y soledad durante el embarazo y el posparto:

La sensación fue de soledad, y estaba triste cuando nació [mi hija] porque no me la pudieron poner en el pecho, la lavaron de arriba abajo... y todo esto hace que el recuerdo no fuera muy bonito. Pero era lo que se tenía que hacer, ya que era el primer parto en estas condiciones en el hospital y tuvieron que actuar de esta manera. (Gina)

Sentimientos como el de tristeza aparecen relacionados con situaciones de aislamiento social, falta de comprensión, percepción de falta de consenso y de cuidados por parte del sistema sanitario:

Fue duro, y por el tema pandemia en ocasiones era surrealista porque a veces nos decían que no podíamos hacer alguna cosa por coronavirus, pero entonces los mismos enfermeros nos decían que no, que no era muy lógico. Entonces, ¿qué hacemos? ¿Seguimos las normas? ¿Nos las saltamos? Las cosas se hacían un poco sobre la marcha y queda mucho por saber. (María)

Tema 3: Estrategias de resiliencia

Ante la incertidumbre por la falta de información coherente, las mujeres desarrollaron resiliencia y empoderamiento. Utilizaron estrategias como la distracción mental y la planificación diaria de actividades. Además, buscaron información en línea, se apoyaron en grupos de soporte y consideraron op-

ciones de lugar de nacimiento. Estas estrategias les permitieron afrontar la situación de forma positiva y adaptarse a los cambios:

Yo intentaba verlo fríamente y hablar con gente que conocía. La situación cambia a cada momento, claro, estabas en pleno confinamiento. Era muy incierto todo, y realmente afrontarlo no se podría decir que lo haya afrontado, tuve que sobrevivir, pero en ningún momento estuve tranquila. (Sara)

Como se ha mencionado, la planificación diaria de actividades fue una de las estrategias desarrolladas, acomodarse a vivir al día sin planificaciones de futuro:

Como en el confinamiento tampoco podía salir de casa, intentaba hacerme un planning diario de cosas a hacer para intentar estar distraída, y entonces cambié un poco la perspectiva de ver las cosas. Y después pensaba que no podía hacer nada, que no estaba en mis manos poder cambiar nada, e intentaba tener la mejor actitud para hacer que mi proceso fuera lo mejor posible. (Alexa)

Otras estrategias de resiliencia fueron la realización de cursos de yoga *online*, el visionado de videos de YouTube, la lectura de libros o guías sobre el parto, y buscar por internet información sobre profesionales obstétricos:

Me puse a hacer yoga para embarazadas online, porque yo también estaba haciendo yoga en el gimnasio. Además, desde la Asociación Catalana de Comadronas y tal, nos pasaron enlaces de videos cortos de YouTube, pero eran más a nivel teórico. Además, iba leyendo cosas, libros que a lo mejor me había comprado y que luego nunca había leído, o me saqué [...] un libro que acaba de estrenar Ibone Olza sobre el hecho de parir. Iba leyendo, pero me sentía en un momento en que no me apetecía tampoco tanta teoría. (Scarlett)

La preparación al parto se adaptó a los nuevos protocolos, optando por clases en línea, utilizando recursos digitales como videos de yoga y lectura de libros sobre el parto. Las redes sociales proporcionaron información y apoyo adicional, generando sensación de compañía. Participar en sesiones en línea fue valorado positivamente para contrarrestar el aislamiento:

Empecé a hacer sesiones online de clases preparto, la verdad es que me han ido muy bien teniendo en cuenta el confinamiento, te hacen compañía... y también [utilicé] mucho las redes sociales. Instagram me ha sorprendido ya que hay muchas matronas que suben mucha información, hacen entrevistas a pediatras o ginecólogos y [...] bueno, estando en casa he tirado de redes sociales. (Beatriz)

Así mismo, las embarazadas buscaron soporte entre iguales, creando grupos de apoyo con la ayuda de otras embarazadas, *vía online*, que, en algunos casos, se constituyeron como espacios reivindicativos de sus derechos cuando los percibieron como amenazados por los protocolos sanitarios:

Yo fui la impulsora de crear un grupo con embarazadas de la zona donde vivo, conozco muchas porque me dedico, entre otras cosas, a productos de madres y niños, ¿vale? Hice un grupo de embarazadas y eso fue una de las experiencias más bonitas de todo el confinamiento; nos juntamos [...] quizás unas cincuenta embarazadas en el grupo, y en un momento nos organizamos para decir «Esto no puede pasar, vamos a hacer alguna cosa para parir acompañadas». Creamos un cartel que difundimos en redes sociales, hicimos movimiento en redes, mucho, y en dos o tres horas el hospital respondió que no impedirían la entrada de las parejas. (Kora)

Motivadas por su actitud resiliente, algunas mujeres reevaluaron el lugar de parto debido al cierre de las salas con atención natural al parto normal, y optaron por el parto en casa para sentirse seguras, acompañadas, y conseguir respeto a su capacidad de autonomía. Así, a algunas mujeres que, inicialmente planeaban dar a luz en el hospital, el contexto de la pandemia las llevó a cambiar de opinión por miedo a no poder satisfacer las condiciones que consideraban adecuadas y por la falta de Seguridad que para ellas suponía dar a luz en un entorno hospitalario y medicalizado. Estas elecciones carecieron de financiación pública.

La primera vez que salió la expresión «parto en casa» la recuerdo como lo que pensamos todos, así como algo de miedo ¿no?, ostras, ¡parir en casa! Así que mi primera reacción fue un poco a la defensiva, sin saber mucho. Pero a medida que fuimos informándonos y supimos más, que fuimos leyendo, que conocimos a nuestra comadrona [...] Yo no sé si no hubiera pasado todo esto del COVID cómo hubiera parido si en el hospital o en casa como finalmente fue. (Irene)

Sí, sí, yo pensaba que el lugar más tranquilo sería en casa, a mí me daba toda la seguridad estar aquí, cuando a otra persona le da seguridad estar en un hospital, ¿no? O sea, es donde tú te sientes segura. (Marisa)

Discusión

Al inicio de la pandemia de COVID-19, tanto los profesionales sanitarios como las gestantes y sus familias experimentaron miedo a infectarse y a transmitir la enfermedad. Los nuevos protocolos provocaron reducción de la atención presencial, disminución de los controles gestacionales y de las visitas prenatales, así como suspensión de grupos de preparación al nacimiento¹⁵. Todo ello condujo a retroceso en cuanto a la aplicación de las recomendaciones de la estrategia de atención al parto normal²³.

Las visitas prenatales no eran como las previas al inicio de la pandemia, ya que pasaron a ser telemáticas (mediante aplicaciones o vía telefónica) y las gestantes las percibían como incompletas. Esto les generaba preocupación, ansiedad y malestar, pero al mismo tiempo muchas mujeres mostraban reticencia a acudir a centros de salud y hospitales por miedo al contagio y al trato por parte de profesionales sanitarios afectados por la necesidad de distancia y la situación que vivían. También percibían que el sistema estaba saturado por los en-

fermos/as COVID. Sin embargo, la situación de miedo y la excepcionalidad las llevó a generar actitudes de resiliencia que, en algunos casos, las movió a buscar un lugar «seguro» para recibir atención a la maternidad, aumentando el número de mujeres que optaron por partos domiciliarios, a pesar de que, en el contexto español, ello supuso costearlos de forma privada. Este hallazgo coincide con los resultados de otras investigaciones nacionales²⁴ e internacionales^{25,26}, en las que se muestra que un mayor número de embarazadas decidieron dar a luz fuera del entorno hospitalario¹⁸.

Otro hallazgo destacado es el uso de la telemedicina para la reducción de visitas presenciales maternas durante la pandemia de COVID²⁷, especialmente en lo que respecta a educación prenatal^{28,29}. Los cursos telemáticos fueron bien recibidos porque ayudaron a mejorar la soledad, el aislamiento y la vivencia del día a día³⁰. Todas las entrevistadas que realizaron educación sanitaria *online* afirmaron que les resultó útil, ya que les permitió obtener información de expertos/as en la materia (profesionales sanitarios). Estos resultados concuerdan con los de Zilver et al.³¹: durante la pandemia, el «miedo al parto» se convirtió en «miedo a la atención en un contexto de crisis sanitaria».

Por último, todas las mujeres coinciden en que, a nivel de bienestar mental, las informaciones contradictorias, los cambios bruscos de protocolos y guías de actuación, así como de la falta de equipos de protección les hicieron sentirse desconfiadas con el sistema, generándoles miedo y vulnerabilidad, un hecho que coincide con otros estudios internacionales²⁵. Y esto, unido a la reducción de sus relaciones sociales y familiares por miedo al contagio o a la transmisión de la enfermedad, las llevó a sentir soledad y abandono. Ante todas estas dificultades, las mujeres generaron estrategias de resiliencia. Estos hallazgos también se alinean con publicaciones^{32,33} que sugieren que cultivar estilos de afrontamiento positivos y obtener suficiente información sobre el parto es útil para la salud mental de las madres.

Nuestro estudio confirma que las mujeres percibieron un retroceso en su capacidad de toma de decisiones, vulnerando el principio bioético de autonomía^{14,15}, así como en sus derechos sexuales y reproductivos^{16,17}. Sin embargo, a pesar de todos estos aspectos y emociones negativas, muchas de las mujeres lograron transformar y movilizar dichas emociones de manera positiva gracias a características propias y del entorno, así como a la aplicación de técnicas de resiliencia. Entre las estrategias destacan la adaptación a los cursos de preparación al parto *online* y la creación de grupos de apoyo y defensa activa de sus derechos mediante redes sociales, y, en algunos casos, movilizando su capacidad de decisión para optar por un parto en casa, cuando su poder económico se lo permitía.

Conclusiones

Durante la pandemia y pospandemia, muchas mujeres mostraron resistencia a acudir a centros de salud y hospitales por temor al contagio y al trato recibido en contextos hospitalarios saturados por los/as enfermos/as COVID. Surgieron actitudes de resiliencia, como la formación de grupos de autoayuda y la búsqueda de entornos «seguros» para recibir atención al parto, lo que aumentó el número de partos domiciliarios. Aunque el control gestacional telemático generaba ansiedad, la educa-

ción sanitaria en línea les brindó información profesional que mejoró su bienestar emocional. Las informaciones contradictorias, los cambios en los protocolos y la reducción de las relaciones sociales y familiares incrementaron el miedo y la ansiedad, resaltando la necesidad de información coherente por parte de los profesionales sanitarios. Las gestantes desarrollaron técnicas de resiliencia que les permitieron tomar decisiones radicales y asumir la responsabilidad de su autocuidado y del proceso de parto, lo que requiere reflexión y replanteamiento de la atención al parto por parte de proveedores e instituciones sanitarias.

Agradecimientos

Damos las gracias a las mujeres que accedieron de forma voluntaria y altruista a participar en este estudio, por el tiempo que dedicaron y por responder a las preguntas a pesar de las difíciles circunstancias del momento.

Bibliografía

- Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009; 88(7): 807-13. doi: 10.1080/00016340902998436.
- O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96(8): 907-20. doi: 10.1111/aogs.13138.
- Ortega-Cejas CM, Roldán-Merino J, Biurrun-Garrido A, Castrillo-Pérez MI, Vicente-Hernández MM, Lluch-Canut T, et al. Miedo al parto: revisión bibliográfica de los instrumentos de medida. *Matronas Prof.* 2019; 20(2): 36-42.
- Cooke C-LM, Davidge ST. Advanced maternal age and the impact on maternal and offspring cardiovascular health. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2019; 317(2): H387-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1152/ajpheart.00045.2019>
- Boutib A, Chergaoui S, Marfak A, Hilali A, Youlyouy-Marfak I. Quality of life during pregnancy from 2011 to 2021: systematic review. *Int J Womens Health.* 2022; 14: 975-1005. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ijwh.s361643>
- Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020; 15(1): 1704484. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
- Ricchi A, Rossi F, Borgognoni P, Bassi MC, Artioli G, Foa C, et al. The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed.* 2019; 90(6-5): 41-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v90i6-5.8621>
- Hantoushzadeh S, Bagheri M, Amjadi MA, Farahani MF, Haghollahi F. Experiences of health care providers on pregnancy and childbirth care during the COVID-19 pandemic in Iran: a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(1): 670. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04148-y>
- Chirico F, Nucera G, Magnavita N. COVID-19: protecting healthcare workers is a priority. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 41(9): 1117. doi: 10.1017/ice.2020.148.
- Kursumovic E, Lennane S, Cook TM. Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. *Anaesthesia.* 2020; 75(8): 989-92. doi: 10.1111/anae.15116.
- González-Timoneda A, Hernández-Hernández V, Pardo-Moya S, Alfaro-Blázquez 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. doi: 10.1016/j.wombi.2020.12.001.

12. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr.* 2021; 17(1): e13088. doi: 10.1111/mcn.13088.
13. Alzamora MC, Paredes T, Cáceres D, Webb CM, Valdez LM, La Rosa M. Severe COVID-19 during pregnancy and possible vertical transmission. *Am J Perinatol.* 2020; 37(8): 861-5. doi: 10.1055/s-0040-1710050.
14. Goberna-Tricas J, Biurrun-Garrido A, Perelló-Íñiguez 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): 6516.
15. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, Van der Meulen J, Guroł-Urganci I, et al. Effects of the Covid-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2021; 9(6): e759-72. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00079-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00079-6/fulltext)
16. Mena-Tudela D. Violencia obstétrica en pandemia, ¿seguimos? *Observatorio de Violencia Obstétrica.* 2021. Disponible en: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/violencia-obstetrica-en-pandemia-seguimos/>
17. Kolker S, Biringer A, Bytautas J, Blumenfeld H, Kukan S, Carroll JC. Pregnant during the COVID-19 pandemic: an exploration of patients' lived experiences. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(1): 1-13. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04337-9>
18. Dymecka J, Gerymski R, Iszczuk A, Bidzan M. Fear of coronavirus, stress and fear of childbirth in Polish pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(24): 13111.
19. Morin V. Salutogénesis: maternidad y experiencia coherente de vida. En: Boladeras M, Goberna-Tricas J (coords.). *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario.* Fundación Dialnet. 2016; 143-54. ISBN 978-84-475-4010-5.
20. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996; 11(1): 11-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
21. Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *J Adv Nurs.* 2016; 72(10): 2330-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13017>
22. Shosha GA. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: a reflection of a researcher. *Eur Sci J.* 2012; 8(27): 31-43. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/EMPLOYMENT-OF-COLAIZZI%27S-STRATEGY-IN-DESCRIPTIVE-A-Shosha/0d91d89244476162145584d13ac29cf85df5859d>
23. Pallango Plasencia PE. Percepción de la paciente embarazada sobre la asistencia a los controles prenatales durante la pandemia por COVID-19. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/32586/1/PALLANGO%20PLASENCIA%20PAOLA%20ESTEFANIA.pdf>
24. Arias PV, Garrido ER, Moya JI. Educación maternal: un reto durante la pandemia por Covid-19. *Paraninfo Digital.* 2020; 14(32): e32091d. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e32091d>
25. Costa Abós S, Goberna-Tricas J. Experiencia del embarazo y parto en casa durante la pandemia de Covid-19. *Index de Enfermería.* 2021; 30(3): 244-8.
26. Hantoushzadeh S, Bagheri M, Amjadi MA, Farahani MF, Haghollahi F. Experiences of health care providers on pregnancy and childbirth care during the COVID-19 pandemic in Iran: a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(1): 670. doi: 10.1186/s12884-021-04148-y.
27. Cheng RJ, Fisher AC, Nicholson SC. Interest in home birth during the COVID-19 pandemic: analysis of Google trends data. *J Midwifery Womens Health.* 2022; 67(4): 427-34. doi: 10.1111/jmwh.13341.
28. 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. doi: 10.1186/s12884-021-03665-0.
29. Aksoy Derya Y, Altıparmak S, Akça E, GÖkbulut N, Yılmaz AN. Pregnancy and birth planning during COVID-19: the effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety. *Midwifery.* 2021; 92: 102877. doi: 10.1016/j.midw.2020.102877.
30. Uludağ E, Serçekeş P, Vardar O, Özkan S, Alataş SE. Effects of online antenatal education on worries about labour, fear of childbirth, preparedness for labour and fear of covid-19 during the covid-19 pandemic: a single-blind randomised controlled study. *Midwifery.* 2022; 115: 103484. doi: 10.1016/j.midw.2022.103484.
31. Zilver SJM, Hendrix YMGA, Broekman BFP, De Leeuw RA, De Groot CJM, van Pampus MG. Fear of childbirth in pregnancy was not increased during the COVID-19 pandemic in the Netherlands: a cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022; 101(10): 1129-34. doi: 10.1111/aogs.14409.
32. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling 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(1): 600. doi: 10.1186/s12884-020-03283-2.
33. Han L, Bai H, Lun B, Li Y, Wang Y, Ni Q. The prevalence of fear of childbirth and its association with intolerance of uncertainty and coping styles among pregnant Chinese women during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 935760. doi: 10.3389/fpsy.2022.935760.