

## Percepción de la atención del nacimiento según expectativas y modos de vida de las puérperas asistidas en maternidades del sistema público de salud

Leiva, Carina E; Baucero, María C; Costa, Regina, Meck Natali; Ferrari, Nadia V, Tamburlini, Luis F, Cabillon Baez, Yessy C. Gogoy, Josefina. Godoy, Ramiro

Autores: Facultad de Ciencias de la Salud, Lorenzo Sartorio 2160. Concepción del Uruguay. Entre Ríos. Argentina  
Contacto: [carina.leiva@uner.edu.ar](mailto:carina.leiva@uner.edu.ar)

ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s22504559/nik3k1mzj>

### Resumen

El objetivo de la presente investigación es describir y analizar la atención del nacimiento en maternidades desde las percepciones de las puérperas en un Hospital público. Como metodología se realizó un estudio descriptivo, de carácter cuantitativo, retrospectivo y de cohorte transversal. La muestra está comprendida por puérperas inmediatas.

Los resultados hallados en la fase cuantitativa fueron datos que aportaron una descripción de la muestra, entre los más relevantes el rango etario, el 67% fueron jóvenes de entre 20 y 30 años. Los resultados arrojaron que el 92% de las participantes manifestaron una percepción positiva de la atención del nacimiento, correspondiente en el 86% a las expectativas concordantes sobre dicha atención. Por último, en relación a la variable modos de vida, el 89% refirió ser no activo.

La siguiente secuencia de la investigación, fue bajo un diseño cualitativo de grupos focales, a fin de triangular las técnicas y los resultados obtenidos en la etapa previa. Cabe recordar, que la composición de los grupos fue diferenciada según la variable modos de vida, donde el grupo focal 1 (GF1) representó "modos de vida activo", y grupo focal 2 (GF2) "modos de vida no activo". En virtud del análisis de los relatos, ambos grupos fueron convergentes en sus discursos, lo cual evidencia que los modos de vida no influyen en las expectativas y percepciones sobre el proceso de nacimiento.

**Palabras clave:** Percepción. Atención del nacimiento. Expectativas. Modos de vida. Puérpera Introducción

El nacimiento es un evento complejo de la vida de cualquier mujer, caracterizado por rápidas transiciones biológicas, sociales y emocionales, donde influyen factores contextuales, políticos y sobre todo culturales (Pinheiro y Bittar,2013)

Algunas mujeres viven la experiencia de nacimiento como un momento crítico de auto-afirmación y un elemento central para el bienestar psicológico materno (Soet, et al.2003). Una experiencia de parto negativa puede conducir a sentimientos de frustración y falta de control, y afectar la decisión de la mujer acerca de una futura maternidad (Hauck, et al. 2007; Green y Baston, 2003)

Las expectativas sobre los momentos importantes de la vida, como el nacimiento, pueden ayudar a prepararse mental o psíquicamente para tal acontecimiento. Por lo tanto, la satisfacción de la mujer con diversas experiencias depende, en gran medida, de su concordancia con las expectativas previas (Green y Baston,2003; Rilby, et al.2012; Gibbins y Thomson,2001; Oweis y Abushaikha,2004). Además, tales expectativas influyen en la respuesta y posterior adaptación de las mujeres a la maternidad y la etapa del puerperio (Green y Baston, 2003; Beaton y Gupton, 1990). Las expectativas y percepciones del nacimiento pueden incluso llevar a mujeres a dañar su confianza como madre y jugar un papel en el riesgo de depresión postparto (Martin, 2013).

Las gestantes se acercan al parto con expectativas determinadas y detalladas (Hauck, et al. 2007; Gibbins y Thomson, 2001) que pueden diferir significativamente de una mujer a otra. Además, dependen de condicionantes sociales-culturales que influyen en el sentido de decidir cuál es el comportamiento adecuado durante el parto y, debido a esta especificidad cultural y social, es difícil generalizarlas (Hauck, et al. 2007).

El concepto de expectativas de parto está muy extendido en la literatura. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a su definición (Christiaens,et.al,2008). Según Ayers (Ayers y Pickering,2005), la expectativa de parto es una construcción compleja y multi-dimensional que implica muchos aspectos del parto, y en este contexto cabría definirla, en relación al parto, como los “juicios y creencias sobre el futuro que puedan estar influidas por situaciones pasadas” (Sweeny y Krizan,2013)

Priorizando enfoques y cuestiones de lo expuesto anteriores sobre los escenarios relacionados a el nacimiento y teniendo en cuenta que, en la ciudad de Concepción del Uruguay, en la facultad de Ciencias de la Salud, UNER, se brinda la carrera binacional de Lic. en Obstetricia se hace necesario, conocer e indagar acerca de las necesidades de las personas gestantes en la etapa vulnerable en torno del nacimiento. Por lo tanto, pensando en la formación de nuevos profesionales es imperioso generar evidencia, revisando prácticas profesionales para garantizar derechos humanos y estandarizar buenas prácticas en equipos perinatales.

## Objetivos

- Describir y analizar la atención del nacimiento en las maternidades del sistema público de salud desde las percepciones de las puérperas.
- Evaluar la relación entre las percepciones sobre la atención del nacimiento y expectativas según los modos de vida de las puérperas atendidas en Maternidades del Sistema Público.
- Analizar las percepciones sobre la atención del nacimiento de las puérperas según las dimensiones las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

## Metodología:

La propuesta metodológica estuvo centrada en una investigación descriptiva con triangulación de técnicas cuanti y cualitativas.

El diseño de estudio fue descriptivo indagando sobre cuestiones relacionadas a las percepciones de la atención del nacimiento según expectativas y modos de vida de las puérperas. Dichas dimensiones fueron incorporadas a el instrumento específico adaptado de la Escala Comfort. Se recogieron datos a puérperas del área de Obstetricia del Hospital "J.J de Urquiza" de C. del Uruguay, Entre Ríos durante 2021-2022. Los datos se recogieron entre diciembre de 2021 y mayo de 2022.

El diseño del estudio fue de cohorte transversal dado que se estudiaron variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. El momento de corte se definió por la saturación muestral. Las preguntas abiertas se centraron principalmente en recoger la singularidad de la experiencia de cada participante. Las variables del instrumento se agruparon según el componente que explore en:

- a) Características Sociodemográficas.
- b) información general (Datos filiatorios y registro temporal).
- c) Modos de vida.
- d) Expectativas.
- e) Percepciones.
- f) Estructura del Ambiente.
- g) Cuidados durante el parto.

El estudio se llevó a cabo en personas puérperas (n=200) que se encuentren cursando su puerperio en el área de estudio y que atravesaron el proceso de nacimiento de su hijo en el mismo en el Hospital "J.J de Urquiza" de C. del Uruguay. Se realizó una encuesta a través de formulario de google, en forma anónima, ciudadano la identidad de la puérpera y bajo su expresa autorización. Luego se procedió a descargar los datos en formato Excel para su posterior análisis de contenido.

Se realizó un primer análisis cuantitativo describiendo datos sociodemográficos tales como edad, cantidad de hijos, mayor nivel educativo alcanzado y lugar de residencia.

En cuanto a la edad se toman tres rangos de acuerdo a la etapa de la vida que estaba cursando la persona puérpera, ya sea adolescencia, juventud o adultez: de 15 a 19 años, de 20 a 30 años y mayor a 31 años.

Para la dimensión cantidad de hijos se procedió a realizar una pregunta de carácter abierta donde la persona debía simplemente contestar la cantidad de hijos que tuvo, ya sea por parto normal o cesárea. En dicha dimensión no se tuvo en cuenta la cantidad de abortos que haya podido tener la puérpera, solo los hijos nacidos vivos.

En relación al nivel educativo se agregó al cuestionario, un ítem de carácter polinómico donde la persona puérpera debió seleccionar su mayor nivel educativo cursado y aprobado. Basándonos en la Ley nacional 26.206, que regula los niveles educativos obligatorios en nuestro país, las opciones fueron: nivel inicial, educación primaria, educación secundaria y educación superior (abarca nivel terciario y universitario).

Como última dimensión en cuanto a los aspectos sociodemográficos se refiere, y debido a que el hospital donde se llevó a cabo la investigación es centro de referencia de localidades vecinas, es decir, toma las derivaciones de pacientes de hospitales alejados por contar con mayor complejidad para su atención, se decidió describir la zona

de residencia de las personas puérperas encuestadas, mediante pregunta de múltiples opciones: zona urbana, zona suburbana y zona rural.

Seguidamente se procedió al análisis y lectura de los datos en lo referente a las tres variables de estudio seleccionadas: modos de vida, expectativas sobre el proceso de nacimiento y la percepción de la atención del nacimiento.

Se tomó como parámetro para la medición de la variable modo de vida, cuestionario utilizado por Bustos (2015) en su investigación el cual incluye tres dimensiones: el trabajo remunerado, cantidad de tiempo libre al día y participación en actividades sociales. Se obtuvieron como categorías finales de dicha variable, dos valores: activo, no activo.

En lo que respecta a las variables expectativas sobre el proceso de nacimiento y percepción en la atención del nacimiento, se utilizó para ambas el instrumento de escala de Comforts adaptado.

Para la variable referente a las expectativas durante el proceso de nacimiento, se determinaron tres valores: concordante, medianamente concordante y discordante. En cuanto a la variable percepción, se valoraron tres categorías: favorable, indiferente y desfavorable.

Al finalizar el análisis cuantitativo de las variables, se procedió a la lectura de los mismos. Luego, teniendo en cuenta la variable modo de vida, se procedió a triangular dichos datos con técnicas cualitativas de análisis.

Las técnicas cualitativas utilizadas analizaron la realidad objetiva de los relatos de las puérperas. La decisión de utilizar grupos focales generó un espacio abierto para las participantes a fin de conocer sus percepciones, explorar sus expectativas y condiciones de vida por medio del equipo de investigadores, que estimularon a relatar su cotidianidad y que durante la indagación surjan los testimonios o hallazgos diversos.

Se seleccionaron dos grupos, cada uno de 3 participantes, diferenciados por los resultados obtenidos en la variable modos de vida, donde el grupo focal 1 se categorizó como modos de vida "activo" y el grupo focal 2 "no activo".

El componente cualitativo de carácter descriptivo permitió comprender las perspectivas de las mujeres y las percepciones sobre la atención del nacimiento desde diversas dimensiones. La actividad de grupo focal se desarrolló fuera del ámbito asistencial, en un escenario diferente con la intención de no influenciar a las participantes al momento de expresarse.

Cabe destacar que existen varias técnicas para analizar los datos resultantes de la discusión grupal y entre ellas está el Análisis de Contenido, analizando los relatos a fin de establecer citas, codificación y distintas instancias de categorización a fin de lograr identificar el tema central o emergente.

Las variables abordadas en el desarrollo de los grupos focales fueron las percepciones y expectativas en la atención del modo de nacimiento.

En relación al análisis de los relatos, se utilizaron las iniciales del nombre y apellido para referenciar a las participantes y así resguardar su identidad.

El procesamiento de datos y análisis de contenido se realizó con el software Atlas.ti, diferenciando el procesamiento a nivel textual y conceptual, el cual se ordenó de la siguiente manera para ambos grupos focales:

- 1) Familiarización con los datos desde la transcripción de las grabaciones de voz y las notas (memos), para posterior lectura y re-lectura de los relatos de ambos grupos.

- 2) Reducción de los datos mediante un proceso deductivo e inductivo que determinó las palabras claves mediante la selección de citas (frases o fragmentos de relatos) a partir de las variables percepciones y expectativas anteriormente mencionadas.
- 3) Codificación o asignación de etiquetas a las citas.
- 4) Establecimiento de relaciones entre los códigos que dieron origen a las categorías de análisis.
- 5) Revisión y surgimiento de creación de temas.

Durante el proceso de análisis (deductivo) de los discursos de las puérperas surgieron tres códigos centrales, a su vez compuestos por dos sub-códigos específicos: sentimiento y emociones (siendo los sub-códigos miedo y soledad; y alegría y satisfacción personal), atención recibida (sub-códigos: maltrato y abandono; y buen trato y acompañamiento); y ambiente (sub-códigos: desagradable e incómodo; y agradable y cómodo), los que posteriormente se agruparon en dos temas: percepciones positivas y percepciones negativas.

Por otro lado, en el análisis surgieron otros sub-códigos de manera inductiva los cuales agrupamos en las primeras jerarquías mencionadas: para emociones y sentimientos fueron desilusión, incertidumbre; para atención recibida fueron discriminación, información apropiada, información inapropiada, procedimientos inapropiados y procedimientos apropiados; y para ambiente no surgieron nuevos códigos.

También surgió AMBIVALENCIA como la categoría común que integra a ambos códigos centrales, la cual fue prevalente en todos los relatos analizados.

Cabe destacar que dicho proceso de análisis fue realizado por dos integrantes del equipo de docentes investigadores de forma independiente y un investigador externo, donde su finalidad fue triangular la interpretación de los relatos a fin de dar consistencia de calidad a los resultados.

## Resultados

En cuanto a los datos obtenidos, se realizó un primer análisis cuantitativo donde se procedió en una primera instancia, a describir las principales características sociodemográficas obtenidas de la muestra en estudio.

### **Distribución de las puérperas según datos sociodemográficos:**

En cuanto a la edad de las puérperas, se dividió a la misma en tres rangos; de 15 a 19 años, de 20 a 30 años y mayores de 31 años, teniendo en cuenta las diversas etapas de la vida de las personas (adolescencia, juventud y adultez), dejando por fuera a las personas puérperas menores de 15 años debido a la consecuencia legal que dichas maternidades implican.

Se logra describir de esta manera que, de un n=200 de puérperas, el 67% de la población encuestada, es decir, más de la mitad de las puérperas en estudio, son jóvenes de entre 20 a 30 años. El porcentaje restante de dichas puérperas se distribuyen de manera prácticamente equitativa entre la adolescencia, con el 18% y la adultez con el 16% restante (Tabla N°1).

Edad	n	%
15 a 19 años	133	67%
20 a 30 años	35	18%
31 años o mas	32	16%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

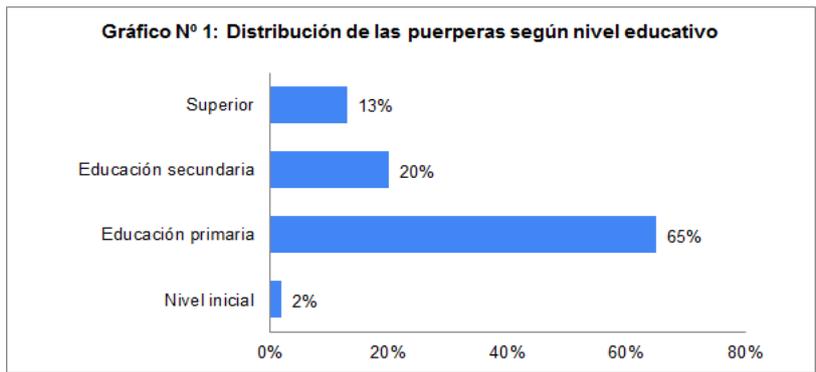
Por otro lado, se logró determinar la cantidad de hijos que posee cada una de las encuestadas. Para obtener dicho valor se procedió a preguntar a cada puérpera cuántos hijos tiene, contando solo los recién nacidos vivos (ya sea por parto o por cesárea), sin tener en cuenta los abortos que pudiera haber tenido la persona.

Se logra establecer así que, el 40% de la población estudiada tenía un solo hijo y el 31% (n=79) de ellas manifestó tener 2 hijos (n=61). Se pudo observar en la distribución de dicha dimensión, que los valores de la misma van en descenso, determinando así que solo el 1% (n=2) de las puérperas tiene seis hijos (Tabla N° 2).

Número de hijos	n	%
1 hijo	79	40%
2 hijos	61	31%
3 hijos	36	18%
4 hijos	17	9%
5 hijos	5	3%
6 hijos	2	1%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

En referencia al nivel educativo de la población estudiada, se valoraron cuatro categorías para su estudio, tomando como nivel educativo al mayor nivel de educación formal alcanzado y aprobado por la persona. Estas fueron: nivel inicial (jardín de infantes), nivel primario (aquella persona que finalizó la primaria), nivel secundario (persona que finalizó la secundaria y que no tiene otro título de mayor jerarquía) y superior (toda persona que finalizó curso terciario, carrera de grado o carrera de posgrado).

Se describe de esta manera que, el 65% de la muestra, finalizó solamente la educación primaria, el 20% la educación secundaria y el 13% alcanzó un nivel superior (terciario o universitario). En menor porcentaje, solo el 2% de las encuestadas poseen únicamente nivel inicial como máximo nivel alcanzado, entre ellas se encuentran quienes comenzaron la primaria, pero no la finalizaron (Gráfico N°1).



Como último dato sociodemográfico, se analizó el lugar de residencia de las puérperas en estudio, tomando tres parámetros para su medición; zona urbana, zona suburbana y zona rural.

Del total de las encuestadas (n=200), el 82% (n=164) manifestaron vivir en zona urbana, el 12% (n=24) en zona suburbana y el 6% (n=12) restante en zona rural (Tabla N° 3).

Zona de residencia	n	%
Zona urbana	164	82%
Zona suburbana	24	12%
Zona rural	12	6%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

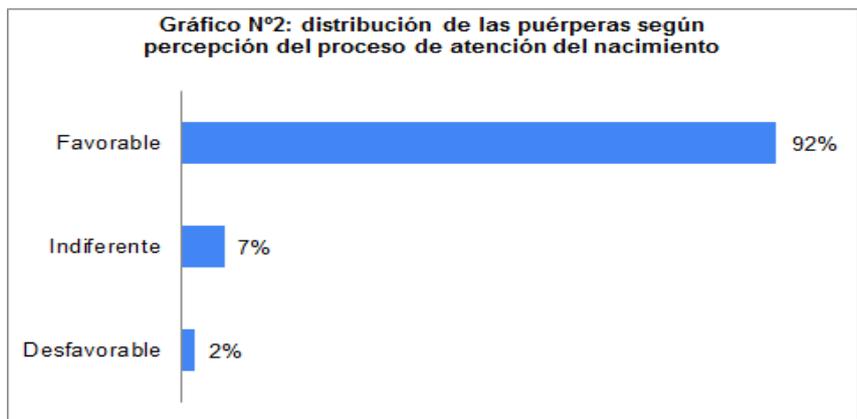
Luego de dicho análisis, se pudo observar que, en cuanto a la relación entre el nivel educativo de las puérperas y la cantidad de hijos que tenía cada una, de quienes refirieron tener nivel inicial, el 25% tenía un solo hijo y el 75% restante manifestó tener 4 hijos. Mientras que, las puérperas que tenían nivel primario completo, manifestaron, el 36% tener un hijo; el 31%, 2 hijos; el 17%, 3 hijos; el 11%, 4 hijos y el 6% restante tuvo entre 5 y 6 hijos. De quienes tuvieron nivel secundario completo, el 48% de las entrevistadas tuvo 1 hijo, 33% tuvo 2 hijos y el 20% restante tuvo su 3er hijo. En cuanto a quienes presentaban nivel superior, el 46% de ellas tenía un hijo, el 31%, 2 hijos y el 23% restante manifestó tener 3 hijos. Se logra describir así que, en la población en estudio, a mayor nivel educativo, menor es la cantidad de hijos tuvieron las encuestadas (Tabla N°4).

Nivel educativo   Cantidad de hijo	1	2	3	4	5	6	Total
Educación inicial	25%	0%	0%	75%	0%	0%	100%
Educación primaria	36%	31%	17%	11%	4%	2%	100%
Educación secundaria	48%	33%	20%	0%	0%	0%	100%
Educación superior	46%	31%	23%	0%	0%	0%	100%
<b>Total</b>	<b>40%</b>	<b>31%</b>	<b>18%</b>	<b>9%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

## Objetivos:

Con respecto a los objetivos planteados en el presente estudio, su objetivo general pretende describir y analizar la atención en el proceso de nacimiento desde la percepción de las puérperas que atravesaron dicho suceso en el hospital seleccionado.

En cuanto a la percepción de las puérperas en la atención del proceso de nacimiento, del total de las encuestadas (n=200), el 92% de ellas (n=183) manifestó haber tenido una percepción favorable del mismo, el 7% (n=13) indiferente y solo el 2% (n=4), expresó tener una percepción desfavorable (Gráfico N° 2).



Para la medición de dicha variable se tuvieron en cuenta dos dimensiones de la misma, las cuales son, percepción sobre la atención profesional en el proceso de nacimiento y la percepción sobre la estructura física del ambiente.

En cuanto a la dimensión relacionada a la atención profesional, para el 88% de las puérperas (n=176) fue favorable, 9% (n=18) indiferente y para el 3% restante (n=6) desfavorable (Tabla N°5). En cuanto a la percepción acerca de la estructura física del ambiente, el 84% de las entrevistadas (n=167) tuvo una percepción favorable, el 15% (n=29) indiferente y el 2% (n=4) una percepción desfavorable (Tabla N°6).

Percepción sobre el profesional	n	%
Desfavorable	6	3%
Indiferente	18	9%
Favorable	176	88%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Percepción sobre la estructura	n	%
Desfavorable	4	2%
Indiferente	29	15%
Favorable	167	84%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

En lo referente a los objetivos específicos, el primero de ellos propone describir la relación entre la percepción acerca de la atención en el proceso de nacimiento y las expectativas sobre dicha atención según los modos de vida en puérperas que atravesaron dicho proceso de nacimiento en el hospital Justo José de Urquiza.

De esta manera se logra establecer que, en cuanto a las expectativas sobre el proceso de nacimiento, las entrevistadas manifestaron que, para el 86% (n=172) fueron concordantes, para el 12% (n=23) fueron medianamente concordantes y para el 3% (n=5)

restante fueron discordantes (Tabla N°7). En lo referente al modo de vida, se registró que, el 89% (n=177) de las encuestadas presentaron un modo de vida no activo y solo el 12% (n=23) refirieron modo de vida activo (Tabla N°8).

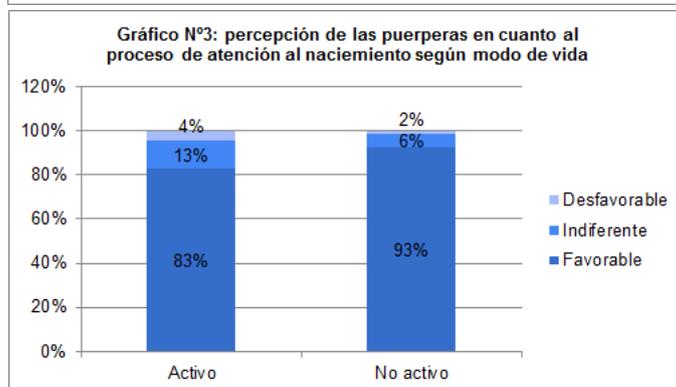
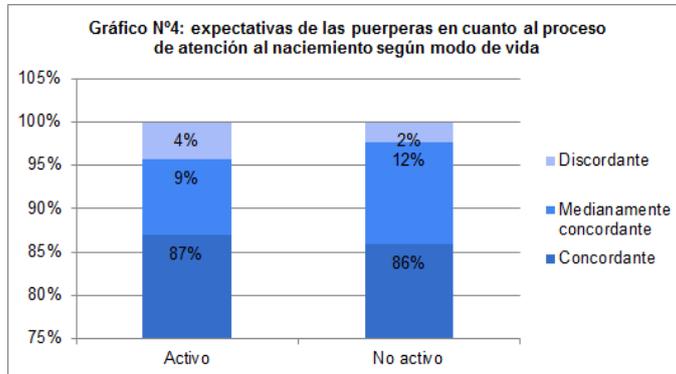
Tabla N°7: Expectativa sobre el proceso de atención en el nacimiento

Expectativas sobre de atención	n	%
Discordante	5	3%
Medianamente conc	23	12%
Concordante	172	86%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Tabla N°8: Distribución de púerperas según modos de vida

Modos de vida	n	%
Discordante	5	3%
Medianamente conc	23	12%
Concordante	172	86%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Es así que al realizar el entrecruce de variables se logró determinar que del grupo de entrevistadas que manifestaron tener un modo de vida activo, el 83% mantuvo una percepción favorable en cuanto al proceso de atención, el 13% indiferente y el 4% restante, desfavorable. Con respecto al grupo de púerperas con modo de vida no activo, el 93% de ellas manifestó una percepción en el proceso de atención favorable, el 6% indiferente y el 2% restante desfavorable. En relación al modo de vida y las expectativas acerca del proceso de atención, de las púerperas encuestadas que refirieron modo de vida activo, el 87% expresó haber presentado expectativas concordantes en cuanto al proceso de nacimiento, el 9% medianamente concordante y el 4% discordantes. Del porcentaje presentó un modo de vida no activo, el 86% mantuvo una expectativa concordante, el 12% medianamente concordante y el 2% restante discordante (Gráfico 3 y 4).



De esta manera se logra describir que, indiferentemente al modo de vida que presentaron las puérperas, solo un pequeño porcentaje de ellas manifestaron tener una percepción en el proceso de atención del nacimiento desfavorable. Es así que se seleccionaron tres puérperas de cada una de las categorías de modo de vida (activo y no activo) donde todas relataron haber presentado percepciones desfavorables, para realizar un análisis en mayor profundidad mediante grupos focales, pretendiendo así profundizar en las percepciones del proceso del nacimiento según las concepciones de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

### Resultados cualitativos

En el procesamiento de los relatos mediante el análisis temático, se obtuvo la distribución de los códigos y sus correspondientes categorías, la cuales se agruparon en la distribución general de ambos grupos focales, y luego en lo particular de cada grupo.

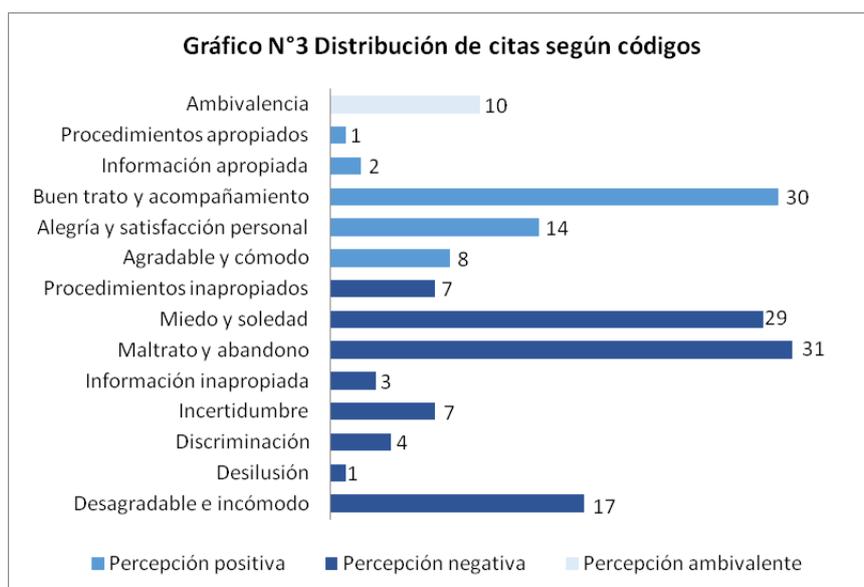
La distribución de los códigos por citas en el total de los grupos se presentó de la siguiente forma (ver gráfico N°3):

Percepción positiva sobre el proceso de nacimiento (5 códigos – 55 citas)

- Sentimientos y emociones: alegría y satisfacción personal (14 citas).
- Atención recibida: buen trato y acompañamiento (30 citas), información apropiada (2 citas) y procedimientos apropiados (1 cita).
- Ambiente: agradable y cómodo (8 citas).

Percepción negativa sobre el proceso de nacimiento (8 códigos – 99 citas)

- Sentimientos y emociones: miedo y soledad (29 citas), desilusión (1 cita), incertidumbre (7 citas).
- Atención recibida: maltrato y abandono (31 citas), discriminación (4 citas) información inapropiada (3 citas) y procedimientos inapropiados (7 citas).
- Ambiente: desagradable e incómodo (17 citas).
- Ambivalencia (1 código – 10 citas).



Al realizar el análisis independiente por cada uno de los grupos focales, se evidenciaron similitudes en las distribuciones por categorías, donde predominó una mayor frecuencia de las percepciones negativas. Es por ello, que a continuación se expresa el detalle de la distribución correspondiente a las citas (unidades de análisis) por códigos, según sus categorías en cada uno de los grupos focales (ver tabla N°9 y tabla N°10).

Códigos   Categorías	Percep. positiva		Percep. negativa		Percep. ambivalente		Total
	n	%	n	%	n	%	
Ambivalencia					3	4%	
Agradable y cómodo	3	4%					
Alegría y satisfacción personal	11	14%					
Buen trato y acompañamiento	15	19%					
Desagradable e incómodo			8	10%			
Incertidumbre			4	5%			
Maltrato y abandono			16	20%			
Miedo y soledad			19	24%			
<b>Total Fr(a)</b>	<b>29</b>		<b>47</b>		<b>3</b>		<b>79</b>
<b>Total Fr(%)</b>		<b>37%</b>		<b>59%</b>		<b>4%</b>	<b>100%</b>

Del total de los códigos emergentes en el análisis global del primer grupo focal, se obtuvo que el 37% (n=29) de las citas correspondieron a aspectos vinculados a la percepción positiva hacia el proceso de nacimiento, identificándose algunas citas como "Tuve parto enmantillado. Fue excelente el trato, súper humanizado, me sentí una reina." (1:10 ¶ 4 en Entrevistada 1 [AF]); "Lo mejor que me pasó fue tener a Cataleya, mi compañera." (2:18 ¶ 11 en Entrevistada 2 [JB]); "Cuando vi que lo sacaron fue una sensación de alivio." (3:9 ¶ 8 en Entrevistada 3 [JG]).

En contraposición a lo destacado anteriormente, el 59% (n=47) de las citas fueron referidas a una percepción negativa hacia el proceso del nacimiento, algunas de las unidades de análisis codificadas fueron: "Espere en la sala de espera, estaba feo, sucio, muy incómodo" (1:3 ¶ 4 en Entrevistada 1 [AF]); "Yo quería saber lo que es un parto normal, hasta el día de hoy me voy a quedar con esa tristeza de no saber lo que es el parto. Yo ahora quería parto normal" (2:8 ¶ 4 en Entrevistada 2 [JB]); "Fue inducción, me pusieron la pastilla y a las 4 de la tarde empezó el trabajo de parto. Para las 8 de la noche no daba más" (3:2 ¶ 2 en Entrevistada 3 [JG]).

Por último, sólo un 4% (n=3) fue vinculado a percepciones de ambivalencia en una misma unidad de análisis, contempladas en las siguientes unidades de análisis: "Me atendieron bien en la sala pero me sentía sola" (2:22 ¶ 9 en Entrevistada 2 [JB]); "Me tendrían que haber venido a ver más seguido, solo cuando me tenían que revisar. Pero no me puedo quejar." (3:5 ¶ 4 en Entrevistada 3 [JG]); "A veces nos trataban con malos modos, las enfermeras nos decían que la habitación era un desastre, todas mal habladas, pero después había otras con una atención bárbara." (3:21 ¶ 10 en Entrevistada 3 [JG]).

Tabla N°10 Frecuencia de códigos según Grupo focal 2 (Modo de vida no activo)

Códigos   Categorías	Percep. positiva		Percep. negativa		Percep. ambivalente		Total
	n	%	n	%	n	%	
Ambivalencia	7						8%
Agradable y cómodo	5	6%					
Alegría y satisfacción personal	3	4%					
Buen trato y acompañamiento	15	18%					
Información apropiada	2	2%					
Procedimientos apropiados	1	1%					
Desagradable e incómodo			9	11%			
Desilusión			1	1%			
Discriminación			4	5%			
Incertidumbre			3	4%			
Información inapropiada			3	4%			
Maltrato y abandono			15	18%			
Miedo y soledad			10	12%			
Procedimientos inapropiados			7	8%			
<b>Total Fr(a)</b>	<b>26</b>		<b>52</b>		<b>7</b>		<b>85</b>
<b>Total Fr(%)</b>		<b>31%</b>		<b>61%</b>		<b>8%</b>	<b>100%</b>

Del total de los códigos emergentes en el análisis global del segundo grupo focal, se obtuvo que el 31% (n=26) de las citas correspondieron a aspectos vinculados a la percepción positiva hacia el proceso de nacimiento, siendo algunas de las unidades de análisis incluidas *“Con el cambio de guardia me trajeron música, la pelota y me informaron todo, me dieron tranquilidad”* (4:14 ¶ 13 en Entrevistada 4 [MP]); *“Durante el parto me acompañó mi hermano y después del parto la madrina del bebé que es enfermera, y mi mamá podía entrar y salir en cualquier momento”* (5:8 ¶ 9 en Entrevistada 5 [SG]); *“Nació y me lo dejaron conmigo, incluso el papá saco fotos. Después nos fuimos juntos a la sala.”* (6:13 ¶ 12 en Entrevistada 6 [MR]).

Contra poniéndose a la categoría anterior, el 61% (n=52) de las citas se codificaron como percepción negativa hacia el proceso del nacimiento, entre ellas se destacan: *“Estuve aislada por COVID (+). Dejaron entrar a toda la familia de mi compañera de habitación, pero a mi familia no. Me queje en enfermería, pero no me escucharon. Mi marido no pudo conocer a su bebe cuando nació.”* (4:2 ¶ 3 en Entrevistada 4 [MP]); *“El que se estén mirando entre ellas y no me expliquen que pasaba me puso nerviosa. No me dijeron porque me dejaron 1 hora esperando afuera. Yo sabía que era una preeclampsia y pedí la cesárea”* (5:11 ¶ 11 en Entrevistada 5 [SG]); *“No dejaron que alguien se quedará conmigo en el postparto. La enfermera echó a mi hermana, le dijo que no era necesario estar acompañada porque tuvo un parto normal.”* (6:7 ¶ 8 en Entrevistada 6 [MR]).

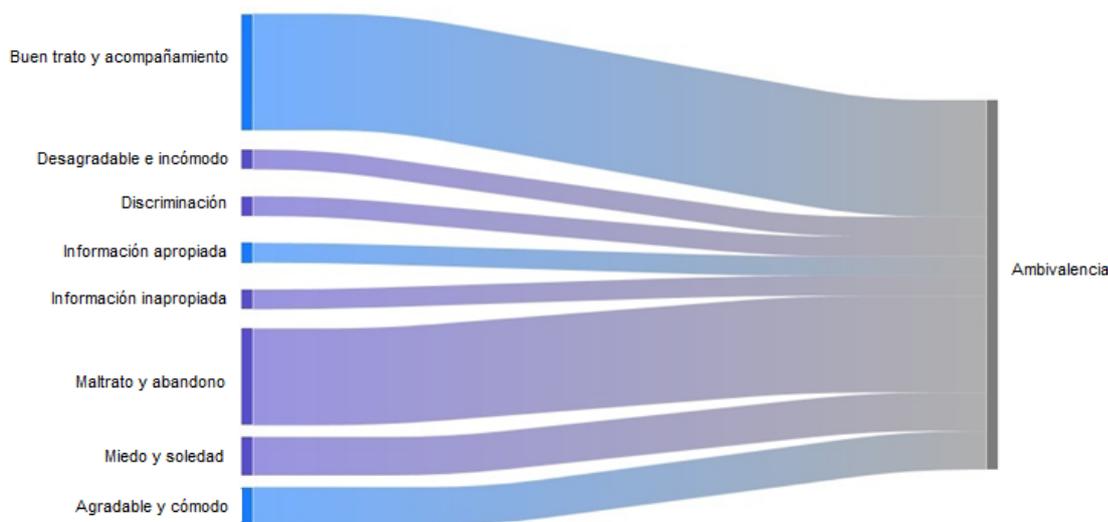
Por último, sólo un 8% (n=7) de las citas fueron vinculadas a percepciones de ambivalencia, como lo son: *“Como tuve alumbramiento manual, la ginecóloga fue un poco más bruta, pero me explicó todo”* (4:20 ¶ 17 en Entrevistada 4 [MP]); *“Al quirófano no pudo entrar nadie, pero me sentí re cómoda. Me tapaban para que no se me viera la cola (se ríe). La enfermera siempre buscaba que sea un ambiente cómodo”* (5:13 ¶ 13 en Entrevistada 5 [SG]); *“no me explicaron nada de los entuertos, no sabía porque eran los dolores, pero me acompañaron mucho con la lactancia, tuve mucha contención.”* (6:16 ¶ 13 en Entrevistada 6 [MR]).

Luego del análisis temático, se realizó una red semántica (ver Figura N°1) en el software Atlas.ti, donde se presentan las relaciones entre citas, códigos y sus categorías emergentes.

Para ir finalizando el análisis cualitativo descriptivo e interpretativo, se realizó una

tabla de co-ocurrencia de códigos, donde la finalidad fue explorar sobre el código de ambivalencia y su relación con los demás códigos. Para ello se confeccionó un diagrama de Sankey (ver Figura N°2), mediante el software Atlas.ti, a fin de visualizar las proporciones de co-ocurrencias. El ancho de las líneas muestra sus magnitudes, y el color se utilizó para dividir el diagrama en las diferentes categorías (celeste para los códigos que integran a la categoría de percepciones positivas, y el color morado para identificar a los códigos pertenecientes a las percepciones negativas. Cabe destacar que el gris, representa a la categoría percepciones ambivalentes).

Figura N°2 Diagrama de Sankey: co-ocurrencia de Categorías Percepciones positivas, negativas y ambivalentes



En el diagrama se visualizan los coeficientes de co-ocurrencia de códigos, expresados en el grosor de las líneas. Es por ello que para la categoría percepciones positivas, el código buen trato y acompañamiento presenta un coeficiente de 0,18; agradable y cómodo 0,12 e información apropiada 0,09; siendo un total de 0,39 de co-ocurrencia con el código de ambivalencia.

Por otra parte, para las percepciones negativas, los códigos que co-ocurrentes con ambivalencia fueron: maltrato y abandono con un coeficiente de 0,14; miedo y soledad 0,05; discriminación 0,08; información inapropiada 0,08 y desagradable e incómodo 0,04; siendo un total de 0,39, lo que representa igual coeficiente con los códigos de la categoría percepciones positivas.

Este último párrafo representa el predominio discursivo en los relatos sobre las “sensaciones o sentimientos encontrados” contrapuestos y ambivalentes referenciados por las protagonistas, lo cual se evidencia en el análisis tanto deductivo como inductivo. Por lo tanto, el tema central o categoría emergente de este análisis fueron las percepciones ambivalentes de las puérperas en el proceso de nacimiento.

En referencia al **segundo objetivo específico**, las dimensiones mencionadas en el corpus teórico que representan algunas concepciones de las Maternidades Seguras y Centradas en las Familias analizadas desde las percepciones de las puérperas, también se vieron impregnadas por la ambivalencia que acompañó todo el proceso de interna-

ción. Para ello para las concepciones de trato profesional, las participantes expresaron lo siguiente:

*“Se me aparecieron dos neonatólogas, me decían cosas que la bebe tenía microcalcificaciones en la cabeza, problemas cardiacos. Hacía dos días tenía una beba sana. Las enfermeras dijeron que tenía una cardiopatía, ahora la estoy atendiendo en Paraná. Las 2 pediatras prepotentes me llevaron al rooming y me dijeron ¿a vos te caga palo, o consumís? Lo llamaron a mi pareja para decirle que yo tenía sífilis, las VDRL siempre me dieron negativo. Fue terrible. Después me llamaron para pedir disculpas.”* (1:14 ¶ 10 en Entrevistada 1 [AF]).

*“La única que se presentó en el trabajo de parto fue la obstétrica.”* (4:21 ¶ 18 en Entrevistada 4 [MP]); *“la partera fue suave y me iba explicando, pero en la sala sentí maltrato por parte del personal (enfermería) por ser COVID (+). En parto lo mismo, se hablaba a en el pasillo de mi por ser COVID (+).”* (4:3 ¶ 4 en Entrevistada 4 [MP]); *“En el otro parto dilaté sola, acá me apuraban todo el tiempo.”*(4:10 ¶ 9 en Entrevistada 4 [MP]).

*“El que se estén mirando entre ellas y no me expliquen que pasaba me puso nerviosa. No me dijeron porque me dejaron una hora esperando afuera. Yo sabía que era una preeclampsia y pedí la cesárea”* (5:11 ¶ 11 en Entrevistada 5 [SF]).

Otra de los aspectos contemplados en relación a las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, es el acompañamiento, lo cual se vio reflejado en los siguientes fragmentos: *“Mi marido nunca estuvo conmigo porque yo tenía COVID”* (4:11 ¶ 10 en Entrevistada 4 [MP]). *“Al quirófano no pudo entrar nadie, pero me sentí re cómoda. Me tapaban para que no se me viera la cola (se ríe). La enfermera siempre buscaba que sea un ambiente cómodo”* (5:13 ¶ 13 en Entrevistada 5 [SF]); *“Durante el parto me acompañó mi hermano y después del parto la madrina del bebé que es enfermera. Mi mamá podía entrar y salir en cualquier momento”* (5:8 ¶ 9 en Entrevistada 5 [SF]); *“Me acuerdo de una chica que estuvo todo el tiempo conmigo, un amor.”* (3:18 ¶ 12 en Entrevistada 3 [JG]); *“Mi marido pudo entrar al parto.”* (3:6 ¶ 5 en Entrevistada 3 [JG]); *“Después que nació el me tuve que arreglar sola, él bebe se quejaba y tuvo que venir mi marido porque me quería bañar. Algunas enfermeras eran mala onda, es lo único que tengo para quejarme.”* (3:4 ¶ 3 en Entrevistada 3 [JG]).

En virtud de la elección de posiciones y técnicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y nacimiento, algunas de las citas destacadas fueron:

*“No me ofrecieron pelota ni diferentes posiciones. Pero lo demás todo bien.”* (3:3 ¶ 2 en Entrevistada 3 [JG]). *“Con el cambio de guardia me trajeron música, la pelota y me informaron todo, me dieron tranquilidad”* (4:14 ¶ 13 en Entrevistada 4 [MP]). *“Me ofrecieron la pelota y que caminara, pero yo no quise”* (6:12 ¶ 11 en Entrevistada 6 [MR]).

Continuando con las concepciones que han sido contempladas en los relatos, se encuentra la estructura del ambiente de la institución:

*“Espere en la sala de espera, estaba feo, sucio e incómodo”* (1:3 ¶ 4 en Entrevistada 1 [AF]). *“Lo que no me gusto fue que me levantaron enseguida, el colchón estaba muy duro.”* (2:10 ¶ 6 en Entrevistada 2 [JB]). *“La sala de parto no es linda pero ya la conocía, muy fea, fría, poco ventilada y oscura”* (4:4 ¶ 5 en Entrevistada 4 [MP])

## Discusión y conclusiones

Los resultados arrojados por el presente estudio en un primer análisis cuantitativo, logran describir que tanto las percepciones como las expectativas respecto al proceso de atención de las entrevistadas, fueron en su gran mayoría favorables y concordantes respectivamente, lo cual coincide con el estudio llevado a cabo por Silvestri (2016) en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner en Argentina con una muestra de 179 puérperas, donde la gran mayoría refirió percepciones muy buenas respecto al proceso de nacimiento. Sin embargo, al realizar un segundo análisis cualitativo con grupos focales reducidos, se logra identificar que dichas percepciones se demuestran, como categoría emergente, de un modo ambivalente, ya que no predominan ni las percepciones positivas ni negativas. Dicha categoría no coincide con la investigación realizada por Rugolo (2004), en Brasil, el cual refiere que las puérperas estudiadas en dicho hospital, manifestaron que los sentimientos predominantes fueron el amor y la alegría, revelando así percepciones favorables en cuanto al proceso de nacimiento.

Por otro lado, escuchar las voces de quienes atraviesan los procesos de nacimiento, reflejan el modelo de atención, su calidad y sus consecuencias. Es por ello que retratar las experiencias de las mujeres en primera persona sobre el nacimiento de sus hijos, resulta una fuente de información indiscutida, a pesar de la subjetividad que representa dicho testimonio. Por lo tanto, Roldan (2013) menciona que la percepción engloba ciertas particularidades a la hora de ser definida y es que la misma toma en cuenta la subjetividad y tiempo de cada individuo que la vivencia, es por ello que, a través de un estímulo, dos personas pueden reaccionar de diversas maneras. Al mismo tiempo, es caracterizada por el poder que tiene el sujeto para fundar la percepción misma en sus elecciones a través de un campo conceptual determinado y así basar la percepción en determinado ámbito.

Otro de las categorías que delinear las experiencias, son las expectativas sobre la atención del nacimiento, donde los autores Giner et al. (2006) determinan a las expectativas, como representaciones mentales – tácitas o expresas, precisas o difusas – de sucesos o estados de cosas esperados. Esbozadas en el horizonte que rodea todo objeto experimentado, se forman mediante procesos de asociación e inferencia, a menudo prelógicos, fundados en los supuestos del sentido común y surgen muchas veces como mero fruto de esquemas rutinizados, del acervo cognitivo y el sistema de relevancias del sujeto, derivados de su situación biográfica determinada. Las expectativas representan un elemento básico de la realidad social y su reflexividad; y deben ser diferenciadas del deseo, que, aunque son similares no significan de la misma manera. La expectativa cumple con un respaldo para surgir, es decir, tiene la oportunidad razonable de que algo se concrete.

En relación a lo postulado por Gonzales & Quinteros (2012) los propósitos de los establecimientos que prestan servicios de salud, es optimizar la atención de sus servicios y reforzar los procesos de calidad, mediante la adecuación de los recursos físicos y humanos hasta la mejora de los procesos de atención, en virtud de ello, nuestros resultados reflejan sobre la necesidad promover procesos de atención que resulten acordes a la percepción de los usuarios.

Según un estudio llevado a cabo por Vela Coral (2015) en Lima - Perú denominado Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Publico Materno Perinatal, el análisis de los

datos permitió la construcción de dos categorías básicas. Por otra parte, arrojó que más del 50% de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto. Es por ello, que encontramos una disociación con la categoría de las percepciones de nuestro estudio, ya que se identifica una categoría emergente, de un modo ambivalente. Dicha categoría no coincide con la investigación realizada por Vela Coral (2015), el cual refiere que las puérperas estudiadas en el centro obstétrico, manifestaron sobre las diferentes tecnologías aplicadas a lo largo del proceso asistencial, y la adecuación a las expectativas previas de la vivencia de la calidad humana en la asistencia.

La matrona Gil Bello (2015) desde la Sala de partos del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa - Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa - Barcelona, realizó una investigación respecto a las experiencias y percepciones de las mujeres durante el nacimiento a partir de un análisis del discurso. Este estudio cualitativo destacó que las mujeres embarazadas experimentan miedos, sensaciones y percepciones. A su vez, que los cambios físicos y psíquicos, que acontecen en el cuerpo gestante, son vividos como uno de los aspectos más destacados. Por tanto, en el análisis del discurso expresa que los procesos psicológicos con una importante carga afectiva, para comprender la maternidad es necesario entender el surgimiento de sentimientos ambivalentes. La maternidad despierta sentimientos positivos, los cuales son más fáciles de expresar porque concuerdan con lo que de las madres se espera a nivel social, pero también despierta sentimientos de soledad y culpabilidad entre las mujeres. En este sentido, existe concordancia con la investigación presentada en cuanto a la categoría emergente de ambivalencia, que analiza códigos divergentes donde se identifican sentimientos y emociones diversos como agradable y cómodo, miedo y soledad entre otros.

Es importante mencionar que, las investigaciones recopiladas en la discusión en la mayoría, fueron realizadas en otros países de Latinoamérica y en España, encontrando un solo estudio en Argentina, por lo cual la diversidad de población estudiada, marca diferencias sociales, culturales, económicas, antropológicas, etc, que se visualizan en los análisis de los resultados de las investigaciones.

En Argentina, desde el ministerio de salud se trabaja en conjunto con distintos hospitales públicos entre ellos el Hospital Posadas, Estela de Carlotto, Hospital Alvarez (Htal Posadas, 2015), (Minist. J y D H, 2016) para implementar acciones que desarrollen la atención humanizada de la mujer y su familia, en el trabajo de parto y parto.

Según la OMS los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con dignidad. Es necesario identificar, estudiar y documentar los servicios de salud que actualmente brindan atención materna respetuosa, fomentan la participación de las mujeres y de las comunidades, y que han puesto en práctica procesos para la supervisión y mejora continua de la atención (OMS 2014). En todo el mundo, muchas pacientes sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Ellas pierden la confianza hacia los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables duran-

te el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé (OMS 2014). Es preciso concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Los profesionales necesitan capacitación, la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales (OMS 2014).

Por todo lo expuesto, como equipo de investigación nos proponemos continuar ampliando el campo del conocimiento atendiendo a la salud perinatal en instituciones públicas. Asimismo, el conocimiento encontrado en esta investigación es un conocimiento situado, debido a que se seleccionó la ciudad de C. del Uruguay con una población de 116.430 (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022). La intención a futuro, es extender el análisis a otras ciudades de la provincia de Entre Ríos, y de esta manera encontrar nuevas categorías emergentes que rescaten las voces de las mujeres que transitan la etapa reproductiva.

Finalmente, es imperiosa la necesidad de generar evidencia y divulgación sobre las necesidades de los protagonistas de los nacimientos, revisar las prácticas profesionales particulares de los equipos interprofesionales en búsqueda del cumplimiento y resguardo de los derechos humanos, del paciente y generar contextos que cumplan con los estándares de las Maternidades Seguras y Centradas en las Familias.

## **Indicadores de producción**

### **Publicaciones**

Salud Mental Perinatal en Pandemia por COVID-19: un estudio con púerperas en dos Provincias argentinas. ISBN 978-987-47761-5-0, pp. 721-728 (2023).

Libro de resúmenes. II Jornadas de Investigaciones para la Salud: la Facultad de Ciencias de la Salud Investiga: en el marco de la 7° Feria Regional de la Salud / - 1a ed. - Paraná: Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER, abril 2022.

Libro digital, PDF Archivo Digital: descarga y online: ISBN 978-950-698-519-6 Pediatría en Red 5. Prácticas que mejoran el acceso de la población adolescente al sistema de salud: hacia la elaboración de un manual de buenas prácticas para los equipos de salud. (2023)

### **Artículos publicados en revistas de difusión científica**

Salud Mental Perinatal en Pandemia por COVID-19: un estudio con púerperas en dos provincias argentinas. Revista Argentina de Salud Pública

### **Presentaciones a congresos nacionales**

Jornada de Obstetricia. FCS.UNER, octubre 2022.

Congreso Argentino de Educación Médica 2022

II Jornadas de Investigaciones para la salud: la Facultad de Ciencias de la Salud Investiga.

## Presentaciones a congresos internacionales

1° Congreso Internacional de Obstetricia. Corrientes. Argentina. Septiembre 2022

## Convenios

Convenio UNER con Universidad Científica del Sur Perú (Resolución CS: 146/21)(19) 2021

Convenio UNER CON UNIVERSIDAD MAYOR DE CHILE (20) 2022

Convenio UNER CON UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN ANTONIO DE MURCIA (21) 2022

## Cursos dictados como consecuencia de la investigación realizada

Diplomado Superior en Planificación Familiar con enfoque de derechos (150 hs) Formato Virtual, 2022.

## Bibliografía

1. Ayers S, Pickering AD. (2005) Women's expectations and experience of birth. *Psychol Health*;20(1):79-92
2. Beaton J, Gupton A. (1990) Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*,6(3):133-139.
3. Christiaens W, Verhaeghe M, Bracke P. (2008) Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care. *J Reprod Infant Psychol*;26(4):309-322.
4. Gibbins J, Thomson AM. (2001) Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*;17(4):302-313
5. Giner S, Lamo de Espinosa E, Torres C. (2006). *Diccionario de sociología*. Madrid. 2da Edición. Ed. Alianza.
6. Gil Bello R, (2015) Las experiencias y percepciones de las mujeres durante el nacimiento a partir del análisis del discurso.
7. Gonzales, B. y Quinteros M. (2012) Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9730/tesis05-3.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
8. Green JM, Baston HA. (2003) Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*. 30:235-247
9. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. (2007) The influence of childbirth expectations on western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*; 23,235-247. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026661380600026X?via%3Dihub>
10. Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.
11. Martin DK, Bulmer SM, Pettker CM. (2013) Childbirth expectations and sources of information among low- and moderate- income nulliparous pregnant women. *J Perinat Educ*;22(2):103-112. <https://connect.springerpub.com/content/sgrjpe/22/2/103>
12. Organización Mundial de la Salud (2014, 1). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Artículo de divulgación [internet] consultado el 30 de mayo de 2015. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/.../es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/.../es/)

13. Oweis A, Abushaikha L. (2004) Jordanian pregnant women's expectations of their first-child birth experience. *Int J Nurs Pract*;10(6):264-271. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172x.2004.00488.x>
14. Pinheiro BC, Bittar, CML. (2013) Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: Relato de um grupo de mulheres. *Fractal Revista de Psicologia*. ;25(3):585-602. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300011>
15. Rilby L, Jansson S, Lindblom B, Mårtensson LB. A (2012) Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *J Midwifery Womens Health*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-2011.2011.00113.x>.
16. Roldan, Luis A. (2013). Percepción vs. Inteligencia. Una dicotomía Piagetiana vigente. Cuarto congreso internacional de investigación de la Facultad de Psicología. [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46308/Documento\\_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46308/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Rugolo, L., Bottino, J., Marchioni, S., Bentley, M., Trindade, C., Perosa, G. y Rugolo, A. (2004) Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* (4)4; 423-433. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CPTJCd5Bhs6jZSsVCby-7fKp/?lang=pt>
18. Silvestri, S. (2016) Análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el período de noviembre - diciembre de 2016. [Tesis en Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud] Rep Hip UNR. <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/10191>
19. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*; 30:36-46.
20. Sweeny K, Krizan Z. (2013) Sobering up: A quantitative review of temporal declines in expectations. *Psychol Bull*;139(3):702-724. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0029951>
21. Vela Coral. G (2015) Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Publico Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Peru. <https://core.ac.uk/download/pdf/323351198.pdf>

**PID 10082**

**Denominación del Proyecto**

Percepción de la atención del nacimiento según expectativas y modos de vida de las puérperas asistidas en maternidades del sistema público de salud

**Directora**

Carina Ester Leiva

**Codirectora**

Maria Carolina Baucero

**Unidad de Ejecución**

Universidad Nacional de Entre Ríos

**Dependencia**

Facultad de Ciencias de la Salud

**Contacto**

[carina.leiva@uner.edu.ar](mailto:carina.leiva@uner.edu.ar)

**Cátedra/s, área o disciplina científica**

Metodología de la Investigación. Practica de Residencia. Clínica Obstétrica I. Psicoprofilaxis Obstétrica.

**Instituciones intervinientes públicas o privadas:**

Hospital "J.J de Urquiza, C. del Uruguay"

**Integrantes del proyecto**

Docentes: Costa, Regina; Meck, Natali; Ferrari, Nadia; Tamburlini, Luis. Estudiante de grado: Cabillon Baez, Yessy C.; Cettour, Antonella A.; Freitas Vidart, Yanina. Tournoud Bertti, Milagros T. Integrante becario de formación vinculado a PID: Ramiro Godoy. Becaria: Josefina Gogoy

**Fechas de iniciación y de finalización efectivas**

15/08/2019 y 07/07/2022

Aprobación del Informe Final por Resolución C.S. N° 110 (26-04-2024)