



**“¿Cómo viven los hombres la experiencia de parto?:**

**Estudio cualitativo a través de relatos.”**

Autor: Candela García Armendia

Tutor: María Vega Sanz y Macarena Sánchez-Izquierdo

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

14 mayo de 2026

## Resumen

**Introducción:** la experiencia del parto es un hito vital transformador que supone la reorganización de la identidad, del sistema familiar y de la pareja durante la transición hacia la paternidad. Aun así, la investigación perinatal se ha centrado de forma predominante en la experiencia materna, excluyendo la vivencia de los hombres en torno al nacimiento. Es por esto por lo que el objetivo del estudio ha sido explorar cómo viven los hombres la experiencia de parto y cuáles son las dimensiones que la componen. **Metodología:** se analizaron 20 relatos de padres sobre su experiencia a través de dos fuentes distintas: la plataforma “El Parto es Nuestro” y un formulario de Google Forms. Se analizaron los datos con el software ATLAS.Ti y se siguieron las seis fases del análisis temático de Braun y Clarke (2006). **Resultados:** se identificaron seis temas transversales que estructuran la experiencia del padre en el parto: el reconocimiento a la madre como eje, la preparación informada como agencia paterna, el acompañamiento activo durante el proceso, la relación con el sistema sanitario, la transformación del padre tras el parto y las posibles secuelas derivadas del parto. Los resultados evidenciaron que la admiración hacia la madre y el trato recibido por parte del sistema hospitalario son elementos fundamentales en la construcción de la experiencia del parto en hombres. **Conclusiones:** la experiencia de parto destaca la necesidad de incorporar a los hombres en la atención perinatal, centrada en modelos más inclusivos que permitan comprender el parto como un proceso relacional y familiar.

*Palabras clave:* paternidad, experiencia de parto, psicología perinatal, hombres, sistema sanitario, análisis temático.

## Abstract

**Introduction:** For many men, childbirth constitutes a life-changing event, that entails the transition to fatherhood and the reorganization of personal identity, dyadic dynamics, and the family system. Traditionally, research on perinatal psychology has predominantly studied the experience of mothers, often leaving out the paternal perspective on childbirth. Therefore, this study aimed to explore how fathers experience labor and identify the key dimensions that frame this experience. **Methodology:** 20 birth narratives from men's perspective were retrieved from the website "El Parto es Nuestro" and a Google Forms questionnaire and analyzed using a qualitative thematic content approach. Data was analyzed using ATLAS.ti software, following the six-phase framework for thematic analysis established by Braun & Clarke (2006). **Results:** Six transversal themes were identified: recognition of the mother as the core of the experience; informed preparation as paternal agency; active support during childbirth; interaction with the healthcare system; paternal transformation after birth; and sequels derived from childbirth. Evidence suggests that admiration for the mother and the quality of healthcare treatment are pivotal factors in molding fathers' childbirth experiences. **Conclusions:** Father's childbirth experiences point out the importance of including paternal experiences within perinatal care models, allowing an understanding of childbirth as a relational and family-centered process.

**Keywords:** fatherhood, childbirth experience, perinatal psychology, men, healthcare system, thematic analysis.

## Índice

<b>Introducción</b> .....	6
<b>El parto como un hito vital sistémico</b> .....	6
<i>Una perspectiva más allá del evento médico</i> .....	6
<i>La transición a la parentalidad desde el enfoque sistémico</i> .....	6
<i>Patrescencia: Reorganización identitaria y transformación a la paternidad</i> .....	7
<b>Evolución histórica del padre en el parto</b> .....	7
<i>Paternidad implicada</i> .....	8
<i>Reflexión crítica: ¿Inclusión real o presencia obligatoria?</i> .....	8
<b>Bases neurobiológicas de la transición a la paternidad</b> .....	9
<b>Psicopatología perinatal paterna</b> .....	10
<b>El padre ante el sistema sanitario: invisibilidad y violencia</b> .....	10
<b>Justificación del estudio en el marco español</b> .....	11
<b>Objetivos del estudio</b> .....	12
<b>Método</b> .....	13
<b>Diseño</b> .....	13
<b>Procedimiento</b> .....	14
<b>Participantes</b> .....	15
<b>Análisis de datos</b> .....	16
<b>Resultados</b> .....	18
<b>Análisis descriptivo</b> .....	18
<i>Composición del corpus</i> .....	18
<i>Frecuencia de cada código</i> .....	19
<i>Distribución por fuente</i> .....	22
<b>Análisis relacional</b> .....	23
<i>Coocurrencias</i> .....	23
<i>Comparación entre fuentes</i> .....	25
<i>Trayectorias entre fases temporales</i> .....	26
<b>Revisión De Temas: Del Código Al Tema Interpretativo</b> .....	29
<b>Análisis interpretativo</b> .....	31
<i>Mapa temático</i> .....	31
<i>Tema 1 - El reconocimiento de la madre como eje</i> .....	32
<i>Tema 2 - La preparación informada como agencia paterna</i> .....	34

<i>Tema 3 - El acompañamiento del padre durante el proceso</i> .....	36
<i>Tema 4 - La relación con el sistema sanitario</i> .....	38
<i>Tema 5 - La transformación del padre tras el parto</i> .....	39
<i>Tema 6 - El daño y las secuelas del parto</i> .....	41
<b>Discusión</b> .....	42
<b>Discusión de los temas transversales</b> .....	42
<i>Reconocimiento de la madre como eje</i> .....	43
<i>Preparación informada como agencia paterna</i> .....	43
<i>Acompañamiento del padre durante el proceso</i> .....	44
<i>Relación con el sistema sanitario</i> .....	45
<i>Transformación del padre tras el parto</i> .....	46
<i>El daño y las secuelas tras el parto</i> .....	46
<b>Implicaciones clínicas</b> .....	49
<b>Futuras líneas de investigación</b> .....	50
<b>Limitaciones y fortalezas</b> .....	50
<b>Conclusiones</b> .....	53
<b>Referencias</b> .....	54
<b>Anexos</b> .....	60
<b>Anexo 1. Dictamen del Comité de Ética</b> .....	60
<b>Anexo 2. Manual de codificación</b> .....	61
<b>Anexo 3. Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa</b> .....	67

## Introducción

### **El parto como un hito vital sistémico**

#### *Una perspectiva más allá del evento médico*

El nacimiento, históricamente, ha sido estudiado bajo el modelo biomédico, centrado de forma casi exclusiva en la seguridad clínica de la díada madre-hijo. Sin embargo, desde la terapia sistémica y bajo la mirada de la psicología perinatal, el parto es un evento vital que reorganiza simultáneamente la identidad individual y el sistema relacional al que pertenece (Stern et al., 1999). No puede entenderse únicamente como un proceso biológico, sino también como una crisis vital normativa: una fase de desequilibrio transitorio y necesario para avanzar a la siguiente fase del ciclo vital (Caplan, 1964).

Esta transición también se sustenta en transformaciones a nivel neurobiológico y neuronal, así como a nivel psicológico. Estudios recientes sugieren que la transición a la paternidad puede impulsar en los padres un mayor sentido de significado y propósito vital, y que las modificaciones en la conectividad funcional cerebral apoyan los procesos de adaptación a este cambio (Husain & Kohl, 2025). El nacimiento, por tanto, funciona como catalizador de la reconfiguración psíquica en el hombre.

#### *La transición a la parentalidad desde el enfoque sistémico*

A nivel sistémico, el parto supone el paso definitivo de la díada de pareja al sistema familiar. Esta transición implica una redistribución de sus roles y una redefinición a nivel de pareja. El papel del padre no puede comprenderse a nivel individual, sino que es el fruto de una dinámica de coparentalidad en la que la solidez del vínculo de pareja y la capacidad de apoyo mutuo antes y durante el parto actúan como factores decisivos (Ngu & Florsheim, 2012).

Partiendo de esta idea, la literatura reciente destaca que el padre participa activamente en la construcción de una identidad de "copadre", involucrándose en las decisiones de salud y cuidado desde el primer momento. Dicha identidad compartida sugiere que tanto la presencia del padre en el parto como su implicación temprana no son factores secundarios, sino elementos indispensables que configuran la salud del sistema familiar a largo plazo (Isacco & Garfield, 2010). El nacimiento constituye el escenario en el que se evalúa la flexibilidad del sistema para integrar al nuevo miembro sin excluir al padre de la tríada.

### ***Patrescencia: Reorganización identitaria y transformación a la paternidad***

Convertirse en padre va más allá del hecho biológico del parto, y se construye progresivamente mediante un proceso de vinculación afectiva que se intensifica al final de la gestación. Desde la psicología perinatal, este cambio hacia la maternidad se denomina “*matrescencia*” (Athán, 2024) y se explica como una fase de desarrollo, similar a la adolescencia, que supone una reorganización identitaria profunda.

De forma paralela, algunos autores han comenzado a hablar de la “patrescencia”, que sería el proceso de convertirse en padre, en el cual se asumen un papel activo de protección y cuidado hacia la madre y el bebé (Athán, 2024; Raphael, 1975). En este marco, se ha evidenciado que el apego paterno-fetal aumenta significativamente durante el tercer trimestre, siendo la identidad paterna el principal predictor de dicho vínculo (Habib & Lancaster, 2010).

Este proceso de reconfiguración de la identidad se caracteriza por una marcada ambivalencia emocional. La transición a la paternidad posiciona al padre entre la ansiedad por las nuevas exigencias y el entusiasmo. Resulta imprescindible una adaptación fenomenológica que facilite al padre la integración de la crisis adaptativa, dotándole de un sentido profundo a su nuevo rol (Husain & Kohl, 2025). Es en la experiencia del parto donde esta nueva identidad se materializa, requiriendo una implicación afectiva que tiende a tensionarse con los roles históricos que han limitado su participación en el escenario reproductivo.

El parto reorganiza la identidad del padre, así como sus vínculos con la pareja y con el bebé. La mayoría de la evidencia proviene de marcos teóricos generales o de estudios cuantitativos sobre transiciones psicológicas. Se conoce poco sobre cómo los propios padres relatan esa reorganización, a qué dimensiones les dan importancia y qué sentido encuentran en esta transición.

### **Evolución histórica del padre en el parto**

El rol de los hombres durante la experiencia del parto ha pasado de un rol secundario a ser considerado un componente imprescindible del proceso (Draper, 2003), y esto, ha evolucionado de forma significativa en las últimas décadas. En el pasado, el padre asumía el rol de proveedor económico y el rol protector de la familia. Dentro de este enfoque, la presencia de los hombres en el paritorio era casi impensable, quedando el padre apartado de la experiencia emocional y fisiológica que ocurría en el nacimiento (Dick, 2011).

Dicha exclusión se sustentaba por los roles de género sociales tradicionales, en donde los cuidados eran asignados a la mujer, y la provisión al hombre (Draper, 2003). Este modelo de parto

persistió hasta los años 70 y 80, en los que, mediante el impulso de los movimientos feministas y la influencia de la psicología perinatal, se observaron cambios: se comenzó a cuestionar si el vínculo temprano y el bienestar de la madre podrían verse comprometidos por la exclusión del hombre en el paritorio (Palkovitz, 1985).

### ***Paternalidad implicada***

La paternidad hoy en día ha evolucionado hacia lo que en sociología llama “paternalidad implicada” (*involved fatherhood*). Este tipo de crianza permite la entrada del padre en el paritorio y lo sitúa como un apoyo emocional activo y corresponsable (Lamb, 1987). No obstante, este cambio ha traído consigo nuevas presiones. Socialmente, se ha pasado de excluir al hombre a que su presencia sea casi obligatoria; de lo contrario, el padre puede ser percibido con falta de compromiso o desinterés (Waldenström, 1999).

Estudios recientes sugieren que, a pesar de una mayor participación del padre a nivel global en el parto y el parto, esta tendencia suele ir acompañada de tensiones. El sistema sanitario tiende a invisibilizar a los hombres en el proceso, lo que genera en los padres una presión e incertidumbre por no saber qué hacer ni cómo ayudar. Este rol es lo que Walsh et al. (2021) definen como el “acompañante secundario”. Hay una gran diferencia entre el deseo de participar en el parto y su autopercepción de utilidad, lo que se traduce en sentimientos de frustración e impotencia (Griffith et al., 2023).

### ***Reflexión crítica: ¿Inclusión real o presencia obligatoria?***

España ha tenido avances legislativos para fomentar la corresponsabilidad mediante la equiparación de los permisos de paternidad (Elizalde-San Miguel et al., 2019). Sin embargo, el sistema sanitario sigue invisibilizando al hombre en gran medida. Muchos hombres refieren sentirse desplazados y bajo la presión de “no molestar” y de apoyar a la madre (Walsh et al., 2021).

La experiencia del hombre está marcada por una contradicción: por un lado, a nivel social les presionan para estar implicados emocionalmente, mientras que, en las instituciones sanitarias no se les validan sus miedos ni sus dudas. Según Bach (2019), el padre actual vive con una presión por demostrar una masculinidad moderna y sensible. Esta presión puede transformar la vivencia del parto en un acontecimiento muy frustrante, donde el padre esconde su propia vulnerabilidad para proteger a la madre, intensificando la ambivalencia emocional que define la llegada de un hijo (Uncu et al., 2025).

La variabilidad en torno a los roles paternos sugiere que el contexto social es un factor fundamental. En España, la paternidad sigue influida por factores externos al núcleo familiar, como los estereotipos de género persistentes o las políticas de conciliación (Elizalde-San Miguel et al., 2019). En el modelo nórdico, sin embargo, la paternidad implicada está más validada a nivel institucional. Esta diferencia a nivel contextual tiene como resultado que los hombres de países donde la paternidad implicada no está igual de respaldada por el sistema sanitario tengan que reclamar su participación activa en el proceso de parto (Thøt Krüger & Lindhardt, 2026).

La transformación del rol paterno parece haberse adelantado al sistema sanitario: mientras que el sistema sigue percibiéndoles como acompañantes secundarios, la sociedad espera una implicación acorde con las nuevas presiones sobre la masculinidad. Cómo se traduce esa contradicción en la experiencia subjetiva de cada padre durante el parto sigue siendo una pregunta empíricamente abierta.

### **Bases neurobiológicas de la transición a la paternidad**

La patrescencia, ya mencionada, supone la transición hacia la paternidad y se explica mediante la plasticidad cerebral. De forma paralela a las mujeres, los padres experimentan cambios en las áreas cerebrales que fomentan el cuidado tras el nacimiento (Horrell et al., 2021). Estos ajustes estructurales inician antes del parto y alcanzan su máxima expresión durante el tercer trimestre del embarazo (Díaz-Rojas et al., 2021), aumentando la respuesta empática del hombre hacia el bebé. Siguiendo esta idea, la presencia del padre durante la experiencia del parto promueve la activación del sistema de cuidado y del vínculo a través del contacto físico, que se ve influenciado por la oxitocina liberada mediante este tipo de contacto (Morris et al., 2021).

Durante la transición a la paternidad, también se experimentan cambios adaptativos a nivel endocrino, como el aumento de la oxitocina y la disminución de la testosterona, favoreciendo el cuidado (Horrell et al., 2021). Un estudio de Feldman (2000) explica cómo la “convergencia marital”, es decir, el grado en que ambos miembros comparten su visión del reparto de roles y su satisfacción con dicho reparto (Feldman, 2000) actúa como factor protector para el ejercicio de la paternidad implicada. Tanto el cuidado del bebé como la participación activa en el parto fomentan la salud del padre, el vínculo padre-bebé y una mayor resiliencia en el sistema familiar, reduciendo las posibilidades de depresión postparto paterna (Feldman, 2000).

Estas bases neurobiológicas demuestran que el hombre tiene una disposición proactiva hacia el cuidado. No obstante, estos cambios requieren una integración en la identidad del padre a partir de cómo experimenta la vivencia. El parto, por tanto, se convierte en el espacio donde el hombre construye su confianza como cuidador y su identidad paterna como padre, también conocido como

agencia paterna: capacidad del padre para reconocerse como válido, autónomo y con dominio sobre su nuevo rol (Wiggins, 1991). Así, este estudio se centra en comprender cómo el relato de esta experiencia permite al hombre integrar sus transformaciones internas y consolidar su rol de padre.

### **Psicopatología perinatal paterna**

La transición a la paternidad sitúa a algunos padres en una fase de gran vulnerabilidad a nivel psicopatológico. Estudios recientes demuestran que la Depresión Posparto Paterna (DPP-P) tiene variabilidad en la prevalencia en función de la población estudiada o de los criterios diagnósticos empleados. Sin embargo, se observan tasas mayores de sintomatología subclínica que de diagnósticos formales (Wain et al., 2025). También puede ser un factor de riesgo para el malestar de los hombres en la experiencia del parto, la falta de apoyo social o de pareja, pudiendo aparecer el malestar tras el parto o mantenerse en el tiempo (Hughes et al., 2020; Kubo et al., 2025).

En contraste con los modelos tradicionales de DPP en mujeres, la manifestación de esta patología en hombres puede ser distinta, pudiendo dificultar su detección, ya que se presenta a través de sintomatología como irritabilidad, sobreimplicación laboral, ansiedad parental o preocupación por el bienestar familiar (Rilling et al., 2025; Skjerdingsstad et al., 2024). También se han reconocido como factores de riesgo potenciales: el malestar de la madre o antecedentes de depresión o ansiedad en los miembros de la pareja (Lowrie et al., 2022; Wain et al., 2025).

El bienestar psicológico del padre también se encuentra mediado por el contexto donde se desarrolla el nacimiento, pudiendo convertirse en un factor de riesgo o de protección. Así como, la presencia de complicaciones obstétricas en la díada madre-bebé se relacionan con niveles más altos de ansiedad en el padre (Amorim et al., 2019). Mientras que existen factores protectores del proceso como la participación directa, un contexto de seguridad o el contacto piel con piel con el recién nacido, ya que fomentan el vínculo con el bebé y el bienestar del padre (Jefford et al., 2021; Lilliesköld et al., 2025). Para los hombres, el parto puede representar una experiencia de vulnerabilidad o una experiencia que active recursos de protección, dependiendo de la calidad del apoyo, los antecedentes o el contexto. Analizar testimonios de padres puede aportar información cualitativa que apoye los datos a nivel epidemiológico sobre depresión y ansiedad perinatales en el padre.

### **El padre ante el sistema sanitario: invisibilidad y violencia**

A pesar de los avances sociales en la paternidad, el sistema sanitario sigue marginando la figura del padre. Rollans et al. (2020) explican cómo los padres han sido excluidos dentro del sistema de salud, teniendo una figura secundaria o negociada con el personal. Esta exclusión provoca que el hombre se sienta ajeno al parto de su hijo. Si el personal sanitario no identifica y apoya las necesidades

de los padres, se refuerza la idea de ser un simple acompañante y no una parte esencial del proceso (Walsh et al., 2021).

Este sentimiento de invisibilidad se hace evidente cuando el personal sanitario se dirige únicamente a la madre o cuando sus dudas son ignoradas. Esto les impide participar activamente en el proceso de parto. Esta situación se vuelve incluso más dolorosa cuando hay complicaciones en el parto: si el hospital no reconoce al padre, los sentimientos de malestar y ansiedad se disparan (Amorim et al., 2019).

Además, en el ámbito hospitalario surge el concepto de violencia obstétrica, normalmente vinculado a la mujer, que recoge todos los tratos negativos del personal sanitario durante el embarazo, parto y posparto (O'Brien, 2022). La literatura reciente ha extendido este concepto al padre acompañante, denominándolo violencia obstétrica vicaria: el impacto que el trato negligente hacia la madre tiene sobre el hombre que lo presencia sin poder intervenir, generando afectación emocional propia. Según Benyamini et al. (2024), las experiencias traumáticas durante el parto afectan el bienestar de toda la familia. Como señalan Johansson et al. (2020), un parto traumático es un factor decisivo en la salud mental perinatal paterna, pudiendo generar sintomatología ansiosa tras el parto. La percepción de falta de apoyo del sistema favorece esta respuesta traumática. Por tanto, la relación con el entorno sanitario es un componente esencial de la experiencia de parto para los hombres. Este es, por tanto, un aspecto central que el presente estudio aborda a través del análisis de los relatos paternos.

### **Justificación del estudio en el marco español**

España, es un referente a nivel internacional por sus leyes de conciliación y a su visión avanzada de entender la crianza. En la investigación de Escobedo y Moss (2025) explican como en nuestro país, se ha incorporado un lenguaje neutro en la regulación de los permisos de paternidad, con el objetivo de fomentar la corresponsabilidad en la crianza desde el marco legislativo. Esto facilita que el hombre transite del rol de provisión al rol paternal implicado (Meil, 2012).

A diferencia de otros países, la cultura de las empresas españolas dificulta que el hombre se sienta libre de ejercer sus derechos de paternidad, sin miedo a las represalias profesionales (Elizalde-San Miguel et al., 2019). Muchos hombres que deciden priorizar la crianza suelen sufrir consecuencias a nivel económico y laboral (Martínez-Pastor et al., 2024). Esta resistencia justifica la necesidad de explorar cómo el padre gestiona su rol en un entorno donde, a nivel legal, tiene apoyo, pero no a nivel social (Meil et al., 2019).

Además, no existe una única identidad de padre actual en España; hay mucha variabilidad en cuanto a los roles de paternidad. Mientras algunos hombres defienden la igualdad total, otros siguen adquiriendo el rol de figura secundaria por temor (Barbeta-Viñas & Muntanyola-Saura, 2021).

Finalmente, existe una contradicción entre los sistemas sanitario y legislativo; a pesar de los avances hacia una paternidad implicada, los hospitales siguen tratando a los hombres como participantes secundarios del proceso de parto. Los padres tienden a convivir con el deseo de formar parte del proceso y con la invisibilidad que sufren por parte del sistema. Esto genera en gran parte de ellos mucho malestar a la vez que alegría, lo que aumenta el riesgo de psicopatología; por ello, es urgente investigar cómo viven los hombres la experiencia del parto (Dolan & Coe, 2011).

En este sentido, el contexto español permite explorar las tensiones entre las expectativas de una paternidad implicada y la invisibilidad del sistema. A través de un estudio cualitativo, es posible identificar los factores de riesgo cuando el sistema sanitario no se coordina con los avances sociales y legales a los que ha evolucionado el país.

### **Objetivos del estudio**

El objetivo general del estudio es explorar la vivencia subjetiva de los hombres durante el proceso de parto e identificar los elementos principales y significados que configuran los relatos de la experiencia del parto.

Se desarrollan, además, cinco objetivos específicos: en primer lugar, descubrir el recorrido emocional a través de las distintas fases de la experiencia del parto. En segundo lugar, se plantea analizar la interacción con el entorno asistencial y evaluar si los protocolos estandarizados influyen sobre la percepción de la experiencia del padre. También se evalúa, en tercer lugar, como influye la preparación previa y la búsqueda de información como agencia o rol paterno. El cuarto objetivo consiste en determinar las distintas maneras de participación que asumen los padres durante la vivencia y como se relacionan con su transformación identitaria. En último lugar, el quinto objetivo, es examinar las posibles secuelas a nivel psicológico o emocional que derivan de la experiencia del parto en los hombres, dando una visión sobre los factores protectores y de riesgo del entorno perinatal.

En análisis de los relatos se estableció en torno a seis temas transversales que configuran la experiencia del hombre en el parto, estos se detallan en el apartado de Resultados y Discusión, posibilitando una comprensión completa de los hallazgos.

## Método

### Diseño

Esta investigación sigue un diseño cualitativo de carácter retrospectivo a través de relatos. Su objetivo es explorar y describir la experiencia personal de los hombres en el proceso del parto. El objetivo del estudio es identificar los temas más significativos de su experiencia, y analizarlos a través del análisis temático propuesto por Braun y Clarke (2006).

La investigación se enmarca en un paradigma interpretativista, el cual permite ahondar en el significado que los padres dan a su rol y a los acontecimientos vividos durante el proceso del parto. Este análisis se apoya teóricamente en modelos de paternidad implicada, la psicología perinatal paterna y los factores de interacción con el sistema sanitario que condicionan la calidad de la experiencia de parto.

La recogida de la muestra, se llevó a cabo a través de dos vías: por un lado, mediante los relatos publicados en la plataforma online pública “El Parto es Nuestro”, que cuenta con una sección de “Relatos contados por el padre”, donde los padres comparten libremente su experiencia; y por otro lado, mediante la difusión de un formulario de Google Forms creado específicamente para recoger más relatos de padres que cumplieren los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos para el estudio.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia Comillas (Dictamen 054/25-26, de 19 de enero de 2026). Todos los relatos han sido tratados de forma confidencial y anónima, preservando el respeto a las experiencias personales compartidas y los principios éticos de la investigación. Durante la recogida de datos primaria, se incluyó un formulario de consentimiento informado al inicio del cuestionario de GF, en donde marcaban una casilla de aceptación antes de poder acceder a las preguntas para asegurar una participación voluntaria. Los relatos obtenidos por la plataforma pública “El Parto es Nuestro” fueron tratados como documentos de dominio público y fuentes secundarias de información al tratarse de relatos compartidos voluntariamente con el fin de visibilizar sus experiencias. Para garantizar la privacidad de todos los relatos, se llevó a cabo un procedimiento de anonimización donde se eliminaron todos los datos personales incluidos en los relatos. Finalmente, la custodia de datos se ha realizado en una carpeta protegida por la investigadora con una contraseña; a dicha carpeta solo tienen acceso las tutoras y la investigadora. Los datos se conservarán hasta la defensa del Trabajo de Fin de Máster y su posible publicación científica; tras este período, se procederá a su eliminación definitiva.

## Procedimiento

El procedimiento del estudio se llevó a cabo por dos investigadoras: M.V.S, PhD y psicóloga especializada en psicología perinatal; y C.G.A, psicóloga y estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria. Posteriormente, se añadió al estudio a M.S.I, psicóloga e investigadora. Ninguna de las investigadoras tiene relación con los participantes de la muestra, garantizando una mayor objetividad en el tratamiento de los relatos.

La muestra fue seleccionada y recogida en dos fases diferenciadas, realizadas por la investigadora C.G.A. bajo supervisión. Se definieron los siguientes criterios de inclusión para garantizar la homogeneidad de la muestra: (1) padres mayores de edad con participación directa en las fases principales del proceso del parto, con posibilidad de ausencia puntual por protocolos hospitalarios; (2) nacimientos de un único bebé ocurridos en España: gestaciones únicas en territorio español en contextos públicos y privados; (3) condiciones médicas normales: embarazos y partos de riesgo bajo o medio que no precisaron de intervenciones de emergencia para la madre o el recién nacido; y (4) relatos que describieran la experiencia a nivel emocional, relacional y psicológico del padre. Mientras que los criterios de exclusión definidos fueron: (a) partos múltiples: gestaciones de más de un feto; (b) nacimientos ocurridos durante el período 2020-2022, bajo restricciones de acompañamiento por COVID-19; (c) nacimientos ocurridos fuera de España; (d) fallecimientos perinatales o complicaciones médicas graves: alteraciones críticas del desarrollo del parto con riesgo vital (ingresos en UCI, hemorragias masivas, traslados neonatales con soporte ventilatorio, o fallecimiento fetal y neonatal precoz); y (e) relatos que no mostraran una vivencia directa y personal del hombre durante el parto.

El proceso de selección y recogida de la muestra se articuló en dos fases diferenciadas que permitieron integrar tanto fuentes secundarias como primarias. En una etapa inicial, se accedió a los testimonios categorizados bajo el filtro “Contados por el padre” en la plataforma pública “El parto es nuestro”, donde se identificaron originalmente 21 relatos. Tras una lectura exhaustiva de este material, se procedió a descartar 11 de ellos al no cumplir con los criterios de inclusión definidos, tales como la presencia de protocolos COVID-19, nacimientos fuera de España o complicaciones perinatales graves, resultando finalmente en una selección de 10 relatos procedentes de esta fuente.

Posteriormente, y con el objetivo de ampliar el corpus de datos, se llevó a cabo una segunda fase de recogida de narrativas mediante un formulario de GF difundido a través de redes sociales y plataformas profesionales como Instagram y LinkedIn. En esta instancia se recibió un total de 15 relatos, de los cuales se descartaron 5 tras un cribado técnico. Operativamente, se estableció como

umbral de exclusión una extensión inferior a los 40 caracteres, al considerarse que dichos testimonios carecían de la riqueza semántica y la densidad narrativa mínima necesarias para permitir una codificación significativa bajo los estándares del análisis temático (Braun & Clarke, 2006).

Como resultado de ambos procesos, la muestra definitiva del estudio quedó constituida por un total de 20 relatos de parto. Cabe señalar que la selección de los testimonios finalizó al alcanzar un nivel de suficiencia informativa (information power; Malterud et al., 2016). Este punto se alcanzó tras el análisis de los últimos cuatro relatos (R17-R20), en los cuales ya no emergieron ni códigos ni categorías adicionales que enriquecieran el manual de codificación.

## Participantes

Las características descriptivas detalladas de los participantes y sus vivencias se encuentran recogidas de forma sintetizada en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Características de los relatos de parto según fuente, lugar y tipo de intervención*

<b>ID Relato</b>	<b>Fuente</b>	<b>Lugar del parto</b>	<b>Tipo de parto</b>
R1	GF	Hospital	Vaginal
R2	GF	Hospital	Vaginal
R3	GF	Hospital	Vaginal
R4	GF	Hospital	X
R5	GF	Hospital	Vaginal
R6	GF	X	X
R7	GF	Hospital	Vaginal
R8	GF	Hospital	X
R9	GF	Hospital	Cesárea
R10	GF	Hospital	X
R11	PN	Domicilio	Vaginal
R12	PN	Hospital	Vaginal
R13	PN	Hospital	Vaginal
R14	PN	Hospital	Vaginal
R15	PN	Hospital	Vaginal
R16	PN	Hospital	Vaginal
R17	PN	Hospital	Cesárea
R18	PN	Hospital	Vaginal
R19	PN	Hospital	Vaginal
R20	PN	Hospital	Vaginal

*Nota.* “X” indica ausencia de dato. En los relatos sin dato de tipo o lugar de parto (R4, R6, R8, R10), la inclusión se basó en la ausencia de menciones a complicaciones graves en la narrativa.

En la Tabla 1 se observa como la muestra está equilibrada en cuanto a la procedencia de los relatos: un 50% de relatos obtenidos mediante la plataforma GF (n=10) y el otro 50% procede de la plataforma PN (n=10). En relación con el entorno asistencial, el ámbito hospitalario predomina de forma mayoritaria (90%), con un solo caso de parto en domicilio (5%) y otro no especificado (5%). Respecto a la vía de parto, la mayoría de los relatos se refieren a partos vaginales (65%), encontrando también un 10% de cesáreas, mientras que en el 25% restante de los relatos no se especificó la modalidad del nacimiento. La duplicidad en las fuentes de procedencia obedece a un diseño intencionado, cuyo objetivo es capturar una riqueza y variabilidad discursiva mayor. Se espera que esta diversidad de fuentes podría revelar perfiles narrativos variados.

### **Análisis de datos**

Se llevó a cabo un análisis temático mediante el software de análisis cualitativo ATLAS.ti (versión 26.0.0; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH). El proceso integró un enfoque deductivo, fundamentado en la literatura previa sobre la experiencia del parto en hombres, y un enfoque inductivo que facilitó el análisis de temas y categorías emergentes de los relatos. Para garantizar la calidad del análisis, se siguió la estrategia de triangulación de las investigadoras. Se llevó a cabo una codificación independiente mediante un análisis inicial, seguido de sesiones de supervisión periódicas para comparar los códigos asignados y las citas. Las discrepancias interpretativas o en la denominación de categorías se abordaron mediante el consenso, permitiendo refinar el manual de codificación hasta llegar a un acuerdo final sobre el modelo. A lo largo del proceso, se priorizó la reflexividad para hacer explícitas las posiciones interpretativas de las investigadoras y garantizar la coherencia interna del análisis.

Para el análisis se optó por un enfoque híbrido que combinó inicialmente una fase de codificación deductiva con un desarrollo inductivo secundario, permitiendo la integración de la teoría existente con la riqueza de las vivencias personales de los padres. En la primera fase, de carácter deductivo, se establecieron tres enfoques fundamentados teóricamente a través de literatura para guiar la codificación: el modelo de atención centrada en la familia y la interacción con los profesionales (Waldenström, 1999); la participación activa y el papel del padre durante el proceso del parto (Walsh et al., 2021); y la vivencia emocional del hombre derivada de la experiencia del parto (Kubo et al., 2025; Skjerdingsstad et al., 2024).

A partir de estos ejes, se procedió a una codificación inductiva sobre los testimonios que permitió el desglose de dichas categorías en un sistema jerárquico de cuatro temas temporales y 18 códigos específicos, tal como se detalla en el Manual de Codificación (Anexo 2). Este proceso de análisis orientado por los datos facilitó la aparición de subcategorías no previstas inicialmente, como la distinción entre el rol instrumental y el rol afectivo del progenitor (códigos 2.4a y 2.4b) o la identificación de secuelas físicas y relacionales específicas (código 4.5), garantizando así la trazabilidad, la transparencia y la solidez técnica de los hallazgos presentados en el estudio.

Se estructuró el proceso de análisis según las seis fases del análisis temático de Braun y Clarke (2006). En la primera fase, la familiarización con los relatos se realizó mediante una lectura inmersiva, lo que permitió identificar las ideas iniciales sobre el conjunto del corpus. En la segunda fase se procedió a la generación de los códigos iniciales a través del etiquetado organizado de los fragmentos con carga considerable de la experiencia emocional y la interacción con el sistema sanitario; dando lugar al manual de codificación (Anexo 2). En la tercera fase, se buscaron los temas potenciales que permitieron agrupar en categorías de mayor abstracción los códigos que evidenciaron patrones frecuentes en los relatos del corpus.

Además, se incorporaron dos capas analíticas complementarias. La primera, de carácter descriptivo, calculó la frecuencia de cada código y su distribución por fuente (Google Forms y El Parto es Nuestro), para identificar qué dimensiones de la experiencia aparecían con mayor peso en los relatos y detectar diferencias narrativas entre ambas procedencias. La segunda capa, de carácter relacional, exploró las coocurrencias entre códigos y las trayectorias entre las fases temporales del parto, con el fin de identificar conexiones recurrentes entre dimensiones de la experiencia paterna. Para ello, se emplearon herramientas de visualización como el mapa de calor de coocurrencia (Figura 2). Ninguna de las dos capas buscó contrastes inferenciales, dado el tamaño del corpus; su función fue orientar la interpretación posterior con criterios trazables.

Posteriormente se desarrollaron las tres últimas fases del análisis temático. Durante la cuarta fase, los códigos se agruparon en categorías de mayor abstracción para evidenciar patrones comunes en los relatos, y a continuación, llevar a cabo una revisión de temas que aseguraran que el mapa temático fuera una representación fiel y equilibrada del material analizado. En la quinta fase, se definieron y denominaron los temas, ajustando la esencia conceptual de cada categoría y asignándoles títulos descriptivos alineados con el marco teórico de la paternidad. Por último, en la sexta fase el proceso finalizó con la elaboración del informe interpretativo, en el cual se entrelazaron los temas

identificados con extractos literales de los relatos para respaldar los resultados obtenidos con evidencia empírica.

## Resultados

### Análisis descriptivo

Para analizar en profundidad la experiencia del parto en hombres, objetivo principal de este estudio, se realizó un análisis temático de los 20 relatos seleccionados. A través de la codificación de esos relatos, se generaron 20 códigos que constituyen las unidades de significado de mayor relevancia para el estudio.

Estas categorías fueron inicialmente agrupadas en cuatro temas cronológicos: parto, dilatación, nacimiento y posparto. Sin embargo, tras un refinamiento de los temas, se descartó la estructura temporal inicial y se optó por un modelo temático transversal que permitiera captar la complejidad de la experiencia. Se eliminaron dos códigos por falta de relevancia teórica; la estructura final quedó compuesta por 18 códigos, agrupados en seis temas transversales.

### Composición del corpus

El corpus del estudio está compuesto por 20 relatos sobre la experiencia de parto en hombres. La muestra se divide en dos grupos exactos: 10 relatos recogidos a través de un cuestionario de GF y 10 relatos extraídos de la plataforma El Parto es Nuestro. A través del análisis cualitativo con ATLAS.Ti, se recogieron 245 citas en total, y algunas con más de un código, resultaron en 282 aplicaciones de código (Figura 2, Tabla 2).

Como se presenta en la Tabla 2, la cantidad y profundidad de la información difieren en función de la fuente de procedencia. Los relatos de GF son más breves y descriptivos, con una media de 6,6 citas por relato y una carga narrativa del 27%. Mientras que los procedentes del PN componen el 73% de la carga narrativa del estudio, teniendo una mayor densidad y complejidad. En comparación con GF, los del PN emplean casi el doble de códigos distintos por relato (10,1 frente a 5,4). Estas diferencias en la muestra nos permiten comparar los relatos en función de la fuente de procedencia.

**Tabla 2**

*Composición del corpus por fuente*

<b>Indicador</b>	<b>GF</b>	<b>PN</b>	<b>Total</b>
Relatos analizados	10	10	20
Total de citas codificadas	66	179	245

Citas por relato (media)	6,6	17,9	12,3
Citas por relato (rango)	3 – 11	6 – 35	3 – 35
Códigos distintos por relato (media)	5,4	10,1	7,8

Las dos fuentes dan materiales muy heterogéneos. Los relatos de PN son tres veces más largos y usan casi el doble de códigos diferenciados por relato. PN aporta el 73 % del material codificado.

### ***Frecuencia de cada código***

El análisis de frecuencia nos permite ver qué códigos se repiten más en los relatos. Como muestra la Tabla 3, el tema principal en el 80% de los relatos es el código 4.2 Reconocimiento de la madre, lo que revela que la identidad del hombre durante el parto se construye a través de este reconocimiento hacia su pareja, muy marcado por la admiración.

El segundo código con mayor frecuencia es la Valoración del sistema (4.3), apareciendo en el 75% de los relatos, por lo que el sistema es determinante en la valoración de la experiencia. Asimismo, el Primer contacto con el bebé (3.2) y el Desarrollo del parto (3.1) aparecen frecuentemente y se consolidan como las fases dentro del Tema 3- Nacimiento con mayor carga emocional.

Finalmente, hay una clara diferencia entre la procedencia de los relatos. Aquellos procedentes del PN introducen códigos como la búsqueda de información (1.1) o la preparación del parto (1.2). Mientras tanto, los relatos de GF tienen una menor carga narrativa y una descripción más directa de su experiencia. Estas diferencias nos permiten comparar los relatos en función de la fuente de procedencia.

### **Tabla 3**

#### *Frecuencia de cada código y distribución por fuente*

Cód.	Etiqueta	Citas	Relatos	%	GF	PN	Categoría
<i>Bloque T1 - Preparto</i>							
1.1	Búsqueda de información antes del parto	14	8	40 %	0	8	<i>recurrente</i>
1.2	Planificación del parto	17	10	50 %	1	9	<i>frecuente</i>

1.3a	Emociones positivas en el parto	11	7	35 %	2	5	<i>recurrente</i>
1.3b	Emociones difíciles en el parto	3	3	15 %	2	1	<i>minoritario</i>
1.4	Rol del padre en el parto	2	2	10 %	1	1	<i>minoritario</i>

*Bloque T2 - Dilatación*

2.1	Desarrollo de la dilatación	22	12	60 %	4	8	<i>frecuente</i>
2.2a	Emociones positivas en dilatación	15	9	45 %	3	6	<i>recurrente</i>
2.2b	Emociones difíciles en dilatación	7	4	20 %	2	2	<i>minoritario</i>
2.3	Sistema y entorno en la dilatación	23	12	60 %	4	8	<i>frecuente</i>
2.4a	Rol instrumental del padre	14	6	30 %	1	5	<i>recurrente</i>
2.4b	Rol afectivo del padre	17	8	40 %	2	6	<i>recurrente</i>

*Bloque T3 - Nacimiento*

3.1	Desarrollo del expulsivo	25	10	50 %	3	7	<i>frecuente</i>
-----	--------------------------	----	----	------	---	---	------------------

3.2	Primer contacto con el bebé	27	11	55 %	4	7	<i>frecuente</i>
3.3	Procedimientos hospitalarios	6	5	25 %	4	1	<i>recurrente</i>
3.4	Rol del padre en el nacimiento	4	3	15 %	0	3	<i>minoritario</i>

*Bloque T4 - Postparto y reflexión*

4.1	Cuidado y alimentación del bebé	17	8	40 %	3	5	<i>recurrente</i>
4.2	Reconocimiento de la madre	35	16	80 %	8	8	<i>predominante</i>
4.3	Valoración del sistema	19	15	75 %	7	8	<i>frecuente</i>
4.4	Rol del padre como decisor	4	3	15 %	1	2	<i>minoritario</i>
4.5	Consecuencias del parto	3	3	15 %	2	1	<i>minoritario</i>

---

*Nota.* Categoría: predominante (>75 % de los relatos), frecuente (50–75 %), recurrente (25–50 %), minoritario (10–25 %), aislado (<10 %).

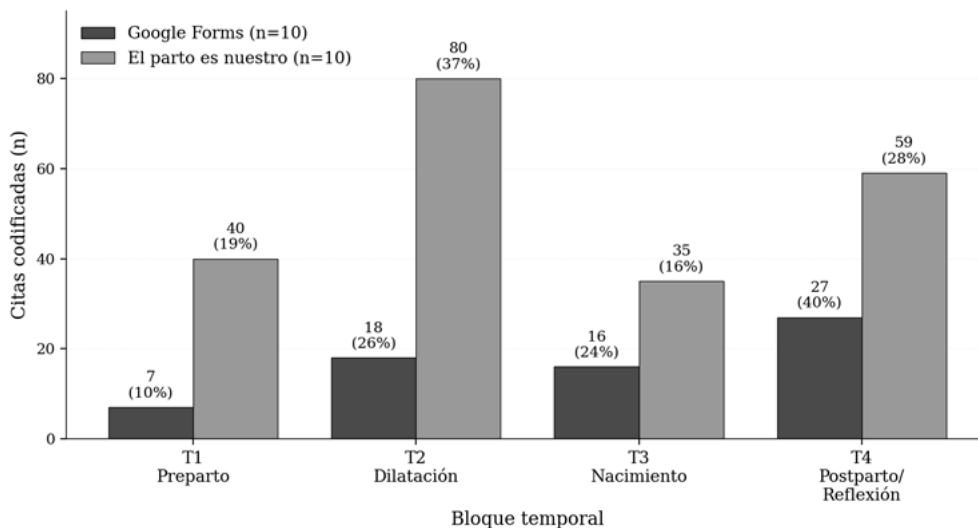
La distribución de códigos sigue un criterio temporal del nacimiento, desde la preparación durante el parto hasta la reflexión de la experiencia durante el posparto. Aunque en todas las fases hay representación, en la de Postparto y reflexión (T4) hay una mayor densidad narrativa. Es aquí donde surgen los elementos con más peso de la investigación: el reconocimiento a la madre y la valoración del sistema. De hecho, el reconocimiento a la madre es el código predominante del estudio, apareciendo en más del 75% de los relatos. Otros códigos frecuentes que aparecen en más de la mitad de los relatos son: la planificación del parto, el desarrollo de la dilatación, el sistema y el entorno durante la dilatación, el desarrollo del expulsivo, el primer contacto con el recién nacido y la valoración del sistema. El 65% de los códigos son recurrentes o minoritarios, por lo que tienen menos del 50% de representación en los relatos.

### *Distribución por fuente*

La Figura 1 muestra cómo se reparten las 282 aplicaciones de código entre los cuatro bloques temporales en cada fuente.

**Figura 1**

*Distribución de las citas por bloque temporal y fuente*



La Figura 1 muestra cómo se distribuyen las citas según la fuente en las cuatro fases de la experiencia de parto. Hay mucha más densidad narrativa en las del PN que en las de GF, evidenciándose aún más en el Tema 1 Preparto, donde la participación de GF es casi inexistente. Esto podría significar que los padres que publican sus experiencias en la plataforma poseen una mayor necesidad de expresar su relato de la forma más completa posible, incluyendo todo el proceso, desde el preparto hasta el final.

Por otro lado, los temas 2 y 4, dilatación y postparto, respectivamente, son los que cuentan con más carga de codificación en ambas fuentes. Esto demuestra que acompañar a la mujer durante el parto y asimilar lo vivido después son los dos grandes pilares que promueven que los padres se expresen abiertamente sobre su vivencia.

### **Polarización de la muestra**

El análisis de presencia revela una clara polarización de la muestra en función de su procedencia. El Reconocimiento de la madre (4.2) y la Valoración del sistema (4.3) emergen como temas transversales y universales (presentes en el 80 % y el 75 % de la muestra, respectivamente). En cambio, los códigos relativos a la preparación (1.1 y 1.2) y al desempeño del rol (2.4a, 2.4b y 3.4)

muestran una vinculación casi exclusiva con los relatos del PN. La búsqueda proactiva de información en comunidades especializadas no solo altera la fase de parto, sino que redefine la percepción del padre como un agente activo y consciente durante todo el proceso del nacimiento. Es importante señalar que estos resultados pueden verse influidos por la diferencia en las extensiones de los relatos (PN siendo significativamente más extensas).

## Análisis relacional

### *Coocurrencias*

Una coocurrencia se produce cuando dos códigos se aplican al mismo segmento del relato. En el corpus se cuentan 71 pares con coocurrencia  $\geq 1$ . La Tabla 4 lista los 17 pares destacables ( $\geq 3$  segmentos).

**Tabla 4**

*Pares de códigos que aparecen juntos en 3 o más segmentos*

Cód. 1	Cód. 2	Veces juntos	Contenido
1.1	1.2	12	Información previa y planificación
3.1	3.2	11	Mecánica del nacimiento y primer contacto
2.1	2.3	5	Desarrollo de la dilatación y entorno
1.1	4.2	4	Información previa y reconocimiento de la madre
1.1	4.3	4	Información previa y valoración del sistema
1.2	1.3a	4	Planificación y emoción positiva en parto
1.2	4.3	4	Planificación y valoración del sistema
2.2a	2.3	4	Emoción positiva y entorno en dilatación
2.4b	3.1	4	Rol afectivo y mecánica del nacimiento
1.1	1.3a	3	Información y emoción positiva en parto

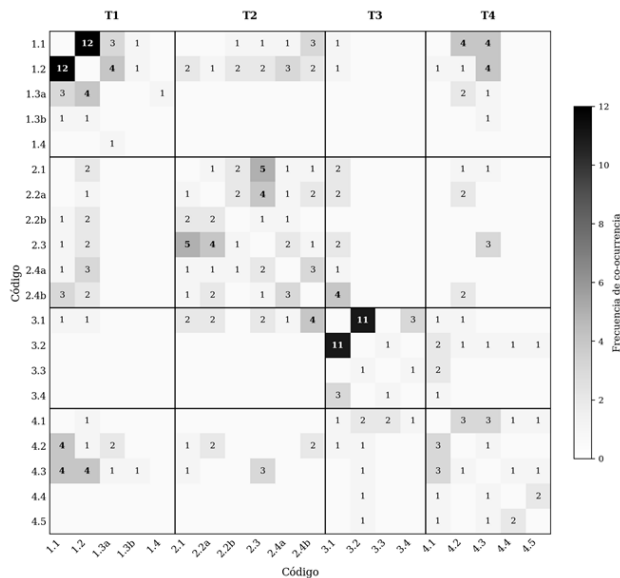
1.1	2.4b	3	Información previa y rol afectivo en dilatación
1.2	2.4a	3	Planificación y rol instrumental en dilatación
2.3	4.3	3	Entorno y valoración retrospectiva del sistema
2.4a	2.4b	3	Rol instrumental y afectivo del padre
3.1	3.4	3	Mecánica del nacimiento y rol del padre
4.1	4.2	3	Cuidado del bebé y reconocimiento de la madre
4.1	4.3	3	Cuidado del bebé y valoración del sistema

El análisis de coocurrencias (Tabla 4) muestra que la experiencia del parto se desarrolla en torno a dos puntos clave. En primer lugar, hay una alta coocurrencia entre la búsqueda de información y la planificación; esta relación podría proporcionar seguridad y resultaría clave para que el padre asuma un rol activo durante el proceso de parto. En segundo lugar, encontramos cómo el parto es indivisible del desarrollo de parto y del primer contacto con el recién nacido.

Además, los datos revelan que el entorno hospitalario es muy relevante, ya que se relaciona con la valoración del sistema, las emociones positivas y el desarrollo durante la dilatación. Una coocurrencia destacable es la tendencia al reconocimiento de la madre cuando hay búsqueda de información previa. La conexión entre emociones positivas durante la dilatación y el entorno durante esta podría significar que, si el trato es adecuado, el padre vive la dilatación con confianza y felicidad.

## Figura 2

*Mapa de calor de las coocurrencias entre los 18 códigos*



*Nota.* Las diferencias entre fuentes con  $n=10$  cada una no admiten inferencia estadística; se presentan como aproximación descriptiva.

Para complementar la Tablas 4, el mapa de calor (Figura 2) nos permite ver de forma rápida las conexiones más fuertes entre códigos a través de la intensidad de los colores. La principal ventaja respecto a las tablas son los clústeres de densidad. En la figura vemos visualmente la unión entre el Desarrollo del expulsivo (3.1) y el Primer vínculo con su hijo (3.2). La intensidad de este clúster nos indica que los padres no recuerdan el parto como un proceso puramente biológico, sino como una vivencia ligada a la conexión inicial con su bebé. De la misma forma que veíamos en las tablas, hay una gran coocurrencia entre la búsqueda de información y la preparación del parto, reflejada a través de la densidad del clúster correspondiente.

### ***Comparación entre fuentes***

En el análisis relacional se evidencia que hay grandes diferencias entre cómo los padres viven el parto dependiendo de la fuente de donde provienen los relatos. En primer lugar, los relatos procedentes de GF parecen tener una vivencia más pasiva y fragmentada; los padres no mencionan preparación previa, por lo que cómo viven la experiencia suele verse influido por el contexto sanitario y el apoyo percibido. Por otro lado, los padres de los relatos del PN, muestran una experiencia mucho más compleja y detallada, donde la información y su rol activo son piezas indispensables del discurso. A pesar de estas diferencias entre las fuentes, ambas coinciden en un punto fundamental: el reconocimiento de la madre como eje de la experiencia, apareciendo en la mayoría de los relatos.

### **Reactividad al entorno en GF:**

Lo más llamativo de la matriz de coocurrencias del grupo procedente de GF es la baja interconexión entre los códigos. Es también relevante la desconexión total de los códigos de Búsqueda de Información (1.1) y de Planificación (1.2) del resto de la vivencia. En los padres de GF la preparación no aparece vinculada ni a las emociones ni a la toma de decisiones ni a la valoración del sistema. Esto sugiere un estilo de padre que atraviesa el proceso sin un marco de referencia integrado, por lo que vive cada fase como un evento aislado.

Los pocos cruces significativos en esta fuente se producen entre la Interacción con el Sistema/Entorno (2.3) y las Emociones (2.2a/b). Esto sugiere que la experiencia emocional de los padres es reactiva: sus emociones o pensamientos durante la dilatación no dependen de lo que prepararon, sino de lo que el sistema les aporta en ese momento. Por lo que su bienestar depende casi exclusivamente del sistema.

### **Sesgo de fuente y discurso intelectualizado del PN:**

A diferencia de la estructura más simple y lineal de los relatos de GF, la matriz de coocurrencias para el grupo del PN muestra una alta densidad y complejidad relacional. El padre que publica su experiencia en la plataforma narra su experiencia de forma integral, mencionando los conocimientos previos, su rol y las emociones que surgen en cada parte del proceso en vez de una sucesión de hechos aislados.

La Búsqueda de información (1.1) y la Planificación (1.2) son de los ejes principales de los relatos del PN. Mientras que en GF casi no se hace referencia a la preparación ante el parto, aquí funciona como el núcleo integrador, vinculándose directamente con los roles afectivos (2.4b) e instrumentales (2.4a) durante la dilatación. Estos cruces confirman el sesgo de fuente: para los padres del PN, la información y planificación definen su rol en el paritorio.

### **Universalidad del reconocimiento de la madre como punto de convergencia:**

A pesar de la fragmentación general de los relatos de GF, el código de Reconocimiento y Crecimiento (4.2) muestra actividad en relación con el desenlace del parto (3.1) en ambas fuentes. Como punto de convergencia, el reconocimiento de la madre se mantiene como el código con mayor presencia en ambas fuentes de manera proporcional (10 citas en GF, 25 citas en PN). Este hallazgo confirma que la admiración hacia la mujer es la pieza principal de la experiencia paterna en el parto, con independencia del tipo de fuente o de la preparación previa al parto.

### ***Trayectorias entre fases temporales***

Se contrastaron cuatro patrones relacionales emergentes con los datos del corpus.

### **Tabla 5**

*Resultado del contraste de cuatro patrones relacionales sobre trayectorias del corpus*

Patrones relacionales	Resultado	Detalle
P1. Padres más preparados (alta 1.1+1.2) muestran más rol afectivo (2.4b) que instrumental (2.4a) en dilatación.	<i>Parcial</i>	De 5 padres muy preparados, 3 confirman (R19-PN, R22-PN, R23-PN), 1 está igualado (R17-PN) y 1 contradice (R12-PN: mucha preparación, no menciona rol afectivo).
P2. Padres con más emociones difíciles en dilatación (2.2b) son los que más critican el sistema (4.3).	<i>No</i>	De 4 padres con 2.2b, solo 1 muestra crítica fuerte (R12-PN). La crítica al sistema viene de otras vías. (R3-GF, R8-GF, R12-PN y R18-PN)
P3. Relatos con interacción con el sistema en dilatación (2.3) muestran procedimientos en el nacimiento (3.3).	<i>No</i>	La presencia de 3.3 depende del tipo de parto, no de 2.3. 3.3 aparece casi solo en GF (4 de 5 casos). (R1-GF, R3-GF, R5-GF, R9-GF, R17-PN)
P4. Padres que muestran 4.4 (rol decisor) son los mismos con alta presencia de 1.1 y 1.2.	<i>Parcial</i>	Solo 3 padres muestran 4.4. R15 y R18 (PN) están entre los más preparados; R6-GF rompe el patrón.

El análisis de los patrones relacionales (Tabla 5) permitió poner a prueba 4 patrones relacionales emergentes. En primer lugar, se refutaron dos de ellos. Se planteó si el sufrimiento en la dilatación resulta en una mayor crítica al sistema (P2). De los 4 padres que expresaron malestar durante la dilatación, sólo uno mostró una crítica considerable. Esto sugiere que los padres son capaces de distinguir las emociones difíciles que surgen durante el proceso del trato del personal sanitario, valorando el trato humano por encima de la dificultad del parto. Otro planteamiento refutado fue la correlación entre los relatos que incluían la interacción con el sistema y el entorno durante la dilatación y los procedimientos llevados a cabo durante el parto (P3). Esta fue rechazada ya que el tipo de procedimientos va de la mano con el tipo de parto y aparece casi exclusivamente en el GF, a diferencia de uno del PN.

Sin embargo, el patrón relacional 1 (P1) muestra un cumplimiento parcial; parece que una mayor preparación a través de la búsqueda de información y la planificación del parto resulta en un mayor acompañamiento afectivo durante la dilatación a través del soporte emocional. De los 20 padres, 5 mostraban una gran preparación y 3 de ellos cumplían este criterio. Sin embargo, en el Relato 12

actúa como contraejemplo, a pesar de su gran preparación, no aparece un rol afectivo durante la dilatación. El último patrón (P4) también tuvo un resultado parcial; parece que los padres que muestran un rol decisor tras el parto son los mismos que tuvieron una preparación y búsqueda de información previa al parto. Aunque solo 3 padres cumplieron este rol, los padres del parto es nuestro parecen estar más preparados y tener un mayor rol decisor con la excepción del Relato 6 de la fuente de GF.

### **Patrón emergente sobre el modo de acompañamiento (Sobre la P1)**

Parece que la búsqueda de información (1.1) tiene más coocurrencia con el rol afectivo (2.4b), mientras que la planificación (1.2) se relaciona más con el rol instrumental (2.4a). La planificación es una actividad logística y de gestión: cuando un padre prepara un plan de parto, está diseñando una "estrategia". La búsqueda de información es una actividad de comprensión y empatía: cuando el padre lee sobre fisiología, sobre el dolor o sobre lo que siente la mujer, está haciendo un ejercicio de "ponerse en su lugar".

### **Vínculo de contención (sobre la P2):**

A pesar de que no aparece ninguna coocurrencia entre el 2.2b (emociones difíciles) y el 4.3 (valoración del sistema), sí que aparecen con el 2.3 (sistema y entorno en la dilatación). Tiene sentido porque aquí se incluyen las experiencias con el personal sanitario (R3: experiencia mala; R4: experiencia buena; R16: experiencia buena).

En el R3 (experiencia mala): el padre siente miedo o frustración porque el personal no le informa o le trata mal. En el texto, estas dos cosas aparecen juntas: «Me sentí solo (2.2b) porque nadie venía a explicarnos nada (2.3)». Hay una relación de causa-efecto inmediata.

En el R4 y el R16 (experiencia buena) se observa lo que puede llamarse un "vínculo de contención". El padre puede tener miedo (2.2b) por el proceso biológico, pero menciona en el mismo párrafo que el trato del personal (2.3) fue lo que le ayudó a calmarse. La emoción y el sistema aparecen juntos porque el sistema actúa como "escudo" del sentimiento.

### **Caso R11: paradigmático del rol decisor articulado con la preparación previa (sobre la P4):**

Es importante destacar que, aunque la matriz de coocurrencia no arroje un valor numérico para la relación entre la preparación (1.1, 1.2) y el rol decisor (4.4), este resultado responde a una cuestión de distancia narrativa y no a una falta de vinculación real. Los padres suelen situar la búsqueda de información y la planificación en los párrafos dedicados al parto, mientras que el ejercicio del rol decisor se manifiesta más adelante.

Un ejemplo paradigmático es el R11, donde el padre describe cómo el conocimiento previo se activa en el momento de la verdad: «Bajo el agua de la ducha, fui repasando todo lo que había aprendido» (1.1). Este uso activo de la información genera una sensación de paz y seguridad que desemboca en una clara asunción de su papel: «Nosotros, los hombres, podemos aportar mucho en este

proceso» (4.4). La preparación no es un evento aislado, sino la base sobre la que se construye la identidad de agente activo.

### **Casos R3 y R20: sobre la consistencia de la experiencia con el sistema entre fases (sobre la P3):**

Aunque la matriz no arroje coocurrencia entre 2.3 (sistema en dilatación) y 3.3 (procedimientos en el nacimiento), el análisis cualitativo revela que la experiencia vivida con el sistema durante las horas previas condiciona la percepción de los procedimientos finales.

R3 (inconsistencia asistencial): el padre experimenta una dilatación deficiente en la comunicación, que mejora drásticamente al entrar en el paritorio. *«Horas después, cuando [Madre] pidió la epidural, nos trasladaron a otra sala en la que tuve que esperar fuera por lo menos media hora sin tener constancia de lo que estaba pasando; aquí hubiese agradecido que alguien me informase que todo iba bien (2.3). Y una vez inició el parto... me facilitaron el pijama desechable. En el parto fue todo bien, nos iban informando de cada procedimiento (3.3)».*

R20 (consistencia en el parto y ruptura en el ingreso): se observa una sincronía positiva entre dilatación y expulsivo, que, sin embargo, se quiebra al cambiar de unidad asistencial. *«Llegamos a las 4 de la madrugada. La matrona nos preguntó: ¿Cómo queréis el parto? Respetaron nuestro plan... El ginecólogo fue muy respetuoso (2.3). Pero el peso del parto lo llevó la matrona. Fue alegre y relajada. Nos dejó libertad siempre que no hubiera riesgo (3.3). Sin embargo, en la planta de maternidad todo cambió...».*

### **Paradoja en la valoración del sistema y concepto de agencia:**

Los resultados revelan una paradoja en la percepción del sistema sanitario según la fuente de procedencia. A pesar de que los padres del grupo PN poseen expectativas más altas y una preparación más exhaustiva, sus valoraciones del sistema (4.3) tienden a ser menos negativas que las del grupo de GF.

Se observa que la preparación activa (1.1 y 1.2) actúa como un motor para el padre, permitiéndole transitar de un rol secundario a un rol decisor (4.4). Este cambio transforma la percepción de los procedimientos médicos: pasan de ser vividos como imposiciones ajenas (en la muestra de GF) a ser percibidos como parte de un proceso de negociación. La información motiva a la acción y actúa como un factor protector a nivel emocional: el padre preparado dispone de más estrategias de afrontamiento, lo que disminuye la sensación de vulnerabilidad y, por tanto, el resentimiento hacia el sistema sanitario.

### **Revisión De Temas: Del Código Al Tema Interpretativo**

Tras el análisis descriptivo y relacional, avanzamos al nivel interpretativo para identificar los significados subyacentes de los relatos. Los códigos se agrupan en 6 temas transversales que recogen

la experiencia paterna de los relatos. Como muestra la Tabla 6, estos ejes van más allá del plano cronológico y se centran en la construcción de la identidad del padre, la preparación y el rol durante el parto, el sistema sanitario, así como en la transformación o en posibles consecuencias en el padre. Cabe destacar que los códigos 2.1 y 3.1 se han excluido ya que se centran en la dinámica del proceso más que en la experiencia del padre.

**Tabla 6**

*Tabla puente: del código al tema interpretativo*

Tema interpretativo	Códigos que lo alimentan	Bloques
1. Reconocimiento de la madre como eje	4.2 + parcialmente 1.3a, 2.2a, 3.2	T1, T2, T3, T4
2. Preparación informada como agencia paterna	1.1, 1.2, 1.4, 4.4	T1, T4
3. Acompañamiento del padre durante el proceso	2.4a, 2.4b, 3.4	T2, T3
4. Relación con el sistema sanitario	2.3, 3.3, 4.3	T2, T3, T4
5. Transformación del padre tras el parto	4.1 + parte positiva de 4.2	T4
6. Daño y secuelas del parto	1.3b, 2.2b, 4.5	T1, T2, T4
<i>Códigos fuera de los temas (andamiaje)</i>	2.1, 3.1: describen la mecánica del proceso, no la posición del padre.	-

Los 6 nuevos temas interpretativos permiten entender la experiencia del hombre durante el parto más allá de la secuencia temporal de la experiencia. El primer tema, se sitúa como el eje central de la experiencia, donde el reconocimiento a su pareja define la identidad paterna. En segundo lugar, aparece la preparación informada como agencia paterna y el acompañamiento del padre durante el proceso, que articulan cómo el padre usa la información para ejercer su rol activo durante el proceso de parto. El cuarto tema recoge la relación con el sistema sanitario, evaluando si el trato es positivo o negativo. Finalmente, los temas quinto y sexto abordan el impacto a largo plazo, a nivel positivo con la transformación de su rol de padre y a nivel de consecuencias o secuelas que hayan derivado del

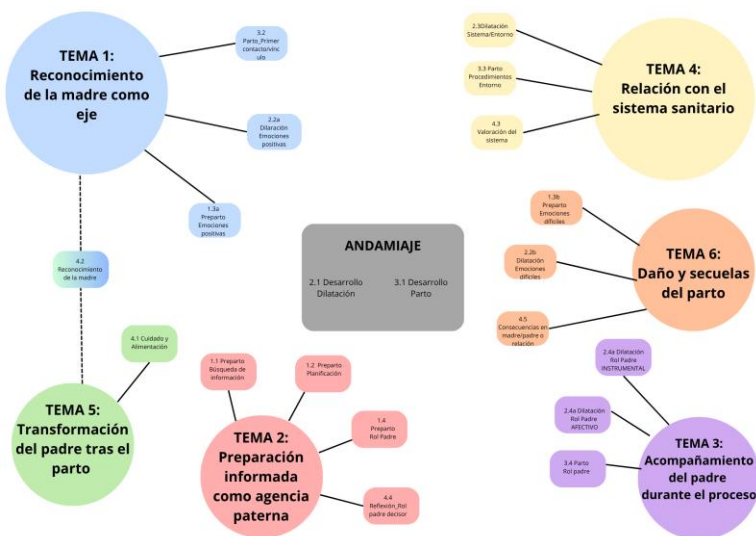
parto. Estos 6 temas finales nos ofrecen una visión integral de cómo viven los hombres la experiencia de parto.

## Análisis interpretativo

### Mapa temático

#### Figura 3

Mapa temático del corpus: seis temas y los códigos que los alimentan



*Nota.* Las líneas continuas representan vínculos unívocos entre un código y su tema interpretativo, mientras que las líneas discontinuas reflejan la multidimensionalidad de códigos que nutren simultáneamente diversos ejes temáticos.

La Figura 3 representa el mapa temático del estudio, donde se visualiza la organización de los seis temas interpretativos y su relación con los códigos analizados. Los temas se exponen siguiendo un criterio de robustez narrativa, situando en un lugar preferente aquellos que, como el tema 1, reconocimiento de la madre, o el tema 4, la relación con el sistema sanitario, presentan una mayor densidad de citas y transversalidad en los relatos. Mientras que los códigos 2.1 y 3.1 se ubican en el centro como un andamiaje cronológico necesario para situar la acción, el resto de los componentes se conectan mediante un sistema de líneas: las continuas señalan códigos de adscripción exclusiva a un tema, y las discontinuas identifican códigos compartidos que nutren simultáneamente a varios ejes, reflejando así la complejidad y el enlazamiento de la experiencia paterna.

### ***Tema 1 - El reconocimiento de la madre como eje***

El primer tema recoge el núcleo principal del estudio: cómo el reconocimiento de la madre reconfigura la identidad del padre. Comienza en el parto con emociones positivas que se intensifican durante la dilatación, momento en el que el hombre es testigo directo de la fortaleza y el esfuerzo de su pareja. Recoge también el primer contacto con el recién nacido y la manera en que ese encuentro genera en el padre sentimientos de felicidad y de pertenencia en el proceso. En conjunto, el tema muestra cómo el reconocimiento a la madre transforma la experiencia de parto en admiración y abre paso a una nueva mirada del padre sobre sí mismo y sobre la relación. Es el tema con más apoyo descriptivo del corpus.

#### **A) Reflexión y reconocimiento de la madre (4.2).**

Es el código central del tema y del corpus completo. Recoge el momento, casi siempre en la fase final del relato, en el que el padre toma distancia del proceso vivido y formula explícitamente lo que ha sentido hacia su pareja. La admiración no aparece como un comentario aislado, sino como el final de su relato: el padre cierra su narración nombrando a la madre. En esa mirada, la madre emerge transformada:

*“Surgió la mujer poderosa que puede con todo. (...) Tuviste el nacimiento soñado gracias a un grupo de mujeres y a la fuerza de tu madre. Ella es una luchadora.”* (R11-PN)

La fortaleza de la mujer surge en el parto: *“Admiro a mi mujer por su fortaleza.”* (R10-GF)

El reconocimiento también aparece cuando el padre ve que la madre mantiene su sitio en el parto. Como expresa R18-PN: *“Vi que [Madre] seguía siendo dueña de su parto y me sentí muy orgulloso.”*

Lo que el padre admira aquí es que la mujer siga siendo la protagonista. Verla sostener ese lugar le hace sentir orgullo. La cita final del relato R15-PN reúne todo lo anterior y lo convierte en agradecimiento:

*«Por último, quiero expresar a mi [Madre/Esposa] mi amor inmenso y la profunda admiración que siento por ella, por su entereza, su fuerza y su valentía. Gracias por haber decidido, por tu amor hacia mí, ser la madre de mi [Hijo/a]. Gracias por tu amor.»*

El padre no solo agradece lo que ha vivido en el parto. También agradece que la madre eligiera tener un hijo con él. El reconocimiento integra pasado, presente y futuro de la relación.

### B) Emociones positivas en parto (1.1a).

Este código engloba todos los sentimientos positivos como paz, calma o felicidad que experimenta el padre durante la etapa previa al parto. En los relatos, estas parecen traducirse como la recompensa de la preparación conjunta consciente que genera seguridad para las futuras fases del parto.

En el R11-PN vemos cómo para el padre la preparación compartida se traduce en emociones positivas de paz y seguridad para afrontar el proceso de parto: *“Sentí una paz interior muy grande por todo el trabajo que ella y yo hemos hecho durante el proceso.”* (R11-PN)

### C) Emociones positivas en dilatación (2.2a).

Este código recoge todas las reacciones psicológicas positivas del padre, estados de ánimo, pensamientos sobre la capacidad de la madre o la propia durante el proceso activo de la dilatación. En los relatos, las emociones positivas que surgen en la dilatación generan asombro ante la resiliencia de la madre y parecen funcionar como un amortiguador del estrés.

Por ejemplo, vemos cómo surge el asombro ante el esfuerzo de la madre: *“Yo solo pensaba lo alucinante que estaba viviendo. (...) Fue algo espectacular ver cómo luchó [Madre], me pareció la cosa más bonita que he visto nunca.”* (R2-GF)

### D) Primer contacto con el bebé (3.2).

Es el código que recoge la explosión emocional y el vínculo afectivo que surge en el padre al ver el nacimiento de su hijo. Recoge sentimientos de felicidad, éxtasis y alivio que marcan el punto de inicio de su vínculo con el bebé. A través de los relatos se ve cómo este primer contacto, funciona casi como una descarga emocional que transforma la experiencia del parto en felicidad.

El primer encuentro visual genera paz: *“Yo sujetando por detrás a [Madre], vi por primera vez a nuestra hija. La niña estaba tranquila, no lloró, en el pecho de su mamá en éxtasis.”* (R16-PN)

La conformación de la tríada se convierte en un momento de felicidad absoluta, por ejemplo, en el R11-PN:

*«La [Matrona] te puso en los brazos de tu [Madre/Ama]. La habitación se llenó de vida. Nos tumbamos los tres sobre nuestra cama. Al verlos juntos, supe lo que era la felicidad plena.»*

Acciones concretas como cortar el cordón fomentan el sentimiento de pertenencia en el proceso. Como expresa R19-PN: *«Sentir el latido del cordón en mis manos fue tocar la vida*

*directamente. Al cortarlo, sentí que rompía la unión física para dar paso a la unión de sus almas. He sido coprotagonista y no un mero espectador.» (R19-PN)*

El padre construye su mirada sobre el parto a través de la mirada sobre la madre.

### ***Tema 2 - La preparación informada como agencia paterna***

El segundo tema explora la preparación ante el parto como el motor de la acción, no únicamente como un trámite administrativo. La búsqueda de información previa y la planificación del parto son elementos fundamentales que fomentan que los padres tengan control sobre el proceso de parto. Esta preparación previa permite a los padres asumir su rol durante el parto y su rol decisor en el postparto. Conviene señalar que este tema emerge casi exclusivamente en los relatos del PN mientras que los padres del GF apenas mencionan preparación previa, lo que constituye en sí mismo un hallazgo diferencial que será retomado en la discusión.

Búsqueda de información (1.1).

Este código agrupa todas las acciones que lleva a cabo el padre para adquirir conocimientos para poder afrontar el parto a través de libros, foros, cursos de preparación, etc. Este ejercicio no es pasivo, sino que funciona como un afrontamiento activo frente a la incertidumbre del parto. Parece que empodera cognitivamente al padre para validar su postura en el parto.

La información actúa como «herramienta» o «arma» para ganar seguridad: *“Nuestra arma más poderosa: la información. Sabíamos a qué atenernos ante cualquier observación.” (R12-PN)*

La información fomenta una postura crítica ante el sistema: *“Tras leerlas [las recomendaciones de la OMS], me pregunté cómo era posible que fuesen ignoradas por la mayoría de profesionales.” (R19-PN)*

B) Planificación del parto (1.2).

Este código recoge toda la organización de los factores externos y la gestión del escenario. Se incluyen todas las decisiones como la elección del lugar de parto, la redacción y presentación del plan de parto, la posible logística con otros hijos, la preparación técnica (cámaras) o la elección de los profesionales acompañantes. A través de los relatos, parece que esta gestión del entorno actúa como una intervención protectora; el padre deja de ser espectador y puede gestionar el entorno en torno a las expectativas y preferencias de la pareja.

En el R18-PN, vemos cómo la elección del lugar del parto genera control sobre la experiencia: *"Habíamos decidido que el parto de nuestro bebé sería en casa; queríamos ser dueños completamente de este momento único."*

La preparación de herramientas formales permite la anticipación institucional, como menciona R20-PN: *"Antes de venir a España preparamos Planes de Parto para todos los hospitales. El [Hospital Público 1] fue el único que nos dio nombres de responsables."*

#### C) Rol del padre en el parto. (1.4).

Es el código que abarca la percepción del padre sobre su lugar y función en el proceso que va a comenzar. También cómo el padre se sitúa a sí mismo: como apoyo activo, protector frente al hospital o acompañante discreto que respeta el instinto de la madre. Parece que el modo en el que el padre se sitúa a sí mismo en la preparación es un mecanismo de coherencia interna entre sus expectativas y las que el sistema le permite ejercer durante el parto. Cuando el hombre asume el rol que desea, parece facilitar el tránsito hacia la paternidad.

Para el padre del R15-PN, el rol de apoyo es una responsabilidad fundamental: *"Nuestra responsabilidad de ser hombres, de ser maridos, no es traer dinero a casa ni proteger a la familia. Nuestra responsabilidad es apoyar, ayudar y servir a nuestra pareja."*

El cambio del plano lógico al emocional permite integrarse en la experiencia: *«Al principio tuve un sentimiento de inutilidad porque no oía nada. Mi mente "de ciencias" (soy [Informático]) me jugaba malas pasadas; buscaba fórmulas cuadradas. Cuando me percaté de que no debía "oír" sino "sentir" el latido de mi hija, fue cuando pude disfrutar. Estaba formando parte de algo maravilloso.»* (R18-PN)

#### D) Rol decisor (4.4).

Este código engloba la autopercepción del padre sobre su función y responsabilidad directa en la toma de decisiones. Incluye las reflexiones en las que el padre se reconoce como un facilitador capaz de gestionar situaciones complicadas, participe en el "diseño" del parto o como defensor activo frente al sistema para proteger a la madre y al bebé. El análisis de los relatos sugiere que este rol decisor funciona como una negociación de poder frente al sistema y, al mismo tiempo, el poder de reconocerse como facilitador parece reforzar su paternidad implicada.

*“Se lo aconsejo seriamente, no toque a este bebé”. Detesto la violencia verbal, pero era el único lenguaje que entendía.” (R20-PN)*

La preparación articula la red relacional. El padre que se prepara es el padre que después vuelve sobre lo vivido para juzgarlo.

### ***Tema 3 - El acompañamiento del padre durante el proceso***

El tercer tema analiza cómo el padre encuentra su lugar y su rol en el paritorio. Durante la fase de dilatación tienden a aparecer dos funciones que muchas veces aparecen de la mano. Por un lado, tenemos el rol instrumental, donde el padre brinda apoyo a la madre a través de la logística o asumir responsabilidades prácticas. Otra función de apoyo es el plano emocional con la finalidad de calmar el dolor de la madre. Sin embargo, durante el parto, el padre actúa como sostén físico o como encargado de funciones simbólicas, como cortar el cordón umbilical. En conclusión, el rol del padre no es pasivo, sino que sostiene y acompaña el proceso de la madre.

#### **A) Rol instrumental (2.4a).**

Es el código que abarca todas las acciones del padre que tienen una función técnica, logística o instrumental durante la dilatación. Incluye acciones concretas como el cronometraje de contracciones, la preparación de espacios o la interlocución con el sistema, reflejando cómo el padre asume responsabilidades organizativas cuando el propósito es técnico. Estas tareas que realiza el padre durante la dilatación parecen actuar como un anclaje de utilidad, el cual les permite estar presentes y sintiéndose competentes, pudiendo reducir los sentimientos de impotencia: *“Yo, con el crono del móvil, calculo: cada 4 minutos.” (R13-PN)*

La preparación del espacio físico para proteger la intimidad y el estado emocional de la madre:

*«Mientras, yo me encargué de la logística: llenar la piscina, preparar infusiones y tapar los ventanales. La oscuridad, la intimidad y el silencio son muy importantes para evitar que la mente racional frene el instinto. No se me dio mal encargarme de todo sin dejar de estar pendiente de [Madre], pues necesitaba apoyo emocional y físico.» (R14-PN)*

Como narra el padre de R14-PN, la asunción de responsabilidades logísticas o preparatorias: *“Una de esas cosas era lavar y desinfectar algunos recipientes que iban a usarse en el parto.” (R14-PN)*

#### **B) Rol afectivo (2.4b).**

Este código recoge todas las acciones que realiza el padre destinadas a regular a la madre emocionalmente durante la dilatación. Incluye el acompañamiento del dolor, el anclaje físico o los transmisores de seguridad. A través de los relatos se intuye cómo este rol que ejerce el padre va dirigido a sostener el dolor físico de la madre y actuar como un ancla emocional para ella.

El uso del contacto físico y el movimiento como herramientas para reducir el dolor: *“Yo me centraba en mover su cadera y masajear su espalda para calmar el dolor. Bailábamos juntos, despacio, en una atmósfera mágica.”* (R11-PN)

En el R13-PN, el padre describe cómo se co-regulan a través del apoyo mutuo: *“Nos cogíamos con decisión: ella me transmitía dolor y yo se lo devolvía en seguridad y coraje, cerrando un circuito perfecto.”* (R13-PN)

*«La agarro con firmeza, acompaño su dolor, lo hago mío. Sobre las 7 llegan las [Matronas]. Me relajo aún más y me sumerjo en nuestro parto. Recuerdo sus gemidos; eran salvajes, animales.»* (R13-PN)

#### C) Rol del padre en el nacimiento (3.4)

En este código se capta la participación física y simbólica del padre durante el momento exacto del nacimiento. Incluye tanto su función como sostén corporal y punto de apoyo para la madre como la ejecución de acciones técnicas, como el corte del cordón o el uso de apoyos visuales. Describe cómo el padre abandona la posición de espectador para involucrarse activamente en el proceso. En los relatos se ve cómo el padre, al igual que en la dilatación, actúa como un facilitador del proceso para la madre, pudiendo participar en tareas simbólicas como el corte del cordón, reforzando su rol en el proceso.

En el R11-PN, el padre actúa como anclaje físico durante el expulsivo: *“Me senté en la cama, ella se colocó delante de mí, dándome la espalda, y la abracé por detrás.”* (R11-PN)

También fomenta el vínculo madre-bebé a través de objetos: *“Cuando salió toda la cabeza, sujeté el espejo para que [Madre] lo viera.”* (R19-PN)

La participación durante el cierre simbólico del parto: *«Corté el nexo de unión (el cordón) cuando dejó de latir.»* (R11-PN)

Los relatos analizados muestran dos modalidades de acompañamiento: una centrada en la organización práctica y otra en la regulación emocional de la madre.

#### ***Tema 4 - La relación con el sistema sanitario***

El tema 4 explora cómo el sistema sanitario puede facilitar la experiencia o ser el motivo de una exclusión durante el proceso de parto. En este se recogen todas las interacciones con el entorno y con el personal hospitalario, así como los procedimientos durante el parto. Finalmente, la valoración final del sistema que relatan los padres tiene dos vertientes: aquellos que perciben una falta de información o situaciones de exclusión y, por otro lado, los que reciben una atención cálida y humana basada en el respeto.

##### **A) Sistema y entorno en dilatación (2.3).**

Este código engloba tanto la relación con el personal sanitario como la valoración del espacio físico donde transcurre el parto. Engloba la actitud de los profesionales y la adecuación del entorno. En el hospital, se incluye la validación del plan de parto, mientras que, en el hogar, la preparación del entorno por la propia familia a través de la luz o los olores. El sistema en el que se da el proceso de parto parece, a través de los relatos, tener una función de seguridad o de amenaza. Cuando se da una falta de información y la invisibilidad por parte del sistema, parece generar resentimiento: *“Tuve que esperar fuera por lo menos media hora sin tener constancia de lo que estaba pasando; aquí hubiese agradecido que alguien me informase.”* (R3-GF)

##### **B) Procedimientos hospitalarios. (3.3)**

Es el código que registra los protocolos médicos y las normas hospitalarias durante el parto. Engloba tanto las limitaciones de acceso en cesáreas o quirófanos y la gestión de la información por parte del personal sanitario sobre las intervenciones realizadas. A través de los relatos parece funcionar como un componente validador o excluyente; los protocolos son fronteras normativas que a veces se viven como una falta de humanidad cuando no permiten el acompañamiento a la madre: *“Fue una cesárea programada. Como padre de [Bebé], no pude acompañar a mi mujer en el quirófano, lo que me parece poco humano por parte del [Hospital].”* (R9-GF)

*“Pasaron a [Madre] al quirófano; me hubiera gustado entrar pero me dijeron que me quedara en la sala de espera.”* (R5-GF)

La integración del padre a través de la proporción de la vestimenta adecuada y la información de cada paso genera lo contrario: les hace partícipes del proceso: *«Y una vez inició el parto, me informaron de que podía estar con [Madre] y me facilitaron el pijama desechable. En el parto fue todo bien, nos iban informando de cada procedimiento.»* (R3-GF)

##### **C) Valoración del sistema (4.3)**

Uno de los códigos más relevantes del estudio recoge todas las reflexiones del padre sobre la calidad del trato recibido por parte del personal sanitario. Incluye las valoraciones positivas y negativas de las experiencias. Muestra cómo el trato del personal marca el recuerdo de la experiencia. En los relatos se aprecia cómo su función es dar sentido al recuerdo global del parto; se valora la línea fina entre la profesionalidad y la humanidad.

*Vertiente positiva:*

La gratitud por la humanidad de las profesionales: “*Gracias a las [Matronas] por su humanidad. Valientes las que acuden a los hospitales depositando toda su confianza.*”

(R13-PN)

Cuando un padre percibe que la atención trasciende lo profesional, genera sentimientos de gratitud y apoyo emocional en el padre:

«*Quisiera expresar varias cosas en estas breves líneas. En primer lugar, mi (nuestro) agradecimiento a todo el [Centro Sanitario] por su trato y su cariño y, en especial, a los componentes de los diferentes equipos médicos que nos trataron. Todos, matronas y matrones, enfermeras, ginecólogas y ginecólogos, pediatras, no solo hicieron su trabajo con la mayor corrección y profesionalidad, sino que supieron ser algo más, esa sutil pero principal diferencia que media entre ser humano o ser persona. Sentimos verdadero cariño, verdadera implicación personal. Nos trataron como parte de su familia, con el mismo calor y afecto con el que hubiesen tratado a un hermano o un padre.*» (R15-PN)

*Vertiente crítica:*

Por otro lado, la falta de intimidad y no poder descansar tiñen la experiencia como negativa a pesar de haber sido un parto exitoso clínicamente: “*En general, la planta fue un lugar poco respetuoso. Abrían las puertas de golpe, encendían luces a las 6 de la mañana.*” (R20-PN)

La falta de información genera sentimientos de insatisfacción con el trato recibido: “*La experiencia en general fue muy mala y nos dejó una sensación de haber sido mal informados, poco respetados y peor atendidos.*” (R1-GF)

***Tema 5 - La transformación del padre tras el parto***

El tema 5 recoge cómo el nacimiento redefine el rol del padre. A diferencia de otros, se presenta a lo largo de los relatos de forma concisa, ya que su identidad se transforma a través del reconocimiento a la madre y del vínculo inicial con el bebé. En este tema, también entran el cuidado, la alimentación y la toma de decisiones del recién nacido, ya que es una oportunidad para

el padre de asumir su rol de padre implicado. El proceso culmina cuando el padre describe el nacimiento de su hijo como una experiencia transformadora.

#### A) Cuidado y alimentación del bebé (4.1).

Este código agrupa todos los cuidados, decisiones y responsabilidades inmediatas de la crianza de su recién nacido. Incluye el apoyo en la lactancia, el contacto piel con piel, así como la valoración de los profesionales que les apoyan en estas tareas. Estas tareas parecen materializar la corresponsabilidad en el cuidado en el rol de cuidador primario, reforzando su autoeficacia parental. Parece que a través de este cuidado en equipo fomentan su implicación y toma de decisiones en los cuidados del recién nacido. La perseverancia en la lactancia a través de la búsqueda de apoyo externo: *“Tras muchas horas de piel con piel no conseguimos el enganche de lactancia y nos rendimos a la pezonera. Pero ya en casa, contactamos con una experta y lo logramos.”* (R16-PN)

La toma de decisiones conjunta sobre cuidados específicos una vez en el hogar: *“Empezaba nuestra vida con [Bebé] en nuestra cama. Respecto al Lotus Birth, decidimos no ponerle pañales hasta que se cayese el cordón a los 4 días.”* (R14-PN)

El impacto positivo gracias al asesoramiento profesional en la lactancia: *«La lactancia está siendo un placer; [Profesional 1] y [Profesional 4] nos asesoraron muy bien. Siento que hemos sido muy afortunados con toda la gente que nos ha ayudado.»* (R14-PN)

#### B) Transformación del padre (4.2).

Este código recoge el impacto profundo y permanente que la experiencia del parto genera en la identidad del padre. Engloba las reflexiones sobre el cambio vital, el descubrimiento del amor a su hijo y la adaptación a sus nuevas responsabilidades. En los relatos esta transformación que vive el padre parece funcionar como un mecanismo para integrar la experiencia y dotar de sentido a todo lo vivido en el paritorio.

*“Un cambio absoluto en mi vida que me ha descubierto inmensas alegrías (...), amor incondicional por ese nuevo [Bebé].”* (R6-GF)

*“Fue la experiencia más potente y maravillosa de mi vida.”* (R11-PN)

La transformación del padre es un tema breve porque, en este corpus, se elabora sobre todo a través del reconocimiento de la madre. La identidad paterna se construye en relación.

### ***Tema 6 - El daño y las secuelas del parto***

El último tema se centra en la experiencia más difícil perinatal, analiza cómo el miedo y la pérdida de control puede generar en las padres consecuencias a nivel psicológico y físico. El tema recoge desde las emociones difíciles que surgen en el parto como responsabilidad y presión, hasta la incertidumbre que aparece en la dilatación o la impotencia por no poder ayudar a la madre cómo les gustaría. Finalmente, en este tema se incluyen todas las secuelas o consecuencias del parto tanto a nivel físico, como traumas físicos por malas ejecuciones en las madres, como psicológicos por los nuevos miedos o inseguridades sobre su rol.

#### **A) Emociones difíciles en parto (1.3b).**

Este código abarca los sentimientos de tensión, vulnerabilidad o inquietud que surgen durante el parto. Tanto por la presión por las nuevas responsabilidades como por el miedo a lo desconocido o el nerviosismo por la espera, estas emociones reflejan la carga emocional que el hombre gestiona durante la preparación del parto. Este malestar anticipatorio parece ayudar al padre a asumir la llegada de las nuevas responsabilidades que trae consigo el nacimiento del bebé. A pesar de la ilusión por la llegada del recién nacido, en el R7-GF, el padre menciona la ambivalencia emocional por la presión y la responsabilidad de su transición a la paternidad:

*“Inicialmente sentía tranquilidad e ilusión, posteriormente pasaban las horas una mezcla de responsabilidad y presión.”*

#### **B) Emociones difíciles en dilatación (2.2b).**

En este código se recogen todos los sentimientos o estados de malestar psicológico durante la dilatación. Aparecen sentimientos de impotencia por no poder ayudar a la madre, angustia por la incertidumbre y desgaste por las esperas. En los relatos, estas emociones difíciles se interpretan como una crisis de utilidad y también como un desajuste de su rol cargado de impotencia.

*La mezcla de emociones difíciles por falta de control y no sentir que están ejerciendo su rol durante el proceso: “Sentí nervios, disgusto e incredulidad. Me sentía mal por no poder controlar la situación y por no estar jugando el papel que me tocaba.” (R18-PN)*

*El impacto de la incertidumbre y la desinformación durante el proceso: “Recuerdo pasar por una montaña rusa de emociones en menos de 24 horas. Viajes al hospital de madrugada bajo presión, eternas esperas, incertidumbre, momentos de angustia que nadie te explica.” (R8-GF)*

### C) Consecuencias en la madre, el padre o la relación (4.5).

Este código engloba las secuelas físicas, psicológicas o relacionales derivadas de la experiencia del parto tanto para la madre, como para el padre o para la relación. Recoge desde daños físicos en la madre hasta miedos e inseguridades del nuevo padre a la hora de cuidar a su recién nacido. Refleja la posición del padre como testigo del sufrimiento de la madre. En los relatos parece que el daño físico hacia la madre quiebra la confianza en el sistema y deriva en miedos o consecuencias a nivel de pareja.

En el R1-GF el padre describe cómo una mala praxis a su pareja desencadenó problemas a nivel sexual en la pareja: *“A [Madre] le dio los puntos una [persona en formación/prácticas] que los hizo mal, lo que le ocasionó problemas posteriores y dolor en las relaciones sexuales.”* (R1-GF)

El nuevo rol trae consigo miedos e inseguridades: *“Muchos miedos al entorno: caídas, atragantamiento, inseguridad por dejar su cuidado a cargo de otras personas.”* (R6-GF)

La voz del padre en este tema es la del testigo, no la de quien sufre directamente el daño físico.

## Discusión

### Discusión de los temas transversales

El objetivo principal del estudio ha sido ahondar, a través de un análisis cualitativo interpretativo, en la experiencia subjetiva del hombre durante el parto, un tema históricamente eclipsado por el modelo biomédico y centrado casi exclusivamente en la experiencia de la mujer. Al analizar los relatos de los propios padres, vemos que el parto, más allá de ser un evento biológico o un rol pasivo para el hombre, por el contrario, se consolida como un hito vital transformador que reorganiza la identidad del padre. A través de este análisis, los hallazgos se interpretan a través del marco de la paternidad, que, además de ser un proceso madurativo individual, supone una transición a nivel relacional que se ve atravesada por el deseo del padre de involucrarse en el proceso y las inercias del sistema sanitario, que hoy en día sigue, en muchos casos, excluyendo e invisibilizando al hombre.

Para estructurar esta vivencia tan compleja, los hallazgos se articulan en torno a los seis temas transversales identificados en el corpus analizado, conectándolos con la literatura científica.

### ***Reconocimiento de la madre como eje***

El principal hallazgo del análisis es cómo el reconocimiento de la madre funciona como eje sobre el cual orbita la experiencia del hombre durante el parto. El proceso de convertirse en padre no parece construirse de forma aislada, sino que se elabora de manera compartida a través del sostén, el acompañamiento y la validación del estado emocional y físico de la mujer. Los relatos sugieren que la identidad del padre podría construirse como un proceso de co-construcción con la pareja, y que el vínculo y el cuidado hacia el recién nacido no se activan de forma aislada, sino que su bienestar y su seguridad en su nuevo rol de padre parecen guardar una estrecha relación con ver a la madre protegida, lo que favorecería la integración del padre en la díada madre-hijo. Estos resultados se alinean con el concepto de convergencia marital que desarrolló Feldman (2000). Esta autora planteó que la implicación y el afecto del padre hacia sus hijos se correlacionan con la calidad del vínculo conyugal y con la sintonía con la madre. Bajo esta idea, cuando la pareja tiene apoyo mutuo, el cuidado del padre tiende a potenciarse.

Además, investigaciones recientes en salud mental perinatal (Harris et al., 2025) parecen apuntar a la naturaleza relacional de la experiencia masculina durante el proceso de parto, observando que los hombres se movilizan para buscar atención psicológica perinatal casi exclusivamente cuando surge una preocupación por el bienestar de la madre, y, casi nunca por un malestar individual. Además, la literatura epidemiológica reciente (Wain et al., 2025) insiste en que la salud mental perinatal es un asunto familiar ("*a family affair*") donde el distrés de un miembro de la pareja aumenta el riesgo del otro de forma inmediata. Las narrativas de los padres analizadas parecen converger con la idea de que la experiencia de parto es un hito relacional en el que la identidad paterna podría articularse a través de la admiración, la sintonía y el cuidado hacia la madre. Sin embargo, los resultados del estudio muestran diferencias con el estudio planteado por Bach (2019), quien describe una "construcción ambigua" de la masculinidad no dominante, que refleja la tensión de identidad entre querer participar en el proceso de parto y no saber muy bien qué rol ejercer. Sin embargo, en los relatos analizados, especialmente los del PN, no muestran esta ambigüedad que describe el autor; más bien, parecen mostrarse reforzados en su papel de admiradores de la madre. En este sentido, la participación del padre parece coexistir con el reconocimiento a la madre; se podría intuir que se relaciona con una mayor seguridad en su rol durante el proceso.

### ***Preparación informada como agencia paterna***

El segundo tema principal invita a problematizar la concepción del hombre como un agente pasivo durante la experiencia del parto. Un hallazgo fundamental de este estudio es el contraste entre las fuentes, mientras que en GF los padres apenas mencionan la preparación previa, en los relatos de

PN, la preparación y búsqueda de información se configuran ejes fundamentales de los relatos. En los relatos, la búsqueda de información y la preparación del parto podrían interpretarse como recursos psicológicos que parecen tener sintonía con el afrontamiento de la incertidumbre y el desamparo institucional. Asimismo, las recomendaciones de organismos internacionales se asocian, en relatos analizados, con una mayor disposición a la toma de decisiones y la defensa de la autonomía familiar. Desde este enfoque, cabría considerar que la preparación informada podría favorecer un rol más activo durante el proceso de parto.

A pesar de la escasez de literatura científica que evidencie de forma directa la preparación prenatal como factor reductor de la ansiedad, la investigación de Dabb et al. (2023) ofrece una base para explorar esta posible asociación. El estudio identificó dos dimensiones nucleares de la ansiedad perinatal en hombres: la desinformación por parte del sistema sanitario y las preocupaciones específicas del proceso de parto. El hecho de que estas variables parecen aumentar la vulnerabilidad psicológica del padre permite plantear que los hallazgos de este estudio son compatibles con la hipótesis de que la preparación prenatal podría actuar modulando la sintomatología ansiosa del padre durante el parto. No obstante, es preciso señalar que la validación de esta hipótesis requeriría diseños prospectivos que escapen al alcance del presente estudio.

En consonancia con esto, la preparación a través de la búsqueda de información podría entenderse como una expresión conductual que describen Habib y Lancaster (2010) como implicación cognitiva. Este constructo, hace referencia a la anticipación, la planificación y la imaginación del padre en su nuevo rol de cuidador durante la gestación. En los relatos de los padres analizados, este proceso de preparación podría plantearse como una vía de entrada hacia su nueva parentalidad. Además, los hallazgos sugieren una posible sintonía entre esa labor de anticipación y la identidad del progenitor o el vínculo de apego prenatal. Por lo tanto, esta anticipación podría funcionar como un mecanismo adaptativo para la salud familiar.

### ***Acompañamiento del padre durante el proceso***

Otro resultado interpretativo relevante es el rol que adquiere el hombre durante el proceso de parto, especialmente durante el periodo de dilatación y expulsivo. En los relatos del corpus, el hombre parece oscilar de manera fluida entre el rol afectivo y el instrumental. Estos componentes parecen manifestarse de forma conjunta, lo que favorecería un mayor apoyo hacia la madre. Esta integración de roles guarda coherencia con los descubrimientos de Walsh et al. (2021), donde explican cómo el hombre está presente durante la experiencia como compañero y como padre, adoptando roles diferentes pero complementarios, donde el hombre no separa el apoyo a la mujer de su transformación

identitaria. Bajo esta óptica, los hallazgos sugieren que el padre asume los roles instrumentales de organización que podrían interpretarse como un compromiso afectivo hacia la díada madre-bebé.

Esta premisa también se apoya en el trabajo de Dolan y Coe (2011), quienes sugieren que la acción técnica podría cobrar sentido ante un sistema sanitario que posiciona al padre en una posición periférica. De este modo, la asunción de tareas organizativas y logísticas se presentaría como una posible estrategia que permite al padre sentirse como un miembro de la experiencia, útil y firme en el paritorio; además se podría interpretar como una vía para transmitir a la mujer su soporte.

Finalmente, la revisión sistemática de Benyamini et al. (2024) sitúa la experiencia de parto en el hombre como una posible tensión entre los desafíos prácticos del entorno clínico y el soporte afectivo. En sintonía con los relatos, se podría sugerir que ambos roles se entremezclan como forma de soporte. Este hallazgo invita a considerar que el cuidado instrumental también es una forma de cuidar y de estar presente en el parto.

### ***Relación con el sistema sanitario***

Además del deseo de implicación activa analizado en los temas anteriores, emerge un cuarto eje transversal que parece sugerir una ambivalencia en la relación con el sistema sanitario. Si bien se observa una postura más igualitaria en torno a la paternidad en el contexto español, algunos relatos del corpus muestran una tensión entre los protocolos institucionales y la experiencia individual del padre.

Por un lado, una parte de las narrativas coincide con lo planteado por Escobedo y Moss (2025), así como por Elizalde-San Miguel et al. (2019), quienes señalan que ciertos protocolos aún tienden a situar al varón en una posición periférica, a menudo como un acompañante cuyos derechos de presencia parecen estar sujetos a negociación. Esta inercia se podría vincular teóricamente con lo que Rollans et al. (2020) denominan '*women's business*', es decir, la tendencia a considerar la psicología perinatal como un ámbito exclusivamente femenino.

Este resultado se alinea con lo reportado por la investigación de Amorim et al. (2019) analiza cómo la aparición de complicaciones médicas durante el parto podría relacionarse con un incremento de la sintomatología ansiosa en los padres, especialmente en contextos donde el sistema sanitario no reconoce al hombre como una figura fundamental. No obstante, frente a esta posible vulnerabilidad, resulta relevante destacar la vertiente positiva identificada en los relatos, la cual guarda coherencia con los hallazgos de Waldenström (1999). Esta autora sugirió que aquellos entornos sanitarios donde se respeta el modelo de parto y se valida la presencia del hombre tienden a generar una percepción

más positiva del sistema. Estos datos invitan a considerar que el reconocimiento de la figura paterna en el ámbito hospitalario podría actuar como un factor de protección, pudiendo favorecer que el padre atraviese la incertidumbre desde un marco seguro y en sintonía con el equipo sanitario. En distintas narrativas, el sistema no se percibe como una barrera, sino como un entorno facilitador donde el hombre se siente reconocido, respetado e integrado. Esta dualidad invita a considerar que la experiencia del padre en el paritorio podría estar mediada por la calidad de la interacción humana y la sensibilidad del equipo profesional.

### ***Transformación del padre tras el parto***

Los resultados del análisis interpretativo también sugieren cómo el nacimiento transforma la identidad del padre profundamente, así como la asunción de los cuidados del recién nacido. Lejos de ser una simple reorganización de las responsabilidades, el cuidado directo parece modificar la identidad del hombre. Los estudios de Diaz-Rojas et al. (2021) apoyan a nivel fisiológico esta idea, viendo cómo el cerebro del padre se reestructura desde los primeros meses de gestación, activando las áreas encargadas de la empatía. En el posparto, los hombres manifiestan una plasticidad cerebral considerable que abarca la disminución de la testosterona, cambio en el volumen de la materia gris, la consolidación de una red paternal que depende de la experiencia y activa respuestas empáticas y sintonía emocional con el recién nacido (Feldman, 2015). Estos descubrimientos podrían sugerir que el apego parental podría estar vinculado a esta plasticidad a nivel neuronal que experimenta el hombre durante el embarazo y el parto, ya que este, se vincula con la liberación de oxitocina, la hormona del vínculo a través del contacto piel con piel, la lactancia, la paternidad implicada en tareas donde están en contacto con sus hijos (Morris et al., 2021).

La implicación directa en las tareas de cuidado y alimentación que narran los padres de sus relatos podría conceptualizarse bajo lo que Isacco y Garfield (2010) denominan “identidad paternal conjunta” (*conjointness*). Bajo esta perspectiva, la configuración de la identidad del padre parecería estar vinculada a procesos de toma de decisiones compartidas con la madre; esta alianza coparental podría favorecer la legitimación del nuevo rol del padre.

### ***El daño y las secuelas tras el parto***

El último eje de la experiencia de padre es la dimensión más compleja y dolorosa de la experiencia de parto. Para profundizar en la vulnerabilidad que surge en la experiencia de parto, la revisión sistemática de Benyamini et al. (2024) ofrece una visión de cómo uno de los grandes desafíos que identifican los padres durante el parto es presenciar el dolor de la madre en una posición pasiva, mediada por los desafíos emocionales y los aspectos físicos del entorno. En este escenario, los

sentimientos de impotencia que se presentan a lo largo de los relatos tienden a manifestarse ante la percepción de incapacidad para aliviar el dolor de la madre. Además de los sentimientos difíciles de presión y responsabilidad, sitúan al hombre en una posición de vulnerabilidad psicológica durante el parto (Johansson et al., 2020). Esto permite plantear la posibilidad de que el paritorio constituya un escenario de gran exigencia emocional donde la identidad del padre se pone a prueba.

Además, la incertidumbre durante la dilatación o las posibles complicaciones médicas podrían comprometer los recursos de afrontamiento de los padres, y derivar, en algunos casos, en la vulnerabilidad que suponen estas secuelas psicológicas, resulta reseñable que, en las narrativas analizadas en el presente estudio, no se han identificado manifestaciones compatibles con secuelas psicopatológicas. Este hecho podría estar vinculado a la presencia de factores de protección en los relatos, como el contacto piel con piel inmediato, un factor que se ha asociado con una disminución de los niveles de depresión y ansiedad en el hombre (Lilliesköld et al., 2025). En conclusión, a pesar de la realidad de la psicopatología perinatal paterna, los relatos sugieren que el contacto físico inmediato y la inclusión activa parecen asociarse a una experiencia más adaptativa. Los testimonios son retrospectivos y no permiten causalidad; esta observación constituye una hipótesis a explorar en estudios prospectivos.

### **Hipótesis interpretativas de las coocurrencias destacables:**

Las coocurrencias constituyen los puntos de encuentro donde dos códigos se solapan en el relato, reflejando nexos psicológicos donde los significados se potencian o entran en tensión. A continuación, en la Tabla 7, se detallan los cruces más significativos entre códigos del análisis y su posible interpretación:

**Tabla 7**

*Cruces temáticos e hipótesis interpretativas*

<b>Etiqueta interpretativa</b>	<b>Hipótesis interpretativa</b>
Binomio del control (1.1 y 1.2)- 12seg	El padre que dedica tiempo a buscar información es casi inevitablemente, el que redacta un plan de parto. La información va más allá de la teoría; se convierte en una acción organizada.

<p>Reductor de ansiedad (1.2 y 1.3a)- 4seg</p>	<p>La preparación funciona como un reductor de ansiedad. Al haber un plan, el padre encara el parto con seguridad e ilusión en vez de con miedo. El "tener un plan" da tranquilidad mental.</p>
<p>El hospital como parte del proceso biológico (2.3 y 2.1)- 5seg</p>	<p>Para el hombre, el hospital no es solo una estructura, es parte del proceso fisiológico. Tiene en cuenta el progreso de dilatación en función de cómo actúa el personal o cómo es el entorno. No divide el progreso médico de la calidad del sistema o entorno.</p>
<p>El entorno hospitalario como mediador del bienestar emocional del padre (2.2a y 2.3)- 4seg</p>	<p>Si el entorno y el trato por parte del sistema son positivos, el padre atraviesa la dilatación con alegría y confianza. Su bienestar a nivel emocional depende directamente del sistema.</p>
<p>Clímax narrativo (3.1 y 3.2)- 11seg</p>	<p>El padre relaciona el esfuerzo físico y biológico del parto con la recompensa emocional inmediata al tener el primer contacto con el recién nacido. Es el cambio de ver a la madre con dolor y esfuerzo, a verla en la identidad de madre.</p>
<p>Presencia activa (2.4b y 3.1)- 4seg</p>	<p>El padre no adopta una posición pasiva si no que describe su rol de apoyo durante el proceso de parto. No es testigo, es apoyo.</p>
<p>La información genera admiración (4.2 y 1.1)- 4seg</p>	<p>A más información sobre cómo funciona el parto, más valora el padre el esfuerzo llevado a cabo por la madre. Comprender la dificultad del evento incrementa su respeto hacia ella.</p>
<p>La crítica informada (4.3 y 1.1)- 4seg</p>	<p>El padre informado, tiene un marco de referencia. No juzga al sistema por si son amables o no, sino que se centra en si respetan sus preferencias en el parto. La información les aporta criterio para ser críticos.</p>

Expectativa vs realidad  (4.3 y 1.2)- 4seg	El padre usa su plan de parto como un guion referencial para comprobar si el sistema ha respetado o ignorado su planificación previa.
--	---

---

*Nota.* En la columna izquierda se indican entre paréntesis los códigos que aparecen conjuntamente y el número de segmentos narrativos en los que dicha coocurrencia fue identificada.

### **Implicaciones clínicas**

Los resultados de esta investigación indican que la transición hacia la paternidad se podría configurar como un periodo de elevada vulnerabilidad psicológica que demanda un abordaje específico. Tras el análisis interpretativo, se presentan cuatro posibles niveles de intervención, a nivel preventivo y de intervención, y en contextos públicos y privados.

En primer lugar, reformular la educación perinatal como una herramienta de prevención primaria. Los hallazgos parecen hacia la conveniencia de reestructurar los programas de preparación a la paternidad y el parto, los cuales están centrados en la fisiología de la madre y, si incluyen al hombre, no aparece nada de preparación psicológica ante esta experiencia. La falta de información y la imposibilidad de ejercer su rol se han vinculado en los relatos, con una posible vulnerabilidad ansiosa en los hombres. Por ello, desde la psicología perinatal paterna y la sanitaria, se propone implementar módulos donde se aborden las expectativas y las emociones en el parto; dicha intervención podría dotar a los hombres de estrategias de regulación para ingresar al paritorio de una forma más adaptativa.

A nivel institucional, en algunos relatos de los padres, denuncian la invisibilización del sistema, que tiende a situar al hombre en un rol secundario durante el parto. Se propone la creación de protocolos de atención humanizada dirigidos a los padres en el paritorio. Es decir, que las instituciones obstétricas evolucionen a un modelo de atención centrada en la familia (Waldenström, 1999). Esto implica formar al personal sanitario para erradicar la idea de que el parto se convierta en un asunto exclusivo de las mujeres (Rollans et al., 2020). Estos programas formativos podrían integrar estrategias de comunicación asertiva y directa hacia el padre, independientemente de las complicaciones obstétricas que puedan emerger. Asimismo, se sugiere que estas prácticas se estandaricen, trascendiendo así la sensibilidad individual del profesional de guardia.

En el plano hospitalario, las secuelas del paritorio tras un parto traumático podrían extenderse más allá del alta hospitalaria. Tal como destacan Skjerdingsstad et al. (2024) en su investigación sobre

la depresión postparto en hombres, la ausencia de evaluaciones psicológicas específicas para el padre en el sistema sanitario podría contribuir a acentuar la invisibilidad de su sufrimiento. Ante esta realidad, se sugiere explorar, como línea de innovación clínica, protocolos de detección precoz de sintomatología paterna durante las revisiones del primer trimestre pediátrico. Esta medida tendría como objetivo detectar la sintomatología de ansiedad, depresión o estrés postraumático que pudiera estar asociada a la experiencia perinatal, permitiendo una derivación especializada.

Por último, a nivel de intervención psicoterapéutica, los psicólogos deben estar preparados para identificar la sintomatología perinatal en los hombres. En aquellos casos con niveles elevados de ansiedad, hipervigilancia o con freno reproductivo (Kubo et al., 2025), la intervención podría orientarse en primer lugar, a legitimar como la exposición pasiva al dolor de su pareja es una herida traumática real y en segundo lugar, trataría de promover el sentido de agencia del padre, fomentando implicación activa en los cuidados que, como menciona Lilliesköld et al. (2025), parece favorecer el vínculo con el recién nacido, y podría actuar como un factor protector frente a la sintomatología depresiva.

### **Futuras líneas de investigación**

La vivencia subjetiva del hombre en la experiencia del parto tiene una incipiente trayectoria, por lo que hay una necesidad evidente de profundizar en líneas de investigación prospectivas que amplíen la escasez de evidencia actual. Además, resulta prioritario que se desarrollen estudios longitudinales que permitan evaluar cómo este hito vital impacta en la salud mental del hombre y en el vínculo con el hijo a largo plazo. También, trasladar este tipo de estudios a estructuras familiares diversas y distintos contextos culturales que desafíen el modelo tradicional. Como se ha mencionado en las implicaciones clínicas, sería de gran valor clínico analizar cómo los programas específicos de intervención para padres impactarían en la reducción de la sintomatología perinatal masculina a través de su inclusión real como agente activo en el proceso de parto.

### **Limitaciones y fortalezas**

Pese a la significación de los resultados y el valor de las experiencias de los padres a través de sus relatos, es crucial destacar ciertas limitaciones metodológicas del estudio. En primer lugar, la naturaleza escrita de los relatos de ambas fuentes, en lugar de entrevistas presenciales, facilitó el acceso a una muestra diversa, pero impide profundizar en matices, lo que pudo haber introducido sesgos interpretativos, poniendo en riesgo la objetividad del estudio. Tanto los relatos del GF como los del PN nacen de una participación voluntaria pero no siguen una estructura fija, por lo que existe la posibilidad de que no se hayan incluido dimensiones relevantes de la experiencia de parto. Esto,

sumado al sesgo de representatividad inherente a la voluntariedad de los participantes, requiere una lectura prudente de los resultados.

En segundo lugar, la falta de datos sociodemográficos de algunos participantes de la muestra constituye una limitación a la hora de contextualizar los resultados. En diversos relatos no se especifica el tipo de parto, el año en el que sucedió o el entorno donde tuvo lugar el nacimiento, lo cual dificulta el análisis comparativo. Además, al definir un marco temporal tan extenso, 2005-2026, es necesario reconocer que la atención al parto ha evolucionado, por lo que algunas experiencias narradas podrían estar condicionadas por protocolos tradicionales ya superados. Por ello, los resultados deben leerse entendiendo que el sistema ha evolucionado hacia una mayor integración del hombre en las últimas dos décadas.

Una limitación relevante reside en las diferencias entre las fuentes de los relatos; el discurso del grupo de PN tiende a ser más extenso e intelectualizado, además de estar en la mayoría de los relatos mediado por una preparación previa del parto. Por otro lado, los relatos procedentes del GF tenían una extensión considerablemente menor y una tendencia más reactiva ante la experiencia. Esta heterogeneidad en la muestra podría introducir sesgos en la interpretación global, ya que las narrativas de ambos perfiles son muy dispares entre sí.

Además, el tamaño muestral ( $n=20$ ) constituye una limitación inherente al diseño cualitativo del estudio. Aunque se logró alcanzar la saturación teórica, este volumen conlleva limitaciones en la representatividad y en la transferencia de los resultados, impidiendo la generalización de los hallazgos. Asimismo, existe el riesgo de no haber captado la variabilidad total de la experiencia, pudiendo quedar infrarrepresentadas vivencias que habrían aportado matices adicionales al análisis. Por todo ello, las conclusiones deben interpretarse como una exploración profunda de significados subjetivos en un grupo delimitado.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta el carácter retrospectivo de los relatos analizados, ya que podría introducir un sesgo de memoria, puesto que la vivencia original podría diferir de la percepción emocional al momento de redactar el relato. También existe una limitación de competencia narrativa, ya que el estudio recogió las experiencias de hombres con disposición escrita por lo que se han podido excluir voces de padres con dificultades para compartir sus emociones por escrito. Además, se señala la ausencia de información previa sobre los antecedentes psicológicos de los hombres o la calidad de su vínculo con la madre, que, como se ha analizado, son factores críticos en el afrontamiento del parto. Por último, se reconoce la influencia de la reflexividad de las investigadoras, que, a pesar de

haber mantenido rigor en la investigación, la interpretación de los significados cualitativos está mediada por la teoría y la formación clínica desde las que se analiza el estudio.

A pesar de las limitaciones señaladas, este estudio presenta fortalezas que aportan valor tanto a nivel clínico como académico. En primer lugar, el enfoque cualitativo del estudio permite profundizar en la experiencia subjetiva de los hombres en el momento del parto, una dimensión que queda invisibilizada en los estudios cuantitativos. En consonancia con la literatura actual, la incorporación de la perspectiva masculina resulta relevante para profundizar en la experiencia de parto y sus dimensiones principales. Así, este estudio ha contribuido a visibilizar una experiencia que históricamente ha sido invisibilizada.

Por otro lado, una de las principales fortalezas de este estudio reside en el rigor metodológico derivado de la triangulación de fuentes, al combinar la muestra con dos fuentes distintas: la plataforma especializada PN y un reclutamiento abierto realizado a través de GF. Esta estrategia ha permitido contrastar discursos altamente informados y detallados con vivencias más reactivas y espontáneas, aportando una visión más amplia que enriquece la validez del análisis y captura una variabilidad discursiva. Al integrar estos perfiles diferentes, el estudio logra una profundidad fenomenológica que permite aproximarse a comprender la complejidad de la transición a la paternidad y la relación del hombre con el sistema sanitario.

Asimismo, otro valor añadido de este trabajo se sustenta en un proceso de análisis interpretativo estructurado en tres capas analíticas que garantizan la trazabilidad y la transparencia de los resultados. Este procedimiento se apoya en un manual de codificación reproducible que aporta solidez técnica al estudio. Este enfoque asegura que el proceso inductivo desde los relatos iniciales hasta los temas centrales definitivos sea transparente, lo cual facilita la replicabilidad a nivel metodológico en investigaciones futuras.

Partiendo de esta idea, el estudio explora la figura del padre como una persona individual, con vulnerabilidades y necesidades propias. Esto proporciona una interesante aportación a un fenómeno aún poco estudiado. Estos resultados podrían ser clínicamente útiles para una comprensión más profunda de las necesidades de los padres durante la experiencia del parto y podría contribuir a que las instituciones sanitarias tomen conciencia de la posible necesidad de una mayor inclusión del hombre en el proceso de parto.

## Conclusiones

Los hallazgos del estudio permiten entender que la experiencia del parto en los hombres constituye un proceso sumamente relacional, emocional e identitario. Respecto a los objetivos específicos, las narrativas indican que la trayectoria emocional paterna se caracteriza con una ambivalencia emocional de felicidad, reconocimiento, miedos e incertidumbre. Siendo esta ambivalencia más identificada en las fases de dilatación y expulsivo. De igual forma, la interacción con los profesionales se posiciona como un factor determinante en el bienestar o malestar del padre durante el parto y la percepción global de la experiencia: la falta de comunicación y la invisibilización genera en algunos padres frustración, mientras que, por el contrario: sentirse validado, incluido e informado favorece el bienestar. Además, la búsqueda de información y la preparación previa resultan como elementos fundamentales para algunos hombres, promoviendo una mayor participación y un mayor sentimiento de seguridad. Finalmente, en los relatos se evidencia que el rol del padre durante el parto, en funciones afectivas e instrumentales, está directamente asociado con una transición hacia la paternidad. Cabe destacar, que, aunque en los relatos no aparezcan secuelas psicopatológicas, en algunas experiencias complicadas pueden aparecer secuelas persistentes.

El principal aporte de este estudio al ámbito de la psicología perinatal es la visibilización de la experiencia subjetiva del parto en los hombres, desde un enfoque cualitativo y contextualizado en España. A diferencia de los modelos tradicionales, enfocados en la díada madre-bebé. Los resultados aportan que la experiencia de parto es un proceso que reorganiza al sistema familiar, la interacción de la pareja y la propia identidad del padre. Por otra parte, este estudio enriquece la comprensión de las necesidades de los padres en contextos perinatales, destacando la necesidad de implementar modelos de atención más inclusivos en el ámbito sanitario, en los que los hombres sean reconocidos como protagonistas y no como acompañantes secundarios.

En conclusión, la respuesta a la pregunta del estudio: ¿cómo viven los hombres la experiencia de parto?, pasa por reconocer que el parto y la llegada del hijo transforma significativamente al hombre. En los relatos, se muestra como los padres viven el parto a través de una implicación emocional profunda, marcada por el reconocimiento y admiración a la madre, su necesidad de ser partícipes durante el proceso con un rol activo y el efecto de la interacción con el sistema asistencial. De esta forma, la experiencia del parto en hombres se entiende como una vivencia muy compleja que es una parte esencial de la transición hacia la paternidad y el cambio en el sistema familiar.

## Referencias

- Amorim, M., Alves, E., Kelly-Irving, M., & Silva, S. (2019). Needs of parents of very preterm infants in Neonatal Intensive Care Units: A mixed methods study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.05.003>
- Athan, A. M. (2024). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1364845. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1364845>
- Bach, A. S. (2019). The ambiguous construction of nondominant masculinity: Configuring the “new” man through narratives of choice, involved fatherhood, and gender equality. *Men and Masculinities*, 22(2), 338–359. <https://doi.org/10.1177/1097184X17715494>
- Barbeta-Viñas, M., & Muntanyola-Saura, D. (2021). Ideological discourses of fathers on paternity leave in Spain. *Journal of Family Issues*, 42(8), 1706–1736. <https://doi.org/10.1177/0192513X20949892>
- Benyamini, Y., Delicate, A., Ayers, S., Dikmen-Yildiz, P., Gouni, O., Jonsdottir, S. S., ... & Limmer, C. M. (2024). Key dimensions of women’s and their partners’ experiences of childbirth: A systematic review of reviews of qualitative studies. *PLoS ONE*, 19(3), e0299151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299151>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós.
- Dabb, C., Dryer, R., Brunton, R. J., Yap, K., & Roach, V. J. (2023). Paternal pregnancy-related anxiety: Systematic review of men’s concerns and experiences during their partners’ pregnancies. *Journal of Affective Disorders*, 323, 640–658. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.092>
- Diaz-Rojas, F., Matsunaga, M., Tanaka, Y., Kikusui, T., Mogi, K., Nagasawa, M., ... & Myowa, M. (2021). Development of the paternal brain in expectant fathers during early pregnancy. *NeuroImage*, 225, 117527. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.117527>
- Dick, G. L. (2011). The changing role of fatherhood: The father as a provider of selfobject functions. *Psychoanalytic Social Work*, 18(2), 107–125. <https://doi.org/10.1080/15228878.2011.611786>

- Dolan, A., & Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 33(7), 1019–1034. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01349.x>
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: An analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10(1), 66–77. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00157.x>
- Elizalde-San Miguel, B., Díaz Gandasegui, V., & Díaz Gorfinkiel, M. (2019). Is involved fatherhood possible? Structural elements influencing the exercise of paternity in Spain and Norway. *Journal of Family Issues*, 40(10), 1364–1395. <https://doi.org/10.1177/0192513X19839753>
- Escobedo, A., & Moss, P. (2025). Parenting leave and gender in Spain: Terminology, rationale and design. *Community, Work & Family*. <https://doi.org/10.1080/13668803.2025.2481861>
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent–child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 176–191. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200007\)21:3<176::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200007)21:3<176::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-4)
- Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: Implications for children's social development. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(7), 385–399. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.004>
- Griffith, D. M., Jaeger, E. C., Pepperman, P., Chustz, K. A., Frazier, D., Wilson, A., & Brown, H. L. (2023). Fathers' perspectives on fatherhood and paternal involvement during pregnancy and childbirth. *Health Education & Behavior*, 50(6), 802–809. <https://doi.org/10.1177/10901981231199710>
- Habib, C., & Lancaster, S. (2010). The transition to fatherhood: Identity and bonding in early pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 268–282. <https://doi.org/10.1080/02646830903487318>
- Harris, S. A., Eapen, V., & Kohlhoff, J. (2025). Differences between men and women accessing an Australian perinatal and infant mental health care navigation service—Why do fathers seek help?. *Infant Mental Health Journal*, 46(4), 506–516. <https://doi.org/10.1002/imhj.70012>
- Horrell, N. D., Acosta, M. C., & Saltzman, W. (2021). Plasticity of the paternal brain: Effects of fatherhood on neural structure and function. *Developmental Psychobiology*, 63(7), e22097. <https://doi.org/10.1002/dev.22097>

- Hughes, C., Devine, R. T., Foley, S., Ribner, A. D., Mesman, J., & Blair, C. (2020). Couples becoming parents: Trajectories for psychological distress and buffering effects of social support. *Journal of Affective Disorders*, 265, 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.007>
- Husain, B. F. A., & Kohl, J. (2025). Plasticity of the parental brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 95, 103129. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2025.103129>
- Isacco, A., & Garfield, C. F. (2010). Child healthcare and the father's role. *Pediatrics*, 125(6), 1104–1106. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0870>
- Jefford, E., Nolan, S., Jomeen, J., & Maier, B. (2021). Giving midwives a voice - Qualitative perspectives of an 'empowering decision-making workshop'. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3501–3512. <https://doi.org/10.1111/jocn.15917>
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1722564. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Kubo, T., Jikihara, Y., Todo, N., Aramaki, M., Shiozaki, N., & Ando, S. (2025). Ten-year trajectories of postpartum depression of Japanese mothers and fathers. *Journal of Affective Disorders*, 369, 276–287. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.021>
- Lamb, M. E. (1987). Predictive implications of individual differences in attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 817–824. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.6.817>
- Lilliesköld, S., Lode-Kolz, K., Westrup, B., Bergman, N., Sorjonen, K., Ådén, U., ... & Jonas, W. (2025). Skin-to-skin contact at birth for very preterm infants and symptoms of depression and anxiety in parents during the first year. *Journal of Affective Disorders*, 383, 323–332. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.015>
- Lin, B., Yeo, A. J., Luecken, L. J., & Roubinov, D. S. (2021). Effects of maternal and paternal postnatal depressive symptoms on infants' parasympathetic regulation in low-income, Mexican American families. *Developmental Psychobiology*, 63(5), 1436–1448. <https://doi.org/10.1002/dev.22073>
- Lowrie, N., Le Bas, G., Youssef, G., Macdonald, J. A., Teague, S., Rogers, A., ... & Hutchinson, D. (2022). Association of adolescent and young adult depression and anxiety with perinatal mental

health in fathers. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 206–213.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.023>

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760.  
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

Martínez-Pastor, J. I., Jurado-Guerrero, T., Fernández-Lozano, I., & Castellanos-Serrano, C. (2024). Caring fathers in Europe: Toward universal caregiver families?. *Gender, Work & Organization*, 31(5), 1616–1638. <https://doi.org/10.1111/gwao.12948>

Meil, G. (2012). European men's use of parental leave and their involvement in child care and housework. *Journal of Comparative Family Studies*, 43(2), 185–211.

Meil, G., Romero-Balsas, P., & Castrillo-Bustamante, C. (2019). The effectiveness of corporate gender equality plans in improving leave provisions for fathers in Spain. *Community, Work & Family*, 22(1), 96–110. <https://doi.org/10.1080/13668803.2018.1541165>

Meil, G., Rogero-García, J., Romero-Balsas, P., & Díaz-Gandasegui, V. (2023). The impact of paternity leave compared to unemployment on child care and housework distribution in Spain. *Journal of Family Issues*, 44(3), 633–653. <https://doi.org/10.1177/0192513X211054469>

Moreno-Mínguez, A., Martín-Román, Á. L., & Moral, A. (2023). Father parental leave use in Spain: The role of the female partner labour situation. *Work, Employment and Society*, 37(1), 293–305. <https://doi.org/10.1177/09500170211062808>

Morris, A. R., Turner, A., Gilbertson, C. H., Corner, G., Mendez, A. J., & Saxbe, D. E. (2021). Physical touch during father-infant interactions is associated with paternal oxytocin levels. *Infant Behavior and Development*, 65, 101647. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101613>

Ngu, L., & Florsheim, P. (2012). The transition to parenthood among adolescent fathers: Prediction of co-parenting and fathering quality. *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 63–69.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.04.017>

O'Brien, E. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183–2185.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)

O'Connor, E. J., Zajac, I. T., Brindal, E., & Kakoschke, N. (2025). Transitioning to fatherhood: Prospective effects of wellbeing on future depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 371, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.054>

- Palkovitz, R. (1985). Fathers' birth attendance, early contact, and extended contact with their newborns: A critical review. *Child Development*, *56*(2), 392–406. <https://doi.org/10.2307/1129728>
- Raphael, D. (1975). Matrescence, becoming a mother, a “new/old” rite de passage. In D. Raphael (Ed.), *Being female: Reproduction, power, and change* (pp. 65–72). De Gruyter Mouton. <https://doi.org/10.1515/9783110813128.65>
- Rilling, J. K., Lee, M., Zhou, C., Jung, E., Arrant, E., Wu, S., Cooper, J. A., Davenport-Nicholson, A., y Treadway, M. T. (2025). The transition to human fatherhood involves increased brain activation to infant stimuli in regions involved with reward and motivation. *Journal of Neuroendocrinology*. <https://doi.org/10.1111/jne.70127>
- Rollans, M., Kohlhoff, J., Meade, T., Kemp, L., & Schmied, V. (2020). Partner involvement: Negotiating the presence of partners in psychosocial assessment as conducted by midwives and child and family health nurses. *Infant Mental Health Journal*, *41*(5), 624–639. <https://doi.org/10.1002/imhj.21867>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(3), 213–222. <https://doi.org/10.1080/01674820801931327>
- Schmitz, K., Jimenez, M. E., Corman, H., Noonan, K., & Reichman, N. E. (2024). Paternal depression in the postpartum year and children’s behaviors at age 5 in an urban U.S. birth cohort. *PLoS ONE*, *19*(4), e0300018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300018>
- Skjerdingsstad, N., Speyer, L. G., Isvoranu, A. M., Moe, V., & Fredriksen, E. (2024). Dynamics of postnatal depressive symptoms in early parenthood. *BMC Psychiatry*, *24*, 523. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05934-6>
- Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad cambia a la mujer para siempre*. Paidós.
- Thøt Krüger, M., & Lindhardt, C. L. (2026). Fatherhood in transition: How extended parental leave shapes the quality of life for Danish fathers. *Family Relations*, *75*(1), 730–744. <https://doi.org/10.1111/fare.70094>

- Uncu, B., Cömert, D., & Kaya, N. (2025). The effect of fathers' birth attendance on paternal attachment and the perception of parental role. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(3), 681–695. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2324042>
- Wain, K. F., Daley, M. F., & Perrailon, M. C. (2025). Temporal association between maternal depression and paternal postpartum depression. *American Journal of Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2025.01.002>
- Waldenström, U. (1999). Effects of birth centre care on fathers' satisfaction with care, experience of the birth and adaptation to fatherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 357–368. <https://doi.org/10.1080/02646839908404601>
- Walsh, T. B., Carpenter, E., Costanzo, M. A., Howard, L., & Reynders, R. (2021). Present as a partner and a parent: Mothers' and fathers' perspectives on father participation in prenatal care. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 386–399. <https://doi.org/10.1002/imhj.21920>
- Wiggins, J. S. (1991). Agency and communion as conceptual coordinates for the understanding and measurement of interpersonal behavior. En D. Cicchetti y W. M. Grove (Eds.), *Thinking clearly about psychology: Vol. 1. Matters of public interest; Vol. 2. Personality and psychopathology* (pp. 89–113). University of Minnesota Press.

## Anexos

### Anexo 1. Dictamen del Comité de Ética



Madrid, 19 de enero de 2026

Dictamen 054/25-26

Para: Excmo. Vicerrector de Profesorado, Investigación e Inteligencia Artificial

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "¿CÓMO VIVEN LOS HOMBRES LA EXPERIENCIA DE PARTO? ESTUDIO CUALITATIVO A TRAVÉS DE RELATOS", presentado por la alumna D<sup>a</sup>. Candela García Armendia en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, habiendo sido valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de las personas participantes en la investigación. Estas son padres mayores de 18 años que hayan participado directamente en el parto de un único bebé. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación los participantes podrán reflexionar sobre su trayectoria personal y su experiencia emocional. No existen riesgos para los participantes. La investigación no se efectúa con menores de edad ni con población vulnerable. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

Los participantes con los que contacte la investigadora gozarán de absoluta libertad para decidir si intervienen o no en el estudio. Se aplicarán dos programas informáticos que no recogen datos que permitan la identificación de los participantes, de modo que estos siempre permanecerán en el anonimato. La investigación es conforme con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

*El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.*

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez  
Presidente

Dr. Raúl González Fabre  
Secretario

## Anexo 2. Manual de codificación

Código	Etiqueta	Def. breve	Def. extensa	Criterios inclusión	Cuándo aplica	Cita del corpus	Regla operativa
<b>TEMA 1 — PREPARTO (Expectativas y Preparación)</b>							
1.1	Preparto_Búsqueda info	Proceso de adquisición de conocimientos externos para entender y afrontar el parto.	Acciones del padre (o la pareja) para instruirse: libros, foros, OMS, cursos de preparación, formación específica (doulas, fisioterapeutas). La información actúa como «herramienta» o «arma» para ganar seguridad.	Párrafos que mencionen el aprendizaje, el estudio de protocolos, la escucha de grabaciones o el uso de información para cuestionar o validar el sistema sanitario. Incluye formación específica con profesionales de preparación (fisioterapeuta, doula).	Cuando el padre describe el uso de foros, libros, cursos o leyes para «armarse» de datos. Cuando menciona una preparación que le otorga criterios técnicos.	<i>R16: «Nuestra arma más poderosa: la información. Sabíamos a qué atenernos ante cualquier observación.»</i> <i>R20: «Había hecho un curso de formación para doulas, y sabía que cuando una parturienta dice que tiene ganas de empujar, es que el expulsivo se acerca.»</i>	—
1.2	Preparto_Planificación	Gestión del «escenario» del parto y organización de los factores externos.	Elección del lugar (casa/hospital), redacción y presentación de planes de parto, logística con otros hijos, preparación técnica (cámaras), elección de profesionales acompañantes (matronas de confianza).	Comentarios sobre por qué se elige un centro, la entrega de documentos legales, la gestión de traslados/viajes y la preparación del entorno físico (nido).	Al mencionar la elección del hospital, el plan de parto escrito o la logística familiar. Cuando describe la preparación física del lugar donde empezará o será el parto.	<i>R24: «Preparamos planes de parto para todos los hospitales de la región. Llamamos para preguntar por los nombres de los jefes de pediatría, ginecología, matronas.»</i> <i>R20: «Aclimatamos el hogar, luz tenue, música relajante y el animal empieza su labor.»</i>	—
1.3	Preparto_Emo y pens	Estado psicológico y sentimientos del padre previos al proceso activo.	Espectro emocional del padre: paz, calma, ilusión, hasta miedo, inquietud, escepticismo o «alucinación» por la rapidez de los acontecimientos. Incluye la conexión íntima con el bebé durante la gestación. Se matizan con subetiquetas: (positivas), (difíciles), (conexión prenatal).	Descripciones de sentimientos internos, dudas sobre la capacidad propia o del personal, y reacciones emocionales ante el inicio de las contracciones o imprevistos (prematuridad). Nota original: «aquí se podrían separar en positivas y negativas».	Cuando expresa sentimientos contradictorios o estados de ánimo ante la inminencia. Al describir la relación física y emocional con el bebé antes de que nazca.	<i>R15: «No sabía si me reiría, lloraría o me moriría de miedo. Pero sentí una paz interior muy grande por todo el trabajo que ella y yo hemos hecho.»</i> <i>R22: «Ella acariciándose la tripa y yo con la cabeza apoyada muy cerquita de su ombligo oyendo el corazón de nuestro bebé. Música celestial.»</i>	<b>Frontera 1.3/2.2: hasta la primera contracción regular → 1.3. A partir de ahí → 2.2.</b>
1.4	Preparto_Rol padre	Percepción del padre sobre su lugar y función en el proceso que va a comenzar.	Cómo el padre se sitúa a sí mismo: como apoyo activo («gran equipo»), protector vigilante frente al hospital, o acompañante discreto («zorrete	Frases donde el padre defina su utilidad, su intención de no interferir o su responsabilidad en el proceso.	Al definir cómo se ve a sí mismo frente al proceso (apoyo, observador o protector). Cuando se	<i>R20: «Yo como acompañante como un zorrete amagao a disposición del animal.»</i> <i>R15: «Nosotros los hombres podemos aportar mucho en</i>	<b>Las autodefiniciones genéricas de personalidad se codifican 1.4 por contenido, incluso si las contracciones ya han empezado,</b>

Código	Etiqueta	Def. breve	Def. extensa	Criterios inclusión	Cuándo aplica	Cita del corpus	Regla operativa
			amagao») que respeta el instinto de la madre. Incluye asunción de responsabilidad y autodefiniciones de personalidad relevantes para el rol.	Autodefiniciones de personalidad relevantes para el rol.	define como una pieza clave que aporta valor al proceso.	<i>este proceso. Espero que tú tengas la suerte de poder sentir lo que he vivido yo.»</i>	<b>siempre que sean declaraciones generales y no acciones concretas.</b>
<b>TEMA 2 — DILATACIÓN (Proceso de parto)</b>							
2.1	Dilatación_Desarrollo	Referencias a la evolución física, hitos y ritmo del proceso de parto.	Acontecimientos biológicos: frecuencia e intensidad de contracciones, rotura de la bolsa, sonidos del parto (vocalizaciones, aullidos), velocidad del proceso (rápido/precipitado o lento). Hitos clínicos como «dilatación completa». Acciones espontáneas de la madre (caminar, aullar) cuando el foco es el proceso.	Menciones a la progresión del dolor, cambios en el cuerpo de la madre, tiempos de espera y el ritmo de los acontecimientos.	Cuando se describen hitos físicos, el ritmo del proceso o señales biológicas de avance.	<i>R20: «Subiendo al coche [Madre] me dice que quiere empujar. En el aparcamiento se rompe la bolsa. La matrona dice 'estás en completa'. Alucinamos.»</i>	<b>Cesáreas programadas se codifican en T2 por convención (ingreso previo al nacimiento). Documentar en método.</b>
2.2	Dilatación_Emo y pens	Reacciones psicológicas y sentimientos del padre durante el proceso activo.	Espectro emocional: positivas (paz, seguridad, asombro, conexión de equipo, enamoramiento), difíciles (miedo, impotencia, incertidumbre), sorpresa (incredulidad o shock ante lo inesperado). Incluye estados emocionales propios del padre que no constituyen co-regulación con la pareja (véase distinción con 2.4b).	Descripciones de estados de ánimo, pensamientos sobre la capacidad de la madre o la propia, y reacciones viscerales (p. ej., «me tiemblan las piernas»).	Cuando el padre expresa sus sentimientos (paz, asombro, miedo) ante lo que está viviendo.	<i>R15: «Comenzó a sacar su lado animal. Y yo ahí estaba, enamorándome cada segundo más aún de ella, tratando de poner mi pequeño grano de arena.»</i>	<b>Si la emoción coexiste con reconocimiento explícito de la madre → doble codificación 2.2 + 4.2.</b>
2.3	Dilatación_Sistema/Entorno	Relación con el personal sanitario y valoración del espacio físico donde transcurre el parto.	Actitud de los profesionales (respeto, invisibilidad, provisión de información) y adecuación del entorno (luz, silencio, temperatura, privacidad). En el hospital, incluye la validación del Plan de Parto. Incluye la preparación del	Comentarios sobre el trato de las matronas, diálogos con el personal, y detalles sensoriales del lugar (casa, habitación de hospital o incluso el coche).	Al valorar el trato de los profesionales, la validación del plan o el ambiente físico. Valoración de las condiciones ambientales que favorecen la calma.	<i>R16: «Presento el plan de parto a la matrona. Al poco tiempo pregunta a mi mujer si quiere parir allí mismo. Estamos en la onda.» R20: «El [Hospital] es maravilloso, silencioso, luz tenue, asistencia relajada. Todo para nosotros.»</i>	<b>Regla de retrospectión: si la valoración tiene marcador temporal de distancia («la sensación de que», «podrían haberme»), «con el tiempo» → 4.3, no 2.3.</b>

Código	Etiqueta	Def. breve	Def. extensa	Criterios inclusión	Cuándo aplica	Cita del corpus	Regla operativa
2.4a	<b>Dilatación_Rol padre INSTRUMENTAL</b>	Acciones del padre durante la dilatación con función logística, técnica o de soporte práctico.	entorno por la propia familia (velas, música, luz suave). Cronometraje de contracciones, gestión de traslados, llamadas, preparación de espacios, interlocución formal con el sistema (plan de parto), gestión de hermanos mayores, técnicas corporales (pelota, bolsa de semillas, movimientos de pelvis) CUANDO el propósito descrito es técnico o de monitorización.	Verbos de acción que impliquen ayuda logística o técnica directa: «controlaba», «calculé», «preparé», «presenté», «llené», «llamé». El propósito descrito es práctico u organizativo.	Cuando describe acciones físicas de ayuda con propósito técnico: cronometraje, traslados, preparación de espacios, interlocución formal con el sistema, gestión de hermanos.	R17: «Yo, con el crono del móvil, calculo: cada 4 minutos.» R18: «Me encargué de la logística: llenar la piscina, preparar infusiones y tapar los ventanales.»	<b>Regla del propósito: lo que clasifica es la función dominante que el padre describe, no el gesto físico. Si ambas funciones coexisten → doble codificación 2.4a + 2.4b.</b>
2.4b	<b>Dilatación_Rol padre AFECTIVO</b>	Acciones del padre durante la dilatación con función de co-regulación emocional.	Anclaje físico con propósito de calma, acompañamiento del dolor, transmisión de seguridad, presencia modulada («estar pero no estar»). Masajes y contacto corporal CUANDO el propósito descrito es aliviar el dolor o dar seguridad. Incluye el rol afectivo frustrado por ausencia y la autodefinición como compañero activo.	Verbos y expresiones de presencia intencional: «para calmar el dolor», «acompañó su dolor», «le cogía las manos», «estar ahí», «transmitía seguridad».	Cuando describe acciones con propósito de alivio, co-regulación emocional, anclaje o presencia modulada. Cuando la función dominante es la presencia, no la técnica.	R17: «Nos cogíamos con decisión: de ella venía un dolor que me llenaba, y yo lo transformaba en seguridad y coraje, cerrando un circuito perfecto.» R18: «Aquí empezó mi trabajo más instintivo, de estar pero no estar, acompasado al ritmo de [Madre].»	<b>Ejemplo: contar contracciones mientras la madre duerme, quedándose despierto «para estar ahí» → 2.4b (función dominante = presencia, no conteo).</b>
<b>TEMA 3 — NACIMIENTO (Expulsivo)</b>							
3.1	<b>Parto_Desarrollo</b>	Proceso físico del expulsivo y vitalidad del recién nacido.	Hitos biológicos finales: reflejo de pujo, coronación (ver la cabeza), giro de hombros, salida completa, alumbramiento de la placenta. Estado físico del bebé al nacer: color, pelo, llanto, respiración, movimientos o reflejos (reptar).	Párrafos que describan la mecánica del nacimiento, la fuerza de los últimos empujes y las características físicas del bebé en sus primeros minutos de vida.	Descripción de la mecánica del expulsivo, la salida del bebé y sus rasgos físicos.	R15: «Empezó a verse tu cabeza. Danzaste dentro de ella para sacar tus hombros dañándola lo menos posible. Y de pronto saliste. Precioso, enorme, perfecto.»	<b>Si el evento va acompañado de emoción indisociable («fue mágico») → doble codificación 3.1 + 3.2.</b>
3.2	<b>Parto_Primer contacto/vínculo</b>	Sentimientos de clímax y conexión afectiva inmediata.	Explosión emocional del padre al ver nacer al bebé: éxtasis, felicidad plena, «magia», alivio o shock. Inicio del vínculo afectivo,	Expresiones de asombro, llanto de emoción, descripciones del bebé como «regalo» o «sob», y	Sentimientos de éxtasis, amor incondicional y primer impacto visual del hijo.	R16: «A las 04:20 nació [Bebé], la niña que iluminó para mí el cielo con el sol más radiante que he conocido. Paz.	<b>Frontera 3.2/4.2: mientras dura el momento del nacimiento y el primer contacto (minutos) → 3.2. Reflexión</b>

Código	Etiqueta	Def. breve	Def. extensa	Criterios inclusión	Cuándo aplica	Cita del corpus	Regla operativa
			mirada al hijo, orgullo hacia la madre, percepción de «haberlo logrado». Formación simbólica de la nueva familia.	reflexiones sobre la felicidad del encuentro.		<i>Tranquilidad. Emoción. Amor.»</i>	<b>posterior (horas, días) → 4.2.</b>
3.3	<b>Parto_Procedimientos/Entorno</b>	Asistencia profesional, manejo del cordón y adecuación del espacio.	Gestión del nacimiento a nivel técnico y ambiental: cordón umbilical (esperar al latido), piel con piel, uso de materiales (toallas, bañera) o su ausencia (desmedicalización). Actitud de los profesionales en el momento crítico (discreción, ayuda con la lactancia, respeto a los tiempos). Exclusión del padre del quirófano en cesáreas. Comunicación profesional durante el parto.	Menciones a la labor de la matrona, el corte del cordón, el entorno de la sala/habitación y los protocolos seguidos (o evitados) tras la salida del bebé. Exclusión del padre en cesáreas. Comunicación profesional.	Manejo del cordón, piel con piel, valoración del espacio (medicalizado o no). Asistencia profesional en el postparto inmediato y respeto a los protocolos de vínculo.	<i>R17: «En nuestra bañera, no había material quirúrgico ni batas blancas. Estábamos en casa, preparados para el último grito de amor incondicional.» R20: «La niña está tranquila, no se corta el cordón, en el pecho de su mamá en éxtasis. Todo el personal aporta su grano de arena.»</i>	—
3.4	<b>Parto_Rol padre</b>	Posición física, apoyo final y acciones directas del padre.	Ubicación y acción del padre en el instante del nacimiento: soporte postural (sostener a la madre por detrás), testigo visual directo (ver salir la cabeza), recibir al bebé, acciones simbólicas/físicas como el corte del cordón o el primer saludo verbal. Presencia modulada. No se subdivide en instrumental/afectivo (10 segmentos, tamaño insuficiente).	Frases donde el padre describa su ubicación física, su contacto con la madre durante el expulsivo y su participación activa en el recibimiento del recién nacido.	Su posición física de apoyo y acciones como el corte del cordón o el primer saludo.	<i>R15: «Me senté en la cama, ella se colocó delante de mí, dándome la espalda, y la abracé por detrás. Cuando tocaba empujar, apoyada en mí se ponía de cuclillas. Corté el nexo de unión que te ha alimentado durante meses.»</i>	—

#### TEMA 4 — POSTPARTO Y REFLEXIÓN FINAL

4.1	<b>Cuidado_Alimentación</b>	Primeros hitos físicos del postparto y atención al recién nacido.	Acciones de cuidado directo del bebé: establecimiento de la lactancia (éxitos o dificultades), uso de pezoneras o ayuda experta, paseos nocturnos para calmar al bebé, observación de su «energía» o rasgos. Crisis	Párrafos sobre la primera noche, el enganche al pecho, la higiene del bebé y la sensación física de tener al niño en casa o en la habitación del hospital. Crisis	Primeros retos físicos, cuidados del bebé y establecimiento de la lactancia. Descripción de la intimidad y los cuidados nocturnos del padre.	<i>R20: «Ya en casa, contacto con experta en lactancia. En 15 minutos consigue lo que nadie había conseguido en días. La niña está mamando sin pezonera.» R15: «No llegué a dormir nada. Cuando protestabas me</i>	—
-----	-----------------------------	---	---	---	--	--	---

Código	Etiqueta	Def. breve	Def. extensa	Criterios inclusión	Cuándo aplica	Cita del corpus	Regla operativa
			postparto inmediatas.	postparto inmediatas.		<i>levantaba y paseaba por el pasillo. Fuera nevaba.»</i>	
4.2	<b>Reflexión_Crecimiento/Reconoc. madre</b>	Transformación interna del padre y elogio a la fortaleza femenina.	Cómo la experiencia ha marcado la vida del padre («la experiencia más potente»). Cambio de percepción sobre la mujer, a la que ve como figura de poder, lucha y resiliencia. Fortalecimiento del vínculo de pareja tras la «batalla» compartida. Incluye impacto vital negativo. Formación de la nueva familia como unidad.	Adjetivos como «poderosa», «luchadora», «mágica»; menciones a las lágrimas de emoción, al orgullo de ser padre y a la gratitud hacia la pareja.	Valoración emocional de la vivencia y elogio a la fortaleza de la mujer.	<i>R15: «Tu madre, tu ama. Es una persona luchadora como no podrás encontrar una igual. Dentro de esa sonrisa tímida y esa apariencia frágil, hay una mujer poderosa y fuerte.»</i>	<b>Reconocimiento de la madre DURANTE el proceso → doble codificación: código temporal (primero) + 4.2 (segundo). SIEMPRE temporal primero.</b>
4.3	<b>Reflexión_Valoración sistema</b>	Juicio sobre el modelo médico y el valor del conocimiento previo.	Evalúa la diferencia entre el parto respetado y el modelo tecnocrático hospitalario. El padre define la información como «arma» o «herramienta» de libertad. Crítica a las intervenciones rutinarias y la falta de transparencia del sistema sobre los riesgos. Incluye también valoraciones positivas del sistema y negligencia institucional.	Menciones a «estar informados», críticas a la medicalización «por defecto», comparaciones con estándares internacionales y agradecimientos a profesionales que trabajaron desde la «humanidad». Negligencia institucional y valoraciones positivas del sistema.	Menciones al conocimiento previo como herramienta de libertad y control. Comparativa de seguridad entre el parto respetado y el hospitalario.	<i>R16: «Utilicen nuestra más valiosa arma, la información. Ustedes decidan, pero no olviden informarse.» R17: «Cuando algo va mal, va mal en casa y en el hospital. Pero cuando todo va bien, en casa va bien y en el hospital puede ir mal.»</i>	<b>Aplica la regla de retrosección: marcador de distancia temporal → aquí, aunque el contenido evaluado sea de T2 o T3.</b>
4.4	<b>Reflexión_Rol padre decisor</b>	Autopercepción de su función y responsabilidad en la toma de decisiones.	El padre reflexiona sobre su papel como facilitador. Se reconoce capaz de gestionar situaciones complejas, de proteger la intimidad de la madre y de haber sido parte activa en el «diseño» del parto soñado. Incluye defensa activa frente al sistema.	Frases sobre «haber sido conscientes», «demostrar que somos capaces» y la asunción de la responsabilidad sobre el camino elegido (casa vs. hospital). Defensa activa frente al sistema.	Sentimiento de capacidad y responsabilidad en el diseño del proceso.	<i>R15: «Hemos sido conscientes en cada momento y hemos podido diseñar el parto deseado en total libertad.» R24: «Se lo aconsejo seriamente, no toque a este bebé.»</i>	<b>Nota de corpus: este código aparece solo en relatos de El parto es nuestro (4 de 20). Documentar como hallazgo interpretable en Discusión, no solo como limitación.</b>
4.5	<b>Consecuencias en madre/padre o relación</b>	Secuelas físicas, psicológicas o relacionales derivadas directamente	Consecuencias que el padre narra como resultado directo de decisiones clínicas,	Segmentos donde el padre describa consecuencias que persisten más allá del	Cuando el padre menciona problemas físicos posteriores de	<i>R1: «A [Madre] le dio los puntos una [persona en formación/prácticas] que los hizo mal, lo que le</i>	<b>Distinguir de 4.2 (transformación vital global) y de 4.3 (valoración del sistema). 4.5 capta la</b>

Código	Etiqueta	Def. breve	Def. extensa	Criterios inclusión	Cuándo aplica	Cita del corpus	Regla operativa
0		de lo acontecido durante el parto.	procedimientos o vivencias del parto: daño físico a la madre (puntos mal realizados, dolor crónico), impacto en la sexualidad de la pareja, secuelas emocionales duraderas (miedo a un nuevo embarazo, desconfianza hacia el sistema), alteraciones en la dinámica relacional de la pareja atribuidas explícitamente a la experiencia del nacimiento.	postparto inmediato y que sean atribuidas de forma explícita o implícita a lo sucedido durante el parto. Se distingue de 4.2 (impacto vital general) porque 4.5 capta un daño o secuela específica, no una transformación identitaria global.	la madre (dolor, cicatrices), cambios en la relación de pareja derivados del parto, o secuelas psicológicas concretas vinculadas al proceso.	<i>ocasionó problemas posteriores y dolor en las relaciones sexuales.»</i>	<b>CONSECUENCIA concreta. Si coexiste consecuencia + crítica al sistema → doble codificación 4.5 + 4.3.</b>

### Anexo 3. Declaración uso de herramientas de inteligencia artificial generativa

## DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: "¿Cómo viven los hombres la experiencia de parto?: Estudio cualitativo a través de relatos."

Autor/a: Candela García Armendia

DNI/Alumno/a: 02569452F

Nombre del Director/a de TFM: María Vega Sanz y Macarena Sánchez-Izquierdo

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

**📌 Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].**

Gemini (Google)- apoyo para encontrar autores de referencia y artículos específicos que complementar la literatura ya recogida. Además, instrucciones para optimizar la búsqueda en bases de datos como Psycinfo o Pubmed.

Prompt: "Genera términos de búsqueda eficaces para buscar en PubMed sobre la experiencia del padre en el parto",  
"Identifica autores contemporáneos que traten la experiencia del padre en el paritorio"

**📌 Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].**

Gemini (Google), Chatgpt - apoyo en la síntesis de conceptos teóricos complejos y en la clarificación de las ideas principales de autores clásicos para asegurar su correcta aplicación en el análisis cualitativo.

Prompt: "Explica los puntos clave de la constelación parental de X autor aplicados al rol del padre"

**📌 Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].**

Gemini (Google)- apoyo para organizar los contenidos que ya tenía definidos, con el objetivo de asegurar una lectura coherente y mantener un hilo conductor claro en todo el trabajo.

Prompt: "Ayúdame a organizar estos puntos de mi discusión para que tengan un orden lógico y un buen hilo conductor"

**📌 Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].**

Gemini (Google)- revisión final del texto completo para detectar errores ortográficos que pasan desapercibidos en los correctores habituales y para identificar posibles fragmentos poco claros.

Grammarly- corrección de errores ortográficos y gramaticales de un texto completo

Prompt: "Revisa este apartado de mi TFM: corrige errores ortográficos" "Según este texto: ¿cambiarías algo para que sonase más académico?"

**📌 Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].**

Gemini- ¿Cómo mencionarías de forma más académica este resultado? – todo lo generado por IA fue verificado y editado por mí.

Otros (especificar): [\_\_\_\_\_]

-Explica *qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta:*

**Verificación bibliográfica:** Contrasté y verifiqué manualmente todas las referencias de autores y artículos sugeridos por la IA en bases de datos científicas oficiales (PubMed, PsycInfo, etc). No se incluyó ninguna cita en el trabajo que no hubiera sido leída y validada previamente a través de su fuente original.

**Contraste teórico:** Todos los conceptos mencionados en el TFM de autores fueron revisados con la bibliografía original para no cometer errores conceptuales.

**Sentido común:** ante cualquier propuesta de la IA por mejorar la estructura o redacción de fragmentos del TFM, apliqué mi criterio propio para ver si estaba de acuerdo o no.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: \_\_\_\_\_Candela García Armendia\_\_\_\_\_

Fecha: 14 / 05 / 2026 \_\_\_\_\_