

**Grado en Sociología Aplicada**  
**Soziologia Aplikatua Gradua**

**Trabajo Fin de Grado**  
**Gradu Bukaerako Lana**

# **Atención al puerperio en Navarra: una mirada desde la Sociología de la Salud**

**Estudiante: Paloma Miquelez Gómez**

Tutores: Andoni Iso Tinoco y Carlos Vilches Plaza

Departamento/Saila: Sociología y Trabajo Social

**Campo/Arloa: Sociología de la Salud.**

**Enero, 2022**

*Los paradigmas son como cajas en las que estamos metidos y nos impiden ver fuera de ellas*

*(Davis-Floyd)*

## Resumen

El tránsito del puerperio tiene lugar en dos espacios diferenciados, pero estrechamente relacionados: la atención clínica y la experiencia social, ambos influenciados por elementos biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Este documento presenta una investigación cualitativa que permite explorar cómo se relacionan los elementos sociales con la salud materna a través de las experiencias, necesidades y sugerencias de mejora de mujeres que han sido atendidas en Hospital Universitario de Navarra y los Centros de Atención Sexual y Reproductiva adscritos a él. Asimismo, se exponen los límites detectados por las profesionales relacionadas con el sistema navarro de salud y los principales debates respecto a la atención humanizada. A través del enfoque de la Sociología de la Salud se observa que en el espacio clínico conviven actualmente distintos paradigmas que generan experiencias diversas en las madres, mientras que en la experiencia social del puerperio sigue dominando una lógica biologicista. En ambos casos el género se presenta como un determinante social de la salud.

*Palabras clave:* puerperio; obstetricia; sociología de la salud; salud sexual y reproductiva; atención sanitaria.

## Abstract

The transit of the puerperium takes place in two different but closely related spaces: clinical care and social experience, both influenced by biological, psychological and social elements that affect women's sexual and reproductive health. This paper presents qualitative research that allows us to explore how social elements are related to maternal health through the experiences, needs and suggestions for improvement of women who have been treated at the University Hospital of Navarra and the Sexual and Reproductive Care Centers attached to it. Likewise, the limits detected by the professionals related to the Navarra health system and the main debates regarding humanized care are also presented. Through the approach of the Sociology of Health, it is observed that in the clinical space different paradigms currently coexist which generate diverse experiences in mothers, while in the social experience of the puerperium a biologicist logic continues to dominate. In both cases, gender is presented as a social determinant of health.

*Keywords:* puerperium; obstetrics; sociology of health; sexual and reproductive health; health care.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>1. ESTADO DE LA CUESTIÓN</b>	<b>6</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL</b>	<b>7</b>
2.1 Puerperio, análisis discursivo y violencia obstétrica	7
2.2 Sociología de la Salud y Paradigmas Asistenciales	8
2.2.1 <i>Paradigma tecnocrático</i>	
2.2.2 <i>Paradigma humanista</i>	
2.2.3 <i>Paradigma holístico</i>	
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
3.1 Objetivo General	10
3.2 Objetivos específicos	10
<b>4. METODOLOGÍA. DIFICULTADES Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>11</b>
<b>5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>13</b>
5.1 Necesidades de información y cultura de la inmediatez	13
5.2 Necesidades de atención y seguimiento continuado	14
5.2.1 <i>Percepción de las madres sobre la atención recibida en el sistema navarro de salud</i>	
5.2.2 <i>Mejoras: persona de referencia y atención integral y continuada basada en la empatía</i>	
5.3 Apoyo y acompañamiento: el gran reto del sistema navarro de salud	15
5.3.1 <i>Percepción de las madres sobre el apoyo y acompañamiento recibido</i>	
5.3.2 <i>Sugerencias de mejora: ampliación de la cobertura de servicios</i>	
5.4 Otros retos del sistema navarro de salud: adecuación del entorno y zonas rurales	16
5.5 <i>Doulas</i> y matronas: conflictos inter e intraprofesionales	16
5.5.1 <i>Límites percibidos para una atención humanizada al posparto</i>	
5.5.2 <i>Conflictos y debates actuales</i>	
<b>CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS</b>	<b>17</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO I: DOCUMENTO BÚSQUEDA DE INFORMANTES</b>	<b>23</b>
<b>TABLAS</b>	
Tabla 1. Perfiles de las madres	12
Tabla 2. Perfiles de las profesionales	12

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación no hubiera sido posible sin la participación de las mujeres que han cedido su intimidad, aunque en ocasiones les haya supuesto bucear en emociones dolorosas para ellas: GRACIAS. También a mi compañera de equipo, Ana Lagrava, por su ayuda, sus consejos y el soporte emocional durante este último año. Mención especial a María Gutiérrez, que empezó este proyecto con nosotras, aunque no lo haya podido terminar: sin tu colaboración nuestro trabajo hubiera sido mucho más difícil. No me puedo olvidar de Carlos Vilches Plaza y Andoni Iso Tinoco, que asumieron el reto de tutorizar un TFG conjunto y nos animaron a continuar con esta línea de investigación desde el primer momento. Tampoco de José Antonio Larrión Cartujo que nos dio a conocer la Sociología del parto, despertando nuestro interés investigador. Por último, gracias a todas aquellas personas que nos habéis apoyado y de las que hemos aprendido por el camino, que habéis sido muchas.

## INTRODUCCIÓN

Desde los años 70 la salud sexual y reproductiva está siendo objeto de intensos debates con importantes implicaciones en el campo de la salud pública. Conceptos como “violencia obstétrica” e ideas como la “atención humanizada” han cobrado fuerza en un contexto de ruptura con el discurso biomédico dominante y los sistemas públicos de salud de varios países están inmersos en un proceso de cambio hacia nuevos modelos de asistencia. Sin embargo, la mayoría de ellos han centrado su atención en el parto y han prestado muy poca atención al posparto, que se sigue abordando principalmente desde la medicina y la psicología, olvidando su relación con las estructuras sociales y cómo influyen en las experiencias de las madres. Tal es así que existe una Sociología del parto, pero no una Sociología de posparto.

En esta línea, el sistema navarro de salud ha realizado en los últimos años diversos cambios asistenciales con la finalidad de ofrecer una atención más humanizada a sus usuarias, pero con escasos avances en la etapa puerperal. Los supuestos culturales sobre la capacidad innata de la mujer para materner suponen un obstáculo para conocer sus experiencias reales y diseñar e implementar estrategias eficaces (Martirena, 2021). Por ello, en este estudio se realiza una aproximación cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas, a las experiencias de cuatro madres que han sido atendidas durante su posparto en el HUN (Hospital Universitario de Navarra<sup>1</sup>). El análisis se completa con la perspectiva de una *doula* y una matrona que ayudan a comprender los límites de la atención sanitaria y los debates actuales en torno a ella.

---

<sup>1</sup> Desde 2010 acoge bajo su dirección a los Centros de atención a la salud sexual y reproductiva (CASSYR), (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra -Idisna-)

Esta investigación forma parte de una propuesta de Trabajo de Fin de Grado conjunta con mi compañera Ana Lagrava tras la realización de varios trabajos sobre la misma temática a lo largo del grado. Nuestro interés ha sido analizar la atención obstétrica en el sistema navarro de salud desde la perspectiva de la Sociología de la Salud con un abordaje más amplio de lo que permite un trabajo individual. Esta modalidad nos ha permitido trabajar como grupo de investigación compartiendo informantes y documentos de interés. Al mismo tiempo que ambos siguen una línea de investigación común, se ha realizado un gran esfuerzo de coordinación para diferenciarlos claramente en dos etapas del itinerario obstétrico: embarazo y parto (Ana Lagrava) y posparto (Paloma Miquelez).

## 1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La salud sexual y reproductiva de las mujeres históricamente ha recibido escasa consideración por parte de los sistemas públicos de salud. El abordaje principal ha sido desde una perspectiva biologicista que comprende el itinerario obstétrico como una enfermedad, centrándose en las desviaciones que puedan presentarse (Martiarena, 2021). En 2017, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ampliaba este concepto, acuñado por las Naciones Unidas en 1.994, incidiendo en la promoción de la salud materna desde una perspectiva más amplia. El posparto es la etapa que menos atención ha recibido: hasta este mismo año no se ha publicado una Guía de recomendaciones sobre cuidado maternal y del recién nacido para una experiencia posnatal positiva (OMS,2022).

Esta limitada atención ha sido subrayada en España por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad al afirmar que “el puerperio, a pesar de ser un periodo singularmente difícil para las mujeres y sus familias, suscita menos atención y oferta de cuidados de los que posiblemente se necesiten” (España, 2014, p.50). Se trata de un periodo “caracterizado por dudas, miedos y desconocimiento de la evolución habitual de la madre y el desarrollo normal del niño, así como la vulnerabilidad ante múltiples complicaciones que comprometen la salud” (Bohórquez et al., 2009, p.140) en el que, sin embargo, se reduce el contacto con el personal sanitario, el acompañamiento y los cuidados tras el alta hospitalaria.

En la Comunidad Foral de Navarra, han tenido lugar 5.113 nacimientos durante el año 2021 y 2.202 en los seis primeros meses de 2.0222. No se ha obtenido información sobre el número de mujeres que han dado a luz, pero si se tiene en cuenta que la media de hijos por mujer en la comunidad es de 1,4 se estima una media de 3.652 mujeres en 2021 y 1.123 en el primer semestre de 2022. El 99% de los nacimientos entre 2013 y 2022 se han atendido en centros sanitarios públicos (Instituto Navarro de Estadística, 2022). En el año 2018 se puso en marcha la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra para “mejorar la satisfacción de las personas usuarias [...] con el

---

<sup>2</sup> Para 2022 los datos son provisionales.

trato humano que reciben” (Gobierno de Navarra, 2018, pag.9).

Otras políticas se han orientado hacia la atención domiciliaria al posparto en algunos casos, la asignación de un pediatra de referencia desde el nacimiento, y los grupos de apoyo a la lactancia materna. El HUN, está inmerso en la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN<sup>3</sup>), enfocada en mejorar las prácticas del personal sanitario y aumentar las tasas de lactancia (UNICEF, 2018). Sin embargo, en las entrevistas exploratorias realizadas en esta investigación, las expertas han mostrado su preocupación por los escasos avances percibidos.

## 2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 2.1 Puerperio, análisis discursivo y violencia obstétrica

Clara Gilligan realizó un análisis discursivo en los principales manuales y guías utilizadas para la formación obstétrica en Argentina en el que concluye que la concepción del puerperio “es atravesada por maneras de comprender los fenómenos cultural e históricamente situadas” (Gilligan, 2014, p.319), que organizan y delimitan las pautas operativas de la atención sanitaria. El puerperio se conceptualiza como involución, como retorno del cuerpo femenino a un estado anterior, centrado principalmente en el útero. Esta concepción excede elementos biológicos tratando de establecer en qué momento las mujeres deben retomar las prácticas que se espera de ellas, una idea mediatizada por los medios de comunicación y los *social media* que impacta en sus experiencias (Olza,2016).

Las madres sienten una gran presión emocional y psicológica al no alcanzar los estándares físicos y de estilo de vida socialmente aceptados. Tienen que familiarizarse con un cuerpo que perciben extraño al mismo tiempo que atraviesan un duelo emocional y maternan, en una etapa de elevado cansancio mental y anímico por los cuidados del bebé. Además, perciben presión por las expectativas de retorno a la actividad sexual tras la cuarentena ya que pasan por una disminución de la libido que se intensifica si han decidido amamantar (Martirena, 2021), especialmente a partir del sexto mes pues aumenta el riesgo de sufrir un deterioro en sus relaciones sexuales y de dolor genital persistente (Triviño, 2017).

Gilligan (2014) observa que esta etapa suscita menos interés médico-obstétrico que el embarazo y el parto ya que se le dedica menos espacio en los documentos analizados. Tras una revisión de los planes de parto utilizados en España como principal instrumento para y reducir la V.O. (violencia obstétrica) se observa que de las diecisiete páginas que tiene el modelo facilitado por el Ministerio de Sanidad (España, s.f.) solo una se dedica al posparto. Así, a pesar de que el concepto de V.O. recoge distintas violencias, negligencias médicas y uso indebido de procedimientos y tecnologías por parte del

---

<sup>3</sup> Anteriormente denominada *Iniciativa Hospital Amigo de los Niños*

personal sanitario en el embarazo, parto, posparto y lactancia (Bohren et al., 2015; Jardim y Módena, 2018; Rivera, (2022)), la concienciación sobre estas prácticas en el puerperio es escasa:

Cuando pensaba en V.O. siempre la relacionaba con el embarazo y el parto. Hasta que Eva relató lo que le había pasado [...] cuando [...] acudió derivada por su matrona al servicio de urgencias por un problema en los puntos (Observatorio de la Violencia Obstétrica, 2016).

La construcción discursiva de la lactancia se hace desde una lógica de educación o instrucción y “omiten considerar, tanto los deseos de la mujer como los requerimientos que el amamantamiento impone a la vida cotidiana” (Gilligan, 2014, p.324). Martiarena (2021) hace referencia al concepto de instinto materno que da por sentada una capacidad femenina para afrontar la maternidad y la lactancia, por lo que no se les ofrece ayuda: se pone el foco en el recién nacido y los controles a la madre son exclusivamente ginecológicos. Un estudio realizado en Navarra con 35 mujeres detectó que el 83% no había tenido ningún contacto con los grupos de apoyo a la lactancia, a pesar de que un 49% habían sufrido complicaciones relacionadas con ella (Navarro-Gil y Gómez Mariñelarena, 2015).

## **2.2 Sociología de la Salud y Paradigmas Asistenciales**

El concepto médico del posparto hace referencia al tiempo que transcurre entre el final del alumbramiento y los 45 días posteriores, periodo en el que los órganos vuelven a su estado previo al embarazo (Ruiz, M, (s.f.)). Se clasifica en tres etapas que centran su atención en la biología humana y se considera puerperio normal cuando transcurre sin alteraciones fisiológicas y patológico en el caso contrario:

- Puerperio inmediato: durante las primeras 24 horas
- Puerperio mediato: entre 24h y 7 días tras el parto
- Puerperio tardío: entre la primera y la sexta semana

Bajo esta lógica, el binomio salud-enfermedad es una competencia exclusiva de la medicina y su principal función es la reducción de los riesgos y las tasas de mortalidad (Gavidia y Talavera, 2012). La Sociología de la Salud considera el pensamiento biomédico como un asunto en el que han influido principalmente la concepción de la clase dominante sobre la salud y la atención médica, así como el desarrollo técnico-científico (Rojo y García, 2000) ya que los valores políticos, culturales, sociales y económicos influyen en la organización de los recursos y la financiación sanitaria. Por ello, se deben observar los patrones o modelos sociales de las instituciones de la salud como “expresión de una filosofía política” (Cockerham, 2002, p.2) que generan desigualdades en la salud.

Desde el plano social los principales factores que afectan a la salud de las mujeres tienen que



ver con una construcción androcéntrica del conocimiento y con el liberalismo económico. Ambos elementos se hayan imbricados en las teorías *foucaultianas* que establecen una conexión entre tres instancias del poder social: vigilancia, disciplina y normalización (Romero, 2012). Por un lado, la patologización preventiva y el concepto de involución se orientan a que retomen sus actividades cotidianas lo antes posible. Por otro, la idea de la maternidad como institución invisibiliza las necesidades reales de las mujeres (Bleda, 2006). La biopolítica estaría actuando como “el mecanismo estatal para garantizar la reproducción de ciudadanos sanos y productivos” (Hernández y Echevarría, 2016, p.10).

Los profesionales de la obstetricia son los agentes clave para el respeto o la vulneración de los derechos de las mujeres, y, por tanto, de su salud sexual y reproductiva (Bellón, 2015). Para comprender las desigualdades en salud se debe analizar su relación con la estructura y las interacciones sociales (Lostao, 2007) que varían según el contexto, dando lugar a distintos modelos de intervención que se cristalizan en prácticas sanitarias. El elemento que determina la atención es el paradigma de la persona que la ofrece (Floyd, 2001) por lo que es importante enmarcar los discursos sanitarios en los procesos sociales que posibilitan que se generen (Ruiz, S, 2013).

### **2.2.1 Paradigma tecnocrático**

Es el modelo hegemónico en occidente y reproduce valores modernos como el cientifismo y la razón. Se aplica la lógica industrial a la atención de la salud, organizando los espacios de atención obstétrica para aumentar la productividad del personal sanitario (luces, sonidos, distribución, asepsia...). El bebé se denomina “producto” y a la mujer se la coloca como objeto, entendiendo que cuerpo y mente se pueden separar. La atención se limita a revisiones de control rutinario orientadas a la supervivencia (Floyd, 2001).

La tecnología y el conocimiento son las principales fuentes de poder que legitiman el intervencionismo médico, generando conflictos asistenciales derivados de la subordinación de las mujeres al conocimiento experto, la excesiva confianza en la tecnología, la rutinización y la necesidad de que las mujeres acaten las prerrogativas médicas en pro de la eficiencia (Hernández y Echevarría, 2016). Al mismo tiempo, las madres depositan su confianza en los conocimientos médicos y los avances tecnológicos, pero éstos no alcanzan a resolver la complejidad del puerperio tras el alta hospitalaria.

### **2.2.2 Paradigma humanista**

Surge en EE. UU de mano de matronas y activistas feministas como contradiscurso al paradigma tecnocrático y abarca las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la medicina. Entiende el cuerpo como un organismo en el que se integra la mente, considera a la diada madre-bebé como un solo cuerpo y a cada una de ellas como sujetos heterogéneos con sus propias circunstancias,

deseos y necesidades. El personal sanitario acompaña e informa adecuadamente de los riesgos y beneficios de las solicitudes que realiza y/o decisiones que plantea madre (Floyd, 2001).

Algunos ejemplos en el posparto son la no separación de la diada madre-bebé, un uso discriminado de la tecnología y cualquier práctica que satisfaga las necesidades del bebé y el vínculo con su madre, como la lactancia. También se considera humanista la labor de las *doulas*, mujeres que acompañan a otras mujeres durante su proceso reproductivo, apoyando especialmente en el posparto. Esta figura ha vuelto a tomar relevancia con los cambios hacia modelos de familia nucleares y dispersos en los que el soporte a las madres se ha reducido, pero sus servicios no están incluidos en la seguridad social (Colectivo Marenostrom, 2020).

### **2.2.3 Paradigma holístico**

Hace referencia a la unidad de cuerpo, mente y espíritu, entendiendo que el espíritu forma parte de la curación. El cuerpo pasaría a ser un sistema energético vinculado a otros sistemas energéticos. La idea central es la unidad entre cuidador y paciente y la curación de las personas en un contexto amplio que abarca toda su vida (Floyd, 2001). El posparto adquiere un carácter más amplio en el que se deben normalizar las situaciones que viven las mujeres mientras lo transitan, tomando consciencia de ellas y permitiéndoles reconectar consigo mismas.

La intervención energética reduce las intervenciones físicas y tecnológicas al permitir a la mujer expresar sus habilidades y necesidades, pero se sirve de la tecnología para potenciarlas. La persona encargada de la asistencia actuará en base a los deseos y necesidades de la mujer. Sin embargo, en una cultura principalmente tecnocrática existe una dificultad para comprender el cuerpo como un sistema de energías, así como algunos de los rituales que se asocian con este modelo, lo que genera un cierto rechazo social (Ibid).

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo General**

Conocer la atención al posparto en el sistema navarro de salud desde la perspectiva de las madres primerizas que hayan sido atendidas en el Hospital Universitario de Navarra y de las profesionales que intervienen en él.

### **3.2 Objetivos específicos**

- *O.E. 1:* Identificar las necesidades de las madres en torno al posparto y su percepción sobre la atención recibida en el sistema de navarro de salud.

- *O.E.2:* Explorar los retos y límites de la atención en torno al posparto en el sistema navarro de salud, así como los principales debates que se gestan en la actualidad desde la perspectiva de las expertas.
- *O.E.3:* Recoger sugerencias de mejora respecto a la atención en el posparto en el sistema navarro de salud.

#### **4. METODOLOGÍA. DIFICULTADES Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN**

La atención al postparto muestra particularidades en cuanto a proceso con una elevada carga emocional, escasamente analizado en la literatura científica y con grandes tensiones entre lo individual y lo grupal de los actores implicados. Por ello, al principio de la investigación se plantearon tres grupos triangulares que recogieran los distintos niveles discursivos de madres, personal sanitario y *doulas*, a fin de explorar el “discurso híbrido entre las experiencias particulares de las participantes y el tópico social” (Ruiz, J, 2012, p.149).

Las dificultades de conciliación de las madres y para contar con la participación de los otros dos grupos hicieron necesario replantearse la técnica de investigación, optando por entrevistas semiestructuradas “ventajosas principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración” (Díaz-Bravo et al., 2013, p.163). Esto ha permitido centrar los temas a tratar y al mismo tiempo disponer de la flexibilidad suficiente para adaptarse a las entrevistadas. La búsqueda de informantes también ha presentado dificultades:

- En una primera fase se solicitó apoyo al HUN para acceder a personas interesadas en participar, contactando con el comité de ética universitario y la unidad de formación del HUN, pero la autorización de ambos procesos desbordaba los límites temporales de esta investigación.
- En segunda instancia se facilitaron documentos de búsqueda de informantes ([anexo I](#)) en congresos de lactancia, grupos de apoyo, asociaciones de matronas y centros de atención a la mujer en Pamplona, obteniendo dos respuestas de las que finalmente solo una persona pudo participar. A través de ella se comenzó una búsqueda por cadena de referencia, un proceso que “inicia con un participante que puede llevar a otros [...] a los que se le hace la misma pregunta” (Mendieta, 2015, p.1149).
- Los perfiles de las madres seleccionadas cumplen los requisitos de ser primerizas, haber recibido la atención en el parto y el posparto en el servicio navarro de salud, haber tenido un proceso de embarazo y parto sin riesgo y que se hayan socializado desde la infancia en la cultura española. Así, se han minimizado el impacto emocional y psicológico derivados de procesos de riesgo y las

diferencias culturales en la vivencia y percepción de las mujeres respecto a su proceso (Luque y Oliver, 2005).

Finalmente se han realizado entrevistas a 2 expertas y 4 madres entre mayo y julio de 2022 respetando en todo momento sus deseos, necesidades y tiempos, facilitando así su participación. Las entrevistas se han realizado en los siguientes espacios:

- *Doula*: En su domicilio particular
- *Matrona*: En el Hospital Universitario de Navarra.
- *Madres*: A través de plataformas digitales, tal como solicitaron.

**Tabla 1. Perfiles de las madres**

	Edad en el momento del parto	Año de parto	Posparto inmediato	Atención al posparto tardío	Madre soltera
<b>Perfil 1 (p1)</b>	30	2021	HUN	Mutilva	No
<b>Perfil 2 (p2)</b>	27	2018	HUN	Azpilagaña	Sí
<b>Perfil 3 (p3)</b>	28	2021	HUN	Ermitagaña	No
<b>Perfil 4 (p4)</b>	31	2020	HUN	Azpilagaña	Sí

*Nota: La edad media a la 1ª maternidad en Navarra se sitúa en 32 años (Instituto Navarro de Estadística, 2022).*

**Tabla 2. Perfiles de las profesionales**

	Años de experiencia	Lugar en el que ejerce su profesión
<b>Perfil 6: Matrona (m)</b>	20	Actualmente en el HUN Anteriormente en centros de atención a la mujer (CASSYR)
<b>Perfil 7: Doula y asesora de lactancia (d)</b>	26	Grupos de atención a la lactancia Asesoría privada

Se han obtenido 8 horas y 17 minutos de discurso analizable transcrito con ayuda del *software Express Scribe*. Las grabaciones se han realizado con el consentimiento expreso de las participantes bajo garantía de confidencialidad y anonimato. Los principales límites tienen que ver con la muestra y la extensión ya que tienen un mayor peso de los discursos de las madres que de las expertas y no se pudo exponer toda la información relevante obtenida, limitando el alcance y profundidad analítica de la investigación.

## 5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Aunque el posparto se define fisiológicamente en tres etapas, en aras de la concreción en este apartado se distinguen dos, asumiendo como puerperio tardío todo el periodo posterior al alta hospitalaria.

### 5.1 Necesidades de información y cultura de la inmediatez

Como madres primerizas, las mujeres necesitan información sobre cada etapa del proceso y la buscan de forma activa, principalmente preguntando a otras mujeres de confianza y a través de aplicaciones digitales o *social media*. A pesar de que en diversas páginas web del servicio de salud se publica información sobre el posparto, no son las principales fuentes a las que han acudido las mujeres entrevistadas. No obstante, no se percibe desconfianza en el personal sanitario, sino que guarda relación con una cultura de la inmediatez y las nuevas formas de consumir información mediadas por la tecnología (Yuste, 2015). Esto cobró una especial relevancia en el caso de las madres que tuvieron que afrontar su posparto durante la crisis sanitaria provocada por el COVID 19, en la que los miedos propios de esta etapa se sumaron a los de la situación social y sanitaria.

*Queremos inmediatez, hablar, poder preguntar... Entonces entrar en la web de una institución a leer sobre el posparto... pues como que no (p3).*

La información institucional recibida varía en función del personal o centro de atención de referencia. El tema sobre el que más se les ha informado ha sido la lactancia, pero de forma insuficiente para ellas ya que no se les informó sobre posibles contraindicaciones o riesgos de la lactancia. En algunos casos han afirmado sentirse culpables por no poder amamantar, independientemente de los motivos.

*la matrona me preguntó si quería dar el pecho y me enseñó [...] me empezó a doler como el útero [...], pero mucho [...] Y yo decía: joder, ¿y a mí esto nadie me lo había contado? Nadie [...] luego tuve que dejar de darle pecho por otras cosas... me sentí fatal, pero fatal, fatal (p2).*

Todas concuerdan en que la fase más difícil se da tras recibir el alta ya que afrontan situaciones para las que no están preparadas:

*de sexualidad no te habla nadie tampoco. Estás ahí que te apetece, pero no..., que te duele... yo estuve hasta un año [...] y eso nadie te lo dice (p3).*

La falta de información sobre el puerperio y su idealización intensifican los miedos sobre las situaciones desconocidas que van atravesando las madres. Las principales sugerencias de mejora se orientan a una mayor información a través de canales más accesibles y a mayor y más rápido contacto con el personal sanitario para resolver dudas. Es importante que las instituciones relacionadas con la salud se adapten a los cambios en el consumo de la información “enfocándose en crear nuevos recursos para retomar el diálogo con el paciente en este contexto tan cambiante [...] y darle así un buen uso a la tecnología” (Espinosa, 2014:3).

## **5.2 Necesidades de atención y seguimiento continuado**

### **5.2.1 Percepción de las madres sobre la atención recibida en el sistema navarro de salud**

#### *a. Posparto inmediato*

En general, perciben que se han respetado sus preferencias y que han tenido un número adecuado de visitas del personal sanitario a la habitación, pero matizan que se ofrece una atención muy protocolaria. Afirman que la atención a sus bebés fue muy buena y la de sus parejas masculinas de mayor calidad que la suya propia, excepto uno de los maridos fue expulsado de la habitación por quedarse dormido mientras la madre atendía al bebé. En tres de los cuatro casos la información principal sobre la atención y cuidados necesarios a sus bebés se orientó hacia las madres. El siguiente fragmento refleja el sentir mayoritario

*El tema del posparto inmediato me pareció horroroso [...] me sentí ahí como un cardo borriquero [...] ¿Ya he expulsado a mi hijo ya dejo de ser mujer que necesita atención? (p1).*

#### *b. Puerperio tardío*

La principal atención que requieren es a partir del primer mes, momento en el que termina la denominada cuarentena y en el que la información más escasa, aumentando la incertidumbre. La mayoría ha necesitado recurrir a la sanidad privada, principalmente para el trabajo de suelo pélvico, problemas derivados de la lactancia y revisiones que, o no han tenido, o las consideran insuficientes.

*pedí una revisión ginecológica al año de haber dado a luz y [...] como ya no estaba en el posparto [...] las revisiones son cada 3 años (p3).*

Cabe destacar el impacto que tiene este gasto en el caso de las mujeres que no lo pueden

afrontar, las madres solteras o aquellas que han perdido su trabajo a causa del embarazo, aumentando sus niveles de estrés y afectando a la experiencia en el posparto.

### **5.2.2 Mejoras: persona de referencia y atención integral y continuada basada en la empatía**

Las mujeres entrevistadas afrontan situaciones conflictivas relacionadas con la homogeneización en los cuidados por lo que sugieren una atención continuada en el tiempo a través de una persona de referencia estable que permita trabajar la relación de confianza necesaria para una atención más individualizada. Además, sugieren una formación común y obligatoria a todo el personal sanitario, tanto en lactancia como en atención integral basada en la empatía.

## **5.3 Apoyo y acompañamiento: el gran reto del sistema navarro de salud**

### **5.3.1 Percepción de las madres sobre el apoyo y acompañamiento recibido**

#### *a. Posparto inmediato*

En línea con los puntos anteriores el apoyo y acompañamiento percibido durante el puerperio inmediato cambia considerablemente en función de la matrona que les ha atendido. A todas se les ha permitido estar acompañadas de una persona de su elección, incluso durante la pandemia, variando la permisividad de su presencia durante algunas rutinas médicas. Esta variabilidad también se percibe en situaciones de mayor vulnerabilidad

*el padre de mi hijo era un tema conflictivo y me protegieron [...] pero eso la segunda (matrona), la primera no me gustó (p2).*

#### *b. Puerperio tardío*

Esta demanda es la que presenta una mayor preocupación para las madres y, por tanto, el principal reto para el sistema navarro de salud. Todas tienen la percepción de que en el momento en el que reciben el alta tanto la sanidad como la sociedad se olvida de ellas.

*En Francia [...] tienen fisioterapeutas específicas del suelo pélvico gratuitas, aquí no, este tema durante la vida de la mujer está completamente olvidado (p1).*

Refieren que el posparto es una etapa diferente al embarazo y el parto por su larga duración, en la que se enfrentan a innumerables retos: desde gestión diaria en el hogar hasta su reincorporación al mercado laboral. Afirman sentirse desbordadas, doloridas, en un segundo plano y con una gran necesidad de descanso que les afecta a su bienestar físico y emocional

*teletrabajo y aprovecho cuando está dormido para trabajar, pero entonces yo no duermo [...] tienes que elegir. Te hacen creer que es bonito, y no es así (p4).*

### **5.3.2 Sugerencias de mejora: ampliación de la cobertura de servicios**

En el posparto inmediato es la presencia familiar en todo momento, pero reconocen que estas personas a veces no saben apoyar adecuadamente y que es importante un buen apoyo institucional. En el puerperio tardío solicitan una ampliación de la cobertura de servicios, tal como se hace en otros países. La falta de acompañamiento profesional adecuado es una violencia simbólica difícil de identificar “cargando además con la presión social de tener sentirnos capacitadas a cuidar y felices por nuestra maternidad reciente, sin [...] posibilidad de expresar malestar” (Martiarena, 2021, p.5).

*es que querer delimitar temporalmente el posparto ya es una forma de violencia porque al final cada una... (p4).*

### **5.4 Otros retos del sistema navarro de salud: adecuación del entorno y zonas rurales**

Las madres expresan la necesidad de mejorar la comodidad de los espacios, especialmente la temperatura de la habitación y los sillones de pernoctación, especialmente en la sala de neonatos. Otra mujer observa la necesidad de mejorar el papel higiénico:

*tienen un papel de lija allí en el hospital que claro, con todo eso abierto, que sangras, que tal... ese papel... eso es mortal [...] ¡jostia qué tortura! (p2).*

Cabe aquí añadir la percepción de la *doula* sobre las necesidades específicas que ha observado en las mujeres que viven en zonas rurales:

*Una madre primeriza, con el niño malo, el susto en el cuerpo y un montón de noches sin dormir a coger el coche para irse al hospital más cercano [...] y eso si tienen coche. La gente no sé da cuenta del peligro que supone eso [...] y esos sillones, cuando aún te estás recuperando [...] eso es inhumano (d).*

### **5.5 Doulas y matronas: conflictos inter e intraprofesionales**

#### **5.5.1 Límites percibidos para una atención humanizada al posparto**

Los discursos de matrona y *doula* se encuentra en línea con las necesidades expresadas por las madres. Afirman que en los últimos años se ha estado trabajando en una mejora de la atención, pero que se ha centrado principalmente en el parto. Los límites que perciben para una mejor atención en el posparto son:

- Falta de concienciación social

*en la última actualización del decálogo de buenas prácticas para una atención más humanizada se ha eliminado la atención al posparto (m).*



- Distribución de recursos

*Las mujeres necesitan ayuda en casa [...] se podían hacer más visitas posparto en el domicilio, una baja maternal más larga... pero no se priorizan los recursos ahí (d).*

- La atención sanitaria en cuanto que organización laboral

*están los cuadrantes, como en cualquier trabajo [...], y no hay personal suficiente para todo, y hay contratos temporales y rotatorios...(m).*

- La atención sanitaria en tanto que Hospital Universitario con personas en formación

*que aprenden ensayando con los cuerpos de las mujeres (d).*

### **5.5.2 Conflictos y debates actuales**

Actualmente existe un debate que genera conflictos intraprofesionales entre el personal sanitario que se posiciona a favor o en contra del modelo biomédico. Las personas que abogan por una atención más humanizada e integral tienen ideas encontradas sobre cómo afrontar los cambios y el papel de las *doulas*. La matrona entrevistada sugiere que la figura de la *doula* podría cubrir los aspectos del puerperio posterior y la lactancia que el sistema navarro de salud no cubre, mientras que en el puerperio inmediato el objetivo es cambiar la organización hospitalaria

*mi trabajo no se tiene que limitar a la parte técnica [...] mi función también es cuidar a las madres [...], pero existen limitaciones de carácter organizacional (m).*

Para la *doula*, la principal dificultad para un trabajo conjunto con el personal sanitario es el miedo al intrusismo laboral, a pesar de que sus funciones nunca podrían sustituir a las de las matronas. No obstante, reconoce que en algunas ocasiones le llegan mujeres derivadas de los CASSYR, algo que es refutado por la matrona

*Nosotras pedimos ayuda a Amagintza, que lleva muchos más años que nosotras trabajando la lactancia y tienen más experiencia (m).*

La otra gran dificultad es la falta de reconocimiento ya que es un gran desconocido en la sociedad, carece de apoyo institucional y no hay suficientes profesionales para poder atender a todas las mujeres a las que no llega el sistema navarro de salud.

## **CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS**

Tras el análisis de las entrevistas se han obtenido 4 bloques temáticos relacionados con las necesidades de las madres: información, atención personalizada y continuada, apoyo y acompañamiento y otros retos del sistema navarro de salud asociados a la comodidad de los espacios

y las necesidades de las mujeres que viven en zonas rurales. Como temas transversales aparecen el género y una percepción social sobre los roles que desempeñan las mujeres, que impactan en su calidad de vida.

#### a. Puerperio clínico

Las experiencias de las madres varían considerablemente de unas a otras: en un mismo espacio y bajo las mismas condiciones organizativas conviven elementos y demandas de los tres paradigmas asistenciales, con una diversidad de creencias que inciden directamente en las prácticas médicas. Esto guarda relación con los debates actuales sobre la ruptura con los discursos dominantes propios de la posmodernidad observados en las posiciones discursivas de las expertas. Como todo proceso de cambio, genera tensiones y conflictos que se pueden superar combinando elementos de todos ellos.

Siguiendo las prerrogativas institucionales el HUN ha venido trabajando en la humanización del itinerario obstétrico, con importantes limitaciones relacionadas con la condición del hospital como organización laboral, recursos y apoyo institucional y resistencias internas del personal. Esto se observa en las experiencias de las madres que refieren estar satisfechas con el respeto a sus preferencias, especialmente en el método madre canguro, y la presencia de acompañantes en la habitación del hospital incluso en época de Covid. También consideran adecuado el número de visitas recibidas en el periodo transcurrido entre el parto y el alta médica.

Por el contrario, se han detectado algunas prácticas susceptibles de ser consideradas V.O. asociadas a las rutinas clínicas y la homogeneización en la atención, tales como: revisiones vaginales bruscas y sin previo aviso, instalaciones poco adecuadas a las necesidades del momento, poca atención a situaciones dolorosas expresadas por las madre y falta de revisiones tras el alta médica, así como escasa atención a problemas mamarios. No obstante, los límites de este trabajo no han permitido profundizar en estas cuestiones por lo que se propone como una futura línea de investigación.

#### a. Experiencia social del posparto

Existe una mayor humanización del proceso obstétrico en aquellos procesos que inciden de manera directa sobre el bebé y menor en aquellos que afectan exclusivamente a las mujeres, que expresan una sensación de abandono tras el alta hospitalaria. Demandan información real y completa sobre los cambios emocionales, corporales y sexuales del puerperio y la lactancia, exponiendo tanto los beneficios como las repercusiones de forma que les permita decidir de forma libre y consciente. También solicitan una atención clínica continuada, desbordando los plazos actualmente establecidos, formación a su círculo cercano y ampliar la oferta de recursos con un mayor apoyo en el hogar.

Para una buena promoción de la salud sexual y reproductiva es importante visibilizar la experiencia femenina en el puerperio, prestando atención a las transversalidades y adaptando la oferta

del sistema sanitario de salud a los elementos culturales que la afectan. Las políticas sociales, así como distribución de recursos se realiza en base al concepto clínico de posparto que, como se ha visto, no abarca las necesidades reales de las mujeres. Por ello, es necesario el enfoque de la sociología de la salud, que permita un abordaje más amplio del tema.

## REFERENCIAS

- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de a crítica feminista y la biopolítica. *Revista internacional de éticas aplicadas. (Dilemata)*, 18, (93-111). Recuperado de <https://bit.ly/3In1lh7>
- Bleda, J. M. (2006). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 7(149-160). <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i7.241>
- Bohórquez, G., Onaydi, A., Rosas, A., Pérez, L. J. y Munévar, R. Y. (2009). Seguimiento de enfermería a las madres y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias. *Avances de Enfermería* 27, (2) (139-149). Recuperado de <https://bit.ly/3vCCLBy>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O. Makh, S.K. y Souza, J. P. (2015). The Minstreat of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Cockerham, W. (2002). *Sociología de la Medicina*. Traducción David Griffiths; revisión técnica Lourdes Lostao. Prentice-Hall. ISBN 84-205-3084-0
- Colectivo Marenostrom (2000). La doula: Una nueva profesión que emerge alrededor del parto. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de medicinas alternativas*, (61), 38-39. Recuperado de <https://bit.ly/3xGv4ty>
- Davis-Floyd, R. (2001). The tecnocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (5-23). Re [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U. y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7) (162-167). Recuperado de <https://bit.ly/2TBKZEZ>
- España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (s.f.). Plan de parto y nacimiento. *Estrategia de atención al Parto Normal. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de <https://bit.ly/3Z42FeC>
- España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. [Sitio Web]. Recuperado el 8 de marzo de 2022 en <https://bit.ly/3vBKQWN>
- Espinosa, A. (2014). La cultura de la inmediatez y la atención al paciente. *Revista científica de la asociación médica de bahía blanca*, 24(1). Recuperado de <https://bit.ly/3WUEjCk>
- Gavidia, V. y Talavera, M. (2021). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26 (161-175). <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Gilligan, C. (2014). La construcción médica del puerperio. Un análisis de bibliografía obstetricia. *Revista de Antropología experimental*, 14. Texto 22(319-319). Universidad de Jaén (España).

- Recuperado de <https://bit.ly/3WUOve3>
- Gobierno de Navarra. (2018). *Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra*. [Sitio Web]. Recuperado el 14 de marzo de 2022 en <https://bit.ly/3jRlbgN>
- Hernández, J. M. y Echevarría, P. (2016). "Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del 'paradigma tecnocrático'". *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 74, (1) (1-13). <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (Idisna). (s.f.). *Hospital Universitario de Navarra*. [Sitio web]. Recuperado el 18 de julio de 2022 en <https://bit.ly/3Z6QkXs>
- Instituto Navarro de Estadística (2022). *Estadística de natalidad y fecundidad*. [Conjunto de datos]. Recuperado el 18 de agosto de 2022 en <https://bit.ly/3jRMrbp>
- Jardim, D. M. B. y Módena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en la rutina diaria de cuidados y sus características. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 26, e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Lostao, L. (2007). Sociología de la Salud, en Manuel Pérez Yruela (comp.). *La Sociología en España*. CIS. (261-287).
- Luque, M. y Oliver, M. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres migradas. *Index de enfermería*, 14 (48-49), 9-13. Recuperado de <https://bit.ly/3WGKOIJ>
- Martiarena, M. (2021). *El puerperio invisibilizado: cuerpos, afectos y violencias en las experiencias femeninas de posparto*. [Seminario internacional UFSC]. Brasil. Recuperado de <https://bit.ly/3vwV5M6>
- Mendieta, I. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andinas*, 30(17) (1148-1150). Recuperado de <https://bit.ly/3X6i0tq>
- Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Organismo de salud sexual y reproductiva de las Naciones Unidas (UNFPA)*. [Sitio Web]. Recuperado el 3 de junio de 2022 en <https://bit.ly/3Z3kZEZ>
- Navarro-Gil, C. y Gómez Mariñelarena, C. (2015). Autoestima y autoimagen de las mujeres en el posparto. *Revista de Medicina naturista*, 10(1)28-33. Recuperado de <https://bit.ly/3VCW8Vp>
- Observatorio de la Violencia Obstétrica. (2016). *Violencia obstétrica en el posparto*. [Sitio Web]. Recuperado el 18 de enero de 2022 en <https://bit.ly/3Q5nWR6>
- Olza, I. (2016). El posparto no es como nos cuentan (las necesidades de las madres tampoco). *Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal*. [Sitio web]. Recuperado el 13 de septiembre de 2022 en <https://bit.ly/3WZogDc>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. [Sitio Web]. Recuperado el 2 de agosto de 2022 en <https://bit.ly/2HyQ6T5>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Who recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. [Sitio Web]. Recuperado el 2 agosto de 2022 en <https://bit.ly/3GelqCz>
- Rivera, S. (2022). [Violencia obstétrica y lactancia]. [Trabajo de Fin de grado presentado para su publicación]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rojo, N. y González, R. (2000). Sociología y Salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública* 26(2) (91-100). Recuperado de <https://bit.ly/3vQZM3O>
- Romero, G. (2012). Biopolítica y biopoder. Una evaluación de ambos conceptos en la obra de Michel Foucault. *Foro Interno*, 13(107-122). Recuperado de <https://bit.ly/3jZQO1k>
- Ruiz, J. (2012). El grupo triangular: reflexiones metodológicas en torno a dos experiencias de investigación. *Revista de Metodología en Ciencias Sociales (EMPIRIA)*, 2012(24) (141-162). Recuperado de <https://bit.ly/3GhhDpi>
- Ruiz, M. (s.f.). Concepto de puerperio. *En Diccionario Médico Interactivo*. [Sitio web]. Recuperado el 23 de diciembre de 2022 en <https://bit.ly/3VFFLHy>
- Ruiz, S. (2013). Una aproximación al análisis sociológico del discurso, una apuesta por la razón práctica, en Giménez Rodríguez, S. y Tardivo, G. (Coords.). *Proyectos sociales, creativos y sostenibles*. Toledo: ACMS (421-434). Recuperado de <https://bit.ly/3WFoNdY>
- Triviño, J. M. (2017). *Calidad de vida relacionadas con la salud y salud sexual de mujeres primíparas en el periodo de posparto*. [Lectura de Tesis]. Universidad de Castilla-La Mancha. Recuperado de <https://bit.ly/3VOOV4K>
- UNICEF. (2018). *Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE*. [Guía de implementación]. Recuperado de <https://bit.ly/3jK0tcd>
- Yuste, B. (2015). Las nuevas formas de consumir información de los jóvenes. *Revista de estudios de Juventud*, 108(179-191). Recuperado de <https://bit.ly/3vDhGH0>

## **ANEXO I: DOCUMENTO BÚSQUEDA DE INFORMANTES**

### **¿Quiénes somos?**

Somos un grupo de investigación formado por María Gutiérrez, Ana Lagrava y Paloma Miquelez, estudiantes del Departamento de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación de la Universidad Pública de Navarra (UPNA). Estamos realizando nuestro Trabajo Fin de Grado (TFG) en el campo de la Sociología de la Salud, bajo la dirección de Carlos Vilches Plaza.

### **¿Qué queremos estudiar?**

El objetivo general de nuestro proyecto de investigación es analizar diversas cuestiones relacionadas con la maternidad y los derechos sexuales y reproductivos, tanto desde un punto de vista experiencial como organizativo. Para poder llevarlo a cabo se necesitan diferentes perfiles de informantes:

- Profesionales que trabajen con mujeres durante el embarazo, parto y posparto en Navarra.
- Mujeres nacidas en Navarra que hayan tenido su primer hijo o hija en el Hospital Universitario de Navarra (antiguo Complejo Hospitalario de Navarra).

### **¿Qué deben tener en cuenta las personas que participen en el estudio?**

Se trata de un estudio cualitativo por lo que las técnicas utilizadas serán entrevistas individuales y grupales. Las personas que decidan colaborar podrán escoger en cuál de las dos propuestas participar (entrevista individual o grupal). El tiempo aproximado de las entrevistas será de 90 mins. y se comenzarán a realizar a partir del 15 de mayo. El día y la hora se acordarán con las personas participantes según su disponibilidad.

En cualquiera de los dos casos la información obtenida será tratada de forma confidencial y todo dato que pudiera identificar a las participantes será eliminada de cualquier publicación relacionada con este estudio. El equipo investigador será el único que tenga acceso a las grabaciones y transcripciones de las entrevistas, que serán eliminadas una vez finalizado el estudio.

La ley de protección de datos vigente en España asegura la mencionada confidencialidad. Además, otorga el derecho a las participantes de retirarse de la investigación en cualquier momento y a cancelar o rectificar la información aportada.

### **¿Cómo contactar con nosotras?**

Para formar parte del estudio podéis llamar o escribir al teléfono o el correo. Los contactos solamente se mantendrán activos mientras dure la investigación: una vez devueltos los resultados a aquellas personas que los hayan solicitado se procederá a eliminar cualquier teléfono o correo electrónico facilitado por las participantes. Contactar preferiblemente antes del 15 de mayo para fijar la fecha de las entrevistas.

**Muchas gracias por vuestra participación.**

**El equipo de investigación.**

