

GUÍA ORIENTADORA PARA LA PREPARACIÓN AL NACIMIENTO Y CRIANZA EN ANDALUCÍA

GUÍA ORIENTADORA PARA LA PREPARACIÓN AL NACIMIENTO Y CRIANZA EN ANDALUCÍA

Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

Con la colaboración de:

Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla

GUÍA orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía [Recurso electrónico] / [autoría Juan Diego González Sanz (editor coord.) ... et al.]. -- 2ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Familias, 2022.

Texto electrónico (pdf), 236 p. : il. col.

Con la colaboración de: Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla.

1. Servicios de salud materno-infantil. 2. Educación en salud. 3. Atención perinatal. 4. Cuidado del niño. 5. Andalucía. I. González Sanz, Juan Diego. II. Andalucía. Consejería de Salud y Familias.

WA 310

2ª Edición, 2022



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Título: Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía.

Edita: Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2022

Consejería de Salud y Familias:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

AUTORÍA

JUAN DIEGO GONZÁLEZ SANZ (EDITOR COORD.)
ANA BARQUERO GONZÁLEZ (ED.)
SEBASTIÁN GONZÁLEZ LOSADA (ED.)
JUAN CARLOS HIGUERO MACÍAS (ED.)
FRANCISCO MANUEL LAGARES ROJAS (ED.)
FRANCISCO MANUEL LAGARES ROJAS (ED.)

COORDINACIÓN GRUPOS

M^a ANGELES ALVAREZ SORIANO
M^a ISABEL CABEZÓN ROBLES
ANTONIO CEBALLOS FUENTES
M^a ANGELES FERNÁNDEZ MARTINEZ
FRANCISCO JOSÉ PÉREZ RAMOS
ADORACIÓN PULIDO SOTO
CARMEN RODRIGUEZ SOTO
SUSANA SÁNCHEZ MORENO
M^a LUISA SOLANA NERIA

AUTORÍA CAPÍTULOS ESPECÍFICOS

ISABEL CABALLERO PÉREZ (La maternidad de las mujeres con discapacidad)
ENCARNACIÓN MARTÍNEZ (Derechos de la gestante...)
M^a ISABEL OLIVER RECHE (Empoderamiento e interculturalidad...)

AUTORÍA PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Sevilla
JESÚS PALACIOS GONZÁLEZ (COORDINADOR)
MARI CARMEN MORENO RODRÍGUEZ
ALFREDO OLIVA DELGADO
MAITE ROMÁN RODRÍGUEZ
LUCÍA ANTOLÍN SUÁREZ
ROSA M^a ESTÉVEZ CAMPOS
DIANA M^a PASCUAL GARCÍA

COLABORADORES/AS

MERCEDES ACEBES RUIZ
JOSÉ CARLOS ÁGUILA BARRANCO
BLANCA ÁLVAREZ MADARIAGA
FRANCISCA BAENA ANTEQUERA
BLANCA BLANCO VIVO
TOÑI BLANCO VELOSO
ENCARNA CASTRO RODRÍGUEZ
ANDRES CUEVAS LOZANO
ERIKA DELGADO MUÑOZ
SILVIA DE DIOS BERLANGA
CARMEN DÍAZ PINTADO LARA
MARÍA FRESNEDA RAFAEL
CONCEPCIÓN GAMUNDI FERNÁNDEZ
DOLORES GARCÍA FERNÁNDEZ
LETICIA GONZALEZ CID
MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ
ELENA GUITIAN GARRE
BLANCA HERRERA CABRERIZO
CARMEN HOLGADO AGUDO
EUGENIA HOLGADO AGUDO
AVELINA IZQUIERDO LARRA
SILVIA IZQUIERDO PEDROSA
ROCÍO MARINA JALÓN NEIRA
ESTEFANÍA JURADO GARCÍA

CARMEN MARÍN SÁNCHEZ
BASILISA MARTÍN FERNÁNDEZ
ENCARNACIÓN MARTIN MOCHALES
CAROLINA MARTÍNEZ VILLAR
M^a ISABEL MASERA GUTIERREZ
M. ÁFRICA MOGUEL LÓPEZ
ISABEL MORENO CUEVAS
ARACELI MUNUERA MORA
JUANA M^a PASTRANA MARTÍNEZ
ISABEL PAVÓN ROJAS
JOSÉ MANUEL PÉREZ GAY
ALICIA PÉREZ SÁNCHEZ
YARA PRIETO CARPINTERO
PURIFICACIÓN PUEBLAS CAÑEDO
MANOLO QUEVEDO CARRASCO
FRANCISCO RODRÍGUEZ CASTILLA
ISABEL RODRÍGUEZ GARRIDO
DOLORES RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ
MARÍA DEL MAR ROSALES CHAMORRO
JOSÉ MANUEL RUIZ PLAZA
PETRONILA SÁNCHEZ GONZÁLEZ
M^a EUGENIA SEVILLA BLANCA
HELEN STRIVENS VILCHES
ALFONSA TORRALBO HIGUERA

ASESORÍA TÉCNICA

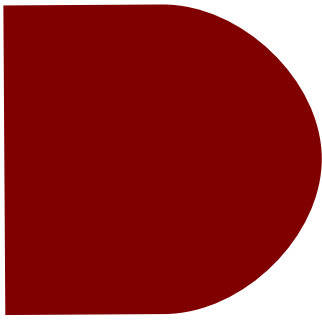
ANTONIO GARRIDO PORRAS
MÓNICA PADIAL ESPINOSA

REVISIÓN DE LA SEGUNDA EDICIÓN

IRENE AGEA CANO
MATILDE FERNÁNDEZ Y FERNÁNDEZ ARROYO
ANA EVA GARCÍA COTES
GRACIA MAROTO NAVARRO

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
SECCIÓN I. ORIENTACIONES PARA LA PERSONA ENCARGADA DE LA DOCENCIA	10
SECCIÓN II. PROPUESTA DE SESIONES GRUPALES	24
PRIMERA SESIÓN: EMBARAZO	25
SEGUNDA SESIÓN: PARTO	58
TERCERA SESIÓN: PUERPERIO	82
CUARTA SESIÓN: LACTANCIA	103
QUINTA SESIÓN: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO	120
SEXTA SESIÓN: PARENTALIDAD POSITIVA	141
SECCIÓN III. ACTIVIDADES DE EJERCICIO FÍSICO	164
DURANTE EL EMBARAZO	169
DURANTE EL PUERPERIO	191
SECCIÓN IV. CUESTIONES TRANSVERSALES	198
DERECHOS DE LA GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO/A	199
EMPODERAMIENTO E INTERCULTURALIDAD EN EL PROCESO DE MATERNIDAD	207
LA MATERNIDAD DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD	216
REFERENCIAS	223
ANEXOS	234



PRESENTACIÓN

Pocos momentos en la vida de una persona tienen tanta intensidad y trascendencia para su futuro como el nacimiento y la crianza de sus hijos e hijas. A raíz de este acontecimiento todo el mundo personal de cada ciudadana o ciudadano cambia, produciéndose una adaptación que afecta a las áreas física, psicológica y social de su vida.

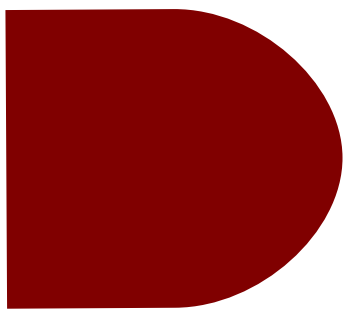
En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) existe la firme convicción de que ésta es una etapa vital de gran importancia, en la que la intervención en salud no solo es necesaria y muy bien acogida por la población andaluza, sino que posee una enorme eficacia y eficiencia en cuanto a los resultados en salud que finalmente produce.

Son muchos y variados los y las profesionales que desde el SSPA participan en la Atención Perinatal, constituyendo el conjunto de sus actuaciones un amplísimo abanico que abarca desde el deseo preconcepcional de una mujer o una pareja, hasta los controles de salud infantil, pasando por todos aquellos momentos intermedios que recoge con gran celo el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio. Quiero manifestarles mi agradecimiento por la magnífica labor que realizan.

En el marco de este último aparece una actividad sanitaria de gran tradición e importancia en Andalucía, como es la docencia dedicada a la salud perinatal para madres y padres, habitualmente denominada Educación Maternal y que actualmente va recibiendo otra denominación más inclusiva: Preparación al Nacimiento y Crianza. Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía realizan de forma cotidiana una gran labor pedagógica al afrontar, junto a las gestantes y sus parejas, las incertidumbres, desconocimientos, miedos, ilusiones y ansiedades que van aparejadas al proceso del nacimiento y la crianza. La información y la seguridad que aportan, indudablemente, facilita a muchas de las futuras madres, como también a los padres, el tránsito por estas hermosas pero complejas circunstancias.

Esta Guía orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza que la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía pone en manos de los y las profesionales tiene como fin profundizar en todos sus aspectos esenciales y así aumentar la calidad de estas actividades de aprendizaje y promoción de la salud. Con este objetivo se ofrecen en las páginas siguientes propuestas de actualización pedagógica y científica, de forma que sea posible realizar una docencia innovadora y atenta a las necesidades reales de las usuarias y usuarios del SSPA.

Jose María de Torres Medina
Director General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica



INTRODUCCIÓN

Quienes esperan un descendiente en Andalucía reciben por parte del SSPA una atención y cuidados que vienen enmarcados dentro del Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio, editado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. Dentro del mismo se encuentra incluido el conjunto de actividades pedagógicas en torno a la crianza que se ha venido llamando hasta ahora Educación Maternal, heredera de las ya clásicas “Preparación al parto” y “Psicoprofilaxis obstétrica”.

En este documento se propone una nueva denominación para dichas actividades docentes, Preparación al Nacimiento y Crianza, que utilizaremos en adelante por parecernos más claro y ajustado a los objetivos perseguidos, las metodologías empleadas y la población a que se dirige.

Desde el inicio de la reforma de la Atención Primaria en Andalucía, en la década de 1980, el control del embarazo y la Educación Maternal se incorporan a los Centros de Salud, acercándose así a la población y obteniéndose con ello buenos resultados. Desde entonces, y existe un claro consenso internacional acerca de la máxima idoneidad del equipo sanitario de atención primaria para ofrecer el conjunto de cuidados necesarios durante el proceso de embarazo, parto y puerperio (incluida la Preparación al Nacimiento y Crianza). En la actualidad, en los distintos Distritos Sanitarios de Andalucía, los cuidados ofertados al respecto son desarrollados por profesionales pertenecientes al equipo de atención primaria.

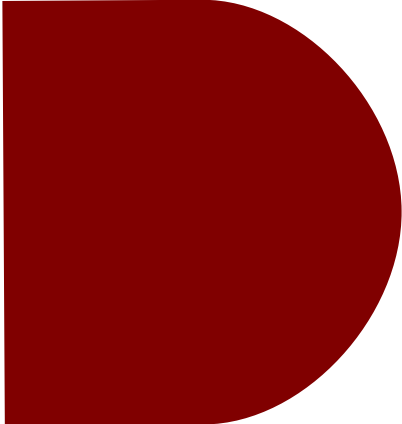
Por ello se ha planteado la necesidad de revisar la forma en que se desarrolla la Preparación al Nacimiento y Crianza con la creación de un grupo de trabajo, formado por profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria, así como psicólogos y pedagogos de distintas universidades andaluzas, para que haga una propuesta metodológica y de organización de la formación que se oferta a las parejas durante la gestación, siendo esta Guía la cristalización de dicha propuesta.

Otro motivo que avala la pertinencia de esta iniciativa es la creciente complejidad organizativa del entorno sanitario y la variabilidad existente en las actuaciones de los profesionales, siendo posible encontrar diferencias importantes en la Preparación al Nacimiento y Crianza recibida por las gestantes y sus parejas en distintos Centros de Salud. Posteriormente, en la Atención Hospitalaria, la información ofrecida por los profesionales de cada Hospital también puede diferir, y en no pocos aspectos, de la que la pareja había recibido previamente.

Por si todo esto no bastase, hay que destacar el que probablemente es el factor más importante para hacer necesaria una profunda renovación de la Preparación al Nacimiento y Crianza: el cambio del papel de la ciudadanía dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En un proceso general de empoderamiento y de asunción de la propia autonomía, cada vez hay más parejas que demandan más y mejor formación sobre su embarazo, parto y puerperio, y un trato más respetuoso en cada periodo del mismo, de forma que sean tenidas en cuenta sus expectativas, demandando un papel más activo, más protagonista, sin que ello suponga menoscabo alguno de la calidad de la atención que se les oferta.

De esta manera surge esta nueva Guía orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza, dirigida a los profesionales de Andalucía, para colaborar a la unificación de las actuaciones educativas durante la Preparación al Nacimiento y Crianza, aumentar la calidad de los cuidados y mejorar la satisfacción percibida por las usuarias y usuarios en lo que se refiere al embarazo, parto y puerperio.





SECCIÓN I. ORIENTACIONES PARA LA PERSONA ENCARGADA DE LA DOCENCIA

1.1. INTRODUCCIÓN.

Es un hecho generalizable que todas las personas que se dedican a impartir docencia necesitan una formación pedagógica y científica que las capacite para desarrollar una labor docente de calidad. Por eso esta Guía comienza aportando una serie de nociones pedagógicas básicas, ya que persigue ayudar al equipo sanitario de Atención Primaria a mejorar sus habilidades didácticas y de comunicación, mostrando algunos aspectos didácticos esenciales que pueden ayudar a los y las profesionales a ser mejores docentes, tanto en las sesiones expositivas, como al utilizar metodologías participativas que provoquen en las discentes un aprendizaje activo, reflexivo-experiencial, que vaya más allá de la transmisión de conocimiento. Esto redundará en la realización de una Preparación al Nacimiento y Crianza más eficaz y satisfactoria para todas.

Como sugerencia general de calidad docente cada profesional, durante el desarrollo de su docencia debería tener en cuenta los siguientes objetivos:

- a. Proporcionar información veraz y objetiva.
- b. Dar a conocer los objetivos y contenidos de forma clara, con técnicas y métodos adecuados.
- c. Fomentar el análisis crítico.
- d. Potenciar el aprendizaje activo colaborativo, fomentando la comunicación efectiva entre los distintos integrantes del grupo y creando un entorno de respeto mutuo, apoyándose en el grupo.

1.2. EL APRENDIZAJE.

Aprender es un proceso que se produce en el momento en que una persona es capaz, al interrelacionarse con el mundo exterior, de crear nuevas respuestas para dar solución a situaciones desconocidas para ella o de modificar sus respuestas habituales a circunstancias conocidas. Por tanto, podríamos decir que el aprendizaje se produce cuando el individuo consigue una nueva forma de relación con su entorno. Además, es importante destacar que la mayor parte de los aprendizajes se dan en una situación de interrelación entre dos o más personas.

El aprendizaje es una actividad compleja en la que la persona participa activamente. Cuando el/la docente concibe a las personas participantes en una acción formativa como un activo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y no como meros espectadores pasivos, el/la docente es un orientador, mediador, un guía que conduce a la persona por la construcción del conocimiento e intenta posibilitar que el grupo de participantes realice aprendizajes significativos por sí solo, enriquecer su estructura cognitiva, para lograr que aprendan a aprender. El aprendizaje significativo puesto de relieve en la orientación pedagógica de esta Guía, se fundamenta en la prioridad de los objetivos de cada actividad didáctica con respecto a los contenidos, ya que la adquisición de este tipo de aprendizaje modifica la capacidad de aprender y no se reduce a una acumulación de saberes.

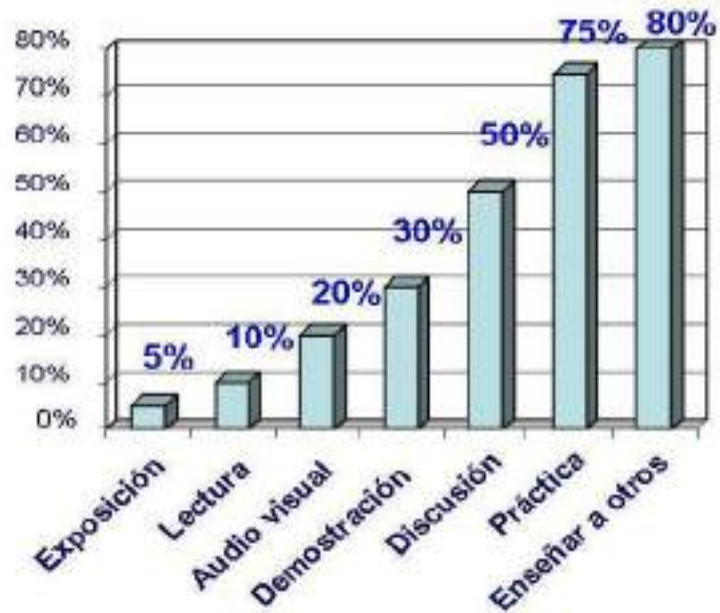
Por ello, es preciso para el equipo que se enfrente a la Preparación al Nacimiento y Crianza descubrir los saberes previos y los estadios evolutivos de las personas que acuden ante ella con ánimo de aprender algo nuevo, para poder enfocar los bloques temáticos desde la realidad, proporcionando un nuevo material de información que les ayude a reequilibrar sus esquemas mentales, facilitando la adaptación a las nuevas situaciones que están por venir.

Cada profesional, en su rol docente, tiene que programar las actividades como situaciones en las que el discente (la persona que aprende) será capaz de: *sentir* la limitación de sus saberes previos, *experimentar* la inconsistencia de sus conocimientos, *descubrir* un nuevo esquema cognitivo más adecuado para comprender la realidad, y *proponer* el uso de metodologías basadas en el aprendizaje cooperativo.

Como recurso formativo, el taller constituye una forma coherente de llevar la práctica educativa en el sentido citado anteriormente. De hecho, este formato supone una importante apuesta pedagógica para el equipo de Atención Primaria, ya que puede afirmarse que su correcta utilización garantiza:

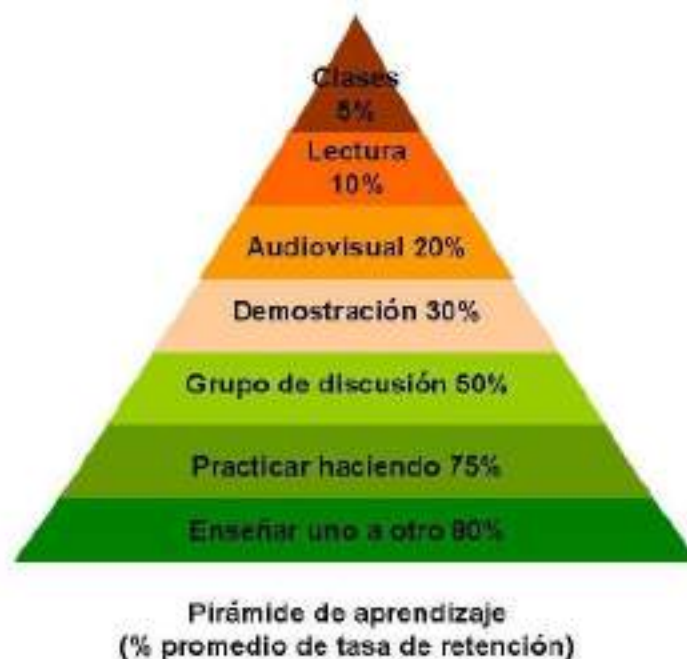
- a. Un **aprendizaje activo** (Piaget).
- b. Un **aprendizaje por descubrimiento** (Bruner).
- c. Un **aprendizaje con un carácter social**, en interacción con los otros (Vigotsky).
- d. Un **aprendizaje significativo y motivante** (Ausubel).

A la hora de programar las actividades que compondrán la Preparación al Nacimiento y Crianza, se habrá de tener en cuenta el diferente impacto que puede tener la nueva información recibida por alguien, en función de la vía por la que le ha llegado. Según Lang & McBeath (2003), la proporción en la que aprendemos a través de los sentidos es: 1% a través del gusto, 2% a través del tacto, 4% a través del olfato, 10% a través del oído, y 83% a través de la vista; y la retención de la información se expone en el cuadro siguiente.



Retención de la información (Osoro Sierra & Salvador Blanco)

Esto refuerza la necesidad de priorizar, en la docencia de la Preparación al Nacimiento y Crianza, aquellos métodos que se basan en la práctica o en enseñar a hacer algo (sin quedarse solo en las “clases” como espacios de mera exposición oral de contenidos).

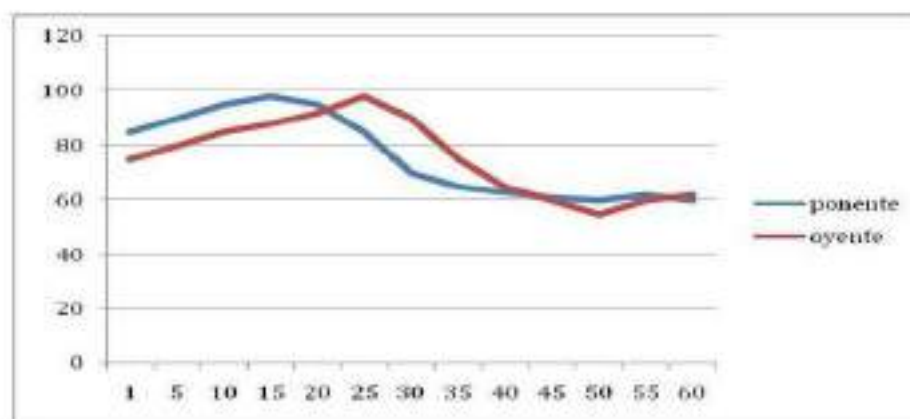


Además, en cuanto a la retención de la información, la pirámide del aprendizaje de Cody Blair muestra cómo la proporción mayor se le atribuye al aprendizaje colaborativo, por lo que las dinámicas de grupo en que varias personas aprenden algo juntas, a través de la interacción entre ellas, parecen ser la opción más interesante para la consecución de los objetivos docentes del equipo de Atención Primaria.

Otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de programar las distintas sesiones

es el rendimiento de oyente y ponente. Es fundamental no caer en la tentación de alargar innecesariamente las actividades, sobre todo si se trata de presentaciones orales que limitan a un papel pasivo a las gestantes y sus acompañantes.

Se establece como recomendación general utilizar unidades didácticas de 25 minutos. Es el llamado **minuto Brown** (en referencia a la Universidad de Brown) que, como se ve en la gráfica siguiente, sería una unidad de tiempo de entre 20 y 25 minutos, en la que el rendimiento del/la oyente y del/la ponente son máximos. En el marco de sesiones más largas, que no habrían de superar habitualmente los 90-100 minutos, el uso del minuto Brown debería llevarnos a programar, al menos, tres o cuatro actividades distintas.



**% de rendimiento de oyente y ponente durante una sesión magistral
(Tiempo expresado en minutos)
(Osoro Sierra & Salvador Blanco)**

En general, la enseñanza hay que diseñarla y ejecutarla pensando siempre en el aprendizaje discente. De hecho, la concepción que cada profesional docente tiene sobre el aprendizaje va a determinar su forma de enseñar, orientando:

- a. La **selección de contenidos** que piensa que deben ser aprendidos y la organización de los contenidos
- b. La **planificación de las actividades**.
- c. La **organización de los recursos** de enseñanza.
- d. Las **interacciones de las gestantes** y sus acompañantes, y la **evaluación** de los aprendizajes.

Uno de los elementos fundamentales a tener en cuenta en el aprendizaje, y sobre todo en el de las personas adultas, es la motivación. Si entendemos ésta como el impulso que activa y orienta la conducta, una de las principales funciones de los y las profesionales, en su papel de formadores, sería fomentar la consecución de una motivación adecuada, de manera que consiguieran implicar e interesar de manera activa a la población a la que va dirigida la formación. Y esto tanto en los contenidos, como en las actividades encaminadas a conseguir unas actitudes y una determinada manera de actuar en su autocuidado, con el convencimiento de la repercusión que dicha formación tiene en la vida diaria sobre su salud.

Para favorecer esta motivación, es muy necesario crear un buen clima en las sesiones (libertad, dialogo, participación, reconociendo el esfuerzo, etc.) ya que este será

fundamental para favorecer la motivación. La creación de grupos de trabajo donde se potencie el trabajo colaborativo es una buena fórmula para que el grupo se cohesionen, y produzca y avance desde sus propias experiencias.

1.3. CARACTERÍSTICAS Y HABILIDADES DOCENTES.

Toda actividad docente debe ir acompañada de una planificación didáctica detallada, que exprese de forma clara y coherente los aprendizajes a llevar a cabo por las personas inmersas en el proceso. Esta planificación se desarrolla mediante la realización de las denominadas guías didácticas, que son de gran utilidad, ya que ayudan a conducir el aprendizaje de las personas participantes en una actividad pedagógica, y a través de ellas se les oferta esta información suficiente como para determinar qué es lo que se pretende que aprendan, cómo se va a hacer y bajo qué condiciones. Además, estas guías ayudan en gran medida a caracterizar y reflexionar sobre la propia docencia que se imparte.

Las guías didácticas permiten clarificar los objetivos de aprendizaje e identificar los métodos más adecuados para conseguirlos, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Los puntos esenciales que debe contener toda guía didáctica son:

a. Introducción.

- Resumen de contenidos.
- Temática.
- Competencias (generales y específicas) a adquirir.
- Objetivos.
- Resultados de aprendizaje (Evaluación).

b. Metodología.

- Estrategias didácticas.
- Tipo de actividad:
 - Actividades de aprendizaje (asimilativas, de gestión de información, de aplicación, de comunicación, productivas, experienciales, evaluativas).
- Materiales didácticos (vídeos, materiales para simulación, material divulgativo, evaluación...)

c. Bibliografía y/o recursos complementarios recomendados.

d. Evaluación.

e. Cronograma.

En la sección siguiente se ofrecerá un conjunto de guías didácticas, a modo de sugerencia, con las que poder abordar un programa integrado y completo de Preparación al Nacimiento y Crianza. Esperamos que estas guías puedan jugar un papel

relevante en la homogeneización de los contenidos de la Preparación al Nacimiento y Crianza, así como servir de ayuda para el conjunto de profesionales que se enfrentan por primera vez a la impartición de ésta o para aquellas que desean renovar su docencia en este ámbito.

Sin embargo, deben considerarse en todo momento como sugerencias, ya que la mejor guía didáctica es la que diseña cada profesional teniendo en cuenta sus propias habilidades, capacidades y recursos, contando con las necesidades específicas de su población de referencia.

1.3.1. Habilidades docentes.

Todo profesional docente debe poseer capacidades y recursos que induzcan a las gestantes/acompañantes a la adquisición de competencias, es decir que promuevan un aprendizaje activo y motivador en la consecución de los objetivos docentes planificados. Algunas de las habilidades docentes se muestran a continuación:

- a. Motivación.** Para motivar y generar interés en las personas asistentes, será imprescindible poner en práctica toda una serie de habilidades de comunicación que logren captar su atención y fomentar su participación. Es relevante explicarles las ventajas de la Preparación al Nacimiento y Crianza y su utilidad, partiendo siempre de una relación de empatía con sus propias experiencias vitales.
- b. Clima.** Es importante desde el primer momento entablar un buen clima relacional, afectivo, que genere confianza y seguridad entre el personal sanitario y las personas asistentes, para lo que pueden utilizarse técnicas de grupo como la presentación inicial, aproximaciones personales (“ponte en mi lugar”, “yo soy...”)
- c. Información.** El/la docente debe informar a las personas participantes sobre los objetivos de aprendizaje y contenidos de las sesiones, indicando las fuentes de información, materiales didácticos, la bibliografía y recursos diversos; si procede también se negociarán las posibles actividades a realizar.
- d. Exposición.** Para facilitar la comprensión de los contenidos de la Preparación al Nacimiento y Crianza, será necesario llevar a cabo exposiciones magistrales que reúnan unas características básicas. Éstas deben ser breves, claras y adaptadas al lenguaje y características socioculturales del grupo. La exposición de contenidos debe constituir sólo una parte marginal de las sesiones. Y para que éstas lleven a un aprendizaje significativo, es relevante establecer relaciones constantes entre los conocimientos previos de las personas asistentes y el contenido que se está exponiendo. Por tanto, es importante fomentar la retro-alimentación y comprobar que se ha captado el mensaje a partir de la participación activa.
- e. Colaboración.** También es primordial promover el establecimiento de alianzas y de apoyo mutuo entre las distintas personas que componen el grupo de preparación, haciendo preguntas, promoviendo la colaboración y el trabajo en grupo, realizando presentaciones, orientando el desarrollo de las destrezas que se persiga obtener.

- f. Programación.** Es conveniente organizar y adaptar los contenidos y las actividades a llevar a cabo, en función de las necesidades del grupo. Así como es importante compartir los objetivos perseguidos con las personas asistentes, resumiendo éstos y comprobando que todo el grupo los comprende a través de la solicitud continuada de retro-alimentación (hacer preguntas colectivas al respecto, invitar a la reflexión en los puntos importantes, contextualizar lo que se aprende en situaciones reales o simuladas, etc)
- g. Comunicación.** Las habilidades de comunicación son esenciales para una buena docencia. Poner en práctica la escucha activa, con uso de silencios adecuados, y el control de las expresiones faciales, gestos, etc., son factores de éxito a lo largo de la Preparación al Nacimiento y Crianza. Se deben utilizar los refuerzos verbales y no verbales a la participación de las personas asistentes. Asimismo, será de gran relevancia la utilización del coloquio, el diálogo o la discusión, con el fin de conocer las dudas, lo comprendido, lo reflexionado, los interrogantes, que la docencia va suscitando en las personas asistentes.
- h. Evaluación.** La evaluación es fundamental para conocer el resultado de los aprendizajes adquiridos en las sesiones. La evaluación concebida como la mejora continua, se debe realizar durante todo el proceso. Para conocer los conocimientos previos y poder hacer un diagnóstico que permita poner en marcha el aprendizaje experiencial, se debe hacer una evaluación inicial al comienzo de la formación. Y la evaluación del proceso seguido se debe ir realizando durante la actividad formativa (en diferentes módulos/sesiones...), lo que permitirá ir subsanando o bien reforzando las estrategias, métodos y recursos utilizados. Por último, debe hacerse también una evaluación final o de resultado. Además de la evaluación de aquellos criterios preestablecidos por quienes dirigen la actividad, también se pueden utilizar otras formas variadas de valoración del aprendizaje obtenido. Se puede solicitar a las personas asistentes una autoevaluación, así como se puede hacer uso de la hetero-evaluación o evaluación entre los distintos componentes del grupo. Estrategias distintas de evaluación del aprendizaje pueden ayudar a conocer el resultado de la Preparación al Nacimiento y Crianza desde diferentes perspectivas. Además de valorar el aprendizaje alcanzado, también es conveniente conocer la calidad percibida en la propia actividad docente y de educación sanitaria. Es decir, resulta muy útil conocer la opinión de las personas asistentes respecto a los contenidos trabajados, las estrategias de aprendizaje empleadas, la metodología, el estilo docente, el material aportado, la bibliografía, así como otros aspectos de clima, comunicación, etc. Recoger toda esta información permite hacer mejoras para futuros cursos o actividades de Preparación al Nacimiento y Crianza a partir de la introducción de aquellos cambios que la población va considerando pertinente.

1.4. MÉTODOS DE ENSEÑANZA

La selección del método es uno de los elementos fundamentales de los proyectos formativos según Fernández March (2006). Pero dichos métodos son muy diversos. Solo esta autora tiene catalogados alrededor de 30 métodos de enseñanza y estos los

divide en tres categorías (Fernández March, 2005):

a. Métodos de enseñanza basados en las exposiciones magistrales . b. Métodos orientados a la discusión y/o al trabajo en equipo . c. Métodos fundamentados en el aprendizaje individual .		
Lección magistral	Exposiciones formales	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencia por parte de un profesor/una profesora o profesional con experiencia académica
	Exposiciones informales	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición magistral informal • Exposición-demostración • Exposición presentada por las personas participantes
Trabajo en grupo	Seminarios	<ul style="list-style-type: none"> • Seminario clásico • Debate
	Estudio de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Método de Harvard • Redacción de casos por las personas participantes
	Enseñanza por pares	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto • Aprendizaje basado en problemas (ABP) • Trabajo dirigido o taller • Simulación • Juego de roles (dramatización y sociodrama)
Trabajo autónomo	Dirección de estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de aprendizaje • Programa de lecturas • Enseñanza cooperativa • Enseñanza a distancia
	Trabajo individual	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza modular • Audio-tutoría • Enseñanza personalizada • Enseñanza programada

Fuente: Fernández March (2005), modificado.

La lección magistral

Exposición oral complementada con el uso de medios audiovisuales y la introducción de algunas preguntas dirigidas a las personas participantes, con la finalidad de transmitir conocimientos y facilitar el aprendizaje.

La clase magistral es también conocida como “conferencia”, “método expositivo” o “lección magistral”. Esta última modalidad se suele reservar a un tipo especial de lección impartida por un docente en ocasiones especiales, con un contenido que supone una elaboración original y basada en el uso casi exclusivo de la palabra como vía de transmisión de la información a la audiencia (Coruña, 2012).

Debido a que es una de las técnicas más utilizadas, a continuación se van a exponer algunas de las estrategias para su mejora, propuestas por Imbernon (2009):

- a. Es conveniente conocer a las personas participantes con el fin de diseñar la estrategia más adecuada.

- b. Cuando el/la profesional es capaz de presentarse como una docente creíble, veraz y con experiencia, la audiencia escucha más activamente y acepta mejor sus sugerencias.
- c. Presentar argumentos tanto a favor como en contra de cuestiones polémicas es muy adecuado.
- d. Se debe advertir de la dificultad, si es que existe, relativa a algunas cuestiones o de la complejidad en alguna de las tareas planteadas. Si la tarea es compleja y genera ansiedad, es necesario ofrecer a las mujeres estrategias y recursos de reducción de esta ansiedad.
- e. Exponer las ideas de otros expertos (argumentos de modelo) cuando se enfrentan a problemas similares en el tema que se está tratando.
- f. Si la visión que aporta el/la docente es discutida por otros expertos, se han de mostrar estos puntos de vista polémicos.
- g. Si el problema o tema es complejo para el grupo, se han de dar las soluciones y suficiente tiempo; si el problema o tema no es tan complejo, es mejor permitir que el grupo extraiga sus propias conclusiones.

Otras Técnicas

Otras actividades son las basadas en técnicas de trabajo en grupo o técnicas grupales que a continuación se detallan.

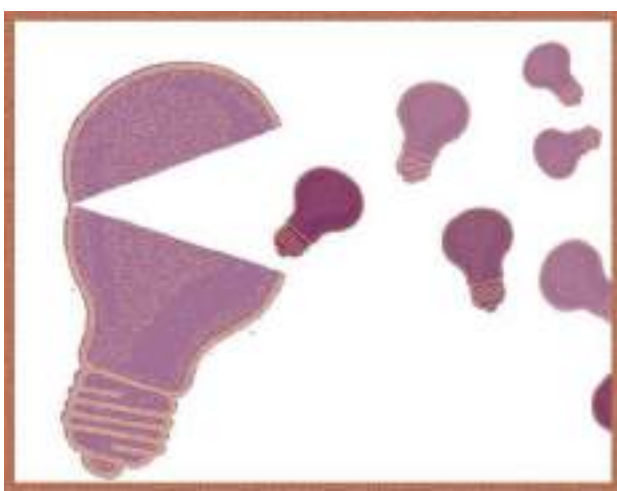
1.4.1. Actividades iniciales de presentación

De gran utilidad por la información que proporcionan sobre el grupo, las técnicas de presentación sirven también para conseguir que el grupo empiece a funcionar de modo dinámico, facilitando la participación de sus integrantes.

Se pueden conseguir importantes beneficios de su uso, siempre que se realicen de forma adecuada, respetando los tiempos y las particularidades de las personas asistentes.

1.4.2. Ideas previas y motivación

Es fundamental en cualquier proceso de aprendizaje tener en cuenta los elementos previos que ya son dominados por las discentes, porque será a partir de ellos que se elaboren los nuevos conocimientos. Es conveniente por tanto realizar una evaluación diagnóstica sobre los aspectos esenciales del programa de Preparación al Nacimiento y Crianza, y sobre la motivación de las personas asistentes.



1.4.3. Lluvia de ideas (“Brainstorming”)

Esta técnica permite la participación de todas las personas componentes del grupo en el abordaje de una cuestión de interés.

Lo primero que ha de hacerse es plantear al grupo el tema sobre el que se quiere trabajar. Se pedirá a todas las integrantes que digan cualquier idea que les parezca sobre el tema.

Para que la técnica tenga éxito será esencial no valorar las aportaciones de las personas asistentes hasta que termine el periodo de participación. El/la docente irá apuntando todas las aportaciones en un papelógrafo o pizarra. Una vez apuntadas todas se hará una revisión por parte del profesional, planteando una visión general del tema a partir de estas ideas previas.

1.4.4. Modelo de aprendizaje reflexivo-experiencial

El aprendizaje reflexivo-experiencial diseñado en la Universidad de Harvard (Kolb, 1984; 1999), consiste en un ciclo de 4 etapas: experimentar, reflexionar, pensar y actuar. Se aprende de modo distinto en cada una de estas etapas, que se van interrelacionando entre sí:

- a. Situación real de partida para el aprendizaje, que consiste en una experiencia práctica.
- b. Después de reflexionar sobre este punto de partida y recopilar información, puede compartirse lo conseguido en un grupo pequeño.
- c. Posteriormente es tiempo de interconectar todas las reflexiones y datos que se han obtenido, promoviendo la interiorización de lo aprendido.
- d. La última fase es la aplicación en la práctica de lo interiorizado.

1.4.5. Análisis de fuentes documentales

Supone la utilización de documentos audiovisuales y/o bibliográficos (fragmentos de reportajes documentales o películas, noticias de actualidad, paneles gráficos, fotografías, biografías, artículos, textos legislativos, etc.) relevantes para la temática de la materia con actividades específicamente diseñadas para el análisis de los mismos. Se puede emplear como introducción general a un tema, como instrumento de aplicación del estudio de casos, para la explicación de procesos que no se pueden observar directamente, para la presentación de situaciones complejas o como síntesis de contenidos de carácter teórico o práctico (Coruña, 2012).

1.4.6. Aprendizaje colaborativo

Se trata de cambiar el foco desde una posición pasiva del conjunto de participantes en el grupo, hacia un papel fundamentalmente activo. La persona que coordina ocupará un lugar secundario y se limitará, sobre todo, a supervisar y dar consejo a las personas asistentes durante la realización de las actividades didácticas desarrolladas en las sesiones presenciales. El aprendizaje colaborativo mejora mucho las capacidades de interrelación antes, facilitando la participación de las personas asistentes en la creación de una postura común del grupo.

1.4.7. El Phillips 66

Es una técnica de dinámica de grupos o técnica grupal educativa. Su objetivo es aumentar la intervención de los miembros del grupo, discutir y analizar un problema de manera simultánea, motivar una discusión ordenada entre las personas participantes y posibilitar un intercambio de puntos de vista.

Se formula un tema (que después se subdividirá), y se pide que para su realización el grupo grande se subdivida a su vez en grupos de seis personas que, a su vez, tratan de dar una respuesta en común en seis minutos al tema propuesto inicialmente. En cada grupo debe elegirse un/a portavoz que una vez terminado el plazo, debe llegarse a un acuerdo para finalizar con una puesta en común.

Esta técnica permite que se desarrolle la capacidad de síntesis; contribuye a que se supere el temor a hablar ante otras personas; fomenta el sentido de responsabilidad y estimula la participación de todos los miembros del grupo.

1.4.8. Debate dirigido

Es un intercambio de ideas sobre un tema determinado y puede servir para aproximarse a una situación desde distintos puntos de vista, tiene como objetivo conocer todos los aspectos de un tema o asunto, a través de la exposición de las opiniones que sobre éste tienen todos los integrantes de un grupo (Imbernon & Medina, 2008).

Las personas participantes deben saber que se va a realizar esta estrategia y así pueden informarse para actuar con libertad de conocimientos y con un clima de respeto a sus oponentes. El debate no durará más de una hora y no participarán más de 12 personas. El/la docente o coordinador/a presenta el tema, y las condiciones de realización:

- a. Es importante la participación de todas las personas participantes.
- b. Se debe agotar el tema, situación o conflicto.
- c. Las argumentaciones han de ser lógicas evitando en todo momento los personalismos.
- d. La aceptación y el respeto por las personas participantes.
- e. La persona que coordina el grupo presenta el tema, conduce el debate y hace una síntesis del mismo al finalizar.

1.4.9. Juego de roles

Técnica de dinámica de grupos que tiene como objetivo ayudar a desarrollar la perspectiva social y la empatía mediante la representación de diferentes papeles dentro de situaciones conflictivas donde intervienen diferentes posturas que tienen que ser combinadas. Se utiliza para trabajar las relaciones interpersonales, el comportamiento, los valores y las actitudes.

Suelen llamar a las diferentes clases de juegos de rol de la manera siguiente:

- a. Psicodrama: Se utiliza principalmente con fines terapéuticos.
- b. Dramatización: Se utiliza con fines pedagógicos.

c. Sociodrama: Se utiliza con fines pedagógicos.

1.4.10. Mesa redonda

Técnica de dinámica de grupos en que un grupo de especialistas en un tema, que tienen puntos de vista divergentes o contradictorios, llevan a cabo una discusión delante de un grupo, el cual debe ser moderado por alguien asignado para ello.

1.4.11. Simulación

Consiste en la representación de un fenómeno de naturaleza física, técnica, psicológica, social y cultural que permite un análisis más sencillo, económico o inocuo que si se llevara a cabo sobre el original o en la realidad. Se pone al sujeto ante unas condiciones hipotéticas en las cuales se prueba su comportamiento ante situaciones concretas, sus conocimientos, su capacidad de analizar alternativas y sus consecuencias.

Se basa, por tanto, en la configuración de situaciones similares a las que se producen en un contexto real, con la finalidad de utilizarlas como experiencias de aprendizaje o como procedimiento para la evaluación.

1.4.12. Aprendizaje basado en problemas (ABP)

El ABP es una actividad constructiva, “aprender haciendo”, una forma de enseñanza deductiva, una conjunción de la teoría y la práctica que permite utilizar estrategias de razonamiento para combinar y sintetizar datos, en la cual el punto de partida es un problema lo más cercano a la realidad donde el educando, mediante la participación activa en el grupo, identifica necesidades e integra conocimientos utilizando múltiples recursos.

1.5. CAPTACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, PAREJAS O ACOMPAÑANTES

La Preparación al Nacimiento y Crianza es una actividad que suele ser muy bien valorada por quienes la realizan. No obstante, una parte importante de la población a la que se ofrece no llega a acudir a las sesiones, detectándose además cierta tendencia a que esta falta de asistencia sea más frecuente en sectores de la población a las que dicha actividad docente podría beneficiar de forma especial (mujeres/parejas inmigrantes, con escasos recursos económicos y/o culturales, etc.)

Por ello es muy importante que el equipo de Atención Primaria haga todos los esfuerzos posibles para mejorar las tasas de captación de gestantes en la Preparación al Nacimiento y Crianza. Aunque cada profesional conoce sus propias circunstancias laborales, poblacionales, etc., las siguientes recomendaciones quizás puedan tener utilidad para conseguir que aumente el número de gestantes/parejas-acompañantes que acuden a las sesiones.

- Establecimiento de una o varias sesiones iniciales de Preparación al Nacimiento y Crianza en el primer trimestre de gestación.

- La cercanía temporal entre la primera visita y la sesión de primer trimestre puede facilitar la asistencia.
- Una buena experiencia de aprendizaje al inicio de la gestación puede favorecer que la gestante quiera participar en el resto de sesiones cuando alcance las 28 semanas de embarazo.
- Oferta universal de esta sesión de primer trimestre durante la primera visita de seguimiento del embarazo.
- Registro por escrito, en el Documento de Salud de la Embarazada, de todas las citas para Preparación al Nacimiento y Crianza.
- Registro digital, en el módulo de citación de DIRAYA, de todas las citas para Preparación al Nacimiento y Crianza.
- Creación de un listado de mujeres citadas a cada grupo de Preparación al Nacimiento y Crianza. Aunque algunos profesionales siguen utilizando un cuaderno para hacer el registro de los grupos, DIRAYA permite extraer e imprimir un listado de citas previstas para la actividad “Educación Maternal”.
- Aviso por SMS. Muchas consultas de planificación familiar de Atención Primaria del SSPA cuentan con un teléfono móvil desde el que se pueden enviar SMS, lo que los convierte en una magnífica herramienta de captación. Si el/la profesional crea una plantilla de texto en su terminal con un mensaje de citación (por ejemplo, “La primera sesión de Preparación al Nacimiento y la Crianza tendrá lugar en el Centro de Salud de _____ el próximo día __ a las ___ horas. Profesional CS _____”), solo tendrá que incluir los números de teléfono de cada grupo de mujeres para hacer una captación activa de las mismas. Se recomienda enviar los SMS cuando falten solo unos días para la realización de la primera sesión.
- Aviso telefónico. Es tanto o más efectivo que el método anterior, pero necesita una dedicación mucho mayor de tiempo y esfuerzo por parte del equipo sanitario.
- Carteles. Es conveniente colocar en el Centro de la Salud (sobre todo, cerca de la consulta), carteles indicativos de las fechas de próximos grupos de Preparación al Nacimiento y Crianza. Esto es especialmente útil cuando se utiliza la metodología de grupos abiertos.
- Convocatorias en páginas web: Cada vez son más los centros sanitarios que disponen de su propio sitio web, por lo que en estas también pueden incluirse convocatorias para participar de las sesiones de Preparación al Nacimiento y Crianza.
- Captación de líderes. En los colectivos de mujeres inmigrantes suele haber personas que desempeñan una labor de liderazgo dentro del grupo, bien por su actitud personal de servicio, bien por su manejo del idioma local, o por ambos u otros motivos. Incorporar a estas mujeres a la Preparación al Nacimiento y Crianza (incluso pidiéndoles que expongan su propia experiencia o su punto de vista sobre alguno de los contenidos del programa), puede favorecer la asistencia de muchas mujeres inmigrantes.
- Captación de las parejas. La asistencia de las parejas de las gestantes enriquece al grupo desde un punto de vista didáctico y puede facilitar (medios de transporte, apoyo mutuo, etc.) la asistencia de las mujeres. En caso de que el espacio disponible sea muy pequeño, puede ser conveniente dividir el grupo en dos, para no excluir a las parejas.
- Adecuación de horarios. Es importante tener en cuenta que los horarios son un factor decisivo para muchas personas a la hora de decidir si asisten o no a la Preparación al Nacimiento y Crianza, especialmente en el caso de las mujeres que ya

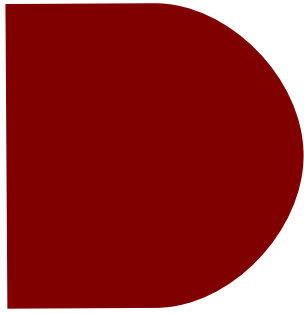
tienen otros hijos/as. La realización de sesiones de no más de 100 minutos de duración puede ser un factor facilitador para la asistencia.

- Sesiones online: Dada la actual coyuntura de pandemia por COVID-19 es conveniente habilitar la posibilidad de realizar las sesiones de Preparación al Nacimiento y Crianza a través de videoconferencia, para lo que siguen teniendo validez muchas de las indicaciones recogidas anteriormente. Las diferentes plataformas digitales disponibles aportan algunas herramientas más para la captación de las personas participantes (invitación por correo electrónico con enlace, etc.)

Todos los contenidos expuestos anteriormente son orientaciones generales de carácter didáctico, para que los y las profesionales que se dediquen a la Preparación al Nacimiento y Crianza puedan usarlas adaptándolas a las situaciones y características peculiares de cada grupo. En la siguiente sección aparecerán diferentes propuestas concretas, en función de las temáticas, para cada una de las sesiones.

En anexos adjuntos se encontrarán las presentaciones digitales que desarrollan estas propuestas didácticas. Todas ellas irán desarrolladas de acuerdo al siguiente esquema de contenidos:

- a.** Número de sesión y título de la misma.
- b.** Trimestre en el que se va a desarrollar.
- c.** Esquema de contenidos.
- d.** Objetivos:
 - Conocimientos.
 - Habilidades.
 - Actitudes.
- e.** Propuesta de diseño de la actividad docente
- f.** Recursos
- g.** Desarrollo de los contenidos de la sesión.



SECCIÓN II.

PROPUESTA DE SESIONES GRUPALES

Se propone en esta sección la realización de un programa básico con un mínimo de seis sesiones formativas, que abarcan los temas esenciales abordados habitualmente: Embarazo, Parto, Puerperio, Lactancia y Cuidados del Recién Nacido. No obstante, la amplitud y duración del programa de Preparación al Nacimiento y Crianza habrá de ajustarse a las circunstancias de cada centro, profesional y población. Se incluye también una sesión específica sobre Parentalidad Positiva, lo que supone una importante novedad respecto a los programas formativos habituales. La apuesta innovadora que hace esta Guía en este sentido se incluye en una estrategia general sobre Parentalidad Positiva de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, que se pretende sea transversal al conjunto de actuaciones sanitarias destinadas a la atención infantil, en todas sus etapas.

La Parentalidad Positiva es un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes de madres/padres/cuidadoras/cuidadores que favorecen un desarrollo saludable y una integración satisfactoria del recién nacido en el seno de su familia. Dada la importancia de estos contenidos, se aboga por incluirlos de manera transversal a lo largo de las diferentes sesiones de la Preparación al Nacimiento y la Crianza (de ahí la extensión de los contenidos que se ofrecen en las diferentes sesiones, que deben servir más como guía para el/la profesional que como contenido textual a transmitir a las personas asistentes). No obstante, serán en la primera, tercera y sexta sesión en la que se aborden con mayor profundidad.

La Preparación al Nacimiento y Crianza se ve influida por numerosos factores externos a los y las profesionales que la imparten. Factores que pueden conllevar una importante variabilidad en los programas formativos impartidos en distintos Centros de Salud. Los recursos materiales (fundamentalmente las infraestructuras), la dispersión geográfica dentro de una misma Zona Básica de Salud, la mayor o menor carga de trabajo de cada equipo de Atención Primaria, pueden facilitar o dificultar la realización de este tarea pedagógica. Por ello las siguientes sesiones se ofrecen a modo de propuesta y no como una estructura rígida a seguir.

También la experiencia y preparación de cada profesional es diferente, por lo que se ha preferido aportar una cantidad de contenidos teóricos suficientemente amplia como para poder servir de soporte a quienes se incorporen por primera vez a la Atención Primaria. Mucha de esta información será poco relevante para el/la profesional experto en la labor que se desarrolla en este nivel asistencial.



PRIMERA SESIÓN: EMBARAZO 1º TRIMESTRE

CONTENIDOS

OBJETIVOS

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

RECURSOS

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

CONTENIDOS

En las mujeres, desde la fecundación hasta el momento del parto, ocurren una serie de modificaciones normales, tanto en su cuerpo como en sus funciones vitales, sentimientos y emociones; del mismo modo, la relación con su círculo social (pareja, familiares, amistades, etc.), conlleva la creación de unas expectativas y necesidades a cubrir que van cambiando durante el curso de la gestación. Progresivamente se va considerando al feto como un ser independiente del cuerpo de la madre, como una criatura con personalidad propia que va despertando afecto poco a poco.

Para un correcto abordaje de esta sesión es fundamental afrontar estos cambios físicos, psíquicos y sociales como un proceso gradual y fisiológico de adaptación al embarazo.

En la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), para la promoción de la salud en el embarazo, se recomienda “conocer la disposición emocional de la mujer hacia el embarazo y los cambios que la maternidad conlleva”. En este sentido, se aconseja incluir en esta sesión información de las modificaciones que surgen durante la gestación, así como aquella que permita fomentar estilos de vida saludables y el bienestar en mujeres y familiares. Además, conocer estos cambios favorece a vinculación afectiva positiva de padres y madres hacia su criatura en desarrollo, estableciendo unas relaciones óptimas desde el embarazo.

Los aspectos a tratar en esta sesión son:

Cronología de la atención al embarazo

- Control del embarazo
- Documento de Salud de la Embarazada

Cambios físicos y fisiológicos en el embarazo

- Útero, vagina, ovarios y trompas de Falopio
- Pelvis y sus articulaciones
- Abdomen
- Mamas
- Peso
- Aparato circulatorio
- Aparato respiratorio
- Aparato urinario
- Aparato digestivo
- Cambios hormonales
- Columna vertebral

Cambios en los sentimientos

Cambios generales
Cambios en el primer trimestre
Cambios en el segundo trimestre
Cambios en el tercer trimestre

La familia: espacio esencial de socialización

Descripción
Tipos de familia

Desarrollo personal de madres/padres/cuidadoras/cuidadores

Satisfacción vital y autoestima de los futuros padres y madres
Promoción de roles igualitarios

Vinculación prenatal.

Concepto de apego y vinculación
Influencias del estado emocional materno en el bebé

Salud y embarazo

Alimentación
Sustancias tóxicas y agentes peligrosos
Higiene y belleza
Cuidados posturales
Sueño y descanso
Ocio y deporte
Viajes
Trabajo
Sexualidad

Signos de alerta durante el embarazo

OBJETIVOS

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- conocerá los cambios que conlleva el embarazo, su estado de salud y su reacción física y emocional hacia el proceso de la gestación y sus modificaciones.
- reconocerá las señales de alerta durante el embarazo.
- conocerá los principales tipos de familia y su importancia en el desarrollo durante la infancia.
- comprenderá la importancia de mantener un adecuado bienestar físico y psicológico como aspecto necesario para promover un desarrollo saludable en sus hijos/as.
- sabrá identificar qué es el apego, así como su importancia en el desarrollo infantil.
- comprenderá la importancia de la vinculación afectiva desde el periodo prenatal.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- será capaz de mantener y/o incorporar hábitos y estilos de vida saludables
- estará preparada para utilizar estrategias adaptativas ante los cambios físicos, sentimentales, familiares y sociales.
- podrá utilizar estrategias más eficaces para lograr su bienestar personal y familiar.
- sabrá hacer uso de estrategias más eficaces para promover la vinculación prenatal.
- será capaz de entablar una vinculación satisfactoria con su hijo o hija.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- tomará conciencia de forma positiva de los cambios que conlleva la gestación, aprendiéndolos como fisiológicos.
- comprenderá la relevancia que cobran durante el embarazo todas las actividades interactivas materno-paterno-fetales que incrementen el apego prenatal.
- asumirá la importancia de detectar signos de alerta, entendiéndolos no como problemas graves, sino como motivo de consulta al centro sanitario.
- asumirá la importancia de expresar ternura y afecto al bebé, incluso antes de su nacimiento.
- valorará como muy positivo establecer un apego seguro con su hijo/a
- se mostrará dispuesta a mejorar su propio bienestar personal como medio

para promover un desarrollo saludable en su hijo o hija.

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en aproximadamente 100 minutos (teniendo siempre en cuenta que la duración de la sesión habrá de adaptarse a las circunstancias y que la transmisión de contenidos teóricos no es el único objetivo de la sesión), manteniendo por parte del conductor/a de la sesión un estilo docente democrático.

1. **Bienvenida** y presentación de objetivos y contenidos de la sesión. (5 minutos).
2. **Técnica de grupo.** Lluvia de ideas: Se pedirá a todas las personas participantes que digan en voz alta las principales *modificaciones fisiológicas*, tanto físicas como psicológicas, *que ocurren durante el embarazo*, así como hábitos de vida saludables y gestos encaminados a desarrollar una estrecha relación con el feto. El/la docente las anotará en una pizarra o papelógrafo. Esta dinámica servirá también como breve presentación de las personas participantes (20 minutos).
3. **Exposición** teórica de los contenidos sobre desarrollo y modificaciones fisiológicas del embarazo, signos de alerta y comportamientos de padres y madres encaminados al proceso de aproximación afectiva hacia el bebé no nacido, relacionándolos con la lluvia de ideas, permitiendo el debate y aplicando la conclusión guiada. (10 minutos).
4. **Exposición** teórica de los contenidos sobre la familia como contexto de socialización y la necesidad de promover una parentalidad positiva desde el fomento del bienestar de madres/padres/cuidadoras/cuidadores y de la adecuada Binteracción padres/madres-bebé (5 minutos).
5. **Dinámica grupal sobre la promoción de roles igualitarios** como estrategia para favorecer una mayor satisfacción vital (10 minutos).
6. **Puesta en común de las conclusiones** (10 minutos).
7. **Exposición teórica sobre la influencia del estado emocional materno en el feto** (5 minutos).
8. **Exposición teórica** apoyada con el visionado de un **vídeo** sobre el concepto del apego y la importancia de la vinculación prenatal (10 minutos).
9. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
10. Breve sesión de **ejercicio físico**, según indicaciones de la sección III (10 minutos).
11. **Despedida** y emplazamiento para continuar con el programa.

RECURSOS

- Ordenador.
- Proyector.
- Pizarra o papelógrafo.
- Rotuladores.
- Diapositivas de la sesión.
- Ficha “Reparto de tareas”.
- Papeles y lápices.
- Vídeo sobre “vinculación prenatal”.
- Material complementario sobre Parentalidad Positiva.
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

- Reproducción humana
- Cronología de la atención al embarazo
- Cambios físicos y fisiológicos en el embarazo
- Cambios en los sentimientos
- La familia: espacio esencial de socialización
- Desarrollo personal de madres/padres/cuidadoras/cuidadores
- Vinculación prenatal
- Salud y embarazo
- Signos de alerta durante el embarazo

Reproducción humana

Fecundación

Ocurre en el tercio externo de la trompa de Falopio y consiste en la unión de un espermatozoide con el óvulo de la mujer, formando el huevo fecundado, momento a partir del cual, y por una serie de procesos químicos, el óvulo será inaccesible a otros espermatozoides. Habitualmente este proceso ocurre en la mitad del ciclo menstrual, aproximadamente 14 días tras el primer día de la última menstruación, aunque es variable dependiendo de la duración del ciclo de cada mujer. Durante aproximadamente dos días el óvulo fecundado permanece en la trompa y alcanza el útero a los 3-4 días post-fecundación, donde tras una serie de procesos mecánicos, físicos, químicos e inmunológicos se implanta en el endometrio (octavo día post-fecundación).

Desarrollo del bebé en el útero materno

Desde el momento en el que el espermatozoide introduce la carga genómica en el óvulo y contacta con la de este último, quedan ya determinadas características propias del nuevo ser como son el color de piel, de pelo, de ojos, sexo, personalidad, etc.

El desarrollo del huevo dará lugar al feto y los anejos fetales que son el cordón umbilical, la placenta y las membranas. La cavidad amniótica está rellena de líquido amniótico, donde se halla el feto.

El cordón umbilical suele tener unos 2 cm de grosor y alrededor de 50 cm de largo. Se inserta en la placenta por la cara fetal. En su interior existen en condiciones normales dos arterias que llevan sangre venosa y una vena que lleva sangre oxigenada. El cordón está recubierto por la gelatina de Wharton.

La placenta es el órgano primordial en todo el embarazo para el desarrollo del feto. Sus funciones principales son: nutrición, regulador del crecimiento y metabolismo embrionario. También funciona como una extraordinaria glándula endocrina (secreción de hormonas que aseguran el futuro de la gestación). Lleva el oxígeno y los nutrientes de la madre al feto. Evita el paso de agentes patógenos y sustancias para proteger el feto. Su forma es de disco, suele tener unos 20 cm. de diámetro y de 2 a 3 cm. de grosor. Tiene dos caras: fetal y materna. La primera es lisa, con tonos blancos y azulados, y es donde se inserta el cordón umbilical. La cara materna contiene los cotiledones, es rugosa y sangrante.

Las membranas están formadas por tres capas (de fuera hacia el interior): decidua (membrana de origen materno), corion y amnios (estas dos son membranas fetales). Tienen funciones de protección, nutrición, de respiración y excreción.

El líquido amniótico protege al feto, le sirve de aislamiento térmico y forma lo que se conoce con el nombre de la bolsa de las aguas, donde el feto se mueve en su interior libremente. Puede llegar a tener un volumen de 1 litro. Tiene una importante función metabólica.

El parto a término ocurre entre la semana 37 y 42 desde la fecha de última regla (el comienzo de la gestación se cuenta desde el primer día de la última regla), si bien la fecha probable de parto es considerada la semana 40, lo que equivale a 280 días de amenorrea. En todo este tiempo, el desarrollo del nuevo ser pasa por tres fases:

a. Periodo preembrionario: Va desde el momento de la fecundación hasta que se forma el llamado disco embrionario. Comprende las tres primeras semanas del embarazo.

b. Periodo embrionario: Abarca desde la 4ª hasta la 8ª semana.

- En la 3ª semana el feto tiene el corazón y una circulación sanguínea primitiva. Longitud: 2mm.
- Al final de la 4ª semana, empieza a formarse el cerebro, riñones, hígado, aparato digestivo y lo que en un futuro serán los miembros inferiores y superiores. Se forma el cordón umbilical. A partir de este tiempo, la cabeza aumenta considerablemente debido al aumento del cerebro. Longitud: 5 mm.
- Entre la 6ª y la 7ª semana, se desarrollan las extremidades y lo que más adelante serán las orejas y el conducto auditivo externo. Longitud: 30 mm.
- En la 8ª semana, la cabeza queda bien diferenciada y ya se aprecian los ojos, párpados, nariz, boca, orejas, brazos y piernas. Los principales órganos se han formado y el corazón inicia su latido. Longitud: 40 mm.

c. Periodo fetal: Abarca desde la semana 9 hasta el final del embarazo y en esta fase el cuerpo crece y se produce el desarrollo de todos los órganos y tejidos que se formaron en el periodo embrionario.

- Entre la 9ª y la 12ª semana, el feto adquiere una forma humana. Realiza movimientos, si bien la madre no llega a percibirlo. La cabeza es más grande que el cuerpo. Al final de este tiempo, se pueden distinguir los genitales externos. Longitud 10 cm.
- Entre la 13ª y la 20ª semana, los genitales están bien formados; se produce el vérmix caseoso que, con una gran cantidad de grasa, recubre al feto, protegiendo la piel mientras se va desarrollando. Lo más frecuente es que entre la 17 y la 20 semana (4-5 meses), los movimientos empiecen a ser percibidos por las embarazadas. El latido cardíaco puede ser auscultado y oírse con nitidez.
- Entre la 21-29 semana, aparece pelo, crecen las cejas y pestañas. La piel se recubre de un vello fino, el lanugo. Los ojos se abren. Al final de esta podría pesar algo más de 1000 gr. y medir unos 35 cm.
- Desde la 30 a la 34 semana de gestación se completa la maduración pulmonar, la del aparato digestivo, existe reflejo pupilar y el feto empieza a ganar peso considerablemente, debido al acúmulo de grasa.

- A partir de la semana 35, el crecimiento es progresivo, aumenta el tamaño corporal, crecen las uñas y el pelo, los movimientos son más bruscos y vigorosos y el lanugo desaparece conforme madura el feto.

Cronología de la atención al embarazo

Control del embarazo

Si bien el embarazo es un proceso totalmente fisiológico, los profesionales deben resaltar la importancia del control de embarazo, más aún si en los antecedentes maternos, familiares o del progenitor aparecen enfermedades de interés, hereditarias, tratamientos habituales o complicaciones en anteriores gestaciones.

En el Sistema Sanitario Público Andaluz los controles del curso del embarazo vienen definidos en el Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. En él se determina el número de visitas (de 8 a 10, una al mes, aproximadamente) y la frecuencia de éstas dependerá de si es un embarazo de bajo riesgo o no, pues si existen desviaciones de la normalidad requerirá visitas más próximas en el tiempo; las actividades educativas (formativas/informativas); las exploraciones; y las pruebas diagnósticas o complementarias.

Básicamente, se ofertan las siguientes actividades:

- Consulta preconcepcional:** Se pretende detectar riesgos y antecedentes que indiquen un especial control del embarazo. El ácido fólico previene de malformaciones del tubo neural y es el momento de asesorar sobre su administración, así como sobre la de yodo.
- Seguimiento del embarazo:** Se realiza conjuntamente entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria y especializada). Los profesionales sanitarios competentes para esta tarea son: obstetras, matronas, médicos/as de familia y enfermeras/os. En estas consultas se actualiza la historia clínica, se abre el Documento de Salud de la Embarazada, se solicitan analíticas de sangre y orina, se realizan ecografías y otras exploraciones de carácter general (peso, talla, constantes, altura uterina, etc.) o más específicas, como citologías, cultivos de exudado vaginal, etc. Si existen patologías previas o aparece alguna otra en el curso del embarazo, se solicitará consulta a otros especialistas o incluso podría remitirse el caso a las consultas del hospital de referencia, si fuese conveniente.
- Visita puerperal:** Es importante destacar que se abordará su contenido a lo largo del programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.

Documento de Salud de la Embarazada

Será conveniente destacar que las gestantes deben llevarlo siempre consigo, pues es el documento oficial que la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía edita con el fin de que cada mujer tenga registrada toda la información sobre la evolución del embarazo. Por ello, ha de tener en cuenta que si precisara atención sanitaria en cualquier momento y en cualquier lugar, la información contenida en este

documento se vuelve especialmente importante en términos de seguridad y calidad en la atención.

Cambios físicos y fisiológicos en el embarazo

La mayoría son debidos a la influencia hormonal que del embarazo se deriva y tiene por objeto una mejor adaptación al nuevo estado.

Útero

El útero crece con el objeto de albergar al feto y los anejos fetales. Cambia de forma, de consistencia (se reblandece), de posición, de situación y es más probable que se produzca un aumento de la excitabilidad y contractibilidad. No obstante, las contracciones suelen ser irregulares, aparecen generalmente con un estímulo físico (actividad física) o psíquico (estrés, tensión) o por infecciones urinarias que deben tratarse. Desaparecen en los dos primeros casos con reposo y relajación y en el último, con el tratamiento específico. No obstante, existen contracciones que son normales e indoloras (contracciones de Braxton-Hicks).

El cuello uterino también sufre modificaciones entre las que está la hipertrofia de la mucosa. El cuello se llena de un moco denso, que cierra el orificio cervical para imposibilitar la entrada de agentes infecciosos a la cavidad uterina: es el tapón mucoso de Hoffmeier. Cabe destacar la importancia del mismo y que su expulsión, por sí sola, no indica ningún problema o complicación si se produce después de las 36 semanas de gestación. Si se expulsa antes de la 36 semana de gestación hay que valorar la existencia de contracciones que puedan adelantar el parto y comprometer el bienestar fetal.

Vagina

La vagina se vuelve más elástica y aumenta de tamaño, cambia de color (violácea) y aumenta la cantidad de flujo (blanquecino). Si aparecen cambios en el olor o color acompañados de prurito o escozor habrá que descartar una infección vaginal. No obstante, es de especial importancia aconsejar para prevenir infecciones vulvovaginales el uso de ropa interior de algodón, no utilizar prendas muy ajustadas y no utilizar *salvaslips* ni tampones.

Ovarios y trompas

La ovulación queda inhibida en el embarazo y las trompas alteran su dirección y situación y sufren procesos de relajación.

Pelvis y sus articulaciones

Las articulaciones sacroilíacas están más blandas de lo habitual en los últimos meses de la gestación a consecuencia de la relaxina. Esto puede producir pinchazos al caminar deprisa o al agacharse. El coxis presenta cierta movilidad en esta etapa y puede molestar al sentarse.

Abdomen

Se distiende considerablemente y por ello es frecuente la aparición de estrías. Existe un borbamiento del ombligo y en ocasiones aparece diástasis de los músculos rectos anteriores del abdomen. También puede observarse una hiperpigmentación de la línea alba, lo mismo que sucede en cara y cuello, lo que se conoce con el nombre de cloasma gravídico.

Mamas

Se debe señalar que es normal una mayor sensibilidad, un aumento de la tensión y hormigueo en las primeras semanas. Aumentan de tamaño, incluido el pezón, aumenta la vascularización (red venosa de Haller), y existe una hiperpigmentación de pezones y areolas. Pueden aparecer estrías. En la segunda mitad del embarazo puede existir actividad secretora y producirse la salida de calostro. También se puede manifestar una hipertrofia de los tubérculos de Montgomery.

Peso

El peso aumenta de forma progresiva. Las gestantes han de tener en cuenta que de no tener el peso adecuado se debe vigilar el aumento de éste. Dentro de la normalidad, la ganancia ponderal debe oscilar entre 8-12 kg, si bien se recomienda que ésta se haga de forma homogénea desde las primeras semanas hasta el nacimiento.

Aparato circulatorio

Aumenta el volumen sanguíneo en un 30-40%. El volumen plasmático aumenta más en proporción al volumen de hematíes, lo que da lugar a una dilución de éstos provocando la “anemia fisiológica de la embarazada”.

El corazón aumenta de tamaño y cambia su posición ligeramente (hacia arriba y a la izquierda) debido a la elevación del diafragma y al aumento de volumen cardíaco. La frecuencia cardíaca puede aumentar en 10-15 pulsaciones/minuto.

Se debe explicar a la mujer/pareja o acompañante la posibilidad de que aparezca el síndrome de hipotensión supina, consistente en un descenso de la tensión arterial, acompañado de sudoración fría, palidez y mareos. Esto ocurre por la presión que el útero realiza sobre la vena cava inferior. Se ha de tener en cuenta que esto ocurre cuando la mujer embarazada se encuentra en decúbito supino y que mejora colocándose en decúbito lateral izquierdo.

El aumento de peso provoca una compresión de la circulación de retorno de las extremidades inferiores, así como en la vulva y venas profundas de la pelvis. Al enlentecerse el retorno a consecuencia de la presión uterina sobre la vena cava inferior y las ilíacas, pueden aparecer edemas, varices y hemorroides.

Se debe tener en cuenta la importancia de establecer medidas higiénico-dietéticas para la prevención de edemas, varices y hemorroides:

a. Edemas

- Los edemas de los miembros inferiores mejoran con el descanso nocturno, pudiendo aparecer al levantarse edemas en cara y manos.
- Si persisten se deben realizar controles periódicos de tensión arterial, dieta baja en sal y con alto contenido proteico y diurética (piña, espárrago y puerro), reposo en decúbito lateral izquierdo.

b. Varices

- Evitar estar de pie sin moverse durante un espacio largo de tiempo.
- Repartir el peso del cuerpo entre ambas piernas, utilizando un reposapiés.
- Descansar con las piernas elevadas.
- No utilizar prendas o calzados que compriman.
- Caminar.
- Practicar ejercicios circulatorios.

c. Hemorroides

- Evitar el estreñimiento con alimentos ricos en fibra y líquidos abundantes.
- Ejercicio moderado.
- Ejercicios de Kegel.
- Limpieza cuidadosa de la zona anal.
- Evitar comidas picantes.
- A éstas medidas añadiremos aplicación de frío local 2-3 veces/día en caso de que aparezcan.

Aparato respiratorio

El gasto/consumo de oxígeno está aumentado. Puede aparecer dificultad respiratoria, con respiraciones frecuentes, poco profundas e insatisfactorias que se compensan con un suspiro. Son debidas a la pérdida de capacidad pulmonar por la presión del útero. Es fisiológica y como medidas de prevención se deben aconsejar ejercicios respiratorios. La respiración puede cambiar de ser habitualmente abdominal a llevarse a cabo de forma torácica, lo cual se debe a la elevación del diafragma, al tamaño del útero y a la separación que se produce entre las costillas.

Aparato urinario

Puede existir un aumento en el deseo de orinar, debido a la presión que ejerce el útero sobre la vejiga. El embarazo predispone a las infecciones de orina, por lo que se ha de tener en cuenta esto para que la mujer, ante síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, etc.), acuda a un centro sanitario para su valoración. La progesterona es la hormona que favorece la dilatación y disminución del tono de los uréteres, facilitando las infecciones y pielonefritis.

Aparato digestivo

Por causas hormonales es frecuente que surjan cambios en el apetito, aumentando más en el tercer trimestre que en el primero, ya que en éste suelen aparecer náuseas y

vómitos, por causa de las altas concentraciones de BhCG. Las principales modificaciones son:

a. Boca:

- Gingivitis: las encías están inflamadas y sangran fácilmente a causa de la hiperemia.
- Caries: está causada por la alteración del pH de la saliva debido a las hormonas del embarazo, unida a la acumulación de placa bacteriana.
- Prevención: Control odontológico, lavado frecuente y suave de los dientes.

b. Estómago:

- Se encuentra desplazado hacia arriba.
- El tono y la motilidad están disminuidos, por lo que el vaciamiento gástrico se hace más lento a causa de la acción de la progesterona, de la disminución del ácido clorhídrico y de la alteración del ángulo del estómago con el esófago. Como consecuencia aparecen digestiones lentas y pirosis o reflujo del contenido gástrico hacia el esófago. Éste se acentúa por atonía gástrica.
- Prevención de la pirosis: Comer varias veces al día pequeñas cantidades, masticar lentamente, evitar grasas, fritos, embutidos, picantes. Posición incorporada tras la ingesta.
- Prevención de la aerofagia: Comer lentamente, masticando bien pequeñas cantidades, evitar alimentos flatulentos (col, coliflor, brócoli, cebolla cruda, lechuga, garbanzos, judías blancas, productos integrales), tomar fruta 1 hora antes ó 2 horas después de las comidas y evitar el estreñimiento.

c. Intestino delgado:

- Está desplazado hacia los lados.
- Motilidad disminuida que provoca estreñimiento.
- Prevención del estreñimiento: Alimentación rica en fibra, frutas y verduras. Aceite de oliva crudo en ensaladas, líquidos abundantes, ejercicio, educación de hábitos intestinales.

Cambios hormonales

Los cambios hormonales ocasionan un gran número de modificaciones y alteraciones durante la gestación. El control hormonal y el mantenimiento del embarazo se debe sobre todo a la placenta, como principal productor de estrógenos y progesterona. No obstante, cabe destacar que hasta que la placenta se desarrolla, el embrión en desarrollo produce la hormona gonadotropina coriónica humana o hCG que interactúa con los receptores del ovario de la hormona luteinizante (LH), para que sigan produciendo progesterona. La placenta también participa en la secreción láctea mediante la producción de lactógeno placentario.

Los estrógenos favorecen el aumento del útero y preparan las mamas para la lactancia.

Columna vertebral

La ganancia de peso y el tamaño del útero hacen que el centro de gravedad de la embarazada se desplace, por lo que la estática de la columna se ve alterada y, a su vez,

la de las piernas y pies. Esto influye en las posturas habituales y en la forma de caminar. Lo más habitual es que la curvatura lumbodorsal aumente de manera progresiva durante el curso de la gestación: se arquea la columna lumbar hacia adelante (hiperlordosis lumbar) que se compensa con un desplazamiento de los hombros y la cabeza hacia atrás (cifosis dorsal).

La producción elevada de progesterona y relaxina favorece la laxitud de los ligamentos y laa articulaciones. Esto, en algunos casos, puede tener como consecuencias:

- a. Lumbalgia: dolor en la parte baja y central de la espalda.
- b. Ciática: dolor en un punto de la parte superior del glúteo que puede irradiarse o no hacia la parte posterior del muslo, la pierna e incluso al pie.
- c. Lumbociática: unión de los dos procesos anteriores.

Se han de tener en cuenta las siguientes medidas de prevención para evitar los problemas descritos anteriormente:

- a. Corrección postural en la actividad diaria.
- b. Evitar permanecer mucho tiempo de pie.
- c. Caminar una hora al día.
- d. Calzado con tacón medio de base ancha.
- e. Sentarse con la espalda recta y bien apoyada.
- f. Refuerzo de la musculatura abdominal y lumbar con ejercicios de tonificación isométrica.

Otros cambios

- a. Piel: Debilidad de la dermis que puede favorecer la aparición de estrías. Se produce hiperpigmentación de la línea alba, pezones, areolas, genitales, y de cuello y cara (cloasma gravídico). Si aparecen manchas en la cara hay que utilizar cremas de protección solar y evitar la exposición al sol. No se recomienda el uso de cremas despigmentantes en la gestación.
- b. Pelo: Debido al influjo hormonal propio del embarazo tanto puede producirse caída como aumento del cabello.
- c. Uñas: Se vuelven frágiles.
- d. Los sentidos: Algunos de ellos, como el olfato, o gusto, se pueden agudizar.
- e. Sueño: En el primer trimestre puede aparecer más cansancio y necesidad de sueño, si bien algunas mujeres pueden manifestar insomnio.

Cambios en los sentimientos

Cambios generales

En el embarazo, como hemos visto, se producen una serie de cambios físicos y fisiológicos y, del mismo modo, la maternidad en sí genera, en la mujer y en la pareja,

una serie de cambios de orden psicológico, así como en la dimensión social, cultural y familiar que los rodea. Ante la futura llegada de un hijo o una hija la madre/pareja (si la tiene) inician un periodo de adaptación mental ante los cambios que van produciéndose y los que quedan por llegar. No se pueden analizar los cambios psicológicos aisladamente, sino que es deseable hacerlo en su conjunto abarcando todas las dimensiones. Han de tenerse en cuenta, especialmente, las grandes diferencias que existen en el modo de vivir la gestación, y los cambios que ésta trae aparejados en mujeres de distintas edades, distintos orígenes étnicos o culturales, diferentes medios económicos o que presentan algún tipo de discapacidad o dificultad de adaptación social.

Entre las situaciones que pueden favorecer/interferir en este periodo de cambios y adaptación, diversidad de autores y autoras destacan las siguientes vivencias que pueden ser percibidas por la mujer como difíciles de manejar:

- a. La planificación del embarazo.
- b. Deseo de gestación.
- c. Aceptación o no aceptación. Aunque las sesiones de Preparación al Nacimiento y Crianza no son el mejor momento para abordar la aceptación del embarazo de cada mujer embarazada y su pareja, sí que es positivo hacer referencia a los sentimientos de ambivalencia (rechazo o falta de aceptación, entre otros) que aparecen frecuentemente en un número relativamente alto de gestantes. Conviene comunicar que a menudo estos sentimientos van modificándose y produciéndose una mayor aceptación de la gestación a medida que esta avanza.
- d. Edad materna muy avanzada o escasa. Las gestantes adolescentes pueden presentar una problemática especial durante el embarazo a la que hay que prestar una especial atención, primando un enfoque positivo de salud, facilitando apoyo emocional, y promoviendo el fortalecimiento de habilidades y competencias propias para la asunción de responsabilidades futuras de maternaje.
- e. Situación socio-económica.
- f. Número de embarazos previos.
- g. Experiencias anteriores.
- h. Situación de convivencia y entorno cercano. En la actualidad, existen variadas formas de acceso y vivencia de la maternidad, con o sin pareja. En cualquier caso, resulta relevante abordar las características del círculo familiar y de allegados, la calidad de las relaciones de convivencia (si las hay), y, la disponibilidad de estrategias de afrontamiento personal y de recursos afectivos y de apoyo emocional del entorno, necesarios para manejar el proceso de embarazo.
- i. Problemas físicos.
- j. Readaptación a la propia imagen.

Cambios en el primer trimestre

En este tiempo es conveniente destacar el periodo de incertidumbre que genera la gestación: sorpresa y desconcierto, inquietud, ilusión y preocupación, euforia y alegría, tristeza o miedo a la posible pérdida del bebé, entre otras posibles emociones que pueden aparecer. La adaptación a los numerosos y rápidos cambios que tienen lugar en el cuerpo de las mujeres y en su vida en general, puede implicar variaciones en el estado

de ánimo. Es importante acompañarles en este periodo especialmente vulnerable, con información útil y oportuna sobre el proceso que están viviendo, ayudarles a identificar fuentes de apoyo, y fortalecer recursos personales de autoeficacia y autoestima.

Cambios en el segundo trimestre

El segundo trimestre suele ser expresado por la mujer como un periodo de serenidad y tranquilidad. La mujer percibe que los cambios son sinónimos de una gestación en desarrollo y los primeros movimientos del bebé son buena muestra de ello, ayudando a ir apartando las inquietudes y temores.

Cambios en el tercer trimestre

El tercer periodo de la gestación generalmente se inicia con un sentimiento de tranquilidad que poco a poco puede ir transformándose en inquietud. A veces puede surgir temor al parto ante la gran cantidad de estereotipos sociales negativos en torno a éste. Y también pueden aparecer preocupaciones por la salud del bebé, o por la necesidad de atender de manera inminente nuevas demandas de cuidado y de autocuidado postparto. No obstante, en la actualidad, muchas mujeres tienen variado conocimiento, expectativas y deseos de vivir el proceso de parto y nacimiento de manera consciente e implicada, y de una manera más o menos natural o medicalizada. En cualquier caso, es importante que las y los profesionales sanitarios transmitan información adecuada y suficiente, mucha serenidad en relación con el proceso fisiológico que es el parto y nacimiento, así como autoconfianza y confianza en la atención sanitaria a su disposición.

la familia: espacio esencial de socialización

Descripción

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto de vida común, que establecen intensas relaciones afectivas y en la que las personas adultas se encargan del cuidado y la educación de hijos e hijas. Es el contexto más adecuado para el crecimiento de los niños y las niñas.

Tipos de familia

En los últimos tiempos los modelos de familia han cambiado notablemente en el conjunto de las sociedades occidentales y también en España. No obstante, todos los modelos de familia (tradicionales, monoparentales, de acogida, etc.) pueden cumplir con la función contextual a la que se hacía referencia anteriormente. Es importante destacar que no son las relaciones de consanguinidad o los lazos legales los que favorecen el desarrollo integral de los niños y las niñas, sino más bien la existencia de un entorno en el que se busque conscientemente la estimulación de los hijos e hijas y en el que existan unas relaciones humanas en las que prime la comunicación y el afecto.

Satisfacción vital y autoestima de los futuros padres y madres

La autoestima es la valoración global que toda persona hace de sí misma. Es el resultado de un proceso que se extiende a lo largo de toda la vida, comenzando en la infancia a partir de las primeras experiencias de aceptación y rechazo por parte de las personas que nos rodean. Cuando esas personas, especialmente las que tienen una relación afectiva con el niño o niña, se refieren de forma reiterada a sus defectos, errores o aspectos negativos, estarán fomentando una baja autoestima. Por el contrario, cuando se destacan logros y rasgos positivos se estará contribuyendo a la construcción de una buena autoestima.

En realidad no hay una relación directa entre las características objetivas de una persona y su autoestima, ya que la baja valoración que algunas personas hacen de sí mismas suele estar influida por ciertas distorsiones del pensamiento que les llevan a tener una visión muy equivocada. Así, las personas con baja autoestima tienden, por ejemplo, a pensar que si fracasaron alguna vez, lo harán siempre. O a echarse las culpas de todos los fracasos, asumiendo la responsabilidad de forma exclusiva y empleando términos muy peyorativos para referirse a sí mismas (torpe, mala, fracasada). También pueden mostrarse muy exigentes consigo mismas y manifestar un pensamiento polarizado que les lleva a considerar la realidad en términos absolutos de blanco o negro, de éxito o fracaso, sin aceptar situaciones intermedias. Otra característica de estas personas es su tendencia a considerar que sus sentimientos se corresponden con la realidad, y que las cosas son tal y como ellas las perciben, no mostrando conciencia de sus distorsiones cognitivas: *“No es que yo me sienta un inútil total, es que realmente lo soy”*. La autoestima es importante no sólo en relación con los sentimientos que la persona tiene respecto a sí misma, sino por su influencia en la forma de comportarse. Así, por ejemplo, algunas mujeres con baja autoestima pueden tener sentimientos de inseguridad con respecto a sus competencias como futuras madres, y esa inseguridad suele transformarse en una maternidad dubitativa y dependiente del entorno. Y es que, con frecuencia, el miedo al fracaso es un sentimiento que dificulta a la persona la planificación efectiva de las metas personales.

Precisamente en esta etapa, la idea de ser **"madres y padres perfectos"** puede plantear unas exigencias excesivas que provoquen ciertos desajustes personales en los futuros padres y madres. Por ello, el profesional debe insistir en la idea de que tanto la madre como su pareja se planteen objetivos realistas, evitando tener ambiciones o metas imposibles.

Será muy importante preguntar a los futuros padres acerca de sus sentimientos con respecto a la maternidad o paternidad y sobre cómo se perciben a sí mismos como futuros padres y madres.

Como norma general, aunque especialmente en aquellos casos en los que se detecte una escasa confianza en sus competencias parentales, habrá que reforzar los sentimientos positivos al respecto y recomendar su participación en las sesiones de Preparación al Nacimiento y Crianza. Será importante hacerles ver que son tan competentes como cualquier otra persona para ser un buen padre o una buena madre.



También será prioritario dejar claro que no existen los padres y madres perfectos, para evitar que las embarazadas y sus parejas se planteen metas imposibles de alcanzar.

Más concretamente, se podrían hacer algunas recomendaciones o sugerencias, tales como:

- a. Pensar en cosas que les hagan sentirse orgullosos y bien con ellos mismos, aunque sean pequeños detalles (un plato que cocinan bien, la relación con un sobrino, algún rasgo físico propio, etc.).
- b. Aceptar que no son perfectos, pues nadie lo es, que cometen errores y que deben tratar de aprender de ellos para no repetirlos.
- c. Evitar comparaciones con otras personas: todos tenemos defectos y cualidades positivas.
- d. Hacer esfuerzos por mejorar, tratando de superar aquellos aspectos con los que no se sientan a gusto: aprendiendo cosas nuevas, haciendo planes para cambiar, planteando objetivos a alcanzar, etc.
- e. Ponerse metas alcanzables que hagan que vayan recuperando la confianza poco a poco en su capacidad para conseguir logros.

Promoción de roles igualitarios



La corresponsabilidad es entendida como el reparto equitativo tanto de las tareas domésticas como de otras responsabilidades familiares entre los miembros de un mismo hogar, independientemente del número de miembros que lo compongan, el sexo de los mismos y el rol que desempeñen en la familia (pareja, padre, madre, hijo, hija, etc.).

Hacerse responsable de una tarea implica compromiso, tanto en la ejecución como en la organización y el resultado de la misma.

De este modo, cabe destacar que la corresponsabilidad no significa sencillamente ayudar al otro a alcanzar unos objetivos. Ayudar en una tarea denota cooperación, pero estando libre de responsabilidad, de modo que la carga del cumplimiento final de esa labor no recaería sobre la persona que ayuda, sino sobre la que es ayudada, manteniéndose de este modo un reparto desigual.

Actualmente, la composición de la familia tradicional está cambiando, al igual que las funciones a desempeñar por cada miembro de la misma. Cada vez son más las mujeres que trabajan fuera del hogar y los hombres que comienzan a participar, no sólo en las tareas domésticas, sino también en la educación y cuidado de los hijos e hijas. A pesar de esta tendencia, aún es frecuente encontrar familias donde no se producen repartos igualitarios, bien porque la mujer se ha incorporado al mercado laboral con mayor rapidez que el hombre al terreno doméstico, o bien porque el reparto que se establece en el hogar es pseudoequitativo, dado que sigue siendo la mujer la que organiza y se encarga principalmente de los hijos e hijas, mientras que los hombres “ayudan” a sus

parejas en el cumplimiento de estas labores. Es decir, se podría decir que la mujer ha salido de casa pero el hombre aún no ha entrado en ella.

El desequilibrio en el reparto de responsabilidades es la causa principal de desigualdad en el empleo del tiempo entre hombres y mujeres, lo que repercute tanto en su salud como en su bienestar personal. Sin embargo, la promoción de la corresponsabilidad en el hogar conlleva numerosas ventajas entre las cuales destacan:

- a. La mejora de la calidad de vida de todos los miembros de la familia, dado que se evitan muchos de los conflictos y tensiones que suelen generarse en el hogar.
- b. Que todos y todas dispongan de tiempo libre para sí mismos, para dedicarlo a otras actividades de ocio, formativas, etc., que permitan el desarrollo de la persona en otros campos, lo que favorecerá su autonomía y bienestar tanto personal como social.
- c. Disponer de más tiempo para poder disfrutarlo en pareja, pudiendo compartir nuevas experiencias que fortalecerán la relación e incrementarán la complicitad y comprensión mutuas.
- d. Conocer mejor a los propios hijos e hijas, dado que se dispondrá de momentos para participar en su crianza y educación. Además, dicha participación favorecerá el aumento del bienestar y la autoestima tanto de las personas adultas como de los propios hijos e hijas, al disponer de más tiempo para estar juntos.
- e. Aprender nuevas competencias y habilidades que permitan mejorar nuestras condiciones de vida (por ejemplo, aprendiendo a organizar y compaginar diferentes tareas).
- f. Compartir la carga de ser quien sostiene la familia.
- g. Fomentar los valores de igualdad, libertad y justicia en casa, que servirán de referentes a los más pequeños, lo que será una clara apuesta por el desarrollo de una ciudadanía responsable.

Por todo ello, es importante recalcar la importancia de comenzar a poner en práctica las estrategias correspondientes para lograr establecer en el hogar un reparto igualitario de roles, incluso antes de la llegada del bebé. Sin embargo, como se ha comentado con anterioridad, en cada hogar nos encontramos con situaciones diferentes: familias monoparentales, homoparentales, extensas, nucleares, parejas primerizas, con más hijos, con circunstancias laborales diversas, etc. Cada situación requerirá cubrir diferentes necesidades, por lo que cada familia debe buscar aquellas soluciones que mejor se adapten a su propia realidad.

Entre los recursos y estrategias que pueden emplearse para el logro de dicha corresponsabilidad en el hogar se encuentran:

- a. **La negociación.** Es imprescindible decidir quién se va a hacer cargo de las diferentes responsabilidades, involucrando a toda la familia. Para ello, es importante contar con los intereses de cada miembro, así como tener en cuenta los tiempos y responsabilidades de cada uno, además de otras características como la edad (no tienen las mismas responsabilidades un adulto que un menor). De esa manera se asegurará un reparto justo y equitativo.

- b. **Confiar y delegar.** No se trata únicamente de dejar que otras personas hagan una tarea, sino que se debe delegar en ellas la responsabilidad de su realización. Para ello, es imprescindible aprender a confiar.
- c. **Aprender y/o enseñar.** Cualquier miembro de la familia puede colaborar, tan solo habrá que ser pacientes enseñando o aprendiendo las nuevas obligaciones. Además, cada persona puede aportar algo nuevo, dado que no hay una única forma de hacer las cosas, y estas variaciones enriquecen tanto a la persona que las incorpora, como al grupo familiar.
- d. **Pactar.** Habrá momentos en los que se requiera una revisión del reparto, bien porque surjan nuevas responsabilidades en alguno de los miembros, por un cambio de horarios en los turnos de trabajo, etc. La distribución no debe ser estricta, sino que debe adaptarse a los cambios que se puedan ir generando en el núcleo familiar.
- e. **Educar en la igualdad.** Para educar a los hijos e hijas en la igualdad, hay que potenciar sus valores y capacidades individuales sin tener en cuenta estereotipos sexistas o ideas preconcebidas sobre las características que deben tener las niñas y los niños.

Vinculación prenatal

Concepto de apego

El concepto de apego hace referencia a la vinculación afectiva que se establece entre el bebé y sus principales cuidadores. Lo más importante para que ese vínculo sea de calidad es que el adulto tenga una presencia estable en la vida del bebé, muestre sensibilidad hacia sus necesidades y le aporte cuidados eficaces. Es así como el bebé irá construyendo un sentimiento de seguridad basado en la idea de que ha llegado a un mundo donde se le cuida y se satisfacen sus necesidades, tanto físicas como emocionales.

Los vínculos que establecen niños y niñas con sus madres y padres son las relaciones afectivas más importantes e influyentes en la infancia. No obstante, más allá de las madres y los padres, los niños y las niñas tienen la capacidad de desarrollar apegos seguros con otras personas, siempre y cuando cumplan las condiciones que acaban de comentarse: tengan una relación estable con ellos, sean personas sensibles a sus necesidades y sepan satisfacerlas adecuadamente. Es muy importante que los niños y las niñas desarrollen este vínculo de seguridad porque va a influir en otras características de su personalidad (por ejemplo, su capacidad para relacionarse con los demás satisfactoriamente, su salud mental, su satisfacción vital), en cómo se van a percibir a sí mismos y a los demás, y en cómo van a establecer otras relaciones importantes a lo largo de su vida (con los amigos, con la pareja, e incluso con sus propios hijos e hijas).

El sistema de apego está configurado por tres componentes básicos:

- a. A través de las **conductas de apego** se persigue la proximidad y el contacto con la figura de apego. Así, cuando existe un malestar (por ejemplo, si el niño o la niña está enfermo o no sabe dónde está su cuidador) se activa el sistema de apego, provocando conductas como el llanto, la vocalización o la orientación visual hacia la figura de apego, que tienen el objetivo de atraer al cuidador y desactivar esa alerta. El repertorio de conductas es amplio, y cada niño o niña despliega aquellas que encuentra más útiles, de forma que mientras que un niño o niña llora para conseguir la proximidad de su madre, otro simplemente la busca con la mirada.
- b. Los **modelos internos de apego** son las representaciones mentales sobre uno mismo, sobre los demás y sobre las relaciones interpersonales, construidas a partir de las experiencias de vinculación y de las emociones asociadas a esas experiencias, que se interiorizan en la mente generando una serie de expectativas y creencias sobre cómo responderán los demás a sus necesidades y sobre uno mismo como persona merecedora o no de cariño y protección. Es decir, el niño o niña, a partir de la relación con su o sus figuras de apego, aprende qué debe esperar de las personas cuando expresa deseos o necesidades y en qué medida él o ella merece esas atenciones.
- c. Finalmente, entre los componentes básicos del sistema de apego también se encuentran los **sentimientos** referidos a uno mismo y a la figura de apego. Cuando el niño está convencido del cariño y de la eficacia con la que el cuidador responderá a sus necesidades, la relación se caracterizará por sentimientos de seguridad y confianza, así como bienestar ante la proximidad de la figura de apego o frustración ante la separación. Un vínculo de apego generado a partir de un cuidador poco sensible, se relaciona con sentimientos como la inseguridad emocional y la desconfianza.

El sistema de apego también se relaciona con otros sistemas de conducta cruciales en el desarrollo evolutivo, como es el de *exploración* (o tendencia a interesarse por el entorno), el de *afiliación* (o tendencia a interesarse por las personas y establecer relaciones) y el de *miedo a los extraños* (o tendencia a relacionarse con cautela con las personas desconocidas, que se manifiesta de manera llamativa a partir de los 8-9 meses y que forma parte del desarrollo normal, ya que, con él, el niño o niña se protege de potenciales peligros). Teniendo en cuenta la relación entre estos sistemas de conducta, la figura de apego debe saber cumplir dos funciones básicas. Por un lado, la de animar al niño o niña a sentirse seguro para explorar su entorno físico y social, y, por otro, la de estar disponible para funcionar como refugio de seguridad cuando el niño o niña acuda a ella buscando consuelo o refugio porque tiene miedo, porque está cansado, porque está llorando y necesita consuelo, se ha caído o necesita cualquier otro tipo de atención.

Estilos de apego

Existen distintos estilos de apego, que se desarrollarán principalmente en función de la calidad de la interacción y el cuidado que las madres y los padres muestren.

- a. El estilo de **apego seguro** se establece en aquellas vinculaciones en las que la figura de apego se muestra sensible con el niño y atiende sus necesidades de forma adecuada, creándose una relación marcada por la sincronía. Este tipo de

interacciones van generando en el niño o niña una serie de expectativas positivas sobre el cuidador y una confianza en su disponibilidad y eficacia. Un niño o una niña con estilo seguro reclama la atención de la figura de apego cuando la necesita (llorando, mirándola, aproximándose a ella). Cuando la figura de apego está presente, estos niños y niñas se sienten seguros para explorar el mundo físico y social, mientras que se muestran ansiosos ante la separación de la figura de apego, disminuyendo esa ansiedad cuando se reencuentran con ella.

- b. Las figuras de apego de los niños y las niñas con un estilo de **apego inseguro ambivalente** se caracterizan por ser imprevisibles, ofreciendo respuestas ante las necesidades del menor que en ocasiones son adecuadas, pero que en otras no lo son, mostrando de esta forma una sensibilidad incoherente. Dado que el cuidador no siempre atiende la llamada del bebé, los niños y las niñas con estilos inseguros ambivalentes han aprendido a desconfiar de la respuesta que van a recibir por parte del adulto, por lo que exageran las conductas de apego para aumentar la probabilidad de que el cuidador responda de forma eficaz. Son niños y niñas que generalmente exhiben una mínima exploración del entorno en presencia de la figura de apego y que se muestran muy cautelosos ante los extraños. Los menores con este estilo de apego muestran mucha ansiedad ante la separación de la figura de apego, pero se resisten a ser consolados cuando la figura de apego vuelve, manifestando un comportamiento ambivalente.
- c. El estilo de apego **inseguro evitativo** se deriva de interacciones con adultos que de forma habitual ignoran o responden de forma fría, distante o insensible a las demandas del menor. El niño o niña no espera una respuesta adecuada a sus necesidades, por lo que aprende a disminuir sus conductas de apego. Se trata de niños y niñas que muestran una alta exploración del entorno, independientemente de que la figura de apego esté o no presente. Del mismo modo, exhiben una baja ansiedad ante la separación de la figura de apego y se muestran más bien indiferentes cuando regresa.
- d. Cuando el cuidador se convierte en una fuente potencial de protección, pero al mismo tiempo supone una amenaza (porque grita, castiga, pega, hace daño, pero a veces cuida y atiende), el niño o la niña encuentra muchas dificultades para desarrollar una estrategia eficaz de comportamiento con la figura de apego, desarrollando un estilo de **apego desorganizado**. Se trata de niños y niñas que muestran un comportamiento muy confuso y aturdido, con una mezcla de aproximación y evitación hacia su figura de apego, que refleja la ausencia de una estrategia organizada y coherente. Se ha encontrado cierta relación entre el estilo de apego desorganizado y el maltrato, de forma que un porcentaje significativo de niños y niñas con apegos desorganizados ha sufrido malos tratos por parte de sus figuras de apego.

Aunque el estilo más saludable de apego es el seguro, no puede decirse que los niños y las niñas con apegos inseguros ambivalentes y evitativos tengan una patología del apego. Sus circunstancias de crianza han hecho que desarrollen estilos de relación que causan más tensión, inseguridad y ansiedad que el apego seguro, pero son niños y niñas con capacidad para relacionarse con los demás de forma adecuada. El estilo de apego desorganizado, sin embargo, constituye un patrón de mayor riesgo. Aunque no esté

técnicamente definido como un trastorno patológico del apego, constituye un factor de riesgo para futuros desajustes emocionales.

Es importante tener en cuenta que niños y niñas desarrollan el estilo de apego que les resulta más adaptativo para el contexto en el que están creciendo (por ejemplo, los niños y las niñas de apego inseguro ambivalente expresan más emociones precisamente porque de esa manera aumenta la probabilidad de que en algún momento reciban una atención sensible; por el contrario, los niños y las niñas de apego evitativo minimizan la expresión de emociones porque “saben” que, si lo hacen, o son ignorados o provocan el rechazo de sus cuidadores). Aproximadamente las dos terceras partes de los niños y las niñas muestran apegos seguros, repartiéndose el tercio restante entre los estilos de apego restantes.

Existen **características particulares** del adulto y de los niños y las niñas que también influyen en el estilo de apego desarrollado. Algunas características personales y experiencias previas intervienen en la forma determinada en la que **el adulto** se relaciona con su hijo o hija: su propia historia afectiva (especialmente el estilo de apego que estableciera en la infancia con sus propias figuras de apego y que hará que el cuidador tenga una serie de expectativas e ideas sobre las relaciones con los bebés que podrá proyectar, en mayor o menor medida, en la relación con su hijo o hija); las propias características de personalidad del adulto (por ejemplo, un tipo de personalidad más dependiente o insegura puede promover un estilo de interacción intrusivo con el bebé, limitándole la exploración del entorno y favoreciendo una mayor inseguridad en el apego del menor); la autoestima (que favorece la seguridad en los vínculos); la psicopatología (relacionada con una mayor inseguridad en el vínculo); o el apoyo social (que promueve prácticas positivas de crianza que favorecen la seguridad en el apego). Estas características influirán en la manera en la que las figuras de apego interpreten y respondan a las necesidades de los menores.

Por su parte, las **características de niños y niñas** también pueden fomentar una mayor o menor seguridad en el estilo de apego establecido. El temperamento del bebé, que sea prematuro o que presente algún tipo de discapacidad o de enfermedad crónica son factores que, al plantear más exigencias, frustraciones y dificultades a los cuidadores, podrían repercutir en la calidad de las relaciones. Estas características influyen en la interacción en la medida en la que pueden añadir factores de estrés al cuidado, pero lo determinante será cómo respondan las personas adultas a las necesidades particulares de ese menor y si afrontan con sensibilidad estas situaciones estresantes.

Puesto que, como se ha comentado, todos los niños y las niñas se verán beneficiados por una buena dosis de sensibilidad por parte de sus madres y padres, debemos potenciarla, resaltando en el trabajo con padres y madres la importancia de estar pendientes, ser sensibles y responder coherente y positivamente a las necesidades expresadas por sus hijos e hijas.

Vinculación prenatal

Durante el embarazo se va iniciando un tipo de interacción que supone la base de la construcción del vínculo afectivo entre el niño y su madre. A esta relación que se establece antes del nacimiento se le conoce como vinculación prenatal.

Desde los 5 ó 6 meses de gestación, el feto puede percibir los sonidos o los cambios de luz que se producen fuera de la matriz y que proceden del exterior, el estado emocional materno y las presiones de tacto a través del vientre. Es así como el bebé va empezando a acostumbrarse al tono de voz y las caricias de las personas que están más en contacto con él.

Desde que la mujer tiene conocimiento de la noticia de su embarazo, y especialmente a partir del momento en el que empieza a sentir los movimientos del feto, en torno al cuarto o quinto mes, va desarrollando la imagen que tiene de él como ser con identidad propia. Sobre todo en los últimos meses de embarazo, la madre puede ir reconociendo ciertos ciclos y patrones de actividad fetal (por ejemplo, sus movimientos) que le ayudarán a imaginarlo como un ser independiente.

Muchas mujeres embarazadas comienzan a comunicarse con su bebé durante el embarazo (especialmente a partir del segundo trimestre de embarazo, etapa en la que los avances en el desarrollo sensorio-motor del feto le permiten establecer cierta interacción con su madre), sintiendo sus movimientos, hablándole y acariciando su barriga. Esta interacción permitirá a la madre ir adquiriendo una sensibilidad cada vez mayor hacia su hijo. Resulta conveniente que el profesional refuerce y motive dicha sensibilidad.

La construcción de una relación de vinculación entre el bebé y su madre comienza a formarse mucho antes del momento del nacimiento. Por ello es importante que madres y padres se relacionen con su bebé desde el periodo prenatal, mostrando una escucha activa que les permita percibir las señales y las manifestaciones que su bebé transmite (especialmente a través de los movimientos fetales) y mostrándole su afecto a través del habla y las caricias.



Muchas embarazadas no desarrollan un vínculo profundo con su bebé hasta el momento del parto o incluso posteriormente (sobre todo las mujeres que han tenido complicaciones durante el embarazo, que han experimentado un aborto espontáneo previamente o un parto complicado). Por ello, a pesar de lo dicho anteriormente conviene transmitir la idea de que a veces los sentimientos de vinculación profunda no se construyen hasta tiempo después de que el bebé haya nacido, y que, si eso ocurre, es también algo normal.

De esta forma se ayudará a aliviar muchos sentimientos de culpa y de desconcierto que viven muchas mujeres cuando no experimentan los fuertes sentimientos de vinculación que esperaban tener desde el principio. Con aquellas embarazadas que no muestran esta sensibilidad o que no se sienten aún vinculadas a su bebé a pesar de sentir sus movimientos fetales, conviene que el profesional le ayude a normalizar sus emociones y prevenir posibles sentimientos de culpa. No obstante, se les asesorará sobre estrategias concretas que pueden realizar para favorecer la vinculación con su bebé desde el periodo prenatal.

Las recomendaciones que se le darán para favorecer la vinculación prenatal son las siguientes:

- a. **Hablar, susurrar e incluso cantar al bebé para que se habitúe a su voz, así como para fomentar un estado de relax y calma en el feto.**
- b. Tocar el vientre para sentir los movimientos fetales, y dar suaves masajes y caricias para relacionarse con el bebé.
- c. **Escuchar los latidos de su corazón a través de las ecografías en la consulta para sentirse más cerca del bebé.**
- d. Informarse sobre el embarazo y el nacimiento, así como sobre el desarrollo evolutivo del bebé a lo largo del embarazo, evitando informaciones con énfasis en las patologías.
- e. Asistir a los controles periódicos del embarazo y a las sesiones grupales de preparación al nacimiento y crianza.
- f. **Realizar un diario familiar, donde desde los primeros meses de gestación madres y padres escriban sobre los eventos, la historia de la familia, emociones, pensamientos y planes sobre el futuro.**

Es cierto que la vinculación prenatal es más fácil de establecer en el caso de la madre (ella tiene sensaciones directas del feto) que del padre. No obstante, también él puede experimentar estos sentimientos y, de hecho, es deseable que así ocurra y, en cualquier caso, también se pueden fomentar motivándole a llevar a cabo de forma habitual las estrategias y recomendaciones presentadas. Se ha demostrado que la interacción temprana entre el padre y el bebé promueve la sensibilidad paterna para interpretar las señales y necesidades del pequeño y atenderlas de forma adecuada, así como para promover el vínculo entre ambos. Por ello, es importante que el profesional sanitario implique y motive a las parejas de las mujeres embarazadas a realizar también las estrategias que promueven la vinculación prenatal, asistir junto a la madre a los controles periódicos del embarazo y a las sesiones grupales de preparación al nacimiento y crianza, tomar de forma conjunta todas las decisiones relacionadas con el bebé (accesorios, elección del nombre, etc.) y aconsejar la asistencia de la pareja al parto. También resulta conveniente promover la vinculación prenatal con otros familiares, especialmente con los hermanos.

Influencias del estado emocional materno en el bebé

Durante el periodo prenatal existe una conexión mutua entre la madre y el bebé, donde el bienestar y estado emocional de uno afecta al otro y viceversa. Las primeras experiencias que el bebé tiene con el mundo exterior se producen a través del cuerpo de su madre. El bebé percibe no sólo los estímulos externos que ésta recibe, sino también sus sentimientos y emociones. Mucho antes de que nazca, el feto ya es capaz de captar los distintos estados de ánimo de su madre e, incluso, de presentar sensaciones fisiológicas similares.

Los cambios emocionales que experimenta la madre desencadenan la liberación de ciertas sustancias químicas en el torrente sanguíneo que pueden pasar a través de la placenta a la sangre del bebé. Con la ira, por ejemplo, se libera adrenalina, con el miedo, dopamina y la endorfina es liberada ante estados de alegría y euforia.

Aunque lo que más beneficia al bebé en formación es un estado emocional tranquilo y positivo, no hay que agobiarse si en algún momento se tienen emociones negativas del tipo que sea. Así, por ejemplo, el organismo fetal tiene algunos mecanismos biológicos que le sirven para hacer frente a situaciones transitorias de estrés, de forma que cuando esas situaciones se dan secreta hormonas que, como el cortisol, sirven para defenderse de esas circunstancias. De esta forma, mientras que el estrés crónico elevado puede llevar a consecuencias negativas, situaciones transitorias de estrés deben ser vividas como parte de las inevitables rutinas y circunstancias de la vida diaria.

Cuando, por el contrario, el estrés es persistente y excesivo, es posible que afecte negativamente al feto. Cuando la tensión es permanente los niveles de cortisol de la madre se descontrolan y puede terminar atravesando la barrera de la placenta y afectar al bebé. Cuando la madre está excesivamente ansiosa, temerosa o molesta, bombea adrenalina al torrente sanguíneo, lo que incrementa la tasa cardíaca, la presión sanguínea, la respiración y los niveles de azúcar y aleja la sangre de la digestión hacia los músculos esqueléticos con el fin de preparar al cuerpo para realizar acciones de emergencia. Estos cambios físicos también se transmiten al feto, pues la adrenalina cruza la placenta y llega a la sangre del feto, quien se muestra más activo cuando la madre está estresada. En algunos casos extremos, este tipo de estrés podría incluso llegar a frenar el crecimiento del feto, debilitar sus defensas inmunológicas, acelerar la maduración de sus órganos e incluso interferir en el correcto desarrollo de su cerebro; consecuentemente, las posibilidades de riesgo de parto prematuro se incrementarían. Las mujeres embarazadas deben evitar las emociones fuertes negativas, especialmente en los periodos más sensibles y de mayor riesgo en el embarazo, es decir en el primer trimestre de gestación, donde el riesgo de aborto es mayor, y en el tercero, cuando aumenta la probabilidad de un parto prematuro. Hay que insistir a las embarazadas en que asistan a todos los controles del embarazo, donde el profesional pueda hacer un seguimiento y control del estado emocional materno. Si se busca apoyo profesional de manera preventiva, es posible minimizar los posibles daños en el feto.

Preservar la salud física y emocional de la madre es primordial para el óptimo desarrollo intrauterino del bebé e incluso para su salud futura. Las siguientes recomendaciones pueden ser de utilidad para que las embarazadas mantengan un estado emocional positivo:

- a. Mantener un buen estado físico y un estilo de vida saludable.
- b. Intentar que el embarazo transcurra en un ambiente seguro y tranquilo.
- c. Evitar, en la medida de lo posible, las emociones fuertes e intensas, intentando llevar una gestación tranquila y serena.
- d. Expresar emociones, tanto las positivas como las negativas. No ocultar sus sentimientos ni interiorizar la ira o la ansiedad que sienta.

- e. Atender y escuchar las señales que le manda su bebé, mostrarle su afecto y verbalizarle sus sentimientos, transmitiéndole tranquilidad y seguridad.
- f. Promover la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo y tomar conciencia sobre su importancia durante el embarazo. Pedir ayuda a su pareja y familiares en todo lo que necesite (en las tareas del hogar, en los preparativos para el bebé, en las visitas médicas, etc.).
- g. Prestar especial atención a los niveles de estrés que presenta en los distintos momentos del embarazo. Identificar las causas del estrés, tanto en el trabajo como en su vida personal, y afrontarlas de manera eficaz.
- h. Aprender a mantener la calma en los momentos difíciles y de tensión.
- i. Poner en práctica ejercicios de respiración y relajación cuando se encuentre estresada.
- j. Informarse y utilizar las redes de apoyo y los recursos existentes.
- k. Realizar actividades que generen sensación de bienestar, como practicar algún hobby, bailar, o llevar a cabo actividades conjuntas con su pareja.

Ante aquellas situaciones que desencadenan un alto nivel emocional y sufrimiento de manera permanente, donde la mujer embarazada no puede modificar o eliminar la fuente de estrés (por ejemplo, una constante y fuerte presión en el trabajo, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar muy cercano, o el rechazo a un embarazo no deseado, entre otros), resulta conveniente prevenir en las futuras madres posibles sentimientos de frustración y culpa por no poder mantener un estado de calma y bienestar en tales situaciones.

Estos sentimientos de culpa e impotencia pueden llegar a ser más perjudiciales que la propia vivencia del estrés. El profesional sanitario de referencia durante el embarazo debe evaluar el estado materno (utilizando escalas diseñadas a tal efecto) y preservar el bienestar de la madre y el bebé, y, si procede, derivar a servicios más especializados.

Salud y embarazo

Alimentación

Se debe tener en cuenta que una alimentación adecuada debe incluir alimentos que contengan todos los elementos básicos. Para que sea equilibrada, a lo largo del día la gestante ha de comer por lo menos un alimento de cada uno de estos cuatro grupos:

1. Carne, pescado, huevos, legumbres.
2. Frutas y verduras.
3. Leche, yogur, queso.
4. Pan, patatas, arroz, pastas

Es conveniente utilizar sal yodada en cantidad moderada.
No hay razones que justifiquen el “comer por dos”.
Se debe usar aceite de oliva para aliñar, freír y cocinar.
No existe ningún alimento imprescindible.

En general, los principales consejos alimenticios, a fin de conseguir una dieta equilibrada y adecuar la ingesta calórica a los requerimientos del embarazo, son los siguientes:

- a. Evitar tomar azúcar en exceso, reduciendo el consumo de dulces.
- b. Son poco recomendables las conservas y la comida preparada o precocinada, lo que incluye alimentos como las patatas fritas y la bollería industrial.
- c. Deben evitar irregularidades y desórdenes en los horarios de las comidas.
- d. Si la gestante no es inmune a la toxoplasmosis (parásito que se aloja en la carne cruda, tierra y heces de animales), se le debe informar que el contagio en el embarazo puede tener graves efectos sobre el feto, por ello, si la mujer no está inmunizada, se le debe aconsejar que cocine la carne a más de 66° C, o congeladas a -21°C durante 48 horas, evitar las hamburguesas y los embutidos o productos elaborados con carnes crudas. Lavarse las manos después de haber manipulado cualquier tipo de carne cruda, evitando tocar los ojos, nariz o boca, y limpiar bien los utensilios de cocina usados en la manipulación, antes de su nuevo uso. Lavar bien las frutas y las verduras. Si tienen gatos, no se les debe dar carne cruda o poco cocida. En la medida de lo posible se debe evitar tocar el material probablemente contaminado con excrementos y en jardinería se deben usar guantes.
- e. Recomendaciones para una buena digestión:
 - Evitar comidas pesadas.
 - Comer menos cantidad y más frecuentemente.
 - Masticar bien los alimentos.
 - Evitar las bebidas con gas y azúcares añadidos.
 - Después de comer, se aconseja descansar sentada con los pies en alto.
 - Se aconseja beber una cantidad suficiente de líquidos para permanecer bien hidratada por su propia salud y para tener la fuerza necesaria para continuar con su ritmo de vida lo mejor posible (estimado entre 1,5-2 l/día). La mujer debe beber siempre que tenga sed, que es la señal de su organismo que indica que necesita líquidos.

Sustancias tóxicas y agentes peligrosos

Por todos es sabido que el tabaco es perjudicial para la salud de las personas, por lo que el embarazo se convierte en un buen momento para que la mujer y la pareja dejen de fumar, o por lo menos, la pareja no lo haga cuando esté a su lado o en casa. El tabaco es muy perjudicial para el embarazo. Se debe insistir en la necesidad de solicitar ayuda para aquellas mujeres/parejas que deseen dejar de fumar.

Existen más riesgos y probabilidades de anomalías, tales como recién nacidos prematuros, un menor peso al nacer, abortos, etc. Es muy recomendable que se abandone el hábito tabáquico y que se eviten lugares donde se esté fumando, ya que respirar el humo producido por personas fumadoras es también perjudicial para el embarazo.

Una ingesta excesiva de cafeína (más de cinco tazas de café por día) puede provocar irritabilidad en el bebé y dificultad para conciliar el sueño.

En cuanto a las bebidas alcohólicas no existe un nivel que pueda considerarse seguro. El alcohol pasa a la sangre del feto a través de la placenta y puede provocarle daño, pues no está preparado para metabolizarlo, pudiendo producirle malformaciones. No obstante, hay que aclarar que no todas las bebidas tienen la misma concentración de alcohol.

CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países. Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE). En España una “**unidad de bebida**” es igual a 10 gramos de etanol puro (Saunders y cols., 1993. Grupo de trabajo de Socidrogalcohol, 1996).

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UBE
VINOS	1 vaso(100 cc)	1 UBE
	1 litro	10 UBE
CERVEZAS	1 caña (250 cc)	1 UBE
	1 litro	5 UBE
COPAS	1 carajillo (25 cc)	1 UBE
	1 copa (50 cc)	2 UBE
	1 combinado (50 cc)	2 UBE
	1 litro	40 UBE
GENEROSOS	1 copa (50 cc)	1 UBE
	1 combinado (100 cc)	2 UBE
	1 litro	20 UBE

Unos medicamentos son perjudiciales para el bebé y otros no. Conviene consultar al personal sanitario y debe evitarse la automedicación y preguntar siempre. Todo tóxico llega al bebé y, por lo tanto, toma también ese tóxico (pastillas, cocaína, heroína, nicotina, etc.) con lo cual sufrirá sus efectos, así como los del síndrome de abstinencia. No deben tomarse tóxicos y se deberá pedir siempre consejo al personal sanitario antes de consumir fármacos.

Se considera importante no exponer a una mujer embarazada a los rayos X sin una razón que lo justifique, ni tampoco a cualquier otro tipo de radiaciones, sobre todo durante el primer trimestre del embarazo, porque podrían afectar al feto. En caso de ser necesario, la mujer ha de tener en cuenta que debe comunicar que está embarazada antes de hacer una radiografía, con el objeto de usar protección. Se aconseja permanecer lo más alejada posible de las salas de Radiología.

Higiene y belleza

El embarazo no supone llevar una higiene especial, si bien se deben aconsejar algunas medidas, pues a las mujeres les suelen generar dudas:

- a. Es suficiente la ducha diaria con agua y jabones suaves y neutros.
- b. Es bueno cortar las puntas del cabello para que cobre más fortaleza y vigor.
- c. No se precisan lavados rigurosos de ninguna zona del cuerpo (evitar jabones especiales, más agresivos con la piel), pues provocaría más descamación en la zona y una mayor predisposición a estrías.
- d. En las piernas se aconseja, para prevenir la aparición de varices, alternar el agua fría y caliente, terminando con la fría.
- e. Se aconseja el uso de cremas o aceites hidratantes para evitar que la piel se seque y pierda flexibilidad, prestando especial cuidado en las zonas que van a sufrir un mayor estiramiento (vientre, pecho, parte superior de los muslos, etc.).
- f. No se aconsejan las depilaciones con cera caliente, ya que favorecen la aparición de varices. Usar cremas frías o aparatos eléctricos.
- g. El cuidado de los dientes debe ser el habitual (cepillado dos o tres veces al día), aunque es recomendable que visite al odontólogo al principio de la gestación.
- h. En cuanto a la higiene íntima, lo más adecuado es que se realicen lavados de los genitales externos durante la ducha; se aconseja ropa interior de algodón y si precisa más lavados, se deberán hacer sólo con agua. No se recomienda el uso *salvaslip* ya que no deja que la piel transpire con normalidad. Tampoco son aconsejables los desodorantes vaginales.
- i. La ropa no debe tener más consideración que la comodidad y que la mujer se encuentre estéticamente bien. Se recomiendan sujetadores adecuados para proteger las mamas, evitar prendas que aprieten en exceso y calzado de tacón bajo y base ancha.

Cuidados posturales

Todos los movimientos, ejercicios y actividades diarias que lleva a cabo la mujer, deben realizarse con la premisa de que la columna vertebral soporte la menor carga posible.

Sueño y descanso

Se aconseja dormir 8 horas diarias y descansar durante el día varias veces, bien en cama o sentada con las piernas en alto y la columna bien apoyada.

Ocio y deporte

El embarazo y el ejercicio físico son compatibles; las mujeres pueden beneficiarse de

ello desde las dimensiones físicas y psíquicas. En general, se recomienda una hora diaria de ejercicio aeróbico: natación, caminar y/o aquellos deportes que no sean bruscos, ni de competición. También son recomendables el Pilates y el yoga. No están aconsejados deportes que conlleven saltos, como correr, ni los de raqueta, ni de contacto, por el riesgo de alteración del suelo pélvico, de sobrecarga articular o de traumatismo abdominal. Asimismo, debe evitarse el buceo, que puede producir problemas por descompresión al bebé. En el embarazo se recomienda que la frecuencia cardíaca materna no sobrepase los 140 latidos/minuto por los cambios en la circulación fetoplacentaria que conlleva la taquicardia materna.

Viajes

Se pueden realizar en cualquier medio de transporte (excepto motocicletas) y cuando se haga en coche se debe descansar cada 2 horas para estirar músculos y activar la circulación venosa, paseando unos 5 minutos como mínimo. En los viajes se deben utilizar las medidas de seguridad, los cinturones, adaptándolos al tiempo de gestación. Los viajes en avión están desaconsejados a partir de las 28 semanas de gestación. No obstante, es bueno consultar a los profesionales por si existiera alguna contraindicación.

Trabajo

No hay ningún problema por el que la mujer tenga que dejar de trabajar en su actividad laboral habitual, salvo en profesiones que conlleven un riesgo para el embarazo. Para ello, es bueno consultar a los profesionales de prevención de riesgos laborales de cada empresa y/o a los profesionales sanitarios.

Es especialmente importante el reparto equitativo de tareas del hogar en la pareja (si la hay) y/o entre los distintos miembros del hogar. La desigual sobrecarga de trabajo doméstico y reproductivo, tiene consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar de las mujeres. Durante el embarazo es especialmente relevante propiciar el descanso y autocuidado personal en las mujeres.

En cualquiera de los dos entornos laborales, se aconseja no estar mucho tiempo de pie.

Sexualidad

No existen inconvenientes en que la mujer embarazada siga disfrutando de la sexualidad, teniendo siempre como idea clave que deben respetarse sus deseos y necesidades. Es de suma importancia referirle a la pareja que las dudas, inquietudes, inseguridades y temores sobre este aspecto son normales, por lo que el diálogo entre ellos y el asesoramiento de los profesionales sanitarios se convierten en piezas claves para vivir la sexualidad con armonía.

Aunque durante el embarazo pueda modificarse la actitud sexual, si se da una buena información a la mujer y a su pareja, pueden vivir una sexualidad plena y de calidad. Por lo tanto, la pareja se puede beneficiar de las relaciones sexuales, no sólo por aspectos físicos, sino por la dimensión psicológica, sentimental y de cariño.

Las etapas del embarazo y los estados de ánimo hacen que cambie el deseo sexual, pudiendo aumentar o disminuir dependiendo de la persona. Al principio, debido a la sensibilidad de las mamas, es posible que aparezcan molestias ante caricias, roces, etc. El miedo a perder el embarazo deseado y abortar, también afecta al deseo y la respuesta sexual. Salvo contraindicación expresada por parte de los profesionales sanitarios (por ejemplo, hemorragias, bolsa rota, prematuridad, etc.), se pueden tener relaciones sexuales con penetración, si bien la frecuencia del coito variará, mientras avance el embarazo, debido a los cambios físicos en general, anatómicos, emocionales y psicológicos. También por influencia de las creencias culturales, los mitos y tabúes. No obstante, cabe destacar que las relaciones sexuales son un concepto amplio y que no deben limitarse al coito, pudiendo realizar prácticas que no interfieran en el estado de la mujer (en el sentido de que no estimulen los genitales internos de la mujer).

En el segundo trimestre, la seguridad y serenidad ante el desarrollo del feto, puede permitir un mayor deseo sexual.

El tercer trimestre el mayor volumen uterino puede provocar incomodidad en algunas prácticas y posturas durante el coito. Por ello se recomienda que la mujer y su pareja busquen la forma en que se encuentren más cómodos.

Vacunación

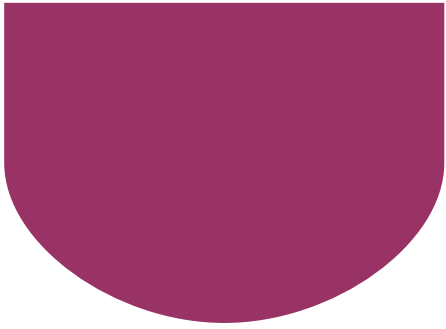
Es importante que la embarazada presente un estado vacunal correcto, que protege al feto durante el embarazo y al recién nacido hasta los dos primeros meses de vida, cuando recibirá su primera vacuna. La vacuna de la tosferina se administra a partir de la 27-28 semana de gestación y la vacuna de la gripe en cualquier trimestre del embarazo.

Signos de alerta durante el embarazo

El profesional ha de transmitir a la mujer/pareja o acompañante que si aparece algún síntoma de los que se describen a continuación, debe acudir al centro sanitario más cercano, si bien que explicar que estos síntomas no son indicativos a priori, de problemas graves para la madre o el bebé, pero que requieren la valoración profesional.

- a. Pérdida de sangre por vagina.
- b. Dolor abdominal intenso y constante.
- c. Nauseas y vómitos intensos.
- d. Fiebre mayor de 38 grados.
- e. Disminución repentina y acusada de la cantidad de orina.
- f. Dolor y escozor al orinar.
- g. Hinchazón repentina de pies, manos y cara.
- h. Mareos intensos o trastornos de la visión como aparición de manchas, destellos de luz, etc.
- i. Dolor de cabeza fuerte y persistente.

- j.** Pérdida de líquido por vagina.
- k.** Prurito genital.
- l.** Cambio brusco del tamaño del útero.
- m.** Ausencia de movimientos fetales, a partir del 5º mes.
- n.** Presencia de contracciones fuertes e intensas, o muy frecuentes.



SEGUNDA SESIÓN:

PARTO

3º TRIMESTRE

CONTENIDOS

OBJETIVOS

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

RECURSOS

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

CONTENIDOS

Existen multitud de definiciones del concepto de parto; definiciones que engloban, de una manera u otra, el proceso que provoca el paso del feto desde el interior del útero al exterior de la madre.

En este programa de Preparación al Nacimiento y Crianza se trata el tema del parto en sus distintas modalidades, atendiendo a la gran variedad existente de prácticas, atención y cuidados relacionados con el mismo, con el fin de que cada mujer y su pareja tengan toda la información posible, despejen dudas sobre lo desconocido y que, en base a ello, adecuen sus expectativas a un marco realista y sólido aplicable en el momento del parto.

Esta orientación se desarrolla en el contexto del *Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía*, que surge en el marco del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía para impulsar la *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Una de sus líneas principales de actuación pretende la implantación de iniciativas de atención humanizada al parto normal, que consideren las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la participación de las mujeres y la adecuación del entorno físico para mejorar la comodidad y seguridad (Consejería de Salud, 2008).

Todas las recomendaciones de estas instituciones se centran en actualizar los cuidados en la atención al parto, incorporar nuevas alternativas y desterrar aquellas prácticas que no estén basadas en el conocimiento, ni justificadas de modo alguno. El uso de la tecnología y de la intervención obstétrica debe basarse en la evidencia y su aplicación debe ser selectiva.

Independientemente de que el parto sea considerado un parto normal o no, pueden llevarse a cabo una serie de buenas prácticas que son transversales a cualquier proceso de salud (empatía, asertividad, trato respetuoso y amable, intimidad, equidad, etc.) y otras más específicas de la atención al parto y nacimiento (mínima intervención, cubrir las expectativas previas de la mujer/pareja, contacto piel con piel, inicio precoz de la lactancia, tipo de analgesia, etc.).

Además, estas estrategias pretenden que todas las mujeres/parejas reciban una adecuada atención, participen de forma activa y puedan tomar decisiones respecto a su proceso de salud en base a una información veraz y sin sesgos.

Por otro lado, en ocasiones es difícil determinar cuándo empieza el trabajo de parto activo. Un diagnóstico falso puede significar múltiples visitas al hospital, frustración y malestar en la madre y confianza reducida en los profesionales sanitarios (Lauzon, 2004).

Si bien no hay suficientes pruebas para evaluar el uso de un conjunto específico de criterios para el autodiagnóstico del trabajo de parto activo, los programas de

valoración del trabajo de parto, dirigidos a demorar el ingreso en el hospital hasta el momento del trabajo de parto activo, pueden beneficiar a las mujeres con embarazo a término (Lauzon, 2004).

En consecuencia, en esta sesión se enseñará a las gestantes a distinguir cuándo se inicia el parto, ya que esto puede ayudarles a disminuir la ansiedad, fortalecer su seguridad y el control de su proceso.

Los aspectos a tratar en esta sesión son:

Diversidad familiar

Inicio del parto

Síntomas

Signos

Momento para acudir al hospital: situaciones normales y de alerta

Acogida en la sala de partos

Plan de parto y nacimiento

Pródromos de parto

Fases del parto

Dilatación

Expulsivo

Alumbramiento

Parto normal

Otras circunstancias

Patología obstétrica/patología previa

Inducción del parto

Parto instrumental

Cesárea

Analgesia y anestesia durante el parto

Métodos alternativos de alivio del dolor

Analgesia farmacológica

Analgesia regional

Anestesia local y regional

Anestesia general

Acompañamiento en el parto

Papel del o de la acompañante

Tras el nacimiento

Contacto piel con piel

Establecimiento del vínculo

Inicio de la lactancia

Identificación

Primeros cuidados

Características principales del bebé

OBJETIVOS

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- identificará que existen diferentes tipos de familia.
- conocerá los cambios que conlleva el proceso del parto, su estado de salud, su reacción física y emocional hacia el proceso del nacimiento y las modificaciones que suceden tras él.
- identificará los principales signos del inicio del trabajo de parto.
- diferenciará las señales de normalidad y de alerta que le permitan conocer cuándo debe acudir a un centro sanitario de urgencia.
- conocerá las prácticas habituales de atención al parto en su hospital de referencia, así como los recursos de los que dispone.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- será capaz de tomar decisiones conjuntamente con los/as profesionales sanitarios/as sobre las preferencias en el parto y nacimiento de su hijo o hija.
- estará preparada para utilizar estrategias de participación activa durante el parto y nacimiento, así como los distintos métodos de alivio del dolor.
- podrá utilizar estrategias adaptativas ante su hijo o hija tras el parto.
- identificar, realizar, un acompañamiento eficaz.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- tomará conciencia de forma positiva de la vivencia del parto y nacimiento.
- comprenderá la relevancia que cobran durante el parto y nacimiento, todas las actividades interactivas materno-paterno-fetales que incrementen el apego prenatal.
- asumirá la importancia de detectar signos de alerta, entendiéndolos no como problemas graves, sino como motivo de consulta al centro sanitario.
- mostrará sensibilidad y tolerancia ante la diversidad familiar.

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las personas asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en 100 minutos, manteniendo por parte de quien conduce la sesión un estilo docente democrático.

1. **Bienvenida** y presentación de los objetivos y contenidos de la sesión (5 minutos).
2. **Técnica de grupo. Lluvia de ideas:** Se pedirá a todas las personas participantes que digan en voz alta las señales que pudieran indicar el inicio del parto y aquellas que son motivos de alerta para acudir a urgencias. El/la docente las anotará en una pizarra o papelógrafo (10 minutos).
3. **Exposición teórica de los contenidos sobre el parto**, incluyendo el inicio del mismo, relacionándolos con la lluvia de ideas, permitiendo el debate y aplicando la conclusión guiada (30 minutos).
4. **Vídeo:** Se mostrará un vídeo de un parto (5 minutos).
5. **Técnica de grupo. Estudio de casos:** Se dividirá a las personas asistentes a la sesión en tres grupos y cada uno estudiará un caso: el primero tratará sobre posturas durante la dilatación y parto; el segundo grupo trabajará sobre aquellos aspectos que pueden potenciar la participación activa y toma de decisiones en este proceso; y el tercer grupo trabajará sobre aquellos aspectos que pueden favorecer el establecimiento del vínculo en el parto y tras el nacimiento del bebé. El trabajo en grupo se hará en 5 minutos, la exposición de cada grupo en otros 5 minutos y el profesional sanitario realizará una síntesis en 5 minutos, abarcando aquellos aspectos de interés que hayan quedado descubiertos. Se terminará con un coloquio de 5 minutos, en el que todas las personas participantes podrán realizar preguntas o mostrar sus opiniones (20 minutos).
6. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
7. **Vídeo:** Diversidad familiar (5 minutos).
8. **Exposición teórica de los contenidos sobre diversidad familiar**, permitiendo el debate y aplicando la conclusión guiada (5 minutos).
9. Breve sesión de **ejercicio físico**, siguiendo indicaciones contenidas en la sección III (10 minutos)
10. **Despedida** y emplazamiento para continuar con el programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.

RECURSOS

- Ordenador.
- Proyector.
- Pizarra o papelógrafo.
- Rotuladores.
- Reproductor de DVD.
- Vídeo de parto.
- Vídeo “Diversidad familiar”
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

- Diversidad familiar
- Inicio del parto
- Pródromos del parto
- Fases del parto
- Parto normal
- Otras circunstancias
- Analgesia y anestesia durante el parto
- Acompañamiento en el parto
- Tras el nacimiento

Diversidad familiar

La familia ofrece el mejor contexto de crianza posible para el desarrollo de niños y niñas. Una familia la constituye la unión de personas que comparten un proyecto de vida común, que establecen intensas relaciones afectivas y en las que las personas adultas se encargan del cuidado y la educación de hijos e hijas. El contexto familiar permite que la atención hacia los niños y las niñas sea elevada y propicia interacciones de calidad entre sus miembros. Pero la familia no es un sistema inmutable y sus formas estructurales pueden ser múltiples.

En los últimos tiempos, la familia española ha experimentado cambios y se ha ido haciendo cada vez más diversa, no solo en relación al medio ambiente en que se desarrolla (ciudades, pueblos, localidades pequeñas, etc), en cuanto a su extensión (familia numerosa o con un solo descendiente, extensa o no), o a su realidad económica, sino también en cuanto a su propia composición. Aunque la familia convencional formada por una pareja heterosexual y sus hijos e hijas sigue siendo la más frecuente, otros tipos de familias se han ido haciendo más numerosos y han ido adquiriendo una visibilidad cada vez mayor, constituyendo un complejo y variado mapa de diversidad familiar (familias monoparentales, reconstituidas a partir de uniones anteriores, homoparentales, adoptivas, de acogida, etc.).

De hecho, para hablar de familia no es necesario que la pareja esté casada, ni que haya dos progenitores (familias monoparentales), ni que madres /padres /cuidadoras /cuidadores tengan sexo diferente (familias homoparentales), ni que los hijos e hijas tengan que ser nacidos de ambos miembros de la pareja (sino que pueden ser fruto de uniones anteriores, de una adopción o de técnicas de reproducción asistida).

No hay ningún modelo de familia que sea mejor que el resto.

Hasta ahora no hay estudios científicos que demuestren que un modelo de familia es más saludable que otros. No son la estructura o composición de la familia, los lazos legales o la consanguinidad quienes determinan el buen funcionamiento familiar y el ajuste infantil, sino una vida familiar con buenas y adecuadas relaciones entre sus miembros. El afecto, la comunicación, la estimulación y promoción del desarrollo, así como la calidad de la relación entre los miembros de la pareja (si de una pareja se trata) son los determinantes fundamentales de la satisfacción adulta y del ajuste infantil, de forma que en la medida en que estos procesos sean de mayor calidad, el escenario familiar será mucho más idóneo para la crianza y el desarrollo del niño o de la niña.

Cuando en una familia se observen indicadores que pongan sobre aviso respecto de una mala calidad de la vida familiar, se deberá proceder, según la gravedad del caso, o bien a alentar a que obtengan asesoramiento y apoyo, o bien, en casos más extremos, a valorar el grado de riesgo implicado para el niño o la niña al crecer en un contexto que se considere altamente inadecuado.

Respecto a algunas configuraciones familiares no convencionales, existen *guías temáticas* elaboradas por grupos especializados. Se animará, pues, a consultarlas a quienes estén en esas situaciones. A continuación se muestra la descripción y caracterización de algunas familias no convencionales.

Familias monoparentales.

Las familias monoparentales son aquellas constituidas por un solo progenitor con algún hijo o hija. La maternidad en solitario puede ser sobrevenida (mujeres separadas, viudas o el caso de algunas solteras) o bien ser una maternidad en solitario por elección propia (a través de la adopción o de técnicas de reproducción asistida o biológica).

Estas familias (como cualesquiera otras) pueden presentar algunas dificultades: económicas, aunque no necesariamente, al ser una sola persona la que asume la responsabilidad económica; de conciliación familiar y laboral; o por asumir una sobrecarga de responsabilidades, todo lo cual puede influir en la calidad de la vida familiar y en el desarrollo infantil. Para algunas familias estos problemas son muy importantes y constituyen un auténtico reto diario, mientras que otras tienen circunstancias más favorables. No obstante, la investigación ha demostrado que niños y niñas que crecen en familias monoparentales frecuentemente adquieren una madurez más temprana, colaboran más en tareas del hogar y establecen vínculos muy estrechos con sus madres/padres/cuidadoras/cuidadores (generalmente, madres).

Familias reconstituidas.

Las familias reconstituidas son aquellas en la que las personas adultas que las componen han tenido uniones anteriores en las que al menos algún miembro de la nueva pareja aporta algún hijo o hija de otra relación anterior.

Estas familias se enfrentan al reto de construir una nueva identidad familiar en la que los roles de los padres no biológicos pueden estar menos claros que los de los biológicos, lo que podría generar confusión respecto al trato con los nuevos hijos o conflicto de lealtades entre madres/padres/cuidadoras/cuidadores. Al mismo tiempo, los niños y las niñas que crecen en este tipo de familias pueden vivir experiencias enriquecedoras, como es la de disponer de más figuras con las que establecer vínculos de apego y beneficiarse así de los nuevos modelos de relación.

Familias homoparentales.

En las familias homoparentales madres/padres/cuidadoras/cuidadores son del mismo sexo (dos mujeres o dos hombres). Los hijos y/o hijas proceden de alguna relación heterosexual anterior o bien de la adopción o las técnicas de reproducción asistida.

Es cierto que estas familias pueden enfrentarse, en algunos ambientes, a la discriminación o el rechazo social. Sin embargo, los niños y las niñas que crecen en familias homoparentales suelen ser muy deseados, por lo que la implicación parental suele ser elevada, se suelen establecer lazos afectivos estrechos y seguros, la comunicación y el clima familiar suelen ser muy positivos, y existe un buen ajuste psicológico de estas personas menores.

Familias adoptivas.

Las familias adoptivas están constituidas por uno o dos madres/padres/cuidadoras/cuidadores que tienen hijos o hijas con los que no están

vinculados biológicamente. El número de adopciones internacionales (aquellas en las que el niño o niña adoptado procede de otro país) se ha multiplicado en los últimos años, dando lugar a familias que presentan diversidad étnica entre sus miembros, lo que también puede ocurrir en el caso de adopciones nacionales (hijos biológicos de progenitores de otro grupo étnico).

Muchas niñas y niños adoptados han tenido experiencias de adversidad (abandono, maltrato, institucionalización) antes de la adopción, que pueden repercutir en las nuevas relaciones familiares (por ejemplo, necesitando más tiempo para formar vínculos afectivos seguros, y deben hacer frente a retos como la diversidad étnica) o en la motivación para la búsqueda de orígenes, sobre todo cuando los hijos e hijas llegan a la adolescencia. Asimismo, la investigación ha demostrado que los niños y las niñas adoptados tienen una extraordinaria capacidad de recuperación de los déficits que muchos de ellos presentan a la llegada a la familia adoptiva como resultado de las negativas experiencias tempranas por las que pasaron. La recuperación es más rápida y más completa en unos aspectos que en otros, presentando también diferencias de unos niños a otros.

Familias con hijos y/o hijas a través de técnicas de reproducción asistida (TRA).

La reproducción asistida es un conjunto de técnicas que facilitan la función reproductora y que se pueden llevar a cabo sin que exista un vínculo genético directo entre los padres y madres y sus hijos. La utilización de las TRA (técnicas de reproducción asistida) puede acontecer en cualquier tipo de familia, más o menos convencional. La utilización de las TRA no es incompatible con la vinculación genética entre padres e hijos, que es total en el caso de la fecundación in vitro con óvulos y espermatozoides de la madre y del padre, respectivamente, y parcial, en los casos en los que se recurre a la inseminación artificial con donante de esperma o a la donación de óvulos. En un porcentaje importante de las familias que recurren a las TRA se producen embarazos múltiples como consecuencia directa de la fertilización múltiple que se practica para garantizar la viabilidad de los embriones en las TRA.

En estas familias aumenta la probabilidad de estrés parental y puede derivar en dificultades económicas derivadas del gasto de las intervenciones o del nacimiento de varios niños o niñas al mismo tiempo. Por lo demás, y en el plano positivo, los niños y las niñas procedentes de este tipo de fecundación son hijos e hijas muy deseados y la implicación parental suele ser muy alta.

Inicio del parto

El/la profesional sanitario/a transmitirá a la mujer/pareja o acompañante la diferencia



entre las molestias propias del final del embarazo, las circunstancias que marcan el comienzo del parto y aquellas que suponen motivos de alerta. El conocimiento de los síntomas de parto por parte de la mujer/pareja le ayudará a entender mejor la serie de cambios que en algún momento comenzará a sentir, así como distinguir el momento en el que debe acudir al hospital. Al mostrar el proceso del parto el/la profesional puede hacer hincapié en

las diferentes reacciones emocionales que tienen distintas mujeres ante el mismo hecho de parir, invitando a las participantes a vivir intensamente lo que sientan durante el parto y a expresarlo sin ningún miedo, aceptando las reacciones de su cuerpo.

Además, es necesario plantear que durante el proceso del parto y nacimiento no hay nada seguro y que pueden darse situaciones imprevistas y desagradables con mucha rapidez, circunstancia para la que también hay que prepararse.

Síntomas

- a. Molestias/dolores abdominales constantes o irregulares.
- b. Presión púbica.
- c. Micción frecuente y de escasa cantidad.
- d. Dolor lumbar irregular.
- e. Endurecimiento del abdomen con o sin dolor.
- f. Aumento flujo vaginal.
- g. Pérdida de líquido.
- h. Manchado marrón/oscuró: Tapón mucoso.
- i. Manchado sanguinolento/sangrado.
- j. Descenso del abdomen.
- k. Disminución de los movimientos fetales e intensos.

Signos

- a. Contracciones uterinas.
- b. Maduración/dilatación cervical.

Cuándo acudir al hospital: Situaciones normales y de alerta

Situaciones normales (embarazo de bajo riesgo)

- a. **Contracciones intensas** (progresivamente aumenta el dolor, que puede localizarse en la región lumbar y/o en las fosas iliacas) **y regulares**, aproximadamente, 3 cada 10 minutos, que persisten incluso tumbada del lado izquierdo o tras darse una ducha. Se explicará que éstas pueden distinguirlas mediante palpación (percibirán endurecimiento del abdomen que cesará al minuto aproximadamente desde el inicio de la contracción y la relajación uterina). Deberán distinguirlas de las contracciones de Braxton-Hicks (irregulares, espaciadas en el tiempo e indoloras), que podrían aparecer al inicio del tercer trimestre. No obstante, aun sin dolor, si apareciesen antes de la 36-37 semanas de gestación (parto prematuro) y si presentaran regularidad, se debe acudir, de igual modo, al hospital.
- b. **Bolsa rota:** Si la mujer percibe una pérdida espontánea y abundante de líquido claro/transparente o incluso si perdiera poca cantidad de líquido (podría ser una fisura, flujo, orina, etc.), tiene que ir al hospital para que se valore si se ha roto la bolsa amniótica. Si el líquido que ve que pierde es claro puede ir con tranquilidad, es decir, puede ducharse, cambiarse y preparar todo para ir al hospital. Si el líquido que pierde es de color verdoso o pardo, tiene que ir con rapidez al hospital. En este último caso puede ser una falsa alarma, pero los profesionales tienen que valorar que su hijo o hija esté bien, por lo que debe de acudir con rapidez, ya que hay que estudiar porque el líquido amniótico no presenta su transparencia habitual. Si se confirma la rotura de la bolsa la mujer quedará ingresada. Si la gestación ha terminado (más de 36 semanas), y el parto no comienza de forma espontánea, a las doce horas de la rotura se inducirá el parto y en este proceso se administrará antibiótico a la mujer para prevenir la infección, ya que la bolsa amniótica protege al feto de posibles infecciones.
- c. **Situaciones de incertidumbre:** En ocasiones las mujeres, aun teniendo una buena información/formación sobre el proceso del parto, pueden dudar de las sensaciones percibidas y de síntomas que no sepan relacionar con su bienestar o el de su hijo o hija; sus sentimientos, intuición, instintos, experiencia previa, etc., le podrían incitar a pensar que algo ocurre y que desconoce qué significado puede tener en términos de seguridad para ella o para el feto. En este sentido, se debe abordar este aspecto y aconsejar que en caso de dudas acuda al hospital.



Situaciones de alerta

- a. Líquido amniótico verdoso, amarillento o marronáceo.
- b. Sangrado: Similar al de una regla o superior.

- c. Contracciones uterinas intensas, persistentes y que no cesan (hipertonía uterina).
- d. Ausencia de movimientos fetales.
- e. Fiebre superior a 38°C de origen desconocido.
- f. Otras situaciones (dolor abdominal continuo, alteración de la visión, etc.)

Acogida en la sala de partos

En este apartado se expondrá cuál puede ser la secuencia más habitual de procedimientos, exploraciones, pruebas e información llevadas a cabo por los/as profesionales sanitarios cuando la gestante llegue al hospital.

- a. **Anamnesis e historia clínica:** Es deseable informar a la mujer/pareja o acompañante de la necesidad de aportar el documento de identidad, datos de filiación sanitaria, documento de salud de la embarazada u otros informes del control del embarazo, analíticas, plan de parto y nacimiento, y consentimientos informados en caso de requerir algún tipo de cuidados o procedimientos especiales (donación de sangre de cordón, analgesia epidural, ligadura tubárica en caso de cesárea, cesárea programada, etc.).
- b. **Constantes vitales.**
- c. **Exploración vaginal.**
- d. **Pruebas de bienestar fetal:** Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal y/ o registro cardiotocográfico.
- e. **Información rigurosa de la fase en la que se encuentra y destino:** Domicilio si el parto no se ha iniciado (falso trabajo de parto: se le informará que en ese caso tendría que volver cuando aparezcan de nuevo síntomas de inicio de parto o signos de alerta); unidad de hospitalización de Obstetricia si está en fase de pródromos o fase latente; y a la sala de dilatación/parto si se encuentra en la fase activa de parto o en expulsivo.
- f. **Acompañamiento por la pareja u otra persona elegida por la mujer** durante la dilatación en todos los casos. Se le explicará que, durante partos instrumentales o durante cesáreas, no es habitual que entre la pareja o el acompañante, si bien en algunos hospitales del SSPA sí se le permite pasar ante una serie de condiciones, requisitos y aspectos clínicos, recogidos en procedimientos de normativas internas de cada centro.
- g. **Exploraciones seriadas y monitorización cardiotocográfica/auscultación de la frecuencia cardíaca fetal,** según evolución clínica.
- h. Las mujeres y sus parejas o acompañantes, una vez en la sala de partos, estarán atendidas por profesionales que tengan estrictamente entre sus competencias, estar presentes para ofrecer cuidados a las mujeres y los recién nacidos.
- i. Tras el nacimiento, permanecerá un periodo de tiempo de aproximadamente **dos horas en observación, junto a la pareja o acompañante y el/la bebé** (no siempre en cesáreas o situaciones de anomalías de la madre o del bebé).

Plan de parto y nacimiento



El plan de parto y nacimiento es un documento escrito por la mujer embarazada (bien en un manuscrito o en el formulario editado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía), en el que registra sobre la semana 28-32, en colaboración con el equipo de Atención Primaria, aquellas necesidades y expectativas que ella y su pareja o acompañante desean que se lleven a cabo durante el parto y tras el nacimiento y para su hijo o hija.

Debe servir como orientación a los/as profesionales que trabajan en el paritorio, planta de maternidad o unidad de neonatología.

Cuando lo elaboren, se les debe recomendar a las gestantes la necesidad de conocer los recursos y procedimientos del hospital de referencia para evitar que se creen falsas expectativas.

Durante su estancia hospitalaria (ingreso, sala de maternidad, paritorio, quirófano), el plan de parto debe estar accesible a todos/as los/as profesionales, incorporándose a la historia clínica de la usuaria en función del protocolo existente en cada centro y de las características (digital o papel) de las historias clínicas de dicho centro.

Destacar que, aunque el equipo de profesionales sanitarios intentará cubrir todas las expectativas planteadas, existen situaciones que, bien por el riesgo obstétrico, si lo hubiera, o bien por alteraciones de la normalidad durante el transcurso del parto, podría verse modificado para adaptarse a los protocolos de actuación clínica en cada situación (Consejería de Salud, 2009).

Pródromos de parto

También conocida como preparto, la duración de esta fase previa al parto es variable y sus características difieren de una mujer a otra, incluso una misma mujer podría sentir los cambios de forma distinta de un parto a otro. Engloba el conjunto de signos y síntomas que indican el inicio o la proximidad del parto.

Hay que destacar que el conocimiento de estos signos y síntomas permitirá distinguir a las mujeres cuándo es aconsejable acudir al hospital:

- a. **Contracciones irregulares:** En esta fase las contracciones de Braxton-Hicks aumentan en duración y frecuencia. Este incremento en frecuencia y duración hace que aumente la percepción que de las mismas tiene la mujer. Si la intensidad de las contracciones aumenta, también es posible que la mujer pase de percibirlas como indoloras a sentirlas como molestas. En los casos en los que el umbral del dolor de la mujer es bajo, esta pueden percibirlas incluso como dolorosas. El umbral del dolor se reduce por la ansiedad y ésta es más intensa de noche,

especialmente si la mujer está sola o vive lejos del hospital. Una mujer preocupada por la posibilidad de llegar tarde al hospital, generalmente lo hará con gran anticipación. No obstante, hay que referir a la mujer que aun siendo irregulares, si las percibiese más intensamente y pasaran a ser dolorosas, debería ir al hospital. También es importante indicar a las gestantes que esta fase sirve como preparación para el parto y que estas contracciones sirven para que se inicien los cambios en el cuello del útero que preceden al parto. En esta fase se inicia el borramiento del cuello y no tiene por qué haber dilatación alguna.

- b. Descenso del fondo uterino y disminución de la altura uterina.**
- c. Expulsión del tapón mucoso** de Hoffmeier: Secreción mucosa, gelatinosa, de color marrón, con trazas oscuras o de sangre, que se expulsa desde el interior del cuello uterino.
- d. Otros signos y síntomas:** Polaquiuria, dolor inguinal, aumento de la diuresis, leucorrea, alteraciones digestivas, etc.

Fases del parto

El parto es el proceso mediante el cual tiene lugar la salida del feto y los anejos (placenta y membranas) del interior de la cavidad uterina al exterior del cuerpo materno. Para poder decir que una mujer se encuentra en proceso de parto se tiene que dar dos circunstancias. Una, que tenga contracciones regulares cada cinco minutos; dos, que el cuello del útero se halla modificado por las contracciones y presente una dilatación de al menos 2-3 centímetros. El parto en sí, una vez pasados los pródromos, se divide en tres fases:

- Fase de dilatación.
- Fase de expulsivo.
- Fase de alumbramiento.

Dilatación

Se explicará que el motor del parto son las contracciones y que, mediante ellas, se conseguirá progresivamente la dilatación. Para su control y para observar cómo reacciona el feto, se realizarán monitorizaciones intermitentes o continuas. La dilatación es la fase más larga del parto (desde 4 hasta más de 12 horas en nulíparas; de 2 hasta más de 8 horas en multíparas). Si el parto es normal se aconsejará la deambulación y se fomentará la nutrición y la hidratación a demanda, con alimentos y bebidas suaves, así como que la mujer sea la que elija las posturas más cómodas para ella.

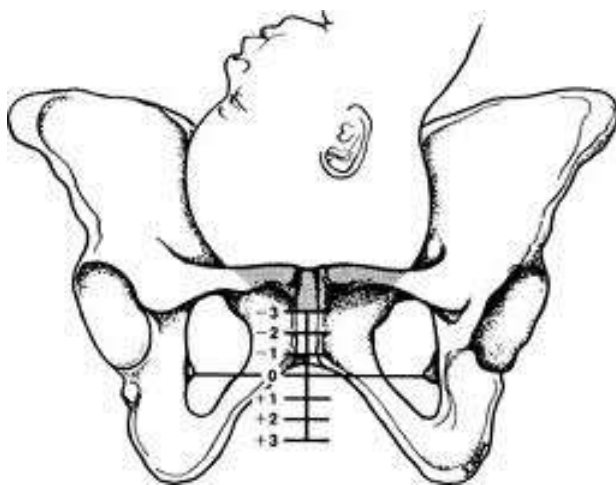
La pareja o acompañante puede controlar la frecuencia y duración de la dinámica uterina de forma no exhaustiva, ayudándole a relajarse y a realizar los ejercicios de respiración. Su papel en la dilatación es ser empático y estar presente (por ejemplo, secando el sudor de la frente). Si la mujer lo desea, la pareja o acompañante entenderá que le apetezca un momento de soledad o que prefiera evitar el contacto físico.

Los cambios en el cuello del útero son de dos tipos: borramiento y dilatación.

- a. **Borramiento:** Antes del parto el cuello del útero presenta una longitud que oscila entre los 4 y los 6 cm. Para que pueda salir el feto esta longitud debe reducirse. Esta reducción es posible gracias a las contracciones que tiran de sus fibras y los van acortando. A este proceso de reducción de la longitud del cuello del útero se llama borramiento. En las nulíparas dura más tiempo que en las multíparas. Si bien en las primeras se da la circunstancia de que hasta que no se borra el cuello no suele progresar la dilatación, en las multíparas el borramiento y la dilatación propiamente dicha se solapan, llegando incluso a no ser posible diferenciarlas.

Durante el borramiento, el/la profesional aconsejará que la mujer intente estrategias de distracción, que camine y, en la medida de lo posible, que ahorre energías mediante ejercicios de respiración/relajación.

- b. **Dilatación propiamente dicha:** En esta etapa las contracciones son más intensas, frecuentes, regulares (cada 2-3 minutos) y su duración es mayor. Se suele asociar a la fase activa del parto y ésta suele iniciarse a partir de los 4 cm. de dilatación (FAME, 2007). Hay que destacar que en esta fase la mujer sentirá las contracciones más intensas, aunque cada mujer las percibirá de modo distinto. Conviene estar tranquila, relajada y colaboradora; para ello se recomendará realizar cambios de posición, simultaneados con ejercicios de respiración y relajación. Lo más adecuado es ubicar a las parturientas en salas polivalentes (dilatación-parto-puerperio). Se explicará que éste es el momento de solicitar métodos farmacológicos o alternativos de alivio del dolor, si se precisase. Mediante tactos vaginales espaciados en el tiempo el equipo que atiende en el parto medirán la dilatación en centímetros. Esta etapa llega hasta los 9-10 centímetros. Se debe informar que en el momento en que la mujer note sensación de pujo (ganas de empujar) debe avisar inmediatamente a los profesionales sanitarios (hay que advertir a cada mujer que no debe empezar a empujar sin que los profesionales la hayan valorado y le hayan confirmado que puede hacerlo).



Expulsivo

Se destacará que esta fase suele realizarse en un paritorio, aunque si la dilatación se hizo en una sala polivalente, todo el proceso puede continuar en el mismo espacio físico. Se inicia cuando el cérvix está totalmente dilatado (10 cm.), continúa con el descenso fetal y acaba cuando nace el bebé. Las contracciones son más duraderas e intensas. Dependiendo de la situación clínica, la

opción idónea es no realizar episiotomía cuando la cabeza se dispone a salir, ajustándose al periné, aunque si fuese necesario se practicará después de haberle informado de la razón de ello. Tras el nacimiento del bebé, los/as profesionales

sanitarios la colocarán, si es el deseo de la madre, en contacto piel con piel, en el abdomen o en el pecho. Este es el llamado contacto piel con piel inmediato, llamándose contacto precoz el que se realiza durante la primera media hora (Gómez Papi, 2008). Ambos influyen positivamente en el vínculo afectivo y el apego, la lactancia materna o el mantenimiento de la temperatura neonatal y disminuyen el estrés del recién nacido (Pallás Alonso, 2008).

Alumbramiento

Se inicia tras el nacimiento del bebé y el corte del cordón umbilical y finaliza cuando se expulsan la placenta y las membranas. En relación al pinzamiento de cordón es preferible hacerlo cuando deja de latir. El pinzamiento tardío del cordón umbilical puede ser ventajoso para el recién nacido al mejorar el nivel del hierro disponible para este, lo que puede ser de valor clínico, particularmente en los recién nacidos que no tienen acceso a una buena nutrición (McDonald, 2009). Se informará de la posibilidad de que sea la pareja o acompañante la persona que corte el cordón umbilical, lo que favorece su participación en el nacimiento y su vinculación con el recién nacido.

DIAGNÓSTICO DEL PERÍODO Y LA FASE DEL TRABAJO DE PARTO

Signos y síntomas	Período	Fase
<ul style="list-style-type: none"> Cuello uterino no dilatado 	Trabajo de parto falso/ no hay trabajo de parto	
<ul style="list-style-type: none"> Cuello uterino dilatado menos de 4 cm 	Primer	Latente
<ul style="list-style-type: none"> Cuello uterino dilatado de 4-9 cm Tasa de dilatación característica de 1 cm por hora o más Comienza el descenso fetal 	Primer	Activa
<ul style="list-style-type: none"> Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) Continúa el descenso fetal No hay deseos de pujar 	Segundo	Temprana (no expulsiva)
<ul style="list-style-type: none"> Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis La mujer tiene deseos de pujar 	Segundo	Avanzada (expulsiva)
El tercer período del trabajo de parto comienza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta		

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Parto normal

Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), el parto normal es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral.

El/la profesional deberá asesorar sobre aquellas buenas prácticas en la atención al parto (Consejería de Salud, 2008), buscando que la mujer cobre el mayor protagonismo posible en la toma de decisiones y tenga una participación activa junto a su pareja o acompañante/familia. A continuación se detalla un resumen de estas prácticas a modo orientativo, pudiendo la/el profesional adaptar el contenido a las necesidades del grupo.

Algunas de estas prácticas son transversales a cualquier otro tipo de atención al parto (ver “Otras circunstancias”), de modo que si bien algunas son específicas de los cuidados ofrecidos a partos de baja intervención, otras son comunes a todos, independientemente del grado de intervención. El/la profesional tendrá como documentos de apoyo: *Buenas prácticas en Atención Perinatal* (Consejería de Salud, 2008); *Plan de Parto y Nacimiento* (Consejería de Salud, 2009) e *Iniciativa Parto Normal* (FAME, 2007).

Participación activa y toma de decisiones conjunta De la mujer/pareja o acompañante en el área de partos

Mujer gestante

- **Presentar plan de parto.**
- **No está justificado el uso sistemático de enema, ni el rasurado.**
- **Vía venosa cerrada y sin conectarse a suero: facilita la movilidad.**
- **Si el progreso del parto es adecuado, no se precisa rotura artificial de membranas.**
- **Nutrición en el parto: alimentos ligeros, líquidos (no lácteos).**
- **Libertad para deambular.**
- **Libre elección de métodos para el alivio del dolor.**
- **Libre elección de postura durante la dilatación y parto.**
- **Episiotomía no se realiza de rutina.**
- **Pujos espontáneos.**
- **Contacto piel con piel.**
- **Inicio precoz de lactancia materna.**
- **No separar al bebé de la madre en caso de evaluación del estado general, vitamina K, profilaxis ocular, vacunación anti-hepatitis, etc.**
- **Alternativas de alivio del dolor: farmacológicas y no farmacológicas.**

Participación activa y toma de decisiones conjunta De la mujer/pareja o acompañante en el área de partos

Pareja o acompañante

- Acompañamiento durante el proceso.
- Masajes a la madre para reducir el dolor y ayudar a relajarse.
- Colaborar en técnicas de respiración, relajación y visualización de imágenes mentales.
- Distracción mediante estímulos sensoriales (auditivos, visuales, y táctiles).
- Apoyo continuo.
- Corte del cordón umbilical por la pareja o acompañante.
- Contacto piel con piel con el padre/acompañante si el estado de la madre no lo permite o no desea hacerlo.

Otras circunstancias

El parto normal puede alterarse si sufre alguna desviación de la normalidad, pudiendo acabar en un parto instrumental o cesárea. También existen malposiciones fetales, patologías uterinas previas u otros factores de riesgo obstétrico que pueden originar una situación que requiera una toma de decisión para finalizar la gestación mediante cesárea programada. Dependiendo del curso de la gestación, si ha evolucionado con alguna enfermedad previa o con alguna propia del embarazo, la finalización del mismo puede verse alterado y que las circunstancias obliguen a no esperar un inicio espontáneo.

Cada una de estas situaciones debe adaptarse a los protocolos de actuación clínica y de todo deberán ser informados (mujer/pareja o acompañante), solicitando el consentimiento de la madre. No hay que olvidar que este tipo de partos son especiales y distintos al parto normal y si bien requieren controles más exhaustivos, existe un gran número de buenas prácticas en la atención perinatal que son totalmente exportables a uno y otro tipo de situación (contacto piel con piel, lactancia, elección de postura durante la dilatación y del método de alivio del dolor, etc.).

Patología obstétrica/patología previa

Las enfermedades previas al embarazo o aquellas que se desencadenan en el curso de la gestación pueden provocar a la mujer/pareja temor, ansiedad, preocupación por el futuro de su hijo o hija, etc., hasta el punto de que se podría condicionar la vivencia del embarazo e incluso del parto. La/el profesional simplemente destacará ante ellos la necesidad de que informen a los sanitarios para que desde un principio se puedan beneficiar gestante, pareja y bebé, de una atención óptima y adecuada a su problema de salud. En la medida que se precise, el control de embarazo se llevará a cabo de una manera más exhaustiva.

También se tendrá en cuenta que algunas patologías del embarazo pueden desembocar en un parto prematuro, que tiene importantes consecuencias físicas y psicológicas tanto para el/la recién nacido/a, como para la madre y que afecta también al resto de la unidad familiar.

Inducción del parto

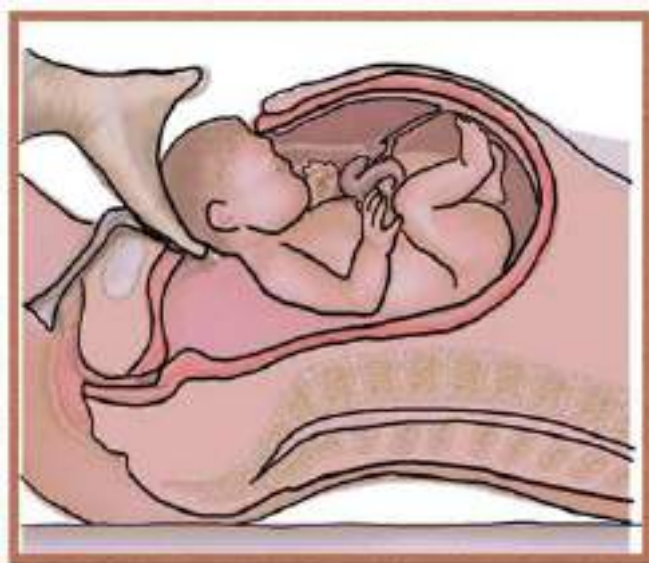
Aunque existen mujeres con algún tipo de patología que inician su parto de forma espontánea, existen otras que precisan hacerlo mediante fármacos u otras técnicas. La/el profesional informará a la mujer/acompañante de que no es aconsejable la administración rutinaria de medicamentos o la realización de algunas maniobras sistemáticamente para iniciar el parto salvo que exista una indicación médica para ello. También se le debe comentar que este tipo de parto suele provocar menos tolerancia al dolor, por lo que, ante esa posibilidad, la mujer decidirá sobre las posibles medidas de alivio del dolor (Ver “Analgesia y anestesia durante el parto”)

Parto instrumental

En el transcurso del parto pueden aparecer complicaciones en el feto o puede ocurrir que la madre no pueda colaborar lo suficiente tras un proceso largo y agotador. En estas situaciones, los/as profesionales sanitarios disponen de la tocurgia como ayuda a la salida del feto por el canal del parto. Los instrumentos usados son fórceps, vacuoextractor y espátulas. Habrá que destacar que sólo deben ser usados ante las situaciones clínicas que lo requieran y se intentará explicar que un uso selectivo de estos instrumentos los convierte en una buena herramienta.

Cesárea

Dependiendo de las características del grupo se explicará con mayor o menor profundidad en qué consiste la cesárea. Se informará que el tipo de incisión dependerá de la urgencia y de si existen cicatrices previas, y que está indicada en situaciones de riesgo para la madre, para el feto o para ambos. Esta indicación puede hacerse durante el transcurso del parto o bien antes del inicio del mismo.



Cuando el parto finaliza mediante cesárea o cualquier otro tipo de parto instrumental, el equipo obstétrico avisará al pediatra para que el bebé sea valorado y confirme cuál es su estado y donde debe permanecer. Si el estado del bebé lo permite podrá iniciar el contacto piel con piel, incluso en el quirófano donde se haya podido realizar la tocurgia, con el fin de favorecer el vínculo, el apego, la lactancia, la correcta temperatura del neonato, así como para disminuir el estrés del mismo y de la madre. También se

puede invitar a la pareja a que, si la madre no desea hacerlo o no se encuentra bien, que lo haga ella con el mismo fin anteriormente mencionado. Esta información se deberá adaptar según los procedimientos habituales y normas de régimen interno del hospital de referencia.

Analgesia y anestesia durante el parto

El alivio del dolor es un tema primordial en las expectativas de la mujer en relación con su parto y en ocasiones influye de manera primordial en la satisfacción encontrada en su desarrollo. Cada mujer sufre una experiencia de dolor única y personal y se enfrenta a él de forma particular. La reacción individual se ve mediada por distintos factores: creencias culturales, variables psicológicas (miedo, ansiedad y tensión), el lugar y la forma en que se desarrolla el parto, el apoyo que recibe la parturienta y la creencia en su propia capacidad para enfrentarse al parto.

El dolor tiene repercusiones físicas, psicológicas y emocionales de forma inmediata y a largo plazo que pueden, en ocasiones, condicionar la lactancia, la relación materno-filial y la capacidad de enfrentarse a un nuevo parto.

En cada institución existe una variedad de recursos para reducir el dolor, incluidos los farmacológicos y los no farmacológicos. El objetivo de estos métodos es reducir el dolor del parto sin provocar efectos no deseados tanto en la madre como en el feto y siempre de manera individualizada.

La futura madre debe conocer cada una de las alternativas que en la actualidad existen para reducir el nivel de dolor, su forma de actuación y las posibles consecuencias que en la madre y el feto tiene su utilización. Se ha de informar de las distintas posibilidades para poder conseguir unas expectativas realistas de los métodos que se pueden utilizar en cada institución evitando, de este modo, falsas expectativas que conducen a la frustración y a una vivencia insatisfactoria de un momento muy importante.

De forma general se puede afirmar que las medidas farmacológicas son más efectivas, en la reducción de los niveles de dolor, pero tienen potenciales efectos adversos. Los medios no farmacológicos no producen, en general, una reducción tan evidente del dolor pero no tienen ningún efecto perjudicial conocido.

Es necesario ofrecer durante el periodo antenatal una información precisa y repetida a la gestante y su pareja sobre el alivio del dolor incluyendo todas las opciones existentes. Esta parte de la sesión se iniciará definiendo los conceptos de analgesia y anestesia para posteriormente diferenciar cada una de las técnicas entre sí. Se explicará el derecho a elegir, mientras la situación clínica lo permita, qué método para aliviar el dolor desea la mujer que se le aplique en su parto.

La analgesia consiste en la supresión de la sensibilidad al dolor, sin perder el resto de formas de la sensibilidad (sensación de pujo, presión, movilidad de miembros inferiores, etc.). La anestesia es la abolición total de sensibilidad, es más duradera y potente que la analgesia, si bien no va a permitir a la mujer colaborar durante el expulsivo y no podrá mover los miembros inferiores.

Métodos alternativos de alivio del dolor (no farmacológicos)

Durante su estancia en el hospital, se cuidarán aspectos como la intimidad, ambiente tranquilo, movilidad, relajación y otros que contribuyen a una disminución de la percepción del dolor. No obstante hay que destacar en este grupo las siguientes técnicas:

- a. **Apoyo continuo:** El concepto de apoyo continuo se refiere a la permanencia en forma continua de una persona/acompañante elegida por la gestante (pareja, familiar, amiga, personal sanitario...) que brinde apoyo personalizado durante el parto. Esta persona, con su presencia continua, da apoyo emocional, confort psíquico, información y guía para la mujer sobre las distintas situaciones y procedimientos.
- b. **Baño durante la dilatación:** El uso de bañera durante la dilatación, la inmersión en agua durante este periodo, reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos en las mujeres que desean realizarla. En caso de disponibilidad en el centro de referencia, la mujer podrá solicitar el uso de bañera o ducha durante el parto en la forma que le indique el personal que le atiende y siempre que la evolución del parto lo permita. La inmersión en el agua templada, lo suficiente profunda para cubrir el abdomen, aumenta la relajación, reduce el dolor y facilita el progreso del parto.
- c. **Inyección intradérmica de agua estéril:** La inyección consiste en la administración, en cuatro puntos, de agua estéril en una cantidad de 0.1 a 0.5 ml, en la zona superoposterior de ambas espinas iliacas y por debajo de estas. La finalidad de esta técnica es reducir el dolor cuando está muy localizado en la zona lumbar.
- d. **Deambulación y cambios de posición:** Históricamente y en todas las culturas la mujer durante el parto ha andado y ha cambiado de posición de forma espontánea para buscar la situación más confortable para ella. La mujer que no tiene restricción en sus movimientos tiene menor dolor en posturas erguidas y sentadas que estando tumbada en la cama. La mujer ha de tener la libertad durante la dilatación de deambular y de colocarse en aquella postura que le haga sentirse mejor. Esto también se extiende a la postura del expulsivo donde se debe dejar que la mujer, una vez informada, adopte aquella en la que se encuentre más cómoda.
- e. **Hipnosis:** Da lugar a un estado de concentración limitada en la que se produce una reducción en la percepción de los estímulos. Aunque la evidencia no es muy elevada, la hipnosis puede ser efectiva en la reducción del dolor, además de reducir la necesidad de fármacos para el alivio del dolor.
- f. **Acupuntura:** Consiste en la inserción de agujas muy finas en ciertos lugares (manos, pies y orejas) con el fin de disminuir, en nuestro caso, el dolor del parto.

- g. **Masaje:** Se utiliza para ayudar a relajar los músculos tensos y calmar a la mujer. El masaje contribuye a la relajación, mejora del flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos inhibiendo la señal dolorosa (Smith, 2008).
- h. **Relajación y respiración:** La relajación tiene como objetivo reducir la tensión muscular, disminuir la ansiedad, el estrés del parto y de esta manera disminuir el dolor. La respiración, a su vez, busca la distracción y la relajación. Tanto una como otra técnica consiguen más aumentar la habilidad de enfrentarse al dolor que una reducción del mismo.
- i. **Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS):** Traducido al castellano es la técnica de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. Consiste en la transmisión de impulsos eléctricos de bajo voltaje a través de electrodos situados sobre la piel en la zona sacrolumbar, evitando la transmisión del impulso doloroso hacia el cerebro. Sólo hay pruebas limitadas de que la TENS alivia el dolor durante el trabajo de parto y no parece tener repercusiones (ni positivas ni negativas) en otros resultados para las madres o los recién nacidos. La TENS está ampliamente disponible en ámbitos hospitalarios y las mujeres deberían tener la opción de utilizarla durante el trabajo de parto (Dowswell, 2009). El sistema y la maquinaria suele ser manejada fácilmente por la mujer por lo que la sensación de control del proceso de parto es alta.
- j. **Aromaterapia:** La aromaterapia utiliza aceites esenciales concentrados de plantas. No hay suficientes pruebas acerca de su efectividad.
- k. **Audioanalgesia:** Es la audición de música con el fin de reducir la intensidad del dolor o la necesidad de analgésicos. El mecanismo de actuación es a través de la distracción.

El apoyo durante el parto, la inmersión en agua, cambios postura, deambulación y la inyección intradérmica de agua estéril son métodos que cuentan con la evidencia suficiente para su recomendación. La hipnosis y la acupuntura no cuentan con unas evidencias suficientes aunque los estudios indican una cierta eficacia en su actuación. El resto de los métodos no cuentan con la evidencia suficiente para su recomendación, no obstante a aquellas mujeres que quieran utilizarlos durante el parto no se les debería prohibir. El grado de satisfacción de la mujer/pareja se traduce en sensación control, autonomía y capacidad para tomar decisiones.

Analgesia y anestesia local y regional

Administración de anestésicos locales a través de catéteres por vía espinal. Puede ser intradural o epidural. La analgesia es continua y suele mantenerse todo el tiempo necesario mientras dure el parto.

La analgesia epidural disminuye la sensación de pujo y la sensibilidad.

- a. **Anestesia local:** Infiltración de anestésico local. Usado con frecuencia para las episiotomías/episiorrafias y para la sutura de desgarros.

b. Anestesia regional

Anestesia intradural: Inyección de anestésico local entre dos vértebras de la región lumbar. Escasa capacidad de pujo y bloqueo intenso en los miembros inferiores. De acción rápida, mantiene poco tiempo la insensibilidad, aunque tiene alta potencia anestésica. Se usa en ocasiones en la última fase de la dilatación o expulsivo, y con muchísima frecuencia para hacer una cesárea. Uno de sus posibles efectos secundarios son las cefaleas.

c. Analgesia regional

Anestesia epidural: Consiste en la colocación de un catéter en el espacio epidural, a través del que se administra en perfusión continua o en bolos una dilución de varias sustancias analgésicas. Aunque es de inicio lento, dura más y su efecto es menos potente que en el caso de la anestesia intradural o raquídea. Se puede usar desde el principio de la dilatación hasta el final del parto. Entre sus efectos secundarios destacan un efecto analgésico insuficiente, la hipotensión, o el alargamiento del expulsivo (que puede llevar aparejado un incremento en el número de partos instrumentales), etc.

Anestesia general

Produce abolición total de la sensibilidad al dolor, con pérdida de conciencia. Sólo se usa en situaciones de verdadera emergencia para el feto, para la madre o para ambos, en el marco de una cesárea urgente.

Otros

Óxido nítrico: es un gas inodoro y sin sabor que se administra por inhalación. Es un gas efectivo para las mujeres en el periodo de dilatación y es seguro para la madre, el feto y los/as profesionales sanitarios. No tiene la potencia analgésica que la epidural aunque si mayor que los opioides. Tiene como ventajas la facilidad de uso, la rapidez en el inicio de los efectos (30-60 segundos) y la rapidez con la que desaparecen. Se utiliza de forma intermitente, no tiene efectos secundarios en el feto, no provoca disminución de la contractibilidad uterina y no hay evidencia de que altere la lactancia. Como desventajas encontramos que es necesario ajustar el tiempo de inicio de la contracción con el inicio en que comienza a hacer efecto el gas. En algunas mujeres aparecen náuseas y mareo. Es necesario un control adecuado por personal entrenado, vigilando la saturación de oxígeno.

Acompañamiento en el parto: papel del o de la acompañante

Salvo causa justificada, la legislación en Andalucía permite a la mujer estar acompañada por la persona que ella elija durante las distintas fases del parto y puerperio. Si se precisara que el/la acompañante/pareja abandonase la sala de partos, habrá que explicarle el por qué.

El papel activo de la pareja o acompañante, en términos de participación activa, vendrá dado por el deseo expreso de la mujer y conseguirá mayor grado de satisfacción, menor

ansiedad y estrés (FAME, 2007).

Su labor será aquella que la madre necesite en cada momento, en base a la evolución del parto y la información que se vaya impartiendo por los/as profesionales sanitarios.

Irán desde ayudar al alivio del dolor (masajes, etc.), la colaboración en posturas de parto, avisar a los/as profesionales ante cualquier anomalía, petición o incidencia, el corte del cordón umbilical, medidas que ayuden al establecimiento del vínculo y apego, así como de la lactancia, regulación de temperatura (contacto piel con piel) y disminución del estrés del parto.

Este acompañamiento reduce el uso de métodos farmacológicos de alivio del dolor y de la tocurgia (FAME, 2007). Básicamente, de lo que se trata es de proporcionar tranquilidad, confianza, apoyo, y de compartir la vivencia del proceso y favorecer la creación de un vínculo de apego.

Tras el nacimiento

En esta última parte de la sesión, se resumirán aquellas medidas, ya expuestas en su mayoría con anterioridad, que tienen por objetivo que la mujer/pareja o acompañante utilice estrategias adaptativas ante su hijo o hija tras el parto; y que comprenda la relevancia que cobran durante el parto y nacimiento todas las actividades interactivas materno-paterno-fetales que incrementen el apego prenatal.

Aunque aquí se reseñan las medidas más importantes en el caso del nacimiento de un recién nacido sano y a término, han de tenerse en cuenta en la sesión que pueden darse muy distintas situaciones en función del desenlace del parto (parto instrumental, cesárea, RN que necesita reanimación, prematuros, bajo peso al nacer, etc.)

- a. **Contacto piel con piel.**
- b. **Establecimiento del vínculo.**
- c. **Inicio de la lactancia.**
- d. **Identificación y primeros cuidados:** Ante un/a recién nacido/a normal no se debe hacer nada más que lo ya explicado con anterioridad. Colocarlo en el abdomen de la madre y esperar un tiempo razonable (se considera adecuado un intervalo de entre 60 y 120 minutos) para realizarle los primeros cuidados (vacuna, vitamina K, profilaxis ocular, peso, talla, perímetro cefálico, toma de muestras sanguíneas del cordón para la identificación previo consentimiento, etc.), si bien la pulsera identificativa se le debe colocar mientras está encima de la madre. Algunos de los cuidados mencionados también podrían llevarse a cabo sin separarlo de la madre. Mientras, y conjuntamente con la madre/padre, se prestará vigilancia al estado del/la bebé, observando su coloración, temperatura y respiración, para ello los/as profesionales sanitarios tendrán que explicarles qué y cómo deben controlar esos aspectos de su adaptación a la vida extrauterina. Este último aspecto debe resaltarse con claridad en esta sesión.

e. Características principales del bebé:

- Peso y talla variable: entre 3-3,5 kilos y 50 cm.
- Piel rosado y con cianosis en manos y miembros inferiores.
- Piel cubierta de vérmix y lanugo.
- Cabeza grande; se debe explicar la forma de las suturas y fontanelas.
- Tórax pequeño y mamas algo inflamadas.
- Genitales edematizados.
- Extremidades en flexión.
- Es posible que en el paritorio, mientras hace el contacto piel con piel, el recién nacido realice su primera deposición que se denomina "meconio". Se le explicará a los padres el color negruzco de estas primeras heces.



TERCERA SESIÓN:

PUERPERIO

3º TRIMESTRE

CONTENIDOS

OBJETIVOS

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

RECURSOS

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

CONTENIDOS

Concepto de puerperio

Cambios físicos en el puerperio

- Estado general
- Perdida de peso
- El útero
- Los genitales
- Las mamas
- Los músculos abdominales
- Otras alteraciones
- Sexualidad y anticoncepción en el postparto

Signos de alarma

Autocuidados

Convertirse en madre/padre

- Cambios individuales
- Cambios en la relación de pareja
- Cambios sociales: familia y amistades
- Cambios en el hogar
- Estrategias para una transición exitosa

Estrés parental

- Síntomas del estrés
- Fuentes de estrés durante el embarazo
- Recursos y estrategias para el afrontamiento del estrés

Satisfacción con el rol parental

Visita puerperal

OBJETIVOS:

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- conocerá las características normales de esta etapa y las actuaciones y cuidados necesarios.
- identificará los recursos esenciales para la detección y/o solución de problemas durante este periodo.
- conocerá la cartera de servicios ofertados por el SSPA en relación con el postparto.
- reconocerá los cambios principales que se producen al convertirse en madre/padre.
- sabrá identificar qué fuentes de estrés existen durante el puerperio y las principales estrategias para hacerles frente.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- obtendrá una visión más realista, propia y saludable de la maternidad y paternidad.
- será capaz de adaptarse a los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados a esta nueva etapa.
- asumirá el autocuidado.
- será capaz de afrontar más adecuadamente el estrés que se puede generar durante el puerperio.
- será capaz de identificar y actuar ante los signos de alarma del postparto.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- tomará conciencia de forma positiva de los cambios que se producirán, aprendiéndolos como fisiológicos.
- se mostrará dispuesta a trabajar en equipo en el seno de su familia para superar con éxito los retos de la maternidad-paternidad.
- valorará como muy positivo el llevar a cabo estrategias para afrontar adecuadamente el estrés.

Nota: Si fuese posible, los contenidos de esta sesión, así como los de Lactancia y Recién Nacido/a, podrían ser abordados de nuevo (al menos parcialmente) para un mejor aprovechamiento, en una sesión con las usuarias y sus parejas/acompañantes realizada después del parto.

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las personas asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en aproximadamente 100 minutos, manteniendo por parte de el/la docente un estilo democrático.

1. **Bienvenida y presentación** de los objetivos y contenidos de la sesión (5 minutos).
2. **Breve exposición teórica** de los cambios físicos en el puerperio, los cuidados principales y métodos anticonceptivos (15 minutos).
3. **Dinámica grupal** sobre los cambios que ocurren al convertirse en padres y madres y sobre cuáles son las mejores estrategias para hacerles frente (40 minutos).
4. **Exposición teórica** sobre los diferentes acontecimientos que pueden generar estrés en las embarazadas y sus parejas (5 minutos).
5. **Dinámica grupal** sobre fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento (10 minutos).

6. **Dinámica grupal** sobre satisfacción con el rol parental (10 minutos).
7. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
8. **Breve sesión de ejercicio físico**, siguiendo indicaciones contenidas en la sección III (10 minutos).
9. **Despedida y emplazamiento** para continuar con el programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.

RECURSOS

- Ordenador.
- Cañón de proyección.
- Pizarra o papelógrafo.
- Rotuladores.
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

- Concepto de puerperio
- Cambios físicos en el puerperio
- Signos de alarma
- Autocuidados
- Convertirse en madre/padre
- Estrés parental
- Satisfacción con el rol parental
- Visita puerperal

Concepto de puerperio

Etapa que se inicia inmediatamente después del parto y finaliza cuando la mujer recupera su estado anterior al embarazo. Por tanto, es el periodo de tiempo (más o menos de cuarenta días) para recuperarse después del embarazo y el parto.

Tras el parto en la mujer se han producido muchos cambios no solo a nivel fisiológico, sino también psicológico y social; ahora la mujer tendrá que establecer nuevos roles parentales o reelaborar los que tenía.

Se trata pues de un período de adaptación integral que atañe no solo a la mujer, sino también a la pareja y a la familia en general. Cambia la vida rutinaria, de pareja, la relación con el trabajo, los amigos, surgen nuevas responsabilidades, etc., coincidiendo todo ello con cambios en los niveles hormonales sostenidos durante el embarazo y con el inicio de la lactancia.

En el puerperio se distinguen tres etapas:

- a. **Puerperio inmediato:** las primeras 24 horas postparto.
- b. **Puerperio precoz:** desde el segundo al décimo día postparto.
- c. **Puerperio tardío:** dura unas seis semanas (40 días) o hasta la aparición de la primera menstruación.



Cambios físicos en el puerperio

Cambios físicos

Estado general

En el puerperio es normal sentirse débil y cansada ya que el parto supone un gran esfuerzo. Después del parto es recomendable tomar algún zumo, yogur o batido y descansar. Este estado no impide que se pueda deambular desde las primeras horas acompañada de alguien, ya que esto tiene ventajas en la recuperación y en la prevención de procesos tromboembólicos. Hay que alternar los paseos con el reposo, y procurar que los familiares y amigos respeten el descanso de la madre y del bebé.

Pérdida de peso

Después del parto se produce una pérdida de peso variable relacionada con el peso del niño, de la placenta, del líquido amniótico y de la pérdida de sangre. Hay que poner atención en la alimentación, ya que la lactancia y la recuperación suponen un mayor gasto de energía.

El útero

El útero tiene que volver al tamaño y peso que tenía inicialmente. Esto no es doloroso aunque algunas mujeres, con mayor frecuencia aquéllas que han tenido más hijos, notan dolores uterinos llamados entuertos, que pueden durar varios días. Para calmar este dolor a veces es necesario el uso de un analgésico o calmante.

Al mismo tiempo, la mujer en el puerperio expulsará por la vagina los loquios, que son secreciones de flujo y sangre, que duran alrededor de unas dos o tres semanas. Los primeros días son más abundantes y de color rojizo, disminuyendo poco a poco y adquiriendo color marrón achocolatado, hasta tener un aspecto de flujo normal.

Los genitales

Durante los primeros días son frecuentes las molestias, bien por los puntos o bien por el estiramiento producido en esa zona por el parto. La higiene se debe hacer con un jabón para zonas íntimas (pH neutro) en forma de ducha y no de baño. Además, son importantes los cambios de compresas frecuentes y que éstas sean de algodón (que no tengan capa de plástico). No se deben usar flotadores para sentarse ya que pueden favorecer que la herida (episiorrafia y/o sutura del desgarro) se abra; es preferible usar cojines blandos. Tampoco está indicado usar un secador de aire sobre el periné, porque puede contaminar la zona. El reposo ayudará a la recuperación.

Las mamas

Después del parto se produce la salida de líquido amarillento por el pezón. Este líquido se llama calostro y es el primer alimento que va a recibir el recién nacido. Pasados unos días se produce un aumento y endurecimiento del pecho que es producido por la subida de la leche.

Músculos abdominales

Suelen estar débiles, con falta de tono y flácidos. La recuperación de su tonicidad se logra de forma lenta en la seis primeras semanas después del parto o antes incluso si se ponen en práctica ejercicios físicos adecuados para ello, como hipopresivos, caminar. Puede existir una separación de los rectos del abdomen (diástasis de los rectos abdominales). Conviene evitar ejercicios que puedan ser lesivos para el suelo pélvico y para la diástasis de los rectos, como los ejercicios abdominales hiperpresivos, correr y ejercicios de impacto en las primeras 6 semanas.

Otras alteraciones

En las primeras horas tras el parto es normal que exista cierta dificultad para orinar; para vencerla se pueden usar los métodos tradicionales (abrir el grifo, mojarte las manos...), y si es necesario se ha de pedir consejo.

Puede haber molestias si hay hemorroides, pero normalmente sólo durarán unos días. Para aliviarlas se puede aplicar frío indirecto en la zona (paños fríos y/o hielo picado en una bolsa de plástico) y descansar tumbada. Este tipo de molestias se alivian también practicando los ejercicios del periné (Kegel) que se detallan en la sección III.

En las primeras 24-48 horas es muy frecuente que aparezca un pico febril, debido a diversas causas, entre otras, a los cambios hormonales, aunque normalmente no tiene significación clínica. Por el contrario una temperatura superior a 38°C en dos días distintos después del parto puede indicar una infección genital o mamaria, o deberse a otras causas, como puede ser una amigdalitis. En estos casos siempre se debe investigar el origen de la fiebre.

Sexualidad y métodos anticonceptivos

Durante los primeros meses después del parto las relaciones sexuales pueden ser más dificultosas de lo habitual. Puede que la mujer no tenga deseos de un encuentro sexual en las primeras semanas por varias razones: dolor e hipersensibilidad en los genitales; cansancio y agotamiento físico; miedo a que las relaciones sexuales con penetración produzcan más dolor; dedicación casi exclusiva al bebé, falta de tiempo e intimidad; el temor a un nuevo embarazo; sentirse poco atractiva sexualmente; etc. También es normal que el hombre se vea condicionado por algunos de estos factores y pueda rechazar el encuentro sexual.

Es muy importante hablar francamente del tema entre los dos y exponer los temores y deseos de ambos para hacer más satisfactoria la relación de pareja. La decisión de reiniciar las relaciones sexuales debe tomarse entre ambos. En general, y en lo que respecta al coito (relación sexual con penetración), se recomienda que no se realice hasta que no se deje de sangrar y utilizando el preservativo masculino para prevenir embarazos no deseados e infecciones uterinas.

Entre los métodos anticonceptivos que se pueden utilizar durante el puerperio tenemos (puede ampliarse la información consultando OMS. Criterios médicos para la elegibilidad de los métodos anticonceptivos, 2012):

- a. **Métodos naturales:** Son métodos en los que no se emplea ningún dispositivo o sustancia para impedir el embarazo. A pesar de ser métodos bastante seguros, son difíciles de controlar en el puerperio y por lo tanto aumenta el riesgo de fallo al utilizarlos.
- **Lactancia materna prolongada (MELA):** durante la lactancia (siempre que no se produzcan sangrados, el bebé sea menor de 6 meses y sea amamantado de forma exclusiva y a demanda y no se alargue el tiempo entre toma y toma más de 6 horas), los niveles elevados de prolactina inhiben la actividad del ovario para madurar óvulos, por lo que disminuye el riesgo de quedarse embarazada.
- b. **Métodos de barrera:** Son más efectivos que los anteriores, por lo que son más recomendables. Es importante conocer adecuadamente su uso.
- **Preservativo masculino, femenino** (ambos mejoran en su uso con lubricante). Dependiendo de los loquios, el estado del periné y el deseo de la mujer pueden empezar a utilizarse a partir de 4 semanas tras el parto.
- c. **Métodos hormonales:** los anticonceptivos hormonales son muy seguros, pero no todos se pueden utilizar durante el puerperio. Es recomendable seguir un control sanitario periódico si se utilizan. Además existen algunas contraindicaciones para su utilización (tromboflebitis, enfermedades cardiovasculares y hepáticas, antecedentes de cáncer hormonodependiente, metrorragias de origen no conocido y fumadoras de más de 35 años).
- **Anticonceptivos orales:** los únicos recomendables para madres durante la lactancia son los que sólo contienen progesterona.
 - **Implante subdérmico:** filamento de plástico que se inserta bajo la piel del brazo y que libera progesterona. Dura tres años y es compatible con la lactancia. Pueden dar lugar a sangrados irregulares.
 - **Gestágenos inyectables.**
 - **Dispositivo intrauterino:** dispositivo, generalmente con forma de “t”, que se implanta dentro del útero. Hay de dos tipos: los que llevan un filamento de cobre y los que liberan progesterona. También son compatibles con la lactancia.
 - **Parches:** adhesivo que se coloca en cualquier parte del cuerpo que esté limpia y libre de vello. Se cambia cada semana durante tres semanas, descansando una para que se produzca el sangrado por privación hormonal. No es compatible con la lactancia.
 - **Anillo vaginal:** aro flexible y transparente que se introduce en la vagina durante tres semanas, después se retira otra semana para que se produzca el sangrado por privación hormonal. No es compatible con la lactancia. Se puede retirar durante las relaciones sexuales.

- **Anticoncepción de Urgencia** (“píldora del día después”): se trata de un método extraordinario, lo que quiere decir que no debe de utilizarse como método anticonceptivo habitual. Se trata de administrar hormonas, mediante un comprimido, antes de que transcurran 72 horas después de un coito sin protección o en el que el método anticonceptivo habitual falló. La anticoncepción de Urgencia con levonorgestrel puede usarse durante la lactancia, pero no se puede utilizar el acetato de ulipristal (Ella One®).
- d. **Esterilización** (métodos no reversibles): Se trata de métodos definitivos no reversibles, por lo que hay que tener muy clara su elección antes de decidir utilizarlos.
- **Ligadura de trompas**: interrupción, obstrucción o ligadura de las trompas de falopio. Impide la fecundación.
 - **Vasectomía**: interrupción de los conductos deferentes (transportan el esperma desde los testículos).

Signos de alarma

- a. Aumento del sangrado y loquios malolientes.
- b. Fiebre (temperatura mayor de 38°)
- c. Separación, edema, cicatrización pobre de la episiotomía.
- d. Molestias al orinar.
- e. Dolor anormal en abdomen, piernas, pecho, etc.
- f. Tristeza profunda.

Autocuidados

Sangrado (loquios)

Se deberá vigilar la correcta evolución de los loquios en cuanto a color, cantidad y olor. Para lo cual es necesario que la mujer conozca la evolución normal de los mismos y sea capaz de identificar cualquier alteración en este sentido.

Reanudación del ciclo menstrual/retorno de la fertilidad

Es variable según cada mujer. Aquellas que no lactan vuelven a tener la menstruación alrededor de los 40 días tras el parto. Las que si lactan, en su mayoría, no reanudan su ciclo menstrual hasta el fin de la lactancia. En cuanto al retorno de la fertilidad y la posibilidad de embarazo independientemente de si la mujer lacta o no, e independientemente de si ha vuelto a tener la regla o no, es importante saber que existe posibilidad de embarazo. Se pueden observar las características del moco cervical: cuando éste es elástico y transparente (como “clara de huevo”) se puede

asociar con los días potencialmente fértiles. En todo caso se recomienda el uso de un método anticonceptivo adecuado.

Episiorrafía

Deberá permanecer limpia y seca, para lo cual se deberá mantener una higiene adecuada: ducha diaria y después de cada defecación. Los genitales se limpiarán siempre de delante hacia atrás y se secarán adecuadamente (por presión). Se empleará en su caso el antiséptico recomendado por el profesional competente. Las compresas se cambiarán frecuentemente evitando de esta forma la humedad en la zona, y favoreciendo la correcta evolución de la herida, vigilando también la temperatura, coloración y bordes de la misma (integridad de la línea de sutura). Es importante no permanecer mucho tiempo de pie o sentada para evitar el edema o la inflamación. Está contraindicado el uso de flotadores o similares para sentarse.

No usar ropa interior ni pantalones ajustados. Se recomienda que la ropa interior sea de tejidos naturales (algodón).

Para ayudar a la correcta cicatrización de la herida pueden realizarse los ejercicios de Kegel en las primeras semanas.

Normalmente la herida cicatriza en unos 7-10 días, no siendo necesaria la retirada de los puntos en la mayoría de los casos ya que la sutura es reabsorbible, salvo situaciones particulares que deben ser valoradas por el/la profesional del equipo de Atención Primaria.

Eliminación

Tras el parto se deberá realizar una micción lo antes posible. Posteriormente se deberá evacuar la vejiga con frecuencia y se mantendrá una adecuada ingesta de líquidos.

En cuanto a la eliminación fecal, es frecuente el estreñimiento durante los primeros días postparto y que existan dificultades para la evacuación; esta situación se ve agravada por el miedo al dolor y a que se “abran los puntos”.

Lo recomendable es mantener una dieta rica en fibra y en líquidos, así como la deambulación.

Mamas

Se debe emplear un sujetador de lactancia adecuado que proporcione una buena sujeción. El pezón no precisa de ningún cuidado especial, está preparado para la lactancia. No es necesario lavarlo antes y después de cada toma, pero sí se recomienda esparcir unas gotas de leche materna por pezón y areola después de cada toma y dejar secar al aire para prevenir alteraciones de la piel.

Para prevenir la ingurgitación mamaria lo mejor es la lactancia frecuente y a demanda. Para prevenir la formación de grietas lo más importante es el correcto agarre del bebé (posición correcta de la boca).

Sueño/descanso

El descanso adecuado es necesario para una correcta recuperación y una buena producción láctea. A partir de ahora no va a ser posible, en muchos casos, dormir de una manera continuada, por lo que se deberán aprovechar los momentos en que el bebé duerme para el propio descanso.

Asimismo, y siempre que sea posible, se deberá contar con la ayuda de alguien, sobre todo los primeros días del puerperio, para la realización de otras actividades que no sean el cuidado del bebé, de forma que la madre pueda dedicarse prioritariamente a su propia recuperación, el cuidado del bebé, y sobre todo, al amamantamiento.

Actividad y ejercicio físico

En el hospital, tras el parto, la mujer en el puerperio debe movilizarse cuanto antes. Ha de permitírsele la deambulación tan pronto como sea posible para prevenir complicaciones tromboembólicas. Se recomienda reiniciar cuanto antes los ejercicios del suelo pélvico.

Ya de vuelta en casa, y durante las tres primeras semanas después, la actividad física que se recomienda seguirá siendo la deambulación (caminar, andar, pasear). A partir de entonces pueden hacerse también los ejercicios de Kegel, pues antes de realizar otro tipo de ejercicios es conveniente que el útero involucre y se haya reforzado el suelo pélvico. En este momento es muy importante la higiene postural. El cuidado continuado del recién junto con el cansancio facilitan que la madre no cuide sus posturas y ello puede favorecer la aparición de molestias y dificulta la recuperación del equilibrio musculoesquelético.

A partir de las 3-4 semanas ya es posible realizar ejercicios específicos de gimnasia postparto. Para otro tipo de ejercicios esperaremos hasta las 6 semanas postparto (natación, yoga, pilates, etc.). Los ejercicios que supongan fuertes esfuerzos para el suelo pélvico (saltar, correr, abdominales intensos), se demorarán hasta pasadas las 8 a 12 semanas tras el parto, sobre todo en caso de cesárea, en que siempre se esperará a las 12 semanas. En cualquier caso la vuelta al ejercicio físico ha de ser siempre gradual, realizando ejercicios suaves de manera continuada para ir recuperando poco a poco la forma física.

Dieta/peso

La dieta debe seguir siendo sana y equilibrada, y con una adecuada hidratación. Si la mujer amamanta, sus necesidades calóricas están aumentadas; los depósitos grasos acumulados durante el embarazo se quemarán más fácilmente si la mujer da el pecho y recuperará más rápidamente su peso anterior; si no amamanta estos depósitos deberán ser eliminados mediante dieta y ejercicio adecuados. Durante la lactancia es necesario un suplemento de yodo de 200 mcg/día.

Convertirse en madre/padre

Con la llegada de un bebé, son muchas las cosas que cambian en la vida de las personas. Es importante que los futuros padres y madres conozcan los cambios que se producirán para así poderles hacer frente de manera exitosa. En la siguiente tabla se recogen los principales cambios que se experimentan en la transición a la maternidad-paternidad, sí como algunas ideas que son importantes transmitir a madres/ padres /cuidadoras/ cuidadores para que se adapten mejor a esta nueva etapa.

Cambios individuales

Cambio en las rutinas, disminución de horas de sueño y mayor cansancio son algunos de los cambios producidos por las tareas de crianza y cuidado que demanda el bebé. Dado que se dormirá menos (sobre todo menos horas seguidas por la noche), es importante recomendar a padres y madres que busquen la manera de encontrar otros momentos de descanso a lo largo del día.

Cambios físicos a consecuencia del embarazo y parto. Aunque la mujer procure no poner más peso del necesario durante el embarazo, puede que su figura se vea alterada, por lo que es importante fomentar que acepte y disfrute de su nuevo aspecto.

Cambios en los hábitos de ocio y tiempo, debido al menor tiempo disponible que se tendrá como consecuencia de las tareas de crianza, es importante que padres y madres acepten que durante un tiempo habrá cosas que no podrán hacer. No obstante, se les debe aconsejar que encuentren tiempo para seguir manteniendo aquellas aficiones que más les gustaban y que encajen mejor con su nueva situación familiar (por ejemplo, coser, leer, ver películas, escuchar música, salir a pasear, etc.).

Cambios en las emociones. En ocasiones se podrá tener algunos *sentimientos de pérdida de libertad, aumento de preocupaciones o ansiedad ante las tareas de crianza.* Debe indicarse a padres y madres que no se preocupen si experimentan estas emociones pues son totalmente normales en esta nueva situación.

Es importante transmitirles que no se sientan culpables por tenerlas e informarles que suelen ser pasajeras. Además, es importante que se insista en que **ser padre y madre les dará más emociones positivas que negativas.**

Sentirán una **gran satisfacción** por el simple hecho de tener en sus brazos a su bebé, su autoestima tenderá a aumentar y empezarán a sentir una **fuerte vinculación afectiva** con su hijo-hija. Deben disfrutar de la experiencia y de su **nueva identidad** como padres o madres. Por último, debe señalarse que es normal que durante los primeros días que siguen al parto algunas mujeres se sientan tristes y decaídas. Estas sensaciones son debidas principalmente al cansancio del parto, a los cambios hormonales y a la nueva responsabilidad de cuidar del recién nacido.

Es muy importante tener en cuenta que estos sentimientos, denominados como **tristeza post-parto o tristeza común, son pasajeros y no suelen durar más de 2 semanas.** Si la tristeza no desaparece en este periodo o se hace más intensa puede que nos encontremos ante una depresión post-parto, que es menos frecuente, pues sólo afecta a una de cada diez mujeres.

La **depresión post-parto** tiene **una mayor duración, es más grave y necesita una**

Cambios en la relación de pareja

rápida atención médica. Algunos de sus síntomas son: tristeza que dura más de dos o tres semanas, cambios de humor repentinos, sentimientos de culpa, ataques de pánico, pensamientos suicidas, apatía, falta de concentración, ansiedad, irritabilidad, problemas para dormir, cansancio extremo, trastornos en la alimentación o rechazo del bebé. Es esencial que se transmita a las madres que si notan estos síntomas, durando su tristeza más de quince días, consulten con su profesional de referencia.

Es posible que tras el nacimiento del bebé se sienta que **el tiempo que se pasa con la pareja es menor**, que son **menos las muestras de afecto** y que los **conflictos y desacuerdos aumentan**.

Lo más común es que aquellas parejas que tenían una buena relación sigan con ella tras la llegada del bebé, e incluso la mejoren. Sin embargo, cuando la relación de pareja no era satisfactoria, la llegada del bebé suele empeorarla. **Conseguir una buena relación de pareja antes de la llegada del bebé es fundamental para prevenir problemas posteriores.**

Cambios en las relaciones sexuales. Las mujeres tras el parto suelen tener **disminuido el deseo sexual** debido a los cambios hormonales de este periodo. Este desinterés puede prolongarse durante un tiempo variable (días, semanas, meses) sin que sea motivo de alarma.

Una inicial falta de deseo sexual es natural y deseable porque el cuerpo de la mujer necesita tiempo para recuperarse de los cambios y para ajustarse a la crianza del nuevo bebé. Una buena comunicación con la pareja ayudará a evitar tensiones en la relación.

Cambios en el reparto de tareas. Incluso entre las parejas que antes del nacimiento mostraban un reparto igualitario de las tareas del hogar, el nacimiento del primer hijo o hija suele suponer que la mujer va a pasar más tiempo dedicada a aquellas tareas consideradas tradicionalmente como femeninas, mientras que el hombre tendrá que asumir nuevas tareas en la organización y cuidados del hogar y de los demás hijos si los hubiere. El profesional debe insistir en la importancia de realizar un reparto igualitario para alcanzar la satisfacción familiar. Dado que las mujeres con frecuencia pueden dedicar un mayor tiempo al/la bebé con lactancia materna, en estas circunstancias la corresponsabilidad en el hogar resulta imprescindible (y de justicia). Son muchas las actividades de gestión y funcionamiento de la vida doméstica, que pueden desempeñar la pareja y cualquier otro miembro del hogar.

Cambios sociales: familia y

Más dificultades para salir con los amigos y amigas. No obstante, debe transmitirse que convertirse en madres o padres no tiene por qué suponer que se deje de ver a las amistades, ni que se abandone las actividades que gustan. No debe ser así, en beneficio de madres/padres/cuidadoras/cuidadores y también de

amigos	<p>su bebé, porque si ellos están bien con ellos mismos estarán bien con su bebé.</p> <p>Aumento de las relaciones con la familia. El ajetreo que supone el cuidado de un bebé lleva a pedir y recibir ayuda de las personas más cercanas. Las familias van a desempeñar en este aspecto un papel muy importante, y si se puede contar con él, su apoyo viene muy bien.</p> <p>Aparición de nuevas amistades. Cuando uno se convierte en padre y madre es frecuente crear nuevas amistades: padres y madres a quienes se conoce en los cursos de preparación al parto, en las revisiones médicas, etc. Debe transmitirse la importancia de este hecho y valorarlo de manera positiva.</p>
	<p>Cambios económicos. Tras el nacimiento de un hijo o hija es frecuente que coincida un aumento de los gastos relacionados con el cuidado del bebé y una reducción de los ingresos si se decide acortar la jornada laboral o dejar de trabajar. Es importante que se transmita a padres y madres que comprendan sólo lo realmente necesario. Si los dos seguirán trabajando, deben plantearse cómo organizarán el cuidado del bebé una vez que los dos se incorporen al trabajo. Por ejemplo, si se tratará de un cuidado que implique gastos o no (los abuelos, por ejemplo).</p> <p>Cambios en la casa. Los bebés crecen muy rápido y aprenden a girar, levantarse, gatear o caminar en un abrir y cerrar de ojos; por ello, es importante que todo esté acondicionado para la protección del bebé desde su llegada. Tener una casa segura es mucho más importante que tener una casa bonita.</p>

Como se puede comprobar, convertirse en padres y madres implica una amplia variedad de cambios en la vida de las personas. Para hacerles frente de manera adecuada será de ayuda que se tengan presentes las siguientes cuestiones:

- a. **Existen importantes diferencias entre unas parejas y otras.** Convertirse en padre y madre conlleva unos cambios importantes en la vida de las personas. Sin embargo, no todas se verán afectadas por igual. Así, algunos aspectos como la calidad de la relación de pareja, el apoyo recibido de amigos y familiares, el hecho de que el bebé haya sido deseado o no, que la mujer abandone o no su trabajo o las características del bebé pueden hacer que se lleven mejor o peor los cambios. En la medida de lo posible, se debe intentar buscar las mejores condiciones para hacerles frente.
- b. Casi todas las personas que han pasado por esta experiencia la describen como lo mejor que les ha ocurrido en sus vidas. **Convertirse en padre o madre da la oportunidad de mejorar, de crecer personalmente**, de sentirse competente y de aprender a dar todo el cariño a alguien que depende totalmente de nosotros. Es de vital importancia que en las sesiones de Preparación al Nacimiento y la Crianza se resalte esta idea, y se inste a padres y madres a pensar en todos los aspectos positivos que la llegada del bebé tendrá en sus vidas. Los sentimientos de orgullo y satisfacción que surgirán al pre-visualizar los aspectos positivos del nacimiento del bebé les ayudarán a afrontar con una mejor actitud los aspectos negativos de

esta transición. Dar una visión realista y completa de esta transición constituye un objetivo fundamental.

- c. Es mucho lo que se puede hacer para hacer frente de forma satisfactoria a esta nueva etapa. **Algunas recomendaciones** son:
- Conocer y reflexionar sobre los cambios que suelen darse en esta transición. Es importante que las personas conozcan de antemano los cambios a los que deberán hacer frente. Esto facilitará la búsqueda de recursos y estrategias necesarias para una adecuada prevención y/o afrontamiento.
 - Concienciar tanto a la mujer como a su pareja, de que no todo el mundo va a empatizar con ellos de la misma manera, pero que no por ello deben sentirse mal ni culpar a otros de este hecho. Tanto ella como su pareja deben aceptar que son numerosos los cambios a los que tendrán que hacer frente y que, en última instancia, son ellos los que han elegido dar este paso.
 - Aceptar y asimilar que los conflictos, casi seguro, van a estar presentes en este periodo, sin que ello signifique que no se dé una buena adaptación y resolución de los problemas. En la transición a la maternidad-paternidad, las demandas relacionadas con las tareas domésticas, el cuidado de los otros hijos e hijas, la actividad laboral, el autocuidado, la atención a la pareja, el cansancio y la falta de tiempo para el descanso pueden ser fuentes de conflictos y sentimientos de culpa. Es importante considerar que esos conflictos son normales y no tienen porque suponer una mala adaptación a la nueva situación.
 - Hablar con la pareja y la familia. Todos y todas tienen derecho a expresar lo que les inquieta y pueden llegar a acuerdos sobre cómo afrontar los cambios que se avecinan.
 - Hablar con otras personas que ya han pasado por esta situación. El contacto con otras madres y parejas que ya han pasado por la transición a la maternidad-paternidad puede resultar de gran ayuda. Conocer cuáles fueron las dificultades que se encontraron y el modo en que pudieron resolverlas y afrontarlas es un recurso de gran utilidad para asegurar el éxito en esta transición.
 - Solicitar apoyo profesional y formal, si lo estiman necesario. La transición a la maternidad-paternidad es un gran paso en la vida de las personas y son numerosos los servicios y prestaciones que existen para facilitar esta transición. Grupos de apoyo, servicios profesionales o ayudas económicas son algunos de los servicios que conviene conocer y utilizar. Es importante que los profesionales sanitarios estén informados de los servicios y prestaciones existentes en la comunidad y transmitir a las familias que no deben temer pedir ayuda formal cuando lo necesiten.

Estrés parental

El acontecimiento de convertirse en padres y madres conlleva tal cantidad de cambios, demandas y exigencias que puede convertirse en un proceso generador de estrés, que es la respuesta automática y natural del cuerpo ante las situaciones que resultan amenazadoras o desafiantes, y que ponen a prueba los recursos físicos y psíquicos que la persona tiene para hacerles frente.

El **estrés moderado** puede resultar positivo y servir de ayuda para afrontar mejor una situación difícil al predisponer a la persona para actuar de forma más rápida y vigorosa. No obstante, también presenta su cara negativa cuando esta respuesta es demasiado frecuente, intensa o duradera, pudiendo ser la causa directa de enfermedades tanto en madres/padres/cuidadoras/cuidadores como en su bebé. Así, los cambios hormonales producidos por el estrés maternal pueden tener importantes implicaciones físicas en la embarazada y su pequeño (disminución del flujo de sangre, oxígeno y nutrientes hacia al bebé; transmisión al bebe de las hormonas maternas generadas por el estrés)



Por todo ello, durante el embarazo y tras el parto, es esencial que padres y madres mantengan un **adecuado control y manejo de sus niveles de estrés**. Así, se hace imprescindible formar a la embarazada y a su pareja en la detección de síntomas de estrés, en la identificación de sus principales causas y en el manejo de recursos y estrategias para su afrontamiento. A continuación se recogen algunas indicaciones al respecto.

Síntomas del estrés

Las manifestaciones físicas y psicológicas del estrés son muy variadas pero sus indicadores más frecuentes son:

- a. **Emociones:** Ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación.
- b. **Pensamientos:** Excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos, excesivo temor al fracaso.
- c. **Conductas:** Tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas; aumento o disminución del apetito.

- d. **Cambios físicos:** Músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, palpitaciones, temblores, boca seca.

Fuentes de estrés durante el embarazo

Es muy recomendable que cada persona explore e identifique cuáles son las situaciones que le generan estrés. En términos generales las fuentes más comunes son:

- a. **Cambios personales, sociales y familiares** que se experimentan durante el embarazo.
- b. **Anticipación de cambios** que se experimentarán tras el nacimiento del bebé.
- c. **Pensamientos acerca de la posibilidad de enfermedades o problemas en el bebé.**
- d. **El parto y sus complicaciones.**
- e. **Aparición de enfermedades en la propia embarazada o en el bebé.**
- f. **Decisiones que deben tomarse durante este periodo:** ¿Estará el padre en el parto? ¿Cómo organizar el tema de las visitas de amigos y familiares al volver del hospital? ¿Cómo organizar la o las bajas por maternidad/paternidad?
- g. **Pensamientos sobre la propia competencia como padres y madres.**
- h. **Otras fuentes de estrés no relacionadas con el embarazo:** desempleo, problemas económicos, separaciones, divorcios o muertes, etc.

Recursos y estrategias para el afrontamiento del estrés

Entre los recursos y estrategias más efectivos que madres y padres podrán utilizar para reducir los niveles de estrés se encuentran:

- a. **La relajación.** Realizar actividades y ejercicios de relajación ayuda a bajar los niveles de estrés de manera eficaz (técnicas de respiración, masajes relajantes, yoga o meditación).
- b. **Buscar apoyo.** Compartir las emociones y las preocupaciones ayuda a que sean más llevaderas y generen menos sentimientos de ansiedad.
- c. **Hacer ejercicio.** Las actividades físicas como caminar, nadar, o incluso limpiar el cuarto, son muy eficaces.
- d. **Re-estructurar los pensamientos.** Aprender a no preocuparse por cosas que no se pueden controlar, tratar de ver los cambios como un reto positivo y no como una amenaza, e intentar ser optimista y confiar en las propias capacidades.
- e. **Descansar.** Un adecuado descanso físico y mental es fundamental para reducir los síntomas del estrés.
- f. **Mantener expectativas realistas.** Esperar demasiado de uno mismo o de los demás, y exigirse perfección, puede generar mucha frustración y estrés.

Satisfacción con el rol parental

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que una adecuada satisfacción parental se relaciona con un incremento de la satisfacción vital y de pareja de padres y madres, con el desarrollo de prácticas educativas más eficaces y democráticas, y con mejores indicadores de salud en ellos y en sus hijos e hijas. Por ello es muy importante que desde el embarazo se tomen medidas para promover dichos sentimientos. Una estrategia eficaz para ello es ayudar a sustituir ideas de perfección en el desempeño del rol parental, ofreciendo una visión más realista y flexible de lo que implica convertirse en padres y madres. Ello ayudará a alcanzar una mayor satisfacción parental, lo que repercutirá en el bienestar tanto de los propios padres y madres como del bebé. Una actitud muy saludable es la de estar dispuesto a admitir que uno puede equivocarse y, cuando suceda, reconocerlo y aprender de los errores.

Algunas ideas pueden estar en la base de la obsesión por la perfección de algunos padres y madres.

Es bueno que se reflexione sobre las ideas que se presentan a continuación:

Una madre o un padre debe renunciar a todo por su hijo o hija

Falso. La llegada de un niño o niña exige de las madres y los padres que asuman y acepten unas nuevas responsabilidades y tareas que restan tiempo para otras cosas, como son la relación con la pareja y con los amigos, las aficiones personales y las actividades e intereses profesionales. No obstante, asumir la maternidad-paternidad no tiene por qué traducirse en aislarse y renunciar a todo lo que produce placer personal. Los padres y madres que única y exclusivamente, "viven por y para sus hijos o hijas" se colocan en una posición muy vulnerable a la decepción, a la frustración o al resentimiento.

Una madre o un padre nunca puede o debe equivocarse

Falso. Criar y educar a un hijo o hija no es una tarea fácil. Los padres y madres no siempre sabrán dar la mejor respuesta o actuar de la mejor manera y frecuentemente, pese a tener la mejor de las intenciones, podrán cometer errores. Una actitud saludable es la de estar dispuesto a admitir que uno puede equivocarse y, cuando sucede, reconocerlo y aprender de los errores cometidos.

Un padre o madre siempre debe saber lo que le pasa a su hijo o hija y dar la respuesta adecuada

Falso. Aunque sería ideal que un padre o una madre siempre supiera qué le pasa a su hijo o hija y le diera la respuesta adecuada, esto es casi imposible, y en muchas ocasiones no sabrán cómo actuar. Una actitud adecuada es la de estar dispuesto a admitir que uno puede no saber qué es lo que necesita o debe hacer con su hijo o hija, sin por ello sentirse culpable o incapaz, sino por el contrario motivado para encontrar dicha respuesta.

Para ser un buen padre o buena madre se debe dedicar todo el tiempo del día al cuidado de su hijo o hija y, en el caso de las madres, dejar de trabajar al menos durante los primeros años de vida del niño o niña

Falso. No existe un prototipo de madre o padre bueno. En cada hogar nos encontramos con situaciones diferentes: familias monoparentales, homoparentales, extensas, nucleares, parejas primerizas, con más hijos, con circunstancias laborales diversas, etc. Cada familia debe buscar el modelo de buen padre o madre que mejor se adapte a su propia realidad.



Visita puerperal

Visita que se realizará a la mujer tras el parto una vez sea dada de alta en el hospital, en el domicilio o en el centro de salud, entre el 3° y 5° días postparto. En esta visita se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- a. Recoger **datos del parto** y vivencias.
- b. **Situación actual, estado nutricional, actividades de la vida diaria, estado anímico (valorar signos y síntomas de una posible depresión postparto) y relación con el recién nacido.**
- c. Valoración de **apoyo social**.
- d. **Exploración** de: estado general, mamas, cicatriz de episiotomía o cesárea, involución uterina y loquios.
- e. Tan pronto como sea posible después del parto y valorando los riesgos y beneficios, se procederá a completar el calendario vacunal en aquellas mujeres en las que no exista evidencia de inmunización.
- f. **Exploración del recién nacido:** aspecto general, vitalidad, hidratación, coloración, reflejos, estado del ombligo.
- g. **Recomendaciones** sobre:
 - Higiene general y cuidados de la episiotomía.
 - Descanso de la madre.
 - Refuerzo de lactancia natural si está lactando.
 - Ejercicios para la recuperación del periné y circulatorios.
 - Reforzar el consejo antitabaco.
 - Actividad sexual.
 - Anticoncepción y cita para Planificación Familiar y Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix, si procede.
 - Cuidados del recién nacido.
- h. **Toma de muestra para cribado neonatal de enfermedades metabólicas** (según el protocolo vigente).
- i. Cita para el **Programa de Vacunas y Seguimiento de Salud Infantil**.
- j. **Evaluación de riesgo** y derivación si procede.



CUARTA SESIÓN: LACTANCIA 3º TRIMESTRE



CONTENIDOS



OBJETIVOS



PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE



RECURSOS



DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

CONTENIDOS

Lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda alimentación exclusiva con leche materna para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos, salvo rarísimas excepciones, hasta los 6 meses y después complementarla progresivamente con otros alimentos hasta los 2 años o más.

Los principales aspectos a tratar en esta sesión son:

Anatomía y fisiología de la mama

- Anatomía de la mama
- Fisiología de la producción de leche
- Tipos de leche materna

Beneficios de la lactancia materna

- Beneficios para el bebé
- Beneficios para la madre
- Beneficios para ambos

Conducta inmediata al nacimiento

- Lactancia precoz
- Contacto piel con piel

Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho

- Lactancia a demanda
- La importancia de la postura

Prevención de los problemas y soluciones de alimentación al pecho

- Primeros problemas
- Problemas que pueden aparecer las primeras semanas
- Problemas de aparición tardía

Extracción de la leche materna

- Extracción manual (Técnicas de Marmet)
- Extracción con sacaleches
- Conservación y transporte

Mitos y realidades contrastadas sobre lactancia materna

Lactancia artificial

- Inconvenientes de la lactancia artificial

Lactancia y anticoncepción

- Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)

OBJETIVOS:

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- conocerá las ventajas de la lactancia materna y los inconvenientes de la artificial.
- identificará cómo realizar el inicio precoz de la lactancia.
- sabrá describir técnicas correctas de lactancia y los aspectos esenciales de la lactancia en circunstancias especiales.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- será capaz de aplicar técnicas correctas de lactancia y resolver problemas sencillos durante la lactancia.
- podrá detectar la necesidad de apoyo adicional para lactar y buscarlo, incluyendo los grupos de apoyo a la lactancia.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- tomará conciencia de forma positiva de los cambios que se producirán, aprendiéndolos como fisiológicos.
- será sensible a la conveniencia de iniciar y mantener la lactancia materna.

Nota: Si fuese posible, los contenidos de esta sesión, así como los de Puerperio y Recién Nacido/a, podrían ser abordados de nuevo (al menos parcialmente) para un mejor aprovechamiento, en una sesión con las usuarias y sus parejas/acompañantes realizada después del parto.

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las personas asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en 100 minutos, manteniendo por parte de el/la docente un docente democrático.

1. **Bienvenida** y presentación de los objetivos y contenidos de la sesión (5 minutos).
2. **Breve exposición teórica** de la anatomía y fisiología de la mama (10 minutos).
3. **Exposición práctica:** el/la docente hará una exposición práctica de la postura correcta para lactar y de las diversas posiciones que se pueden adoptar (30 minutos).
4. **Técnica de grupo.** Simulación: cada mujer/pareja practicará sobre un muñeco las diversas posturas correctas para amamantar, cómo se adapta la boca del niño al pecho, introduciéndose contenidos referidos a la duración de las tomas (15 minutos).
5. **Exposición de la extracción de leche materna y lactancia artificial:** técnicas de extracción de la leche materna, conservación y transporte; pautas para la preparación de un biberón y posturas para su administración (10 minutos).
6. **Técnica de grupo. Frases cortadas:** dinámica sobre los falsos mitos relacionados con la lactancia materna (10 minutos). El/la profesional habrá preparado previamente a la sesión unas tiras de papel en las que estén impresos distintos mitos sobre lactancia y las habrá preparado para la dinámica, estando cortadas en dos mitades. Se barajan todas las mitades y se entrega una mitad a cada participante en la sesión. Después se pide a cada una de ellas que busque a la persona que tiene la otra mitad de su frase y que comente con ella la veracidad de la frase compuesta por las dos mitades (se recomienda facilitar la identificación de la otra mitad usando tipos o colores de letra distintos para las distintas frases). Posteriormente, se hace una breve puesta en común, momento en que el/la docente aporta información fidedigna sobre estos mitos.
7. **Dar información** sobre los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) (5 minutos).
8. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
9. Breve sesión de **ejercicio físico**, siguiendo indicaciones contenidas en la sección III (10 minutos)
10. **Despedida** y emplazamiento para continuar con el programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.

RECURSOS

- Ordenador.
- Proyector.
- Pizarra o papelógrafo.
- Rotuladores.
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

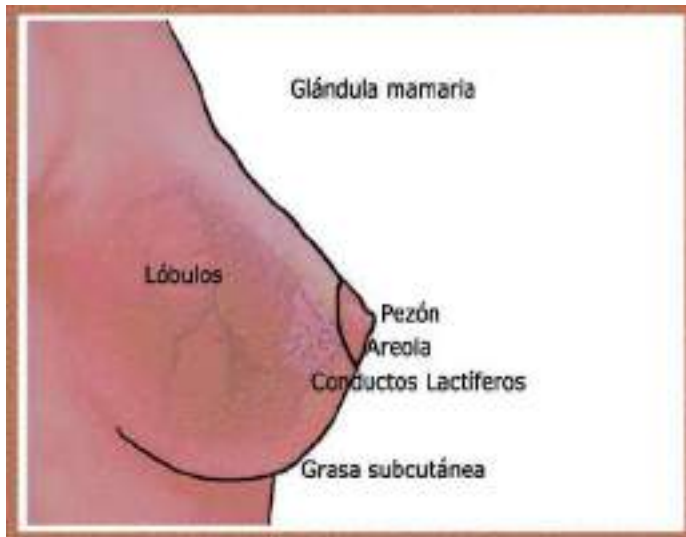
Todos y cada uno de los contenidos de esta sesión deberían enmarcarse en una línea general de promoción de una actitud positiva hacia la lactancia materna y de autoconfianza de la mujer en sus propias capacidades para lactar.

- Anatomía y fisiología de la mama
- Beneficios de la lactancia materna
- Conducta inmediata al nacimiento
- Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho
- Prevención de los problemas y soluciones de alimentación al pecho
- Extracción de la leche materna
- Mitos y realidades contrastadas sobre lactancia materna
- Lactancia artificial
- Lactancia y anticoncepción

Anatomía y fisiología de la mama

Anatomía de la mama

La mama es un órgano glanduloso de tamaño variable que los mamíferos tienen en número par y sirve en las hembras para la secreción de leche. Dentro de ella cabe señalar dos estructuras esenciales para la lactancia: el pezón y la areola.



La areola: zona de color oscuro en la que se encuentran el pezón y los tubérculos de Montgomery, que se encargan de producir secreciones para lubricar y proteger la areola. La areola facilita que el bebé localice visual y olfativamente el pezón.

El pezón: elevación situada en el centro de la areola, que está formada por tejido muscular y que funciona como un esfínter,

permitiendo o no la salida de la leche. Es fundamental dejar claro a las gestantes que todos los pezones son adecuados para alimentar al bebé.

Fisiología de la producción de leche

La producción adecuada de leche depende de dos hormonas principales:

La prolactina.

La oxitocina.

La primera de estas hormonas, la **prolactina**, es la responsable de la producción láctea después del parto. Se produce en la adenohipófisis y está presente en la gestante antes del parto, pero su función está inhibida por los altos niveles de progesterona y de estrógenos. Ambas sustancias dejan de producirse tras la salida de la placenta, momento en el que la acción de la prolactina empieza a hacerse efectiva. Llega a tardar hasta 72 horas o más en hacer efecto, consiguiendo que la producción láctea se note en los pechos de la mujer en el puerperio, sustituyendo entonces la leche de transición al calostro del que el bebé se alimenta hasta entonces.

En cuanto a la segunda hormona, la **oxitocina**, hay que decir que facilita la expulsión de la leche desde los alveolos hacia el pezón para ponerla a disposición del bebé, y que su producción aumenta tras el estímulo que éste hace del pezón con la succión continuada y frecuente.

Tipos de leche materna

El calostro. Rico en inmunoglobulinas, vitaminas y proteínas, es el primer alimento del RN. Está disponible en las mamas desde antes del parto y puede satisfacer las necesidades del RN durante el tiempo necesario que el cuerpo tarda en producir la leche madura, unas 72 horas.

La leche madura. Es el alimento que el RN necesitará durante los primeros meses de vida y está especialmente preparada para alimentarle sin generarle problemas digestivos y favoreciendo un incremento ponderal progresivo y saludable. Hay que tener en cuenta que su composición cambia a lo largo de los primeros meses de lactancia y también durante cada toma, apareciendo mayores niveles de grasa en la leche que sale al final de cada toma. Por ello se ha de favorecer que el RN pueda mamar todo el tiempo que quiera de cada pecho, evitando los tiempos fijos de 10-15 minutos en cada mama, porque esta pauta no permite que el bebé tome la grasa necesaria para su adecuado incremento de peso.

Beneficios de la lactancia materna

Beneficios para el bebé

- La lactancia materna mejora el desarrollo general del RN, permitiéndole un crecimiento armónico y progresivo.
- Previene la obesidad infantil y del adulto, así como enfermedades graves como la diabetes, el cáncer infantil o la meningitis.
- Hace que el bebé tenga menos casos, y que estos sean más leves, de enfermedades comunes de la infancia como la diarrea, la otitis, infecciones respiratorias, etc.
- Reduce el riesgo de cólico del lactante.
- Disminuye la probabilidad de muerte súbita del lactante.
- Favorece el establecimiento de un apego seguro del bebé con su madre, mejorando su salud emocional y su adaptación social en el futuro.
- En casos de patologías del RN (Sd de Down, prematuridad, etc.) estos beneficios son aún más importantes.

Beneficios para la madre

- Favorece la involución uterina y disminuye el riesgo de anemia o su severidad.
- Ayuda a la madre a perder peso, aprovechando las reservas grasas del embarazo para producir la leche.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama y de osteoporosis en la vejez.

- Ofrece una oportunidad irreplicable de contacto personal con el bebé, haciendo que la madre tenga menos probabilidades de tener depresión postparto, y convirtiéndose en un vínculo inolvidable para ambos.

Beneficios sociales

- Supone un recurso económico de primer nivel en las familias con pocos ingresos.
- El impacto ambiental de la alimentación artificial es nulo en el caso de la lactancia materna: no produce ningún desecho.
- Disminuye el gasto sanitario al potenciar un mejor nivel de salud de madre e hijo.



Conducta inmediata al nacimiento

En la actuación sanitaria tras el parto debe partirse de la premisa de que el RN está perfectamente preparado para alimentarse al pecho de su madre y que lo que necesita por parte de los profesionales solo es una mínima ayuda, más relacionada con lo que no hay que hacer que con actuaciones concretas. Facilitar el contacto piel con piel inmediatamente tras el parto y dar seguridad y confianza a la madre para que ofrezca el pecho a su bebé son dos aspectos esenciales de esta ayuda. Permanecer receptivos a las dudas de los nuevos padres y ofrecer apoyo y consejo sobre aspectos básicos como la postura del bebé y de la madre, o el agarre al pezón, pueden ser elementos esenciales para la lactancia materna.

Solo en casos muy específicos el RN debe permanecer separado de su madre tras el nacimiento y, aún así, todos los profesionales de las unidades obstétricas y neonatológicas han de tener como un objetivo común facilitar la lactancia materna, disminuyendo al máximo las cortapisas organizativas a las madres y padres, y creando el mejor ambiente posible para lactar.

Contacto piel con piel / lactancia precoz

El contacto piel con piel precoz entre la madre y el neonato favorece:

- a.** La respiración y frecuencia cardiaca del bebé.
- b.** Que no aparezcan hipoglucemias del bebé.
- c.** Un mejor clima emocional de la nueva familia, disminuyendo el estrés postnatal.
- d.** Que se reduzca el sangrado materno, involucre el útero más rápidamente y el calostro salga con más facilidad.
- e.** Que se establezca un apego seguro entre madre e hijo o hija.



Por estas razones es muy recomendable promover el contacto piel con piel del RN con su madre lo más precozmente que sea posible.

Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho

Postura correcta

La elección de una correcta postura de la madre y el bebé es un paso esencial para una buena lactancia. La postura adecuada facilita la comodidad de ambos y evita que dar el pecho se convierta en una tarea dolorosa y difícil para la madre. Además, una postura relajada favorecerá la producción de oxitocina al disminuir el estrés materno, con lo que la eyección de la leche será más fácil.

- a. **La madre:** Aunque en las primeras ocasiones la mujer suele dar el pecho en la cama, muy pronto suele preferir hacerlo sentada. Para prevenir que hombros y espalda se carguen y duelan hay que buscar una posición en la que el bebé quede bien sujeto, la espalda apoyada contra el respaldo de la silla y los pies ligeramente elevados, sobre un pequeño banco, con las rodillas flexionadas. Puede usarse un cojín, sea o no específico para la lactancia, para apoyar el brazo o el bebé y disminuir la tensión muscular de brazos y hombros.
- b. **El bebé:** lo más importante en la postura del bebé es que esté de frente a la madre, con el ombligo mirando hacia el ombligo materno. Además, la boca del RN debe estar a la altura del pezón, procurando que éste roce el espacio entre la nariz y el labio superior del bebé.

Cómo se adapta la boca al pecho (el agarre)

Lo más importante aquí es que el bebé abra bien la boca para atrapar un buen bocado del pecho, introduciéndose en su boca todo el pezón y parte de la areola. Esto evitará que se produzcan grietas y molestias al succionar. Para facilitar un buen agarre la posición es fundamental, tal y como se señaló con anterioridad. Debe ofrecerse el pezón al bebé, rozando éste con el labio superior del bebé y no dejando que lo agarre hasta que haya abierto bien la boca. Al agarrarse correctamente, el labio inferior debe quedar hacia fuera y los movimientos de succión se notarán en la mandíbula inferior y hasta las orejas. Para retirar al bebé del pecho habrá que tener la precaución de deshacer el vacío que éste ha hecho con la boca sobre el pezón. Para ello una buena técnica es introducir el dedo meñique de la mano libre entre las encías del bebé a la vez que se le retira del pecho, lo que evita que se estire el pezón, lastimándose.

Lactancia a demanda y duración de la toma

Considerar que el pecho no tiene horario es esencial para el éxito de la lactancia materna. No es conveniente fijar pautas estrictas de tiempo entre tomas, ni para la duración de cada toma. El bebé debe estar al pecho todo el tiempo que quiera y todas las veces que quiera. Algunas madres piensan que esto es muy cansado o que se convierten en “esclavas” del RN. Sin embargo, es bueno aclararles que es una situación temporal que traerá numerosos beneficios en los meses siguientes.

Aunque en cada toma es posible ofrecer los dos pechos, no es imprescindible, siendo más importante asegurarse del vaciado completo de al menos uno de ellos, empezando en la siguiente toma por el pecho que no se puso en la toma anterior o por

el que se puso en último lugar si se pusieron los dos. Así el vaciado de los dos pechos será regular y producirán leche de forma abundante y más o menos homogénea.

Hay bebés que se quedan dormidos durante la toma y habrá que estimularlos con suaves presiones en la planta del pie o pequeñas caricias en los pómulos para que sigan comiendo. Entre toma y toma no es bueno dejar más de tres horas durante los primeros días, ya que los pechos necesitan una estimulación frecuente para producir la leche suficiente para el RN, y además las tomas frecuentes previenen la deshidratación del RN durante los primeros días.



Primeros problemas

- a. **Pezones planos o invertidos.** El pezón es sobre todo una herramienta para que el RN sepa dónde ha de succionar. Por ello, no es esencial su relieve y pezones muy planos pueden servir perfectamente para alimentar al bebé. Conviene estimular el pezón con pequeñas caricias para favorecer su erección y desaconsejar ante la madre los ejercicios y técnicas para estirar o extraer el pezón.
- b. **Grietas en el pezón y dolor.** El criterio general de valoración de estos casos ha de ser que dar el pecho no debe doler. No obstante, en muchas ocasiones las mujeres, sobre todo las primerizas, sienten dolor al amamantar durante los primeros días y pueden aparecerles grietas, que suelen estar relacionadas con una mala posición del bebé al succionar. Para prevenir y tratar las grietas y el dolor al lactar pueden seguirse las siguientes indicaciones:
- Corregir posiciones inadecuadas de agarre del bebé. La boca ha de estar bien abierta y el labio inferior evertido. Comprobar con alguien experto.
 - Los pezones han de mantenerse limpios y secos, sin lavarlos ni aplicarles productos variados entre toma y toma. La ducha diaria es suficiente para mantener una higiene correcta.
 - En caso de haber grietas es conveniente aplicar las últimas gotas de la leche que aparezcan, en el pezón y la areola, ya que tienen propiedades antisépticas y cicatrizantes. Las cremas de lanolina también son útiles en estas circunstancias.
- c. **Ingurgitación mamaria.** Se produce por una acumulación de leche en la mama, relacionada normalmente con la primera subida de la leche. El pecho lleno de leche se pone terso y duro. Puede resultar molesto para la madre y puede dificultar la extracción por parte del bebé. Para resolverlo hay que aplicar calor y masaje antes de la toma, para que se reblandezca y se facilite la salida de la leche. Si el bebé no los vacía y después de la toma continúan duros y dolorosos hay que vaciarlos manualmente o con sacaleches y después aplicar frío. Progresivamente la producción de leche materna se va regulando según las necesidades del bebé la ingurgitación se resuelve en unas tomas y/o días.
- d. **Conducto obstruido.** Cursa como un bulto doloroso en el pecho. Para resolverlo se aconseja el masaje acompañado de aplicación de calor antes de la toma para favorecer la desobstrucción y la aplicación de frío después de la toma.
- e. **Mastitis.** Infección de la mama que cursa con dolor y malestar general, y en ocasiones fiebre. Hay que señalar a las madres que esta infección no pasa a la leche por lo que no deben dejar la lactancia, ni siquiera tras la indicación médica de antibióticos, que son necesarios en algunos casos.

Problemas de aparición tardía

- a. **Candidiasis mamaria.** Se caracteriza por un dolor punzante muy intenso y está causada por un hongo. En estos casos hay que mirar la boca del bebé, que habitualmente también alberga el hongo y hay que tratarlo con una pomada antifúngica. Hay que erradicar el hongo de la mama y de la boca del bebé.
- b. **Crisis de lactancia.** Son situaciones en que el bebé parece no quedar satisfecho con la leche disponible. Suelen ir aparejadas a momentos de crecimiento del bebé o a situaciones maternas de mucho estrés o cansancio. Pueden resolverse dedicando un tiempo (bastan normalmente uno o dos días) a hacer tomas más frecuentes, mientras que la madre descansa y cuida su alimentación.
- c. **Rechazo del pecho.** En uno o en los dos pechos, a veces el bebé muestra rechazo a alimentarse. Esto no guarda un patrón fijo y en ocasiones ocurre al principio de la lactancia y otras veces cuando ésta ya está instaurada. Se desconocen las causas exactas de este problema, por lo que no es fácil solucionarlo. Se recomiendan medidas generales como evaluar la postura y el agarre, descartar la existencia de alguna enfermedad del RN, estados de estrés de la madre, etc.

Extracción de la leche materna

A veces una madre necesita sacar leche de sus pechos:

- a. Cuando el bebé está lejos de la madre por motivos médicos (prematuridad, etc.), laborales o familiares.
- b. Cuando los pechos están demasiado llenos porque hay leche acumulada en ellos.
- c. Cuando no va a poderse dar el pecho durante un tiempo y se desea mantener la secreción láctea.

Como norma general para una extracción segura hay que insistir en la importancia del lavado de manos previo a cualquier manipulación de la mama.

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con sacaleches, se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada la leche. Para ello se deben seguir tres pasos: masajear, frotar y sacudir.

- a. **Masajear.** El masaje se realiza oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos se va cambiando hacia otra zona del seno.
- b. **Frotar el pecho** cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la parte de fuera del pecho hacia el pezón, por todo el alrededor.

- c. **Sacudir ambos pechos** suavemente inclinándose hacia delante.

Extracción manual (Técnicas de Marmet)

- a. Lo primero es colocar la mano haciendo una C alrededor del pecho, a unos 3 centímetros del pezón.
- b. Presionar el pecho con los dedos en dirección a las costillas, sin modificar la posición de los mismos.
- c. Comprimir el pecho con los dedos en dirección al pezón, haciendo como si se ordeñara la mama.
- d. Repetir de forma rítmica. Esto ayudará a vaciar el pecho, utilizando las dos manos al vaciar cada mama y rotándolas para sacar la leche de todas las secciones de los pechos.
- e. No se debe exprimir o estirar. Ambas maniobras pueden generar dolor y esto es indicativo de que la técnica no se está aplicando bien.
- f. Debe estimularse y vaciarse cada pecho de forma alterna.

Extracción con sacaleches



Aunque el proceso es parecido al de la extracción manual, han de tenerse en cuenta las recomendaciones específicas de cada fabricante de máquinas sacaleches. No es lo mismo utilizar un sacaleches eléctrico que uno manual, aunque ninguno debe producir dolor en su utilización. Conviene regular la fuerza de la succión para que esta sea lo más productiva y cómoda posible para cada madre. No es recomendable el uso de los sacaleches más antiguos, en forma de pera, que no son eficaces y son difíciles de limpiar.

Conservación y transporte

Una vez familiarizada con la extracción de la leche, no es difícil conservarla. Tanto a temperatura ambiente como en el frigorífico o el congelador, la leche materna puede conservarse, eso sí, durante periodos diferentes según el grado de frío:

- a. Temperatura ambiente (aprox. 21°C): sobre 10 hrs.
- b. Frigorífico (0-5°C): 48-72 hrs.
- c. Congelador (-20°C): hasta seis meses.

La conservación ha de hacerse siempre en tarros de cristal o plástico (especialmente aptos para conservar alimentos de consumo humano) bien etiquetados con la fecha de

extracción y en cantidades de entre 50 y 100 ml. Para descongelarlos dejarlos a temperatura ambiente el tiempo necesario. Para calentar la leche materna no conviene usar microondas sino inmersión en agua caliente o calentar el tarro al baño maría. Para su transporte hay comercializadas bolsas especiales, que son de gran utilidad, manteniendo en todo momento la cadena de frío.

Mitos sobre lactancia materna (Aguayo Maldonado, J. et al, 2004)

- a. “Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan”
- b. “Los bebés deben alimentarse de ambos pechos cada vez”
- c. “Los bebés deben mamar diez minutos en cada pecho, después solo toman aire”
- d. “Para que el niño «aguante» toda la noche, hay que darle un biberón”
- e. “Sentir los pechos blandos es una señal de baja producción”
- f. “No se puede dar de mamar a gemelos”
- g. “Mi leche no es buena porque está «aguada»”
- h. “Cuando el niño llora es por hambre”
- i. “Si la madre toma medicación hay que suprimir la lactancia”
- j. “Es normal que duela dar el pecho”
- k. “Hay que lavar los pezones antes y después de dar de mamar”
- l. “Los pezones planos o invertidos impiden el amamantar”
- m. “La lactancia prolongada es culpable de la deformación de los pechos”
- n. “Algunas madres fabrican leche de baja calidad que impide que el niño engorde bien”

Lactancia artificial

A veces la madre no puede o no desea amamantar a su hijo y debe recurrir a la lactancia artificial. Esto puede generar en la mujer sentimientos negativos de frustración, incapacidad o culpa, que inevitablemente repercuten en su estado de ánimo. Es importante que durante el embarazo los profesionales sanitarios adviertan, sin alarmar, de esta posibilidad y ofrezcan recursos y estrategias para hacer frente de manera adecuada a la situación si ocurriera.

Los profesionales deben ser capaces de empatizar con los sentimientos de la madre y ofrecerle apoyo e información adecuada para afrontar estos sentimientos. Así, resulta de ayuda que el profesional prevenga de esta posibilidad y transmita a la madre que el vínculo afectivo de la maternidad es muy importante y que éste no depende del tipo de alimentación que se lleve a cabo. Actualmente existen leches en polvo de formulas adaptadas, cuya composición se asemeja a la de la leche materna, y lo importante, sea cual sea el tipo de alimentación suministrado, es que se lleve a cabo con el máximo cariño, acariciando al bebé, meciéndolo, hablándole y mirándole a los ojos cuando haya descansos de succión. Además, conviene resaltar los aspectos positivos de la alimentación por biberones como puede ser la oportunidad que ofrece al padre, pareja o hermanos de participar activamente en la alimentación del bebe desde el principio, promoviendo el adecuado establecimiento del vínculo afectivo y el bienestar emocional del bebé.

El equipo de Atención Primaria orientará sobre la cantidad y frecuencia de las tomas para el bebé, que se deben seguir de un modo flexible, teniendo en cuenta sus propias necesidades y su particular ritmo de alimentación al que hay que adaptarse.

Como preparar el biberón

- a.** Lavar las manos.
- b.** Utilizar un agua mineral adecuada o, si es del grifo, hervirla durante 10 minutos antes de usarla. Poner la cantidad precisa en el biberón.
- c.** Añadir la dosis exacta de leche en polvo necesaria para la cantidad de agua preparada, enrasando el cacito.
- d.** Disolver agitando con fuerza tras tapar el biberón con la tetina.
- e.** Comprobar la temperatura de la leche (con la muñeca).
- f.** Lavar bien todos los componentes del biberón tras la toma.

Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)

Actualmente existen en muchas ciudades españolas grupos de mujeres que se reúnen con el objetivo principal de ayudarse mutuamente con la lactancia materna. Dar información y apoyo a madres primerizas, o fomentar a través de actividades formativas el conocimiento de la lactancia materna en la sociedad, son algunas de sus actuaciones.

Tienen un gran valor como red de soporte para las mujeres que quieren dar el pecho, ya que sus integrantes no solo están muy motivadas sino que suelen tener un alto nivel de experiencia y formación en lactancia materna. En muchas ocasiones hay profesionales sanitarios que participan, dinamizan o apoyan estos grupos. Además de las reuniones presenciales muchos grupos ofrecen asesoramiento telefónico o virtual a través de Internet.

Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) por provincias en Andalucía

Los listados actualizados de los grupos con direcciones, teléfonos y correos, se pueden encontrar en: <http://www.ihan.es/index32.asp>



QUINTA SESIÓN: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

3º TRIMESTRE

CONTENIDOS

OBJETIVOS

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

RECURSOS

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

CONTENIDOS

Características físicas del recién nacido

- Exploración general.
- Piel y termorregulación.
- Patrón excretor.

Cuidados del recién nacido

- Baño y cuidado de la piel.
- Cordón umbilical.
- Vestido.

Parentalidad positiva

- Masaje infantil.
- Estimulación físico-sensorial y socio-emocional.
- Estructura y organización de la vida cotidiana.

Contacto piel con piel

- Beneficios generales.
- Método canguro.

El sueño del recién nacido

- Consejos generales.
- Colecho.

Dudas frecuentes: ¿qué hacer ante...?

- Llanto persistente: cólico del lactante.
- Ictericia.
- Sacudidas y temblores.

Seguimiento de salud infantil

- Programa de Vacunaciones.

OBJETIVOS:

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- conocerá las características del recién nacido y los cuidados básicos.
- identificará las principales necesidades que se presentan en el recién nacido durante el primer mes.
- adquirirá conocimientos y estrategias de estimulación temprana y masaje infantil.
- obtendrá conocimientos sobre la importancia de la adecuada estructuración y organización de la vida cotidiana para el desarrollo del bebé.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- estará preparada para facilitar la adaptación de la pareja al nuevo rol parental y aplicar estrategias y recursos adecuados para estimular al recién nacido.
- mostrará una sensibilidad adecuada en las interacciones con el bebé.
- aprenderá estrategias y recursos adecuados para estimular y aplicar masajes a los recién nacidos.
- adquirirá habilidades para organizar la vida cotidiana de su bebé.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- tomará conciencia de forma positiva de los cambios que se producirán, interpretándolos como fisiológicos.
- se mostrará dispuesta a dar respuestas adaptadas a las demandas que presente el recién nacido.
- se mostrará sensible con el recién nacido.
- será consciente de las necesidades del bebé y favorecerá su adaptación a su nuevo entorno.
- promoverá un entorno estable y predecible al recién nacido.
- se mostrará más segura ante la transición a la maternidad y paternidad.

Nota: Si fuese posible los contenidos de esta sesión, así como los de Lactancia y Puerperio, podrían ser abordados de nuevo (al menos parcialmente) para un mejor aprovechamiento, en una sesión con las usuarias y sus parejas/acompañantes realizada después del parto.

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las personas asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en 100 minutos, manteniendo por parte de el/la docente un estilo democrático.

1. **Bienvenida** y presentación de los objetivos y contenidos de la sesión (5 minutos).
2. **Técnica de grupo.** Lluvia de ideas: Se pide a todas las personas participantes que digan en voz alta las principales características fisiológicas del recién nacido, tanto físicas como psicológicas, y los cuidados esenciales para favorecer su salud. El/la docente las apuntará indiscriminadamente en una pizarra o papelógrafo. (10 minutos).
3. **Exposición teórica** de los contenidos sobre características fisiológicas y cuidados del recién nacido, relacionándolos con lluvia de ideas, permitiendo el debate y aplicando la conclusión guiada (15 minutos).
4. **Exposición práctica:** el/la profesional que condice la sesión hará una demostración con el muñeco sobre los cuidados del recién nacido: como cogerlo, el baño, las posiciones para facilitar el eructo, cuidados del cordón umbilical, como ponerle el pañal (10 minutos).
5. **Exposición teórica** de los contenidos sobre estimulación y masaje infantil (10 minutos).
6. **Vídeo** sobre masaje y/o estimulación infantil (5 minutos)
7. **Técnica de modelado** de estimulación y masaje a través de muñecos (15 minutos).
8. **Exposición teórica** sobre organización de la vida cotidiana (5 minutos).
9. **Vídeo** sobre organización de la vida cotidiana (5 minutos).
10. **Puesta en común** del vídeo en la que se resalten las ideas claves más importantes sobre los contenidos tratados (5 minutos).
11. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
12. **Breve sesión de ejercicio físico**, siguiendo indicaciones contenidas en la sección III (10 minutos)
13. **Despedida** y emplazamiento para continuar con el programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.

RECURSOS

- Ordenador.
- Proyector.
- Reproductor de DVD.
- Televisión.
- Pizarra o papelógrafo.
- DVD con vídeos.
- Muñecos simuladores de bebé.
- Bañera.
- Pañales.
- Gasas y antiséptico.
- Toalla.
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

- Características físicas del recién nacido
- Cuidados del recién nacido
- Parentalidad positiva
- Contacto piel con piel
- El sueño del recién nacido
- Dudas frecuentes: ¿qué hacer ante...?
- Seguimiento de salud infantil

Características físicas del recién nacido

Exploración general

Destaca en el recién nacido (RN) el amplio volumen de la cabeza y del abdomen en relación al resto del cuerpo. En ella aparecen dos hendiduras llamadas fontanelas, que irán cerrándose con el paso de los meses. Pueden aparecer leves deformaciones relacionadas con la adaptación de la cabeza fetal a paso por el canal del parto.

El peso del bebé suele oscilar entre los 3 y los 3,5 kg. y mide habitualmente en torno a los 50 cm. Las extremidades se presentan flexionadas adoptando el recién nacido la comúnmente llamada posición fetal.

Algunas situaciones normales pueden parecer muy extrañas a los padres y madres como, por ejemplo:

- a. **Pseudomenstruación:** sangrado vaginal escaso que presentan algunas niñas en los primeros días tras el nacimiento. Se debe al trasvase de hormonas maternas y no necesita cuidados especiales.
- b. **Mamas hinchadas:** pueden aparecer tanto en niños como en niñas en incluso venir asociadas a la secreción de pequeñas cantidades de leche. También se deben a las hormonas maternas y es importante señalar que no deben presionarse las mamas en ningún caso.
- c. **Mancha de uratos:** en ocasiones el RN (con mayor frecuencia los varones) deja una mancha de color anaranjado intenso en el pañal, que puede confundirse con una gota de sangre. Debe indicarse a las madres que esto se debe a la expulsión de urea con la orina y que no reviste ninguna gravedad.

Piel

La piel del RN suele tener color rojizo aunque también, durante los primeros días, puede aparecer ictericia fisiológica, que da a la piel un tono amarillento. Si esto se produce, es conveniente exponer la piel del bebé a la luz y asegurarse una buena frecuencia de las tomas. En estos días la piel puede estar bastante seca y llega a presentar descamaciones en no pocos casos. Es habitual la descamación fisiológica del recién nacido. Hay que explicar a las madres y padres que es normal.

Pueden mejorar el aspecto de la piel con el baño diario y la adecuada alimentación. Hay que estar pendiente de que el bebé haga micciones frecuentes, prácticamente en cada toma. Son frecuentes las manchas (mancha mongólica en la base de la espalda) o los pequeños angiomas que, en muchas ocasiones, desaparecen en las siguientes semanas sin mayor problema.

Patrón excretor

Las deposiciones del RN serán diferentes en función de la alimentación que reciba. Aquellos bebés que tomen lactancia materna seguramente harán una deposición tras cada toma, teniendo esta una consistencia líquida y color ocre. Sin embargo, el RN alimentado con biberón tiene gran tendencia al estreñimiento, por lo que puede que

solo haga una deposición al día o incluso una cada dos días, siendo ésta de consistencia dura y de color pardo o verdoso. El RN correctamente alimentado mojará el pañal con orina abundante en varias ocasiones a lo largo del día.

Cuidados del recién nacido

Baño y cuidado de la piel



El baño del RN puede ser diario, aunque no es imprescindible, y siempre conviene realizarlo en una habitación cálida y con el espacio suficiente para permitir la movilidad de los padres. Se recomienda mantener un ambiente tranquilo y realizar el baño de noche para ayudar al bebé a relajarse e ir distinguiendo el día de la noche. Es de gran importancia comprobar la temperatura del agua, unos 36 grados centígrados, con el codo para evitar quemaduras.

Pueden usarse diferentes jabones o champús, aunque se aconseja utilizar siempre un gel neutro y no en demasiada abundancia. La piel del bebé es muy sensible y ha de exponerse a los distintos productos químicos de uso habitual de forma progresiva. Tras el baño es el momento perfecto para hidratar la piel con algún aceite o crema especialmente adecuada para ello.

Cordón umbilical

El cuidado fundamental del cordón umbilical es mantenerlo limpio y seco. Hay que limpiarlo una vez al día en el baño, y las veces que se requiera si se llena de orina o deposiciones. Después de limpiarlo hay que asegurarse de que se queda seco, bien dejándolo un tiempo al aire o pasándole una gasa. Hay que vigilar los signos de infección, que se ponga rojo, que se inflame, que aumente la temperatura, que huelga mal y/o que supure. En caso de aparecer estos signos hay que consultar con los profesionales e iniciar los cuidados que recomienden para prevenir una infección. Ellos serán los que indicarán si hay que iniciar curas con un antiséptico o si se precisa otro tratamiento.

Vestido

El RN tiende a asimilar su temperatura a la del ambiente que le rodea con gran rapidez. Por ello, las madres y padres deben saber que han de adecuar el vestido del RN a la temperatura ambiente sin dar por sentado que éste “siempre tiene frío”. Las deficiencias de la circulación periférica, que hacen que los pies y las manos del RN suelen estar frías, pueden favorecer la práctica habitual y errónea de abrigar en exceso a los bebés. Una sugerencia general, como que el RN esté vestido con media manga

más que sus padres, puede ayudar a evitar estos excesos.

Señales de alerta

A veces el RN presenta síntomas que pueden ser indicativos de problemas que requieran una valoración por parte de los profesionales de referencia.

Es conveniente consultarles en caso de:

- a. Diarrea abundante.
- b. Estreñimiento persistente (más de dos días).
- c. Temperatura del RN $>38^{\circ}$ o $<36^{\circ}$.
- d. Vómitos continuados, verdosos o expulsados con mucha fuerza.
- e. Rechazo del alimento.
- f. Aparición de secreción ocular amarillenta o lagrimeo continuado.
- g. Coloración azulada (cianosis) o amarillenta de la piel (ictericia).

Parentalidad positiva

Estimulación físico-sensorial y socio-emocional

El proceso de maduración del sistema nervioso durante los primeros meses de vida hace que el cerebro muestre una significativa plasticidad y receptividad a la influencia de las acciones educativas y estimuladoras del exterior. La estimulación temprana es el conjunto actividades que persiguen desarrollar y potenciar las funciones cerebrales del bebé a través de la realización de técnicas, juegos, ejercicios u otros medios que promuevan la formación de nuevas conexiones neuronales, potenciando la capacidad de aprendizaje y el desarrollo del menor.

a. Estimulación prenatal

Durante el embarazo, los bebés van desarrollando habilidades sensoriales y motoras que les capacitarán para captar diferentes estímulos y responder a ellos. Los avances en el desarrollo, especialmente a partir del segundo trimestre de gestación, les permitirán ser capaces de ver, oír e incluso aprender y recordar las señales y los estímulos que les lleguen del interior y del exterior del cuerpo de su madre. La estimulación prenatal promueve la optimización de su desarrollo sensorial, físico y mental. De este modo, la forma en la que padres y madres interactúan con su bebé y las experiencias que le proporcionan antes de su nacimiento, influirán en el desarrollo posterior del bebé.

Por una parte, madres y padres pueden *estimular la capacidad auditiva* del feto a través de la exposición a sonidos, voces o músicas que difieren en intensidad, ritmo y melodía, así como a las voces de sus cuidadores para favorecer su reconocimiento. Por otra parte, la exposición a diferentes patrones de tacto, percibiendo las diferencias en presión y vibración cuando lo tocan o acarician a través del vientre materno, promueve la *estimulación de su desarrollo táctil*. Asimismo, todo lo anterior sirve también para la promoción de la vinculación prenatal, favoreciendo la creación de relaciones de apego seguras, como ya se ha descrito en el apartado de apego.

Los bebés estimulados antes de nacer tienden a manifestar un mayor desarrollo sensitivo y exhibir mayor capacidad de aprendizaje en el momento del nacimiento.

b. Estimulación postnatal

Una vez que el niño o la niña ha nacido es muy importante la estimulación que reciba de cara a su óptimo desarrollo mental, sensorial, social y afectivo. Estimular a un bebé es ofrecerle diferentes oportunidades para explorar, adquirir habilidades y destrezas que le ayudarán a comprender y a adaptarse adecuadamente a su entorno. Durante este proceso es importante respetar el ritmo individual de cada bebé. El exceso de estimulación es tan nocivo como la falta de estimulación. Saber modular y adaptar la cantidad de estimulación a las características y al estado del niño o la niña es esencial. La finalidad de la estimulación no es acelerar el desarrollo, forzando al niño o la niña a lograr metas para las que no está preparado o preparada, sino *reconocer* y *favorecer* el potencial de cada niño o niña en particular, presentándole actividades que fortalezcan su capacidad de aprendizaje y adaptación.

Cada etapa evolutiva exigirá nuevas experiencias estimulantes que se adapten a las necesidades de desarrollo del niño o la niña, tanto en calidad como en cantidad. Es importante que, en primer lugar, madres y padres aprendan a observar y valorar los progresos del niño o la niña, motivando y reforzando sus logros. Antes de los ejercicios de estimulación, se debe transmitir tranquilidad y afecto al bebé, para favorecer su receptividad, así como evitar jugar con el bebé o realizar ejercicios de estimulación cuando se percibe que está cansado. La iniciativa, la independencia y la autoestima del niño o la niña deben ser respetadas y protegidas durante todo su proceso de aprendizaje. Además de madres/padres/cuidadoras/cuidadores, los hermanos, los abuelos u otros familiares deben implicarse en el cuidado del bebé y ser partícipes en las actividades de estimulación.

c. La estimulación sensorial

A través de los sentidos el bebé explora su entorno y empieza a conocerlo y comprenderlo. Necesita estar expuesto a una estimulante variedad de sonidos, olores, colores, luces y texturas para que su desarrollo sea óptimo.

- **Estimulación auditiva**

Se realizará, por ejemplo, a través de la exposición a música (que varía en ritmo, frecuencia y tonalidad), a diferentes sonidos producidos por objetos y, sobre todo, a una madre y a un padre que le hable y le cante, le exprese verbalmente ternura, cariño y risas para que el bebé aprenda a familiarizarse y reconocer sus voces.

- **Estimulación visual**

A través de la exposición a objetos de diferentes formas y colores, sobre todo en movimiento, con la exageración de gestos y movimientos faciales, estimulando el seguimiento visual utilizando los objetos que más le atraen,

exponiéndolo a diferentes entornos y paisajes y buscando el contacto y el seguimiento visual entre el adulto y el niño o la niña.

Como ya se ha indicado, en las primeras semanas hay una distancia óptima, que es la que se da en situaciones de alimentación del bebé. Algunos estímulos deben presentarse frecuentemente a esa distancia (rostros humanos, algún objeto estimulante, etc.). Pero, lógicamente, debe haber también estimulación y objetos a otras distancias, de manera que poco a poco irá aprendiendo a enfocar la mirada a cosas algo más alejadas.



- **Estimulación olfativa**

La percepción a través del olfato se estimula exponiendo al bebé a diferentes olores, por ejemplo, el olor a hierba, o a cosas con algún perfume, o a la lluvia o al mar, así como favoreciendo el contacto físico con los cuidadores para familiarizarlo con sus olores.

- **Estimulación gustativa**

Se realiza, por ejemplo, favoreciendo la succión de juguetes y chupetes (deben ser objetos seguros y limpios). El sentido del gusto del recién nacido es similar al del adulto. Es el sentido principal por el que el recién nacido explora los objetos. Por ello es natural que tienda a llevarse todo a la boca.



Estimulación táctil

Se aconseja exponer al bebé a diferentes objetos que varían en tamaños, formas, texturas, presión y temperatura. Se debe dejar que los toque, que los explore y los lance y, si aún no es posible, se recomienda también pasar el objeto sobre su piel y observar cómo reacciona.

De igual manera, darle suaves caricias, besos, mimos y abrazos son estrategias que contribuyen al mismo fin. Debe recordarse que la sensibilidad al tacto en todas las partes del cuerpo aumenta rápidamente en los primeros días de vida. Las caricias y el contacto físico estimulan el desarrollo emocional y la vinculación parental.

d. La estimulación sensorial y emocional en el día a día

En este punto es importante recordar que a través de los cuidados básicos es posible estimular varios sentidos, así como fomentar los lazos afectivos:

- **La lactancia materna:** Al bebé le atrae el olor de la leche materna, así como el contacto con la piel de su madre. Además, buscará la posición corporal que le permita mantener la mirada con ella. Durante la alimentación se produce una de las situaciones en las que se consigue con mayor intensidad el contacto visual con el bebé recién nacido. Asimismo, si mientras succiona la madre le habla, le canta o le pone música, le estará estimulando el sentido de la audición. También el sentido del tacto es estimulado por el roce de su mejilla contra el pecho materno. Por todo lo anterior, la rutina en torno a la alimentación se presta a ser una experiencia cargada de estimulación sensorial y muy favorecedora de la creación del vínculo de apego.
- **Durante el baño:** Además de cuidar su higiene, el baño es un momento ideal para el juego con el bebé. También es una situación idónea para dar un masaje en los diferentes músculos de su cuerpo, comenzando por los hombros y descendiendo hasta llegar a sus pies. Asimismo, también son muy estimulantes las sensaciones táctiles producidas por el agua, la esponja, la espuma, etc.
- **Mientras se está durmiendo:** Mecerlo en brazos, cantándole una canción o diciéndole palabras bonitas, buscando el contacto visual del rostro del adulto, favoreciendo el contacto físico y el aroma familiar, son conductas que estimulan el desarrollo sensorial. Además, estos elementos fortalecerán la vinculación afectiva entre el cuidador y el bebé.

Masaje infantil

Los masajes infantiles son experiencias enriquecedoras donde adulto y bebé interactúan y se comunican, y en las que la estimulación táctil, auditiva y visual tiene un papel muy relevante. Desde el periodo prenatal, niños y niñas pueden beneficiarse de suaves masajes a través del vientre materno, lo que favorece un estado de calma en el feto.

Una vez que el bebé ha nacido, los masajes se utilizan principalmente con el objetivo de relajarle, aliviar los dolores derivados de cólicos del lactante y estimular su desarrollo sensorial y motriz. Asimismo, la realización de masajes, además de implicar experiencias muy placenteras para los bebés, predispone una interacción que favorece el desarrollo del vínculo afectivo. Junto a los descritos, en el siguiente cuadro se recogen otros beneficios derivados del masaje infantil:

Beneficios para los bebés

- Se trata de una respuesta constructiva y placentera a la necesidad de contacto físico del bebé.
- Favorece la comunicación afectiva entre el bebé y sus cuidadores.
- Favorece el desarrollo físico, socio-emocional e intelectual del menor.
- Promueve la calma y la seguridad emocional.
- Disminuye la vivencia de estrés y los bloqueos producidos ante situaciones nuevas.
- Mejora la regularidad del ciclo vigilia-sueño, facilitando que su sueño sea más tranquilo y profundo.
- Ayuda a controlar y soportar el dolor.
- Estimula el desarrollo del sistema nervioso y la conexión interneuronal.
- Estimula los sistemas circulatorio e inmunológico, mejorando las funciones circulatoria, respiratoria y gastrointestinal, así como previniendo enfermedades recurrentes como alergias o gripes.
- Estimula la psicomotricidad, favoreciendo la coordinación muscular, la flexibilidad y la resistencia muscular.
- Favorece el equilibrio y el control corporal.
- Se alivian y reducen los malestares producidos por los cólicos, gases y dolor abdominal.
- Mejora el apetito y la absorción de nutrientes, contribuyendo al aumento de su peso corporal.

Beneficios para los padres y las madres

- Mayor conocimiento de los avances en el desarrollo psicomotor, intelectual y socioemocional del bebé.
- Desarrollo de un mayor conocimiento y comprensión de su bebé.
- Mayor rapidez y eficacia en identificar las zonas donde presenta dolor, tensión o incomodidad.
- Favorece el vínculo afectivo a través del contacto físico con el bebé.
- Fortalece la interacción social y la comunicación con el bebé.
- Mayor satisfacción con el rol parental e implicación activa en el desarrollo de su hijo o hija.
- Mayor confianza en sus propias capacidades parentales.
- Reduce y previene posibles sentimientos parentales de culpa por no comprender al bebé, ya que favorece la compenetración y sintonía con él.
- Disminuye los malestares y llanto del bebé, promoviendo su calma y relajación y, por tanto, también el descanso de sus padres.
- Ayuda a prevenir y controlar el estrés parental y a aliviar las tensiones físicas y emocionales.

A continuación se describen algunas recomendaciones generales que deben tenerse en cuenta a la hora de aplicar masajes a bebés recién nacidos:

- a. Deben realizarse cuando el bebé se muestra receptivo a ellos. Parece que los momentos más indicados son después del baño o antes de la hora de dormir.
- b. Deben realizarse con dirección céfalo-caudal, desde la cabeza hacia los pies.
- c. Los movimientos deben realizarse desde dentro hacia fuera, del lado izquierdo al derecho, a un ritmo lento y constante, moderando la presión ejercida según la zona.
- d. Deben realizarse con delicadeza y presión suave.

- e. Deben utilizarse las yemas de los dedos en las áreas pequeñas, mientras que en las áreas más grandes se usarán los dedos o incluso la palma de la mano.
- f. Deben ir acompañados de miradas y palabras afectuosas.
- g. Deben intentarse mantener el contacto visual mientras se realiza el masaje.
- h. El bebé no debe ser obligado a mantener una posición o postura si no lo desea. Hay que dejarle libertad de movimiento, las áreas corporales interrumpidas serán retomadas más adelante.
- i. Deben durar en torno a 10 minutos.
- j. Se deben establecer ciertas rutinas a la hora de la realización de los ejercicios para favorecer la predisposición y anticipación del bebé a las mismas.
- k. Debe ser flexible y no aplicar el masaje de forma mecánica o con una rutina rígida en la realización de los ejercicios.
- l. No deben realizarse si al adulto no le apetece o está tenso, ya que el bebé percibe a través del tacto estas emociones.
- m. No deben aplicarse masajes cuando el bebé presenta vómitos, dolor abdominal, fiebre, hemorragias, inflamaciones o infecciones localizadas.

En el masaje infantil los movimientos, las caricias y la presión deben ser siempre muy suaves, ya que el cuerpo del bebé es muy frágil. Antes de comenzar la aplicación del masaje, madres y padres deben lavarse las manos.

A continuación se describen algunos ejercicios de masaje infantil.

EJERCICIOS DE MASAJE INFANTIL	
En la cara	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar los dedos pulgares en el centro de la frente y con un movimiento simultáneo deslizarlos hacia los lados ejerciendo una presión suave, como desarrugando su piel y estirándola con suavidad. • Aplicar movimientos circulares desde el centro hacia fuera en la frente, las orejas, las cejas y las mejillas. • Bordesear con las yemas de los dedos con tacto continuo los límites y orificios de la nariz, las orejas y la boca.
En los hombros	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar ambas manos sobre los hombros del bebé, ejercer una suave presión sobre ellos, y mover los dedos en dirección hacia el exterior, pero con mucha suavidad.
En los brazos	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar los dedos índice y pulgar en torno a su brazo, como formando un anillo, comenzar a dar caricias en el hombro y poco a poco ir desplazándose a lo largo del brazo hasta llegar a la muñeca. Hay que tener especial cuidado con el codo, ya que es una zona muy sensible. Tras repetir varias veces la secuencia, realizar el ejercicio con el otro brazo del bebé.

	<ul style="list-style-type: none"> • Bordesear con las manos su brazo y girar cada mano hacia un sentido, con movimientos de torsión muy suaves y con los dedos pegados para no hacerle daño. Comenzar en el hombro y finalizar en la muñeca. Realizar el ejercicio en ambos brazos. • Colocar al bebé de lado, sujetando con una mano su hombro y con la otra mano realizar movimientos envolventes alrededor del brazo, manteniendo un ritmo constante. Las manos se mueven en sentidos inversos, efectuando movimientos con presión suave, de manera que se vayan deslizando las manos hacia la parte exterior del brazo. • Realizar movimientos circulares en sus axilas. • Activar y tonificar los músculos de sus brazos, haciendo presión en ellos para estimular la circulación, siguiendo la dirección desde los hombros hasta las muñecas. • Estirar los brazos hacia el centro del pecho y seguidamente girarlos hacia el lado opuesto. Primero con un brazo, luego con otro y finalmente con los dos, simulando en este caso un abrazo a sí mismo.
<p>En las manos y los dedos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masajear las manos, realizando movimientos circulares en la palma de la mano y posteriormente estirar suavemente cada uno de los dedos y masajearlos de forma similar, desde la palma de la mano hasta la punta de los dedos, para favorecer la circulación. • Con los dedos pulgares realizar breves presiones en la palma de su mano y posteriormente girar con suavidad cada uno de sus dedos hacia ambos lados. • Bordesear con las yemas de los dedos con tacto continuo, los límites de su mano, realizando la silueta de cada uno de sus dedos. • En las muñecas, con los dedos pulgares realizar con suavidad movimientos circulares y giratorios ejerciendo una presión suave.
<p>En el pecho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar las manos sobre su pecho y deslizarlas desde el centro hacia afuera, cada una hacia una dirección hasta llegar a su costado más próximo. Se repite el movimiento varias veces, comenzando desde el mismo punto de partida y sin levantar las manos de su cuerpo. • Colocar las manos en el centro de su pecho, y deslizarlas hacia el lado contrario con movimientos alternativos, es decir la mano derecha hacia su hombro izquierdo y luego la mano izquierda hacia su hombro derecho. • Masajear todo el pecho con movimientos amplios y lentos realizados con suavidad, simulando las olas del mar. Aplicarlo también en los costados, desde la axila hasta la cintura.
<p>En el abdomen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar movimientos circulares en el área del estómago, siguiendo el sentido de las agujas del reloj (desde la parte derecha hacia la izquierda siguiendo la dirección del intestino) y comenzando por debajo de las costillas, haciendo como una media luna alrededor del ombligo. Finalizar con suaves caricias en el vientre. Este ejercicio alivia los cólicos del bebé. • Con los dedos, simular como si se anduviera por la barriga del bebé, en dirección de derecha a izquierda. • Colocar las manos sobre su estómago y deslizarlas hasta llegar al final del vientre, ejerciendo presión suave, como si se estuviera vaciando su vientre, con la mano en forma de cuenco. Este ejercicio ayuda a eliminar los gases.

<p>En la espalda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al bebé boca abajo. Extender la mano intentando cubrir toda la anchura de su espalda y realizar movimientos largos y lentos a través de la espalda, siguiendo siempre una sola dirección, de arriba hacia abajo. • Realizar movimientos alrededor de la columna, simulando círculos. • Aplicar suaves y pequeños golpecitos con las yemas de los dedos, en sentido descendente de la espalda. • Colocar cada una de las manos en la parte exterior de su columna, extender las manos hacia los laterales, y masajear con el dedo pulgar de dentro hacia fuera a través de movimientos circulares.
<p>En las piernas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flexionarle ligeramente las rodillas ejerciendo una suave presión en los muslos. Posteriormente, estirar sus piernas. Para terminar, realizar suaves caricias de forma intermitente. • Acariciar cada pierna con toda la mano de forma lenta y continua, presionando ligeramente su piel. • Estirar y doblar suavemente sus piernas varias veces y terminar dejándolas flexionadas cerca de su vientre, donde se realizarán movimientos circulares. • Doblar y estirar sus piernas hacia el frente y seguidamente girarlas hacia el lado opuesto. Primero con una pierna y luego con la otra. • Bordesear con las manos su pierna y recorrerla con ellas, girando cada mano hacia un sentido, con movimientos de torsión muy suaves y con los dedos pegados para no hacerle daño. Comenzar por los muslos y finalizar al llegar a los tobillos. Realizar el ejercicio en ambas piernas. • Colocar al bebé de lado, sujetando con una mano su cadera y con la otra mano realizar movimientos envolventes alrededor de la pierna, manteniendo un ritmo constante. Hay que tener especial cuidado con las rodillas, ya que son zonas muy sensibles que se pueden lastimar. Tras repetir varias veces la secuencia, realizar el ejercicio con la otra pierna del bebé. • Realizar pequeños rodamientos con cada una de sus piernas.
<p>En los pies</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masajear los pies, realizando movimientos circulares en la planta y posteriormente estirando suavemente cada uno de los dedos. • Bordesear con las yemas de los dedos y con tacto continuo los límites de su pie, realizando la silueta de cada uno de sus dedos. • Masajear suavemente cada uno de los dedos del pie, luego recorrer la planta para finalizar volviendo a los dedos. • Colocar el dedo índice debajo de los dedos del bebé y hacer un movimiento de suave torsión con él para intentar relajar los músculos flexores del pie. • Presionar con el dedo pulgar la parte central superior de la planta del pie (cerca de los dedos), el bebé cerrará los dedos y tensará la pierna. Quitar la presión para relajar la tensión. Repetir varias veces con cada pie. • Realizar suaves movimientos giratorios en sus tobillos.

Es importante que los padres y las madres reciban el apoyo y la guía de los profesionales sanitarios de referencia para realizar correctamente los ejercicios de estimulación, así como ser asesorados sobre la estimulación más adecuada según la edad y características propias de cada bebé. Es necesario motivar y dar formación a padres y madres en estas prácticas parentales positivas.

Estructura y organización de la vida cotidiana

La influencia de madres y padres sobre el desarrollo del bebé no sólo se produce a través de las interacciones directas que mantienen con él o ella, sino también a través de la forma en que organizan y estructuran su vida. De este modo, aspectos estructurales y materiales de las rutinas que rodean los acontecimientos cotidianos, la estabilidad en el tiempo y en el espacio de estos sucesos, la novedad con que otros acontecen, los materiales que ponen a su disposición y las características físicas del espacio en que se desenvuelven, pueden ejercer una importante influencia sobre el desarrollo del niño o la niña.

El recién nacido tiene que aprender a vivir y adaptarse a su nuevo entorno. Desde que nacen, madres y padres comienzan a instaurar rutinas para facilitar la adaptación de su bebé al ambiente. El establecimiento de rutinas permite dar un sentido y orden a las actividades relacionadas con sus cuidados y necesidades. Durante los primeros meses sus sensaciones y necesidades se producirán a menudo en intervalos irregulares, consiguiendo poco a poco cierta regularidad gracias a la repetición y la constancia de las rutinas que las personas adultas establecen. Las rutinas son esenciales para los bebés, ya que les proporcionan seguridad e influyen en su desarrollo personal.

Así, en la medida en que los acontecimientos se repiten en el tiempo (ejemplo, todos los días a las 20:00 hrs. tiene lugar el baño), en el espacio (se le da el biberón en un sillón determinado del comedor) y rodeado de unas personas que siempre son más o menos las mismas, el niño o la niña irá tomando conciencia de cómo y cuándo ocurren los hechos, le ayudará a construir expectativas acerca de las cosas que le van a ocurrir y, por lo tanto, a comprender cómo es su vida. A su vez, en la medida en que los sucesos que acaban de comentarse se repiten, el niño o la niña empieza a ser capaz de anticiparlos. Y ser capaz de anticipar lo que le va a ocurrir le aporta una sensación de tener un cierto control sobre su vida, lo que, a su vez, y como consecuencia, le proporciona un importante sentimiento de seguridad.

Algunas recomendaciones pueden resultar útiles para guiar a los padres y madres a organizar los cuidados y atenciones del bebé.

- a. Se recomienda que se observe el funcionamiento y ritmo del bebé y se realicen anotaciones de sus horarios y, a partir de ahí, se intente organizar un esquema de tareas y tiempos. El reloj biológico propio de cada bebé debe ser el punto de partida a la hora de desarrollar las rutinas.
- b. Hay que atender al llanto y aprender a distinguir qué lo causa. La interpretación correcta del llanto aportará información esencial para conocer cómo responde el bebé a las rutinas planteadas y realizar las mejoras y cambios pertinentes en las mismas.
- c. Se recomienda que los primeros días de vida se introduzcan algunas secuencias y pequeños rituales (por ejemplo, realizar su baño a la misma hora, sacarle de paseo al atardecer y ponerle pijama, atenuar la luz o cantarle cuando anochece) y comprobar cómo tiempo después el bebé va reconociendo poco a poco elementos y partes de dichas secuencias y rituales.

- d. Se recomienda incorporar rutinas para los distintos cuidados básicos: La rutina del baño y el vestido, la rutina de la comida, la rutina del paseo o la rutina del sueño.

Dicho lo anterior, también es importante subrayar que, dentro de la necesidad de rutina que presentan los bebés, es necesaria una *actitud flexible* para observar los cambios del entorno y las necesidades que el bebé va mostrando en su crecimiento y su desarrollo, y adecuar las rutinas a esas necesidades y circunstancias cambiantes. Son los ambientes flexiblemente estructurados lo más favorecedores del desarrollo, es decir, los que están reglados por pautas claras pero susceptibles de modificarse según las circunstancias y necesidades del momento.

Contacto piel con piel

Beneficios generales

Mediante el contacto piel con piel, el bebé se irá familiarizando con el olor y la forma de tocarlo de sus cuidadores, favoreciendo así el vínculo afectivo con ellos. Además, a través del contacto físico con su piel, el adulto puede transmitirle distintas emociones: amor, alegría, serenidad, seguridad, bienestar, plenitud, etc. Coger y mecer a un recién nacido es una destreza que mejora con la práctica. Hay que procurar acercar siempre el cuerpo del bebé al pecho del adulto para que pueda percibir la familiaridad del calor y la piel del cuerpo de su cuidador. El contacto físico estimula el desarrollo emocional del bebé (le transmite protección, seguridad y tranquilidad), pero también su desarrollo psicomotriz e intelectual, puesto que el adulto le habla y estimula al tiempo que lo mece.

En el momento del parto está todo preparado hormonalmente para que se desarrolle una fuerte interrelación mutua entre la madre y el bebé, que favorecerá el vínculo afectivo entre ambos. En el tiempo que estén en el hospital y en los primeros días tras el nacimiento, la madre y el padre deberán pasar el mayor tiempo posible con el recién nacido apoyado contra su piel y cuidar de manera especial esos momentos de intimidad y de contacto piel con piel entre ambos.

Este contacto piel con piel es importante, ya que le irá familiarizando con la forma de tocar y mecer de cada uno de sus seres queridos y también con el aroma o el olor característico de sus cuerpos. Además, y por la intimidad en que este tipo de interacciones se producen, son una oportunidad exquisita para hablarle, jugar con él, estimularle y expresarle afecto, con lo que se estimula su desarrollo emocional, psicomotriz e intelectual.

Método canguro

Consiste en colocar al RN pretérmino sobre el pecho de la madre o del padre, de tal forma que la pared anterior del tórax del niño contacte con la piel de la madre o padre. La cabeza del niño debe quedar vuelta hacia un lado y levemente extendida, para favorecer el contacto visual. El Método canguro se practica generalmente con recién nacidos prematuros estabilizados pero puede realizarse con recién nacidos a término.

Sus características son: contacto piel con piel temprana, continua y prolongada. Lactancia materna exclusiva (en caso ideal). Se inicia en el hospital y puede continuarse en el hogar. Los bebés pequeños pueden recibir alta en período breve. Las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados.

El método canguro no sólo tiene beneficios para el RN sino también para su madre, aliviando los sentimientos de culpabilidad y ansiedad, y previniendo el desarrollo de una depresión postparto. Con el método canguro sienten que están ofreciendo a sus hijos el mejor cuidado que pueden darles.

El sueño del recién nacido

Colecho



El colecho es definido como “la situación en la cual un niño duerme en la misma cama junto a su madre o con otros miembros de la familia, todas las noches, durante por lo menos cuatro horas” (Jenik, 2001).

Hoy en día en nuestra sociedad es una práctica discutida. Para unos hay miedos como "el niño se va a acostumbrar", "se puede aplastar al bebé", mientras que para otros es una forma práctica de aumentar el descanso de los padres.

Lo cierto es que la mayoría de las parejas en mayor o menor medida acaban compartiendo el lecho con sus hijos, aunque haciéndolo algunos se sientan culpables debido a la presión del entorno.

Se puede encontrar literatura a favor y en contra. Algunos argumentos a su favor son la necesidad del recién nacido de estar pegado al cuerpo de su madre, es lo que más lo va a tranquilizar, le ayuda a controlar su temperatura y es cómodo para la práctica de la lactancia materna. Los argumentos en contra, aunque más bien podemos catalogarlos como creencias ya que no están demostrados científicamente con estudios válidos, son que el colecho causa insomnio o problemas psicológicos.

Es importante saber qué medidas de seguridad tenemos que tener en cuenta si finalmente aceptamos que es una práctica que deseamos realizar, bien porque nos es agradable o porque lo consideramos práctica, o ambas cosas. Hay parejas que mantienen el colecho hasta que los niños son los que reclaman más individualidad. Es importante recordar que tras ser informados está en manos de los padres decidir.

Medidas para un colecho seguro (Roldán Chicano y cols., 2009):

- a. Utilizar un colchón liso y firme.
- b. Asegurar que no existen huecos entre el colchón y la pared para que el bebé no caiga de la cama o quede atrapado.
- c. Adoptar una postura para dormir que no dañe al niño.
- d. Evitar una temperatura excesiva en la habitación, evitar que el niño esté demasiado arropado.
- e. La pareja debe saber siempre que el bebé está en la cama.
- f. No se debe dejar nunca al lactante solo ni sobre, ni dentro de la cama.
- g. La ropa de cama no debe cubrir la cabeza del niño.

El colecho está desaconsejado :

- a. Si la madre o el padre son fumadores o si la madre ha fumado durante el embarazo.
- b. Si la madre o el padre han tomado alcohol o drogas.
- c. Si se realiza con hermanos u otras personas que no son cuidadores principales.
- d. En sofá, cama blanda con ropa de cama pesada y mantas o almohadas eléctricas.
- e. Con padres muy cansados que no puedan responder a las necesidades del bebé.
- f. Con padres que sufren alguna enfermedad o condición que pueda afectar su estado de conciencia.
- g. Cuando el padre o la madre tienen obesidad mórbida.

Dudas frecuentes: ¿qué hacer ante...?

Llanto persistente: cólico del lactante

Es de gran importancia para una crianza saludable hacer ver a los padres y madres que el llanto es el principal medio de comunicación del RN, que a través de él expresa sus necesidades y que disminuye considerablemente si mantiene el contacto directo con su madre o su padre. Aunque en un principio para madres y padres puede ser difícil identificar la causa del llanto, poco a poco irán comprendiendo a su hijo o hija y aprenderán a interpretar las necesidades que reclama.

En ocasiones el llanto es persistente y genera una difícil situación en el entorno familiar, por el elevado nivel de estrés, inseguridad e irritabilidad que genera en madres/padres/cuidadoras/cuidadores. A veces se diagnostica este problema como cólico del lactante, sobre todo cuando el llanto inconsolable aparece con frecuencia después de la última toma del día y predomina en la noche. Hasta ahora este llanto se ha relacionado casi siempre con molestias digestivas, aunque su causa no está consensuada en la comunidad científica, relacionándolo algunos autores con la adaptación del RN al nuevo medio. Suele darse con menos frecuencia en los recién nacidos que se mantienen en contacto piel con piel.

Ictericia

La ictericia fisiológica es una coloración amarillenta de la piel y mucosas presente en la

mayoría de recién nacidos, que suele obedecer a la inmadurez del hígado de los lactantes, que procesa la bilirrubina lentamente. Generalmente aparece entre el segundo y el cuarto día de vida y desaparece cuando los bebés tienen entre una y dos semanas, siendo mayor su duración (y mucho menor su gravedad) si el RN se alimenta con lactancia materna. Si la aparición es precoz (dentro de las primeras 24 horas), en el hospital se valorará su posible carácter patológico. Suele aconsejarse a las madres y padres que expongan al RN a la luz del sol de forma indirecta para favorecer la desaparición de la ictericia.

Sacudidas y temblores

El sistema nervioso del recién nacido es todavía muy inmaduro. Es normal que tengan temblores de extremidades, movimientos rápidos, de poca amplitud y que podemos detener al cogerle suavemente la mano o el pié. No se deben confundir con las convulsiones, que son sacudidas bruscas, repetitivas, rítmicas y que no se detienen al coger al niño.

Seguimiento de salud infantil

Los objetivos específicos de dicho programa serían:

- a. **Detección precoz de anomalías y problemas de salud.** Después del parto el/la profesional sanitario realizará, entre el 3º y 5º día de vida (preferentemente el 3º), la prueba de detección precoz de metabopatías (prueba del talón). Esta normalmente se lleva a cabo junto a la Visita Puerperal, aunque en caso de que la prueba del talón sea realizada en el Hospital o en el Centro de Salud, será en la Visita Puerperal cuando se realice una revisión del estado de salud de madre y recién nacido. En ella se inicia habitualmente el Programa de Niño Sano y el Programa de Vacunaciones, dando registro informático de los datos de salud y de vacunación del nuevo hijo o hija.
- b. Contenidos relacionados con el **Programa de Vacunaciones:** Las gestantes han de conocer la importancia de la vacunación de sus hijos y la existencia del calendario de vacunación, y cómo pueden obtener o cómo se les puede facilitar la cita para el Programa de Vacunas y el de Seguimiento de salud infantil.

Dentro de este Programa de Seguimiento de Salud Infantil existen unos *Controles Periódicos de Salud*, que son una serie de visitas concertadas con la familia y el niño, a unas determinadas edades, en el centro de salud por los profesionales sanitarios, y cuya cronología sería:

- a. Recién nacido*.
- b. Visita puerperal (3 y 5 días de vida. Prueba del talón).
- c. Al mes*.
- d. A los 2 meses.
- e. A los 4 meses*.
- f. A los 6 meses.
- g. A los 10-12 meses*.

- h.** A los 18 meses.
- i.** A los 2 años*.
- j.** A los 4 años*.
- k.** A los 6-7 años*.
- l.** A los 10-11 años.
- m.** A los 13-14 años.

(* C. Mínimos)



SEXTA SESIÓN: PARENTALIDAD POSITIVA

3º TRIMESTRE

CONTENIDOS

OBJETIVOS

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

RECURSOS

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

CONTENIDOS

Parentalidad Positiva

La Parentalidad Positiva es un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes de madres/padres/cuidadoras/cuidadores que favorecen un desarrollo saludable y una integración satisfactoria del recién nacido en el seno de su familia. Dada la importancia de estos contenidos, se aboga por incluirlos de manera transversal a lo largo de las diferentes sesiones de la Preparación al Nacimiento y la Crianza. No obstante, serán en la primera, tercera y sexta sesión en la que se aborden con mayor profundidad.

Concretamente, la promoción de la parentalidad positiva en esta etapa se ha dirigido a dos grandes áreas: por un lado, al bienestar de **madres/padres/cuidadoras/cuidadores**; por otro, al fomento de una adecuada **interacción madre/padre-bebé**. Ambos aspectos serán abordados en las sesiones de la Preparación al Nacimiento y la Crianza.

Los principales aspectos a tratar en esta sesión de Parentalidad Positiva son:

Vinculación posnatal

Sensibilidad parental: Comprender y responder de forma adecuada a nuestro bebé, incluso en momentos estresantes.

- Cómo interpretar y calmar el llanto del bebé
- Adaptación al temperamento del bebé
- Interpretación de situaciones estresantes

Conocimientos, expectativas y estereotipos parentales sobre el desarrollo del bebé.

- Conocimientos y expectativas parentales sobre el bebé
- Estereotipos sexuales con los bebés

OBJETIVOS:

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- conocerá la importancia del apego para el desarrollo del bebé y su evolución durante el primer año de su vida e identificará las principales estrategias para favorecer una relación de vinculación segura entre el bebé y sus cuidadores.
- conocerá estrategias para responder de forma adecuada a las necesidades del bebé.
- adquirirá conocimientos evolutivos sobre el desarrollo del bebé.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- promoverá una vinculación adecuada con su hijo o hija.
- mostrará una sensibilidad adecuada a las necesidades de su hijo o hija, a través de la correcta interpretación de las señales y necesidades del bebé.
- será capaz de responder a su hijo o hija de forma adecuada, incluso en situaciones de estrés.
- conocerá las estrategias para favorecer la seguridad en el apego.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- se mostrará sensible y expresará ternura y afecto a su bebé.
- valorará como muy positivo el establecimiento de una vinculación segura con su hijo o hija.
- mostrará una actitud positiva hacia el bebé, incluso en situaciones de estrés.
- promoverá una crianza no sexista.

PROPUESTA DE DISEÑO DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Se propone una sesión interactiva en la que participan activamente tanto las personas asistentes como el/la profesional que coordina la sesión. Los contenidos se desarrollan en 100 minutos, manteniendo por parte de el/la docente un estilo abierto a la participación de las personas asistentes.

1. **Bienvenida** y presentación de los objetivos y contenidos de la sesión: se hace referencia a la necesidad de promover una parentalidad positiva (5 minutos).
2. **Exposición teórica** de los contenidos sobre vinculación postnatal, enlazando con los contenidos sobre concepto de apego y vinculación prenatal tratados en la Sesión 1 sobre Embarazo (10 minutos).
3. **Vídeo** sobre estrategias para favorecer la seguridad en el apego (10 minutos).
4. **Puesta en común** del vídeo en la que se resalten las ideas claves más importantes sobre apego postnatal presentadas en el vídeo (5 minutos).
5. **Exposición teórica** sobre estrategias para fomentar la sensibilidad parental (20 minutos).
6. **Vídeo** sobre sensibilidad parental (5 minutos).
7. **Puesta en común** del vídeo en la que se resalten las ideas claves más importantes sobre sensibilidad postnatal (5 minutos).
8. **Dinámica grupal** a partir de escenas de un **vídeo** sobre expectativas y estereotipos parentales sobre el bebé (25 minutos)
9. **Recapitulación** y aclaración de dudas (5 minutos).
10. Breve sesión de **ejercicio físico**, siguiendo indicaciones contenidas en la sección III (10 minutos)
11. Evaluación del programa de Preparación al Nacimiento y la Crianza.
12. **Despedida** y emplazamiento para continuar en contacto.

RECURSOS

- Ordenador.
- Proyector.
- Vídeos.
- Pantalla para las proyecciones de diapositivas y vídeos.
- Pizarra.
- Rotuladores/tizas.
- Colchonetas.
- Cojines, rulos o almohadas.
- Pelotas medicinales.
- Sillas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS DE LA SESIÓN

- Vinculación posnatal
- Sensibilidad parental: Comprender y responder de forma adecuada a nuestro bebé, incluso en momentos estresantes
- Conocimientos, expectativas y estereotipos parentales sobre el desarrollo del bebé

Vinculación postnatal

Al nacer, los bebés perciben el nuevo mundo de forma confusa, no conocen ni saben cómo desenvolverse en él, tampoco pueden hablar o caminar, son totalmente dependientes de las personas adultas para sobrevivir y para satisfacer todas sus necesidades físicas y emocionales.

Es el adulto quien deberá cubrir todas sus necesidades básicas, entre ellas la alimentación y las otras de naturaleza física (higiene, abrigo, atención sanitaria, etc.). Pero entre esas necesidades básicas de los bebés humanos está también la de recibir cariño y seguridad. Fomentar la sensibilidad parental en las madres y los padres, así como promover capacidades y competencias parentales positivas para que establezcan una vinculación óptima con su hijo o hija será muy importante para el desarrollo futuro del menor porque, a través de esa relación, el niño o la niña irá descubriendo el mundo y aprenderá todo un conjunto de competencias que serán fundamentales para su desarrollo presente y futuro.

Aunque la atracción de los bebés hacia las personas adultas es innata, la construcción del vínculo de apego está sujeta a etapas evolutivas y necesita de una interacción continuada para su consolidación. Así, desde los primeros contactos que el bebé establece con sus cuidadores se va creando un tipo de vínculo emocional que sentará las bases del desarrollo del apego. Pero la construcción de ese vínculo lleva tiempo y va atravesando distintas etapas acordes con los logros evolutivos del niño o de la niña, de manera que la relación va haciéndose cada vez más compleja en la medida en que el bebé tiene cada vez más competencias y en la medida en que los protagonistas se van acoplando y la propia relación va acumulando más historia de experiencias comunes:

- a. **Desde el nacimiento hasta los tres primeros meses de vida** los bebés muestran preferencia por los estímulos sociales (como la voz o el rostro humano) y responden a esa estimulación (moviendo la cabeza, orientándose hacia ellos, mirándoles, sonriendo, agarrando, llorando), incrementando así la probabilidad de mantener el contacto con quienes les rodean. Sin embargo, en esta primera etapa, aunque haya ya reconocimiento de algunos rasgos (voz, olor, etc.), no hay un reconocimiento global del cuidador por parte del bebé, ni es capaz de diferenciar completamente el comportamiento de una persona frente al de otra. En estos primeros meses, muchas de las interacciones de los padres y madres con sus bebés se producen en torno a situaciones de cuidado físico como, por ejemplo, el momento de la comida o del cambio de pañales. Se trata de escenas que se repiten todos los días y algunas varias veces, y es precisamente esa constancia la que va a ayudar al bebé a asociar al cuidador con esas situaciones, esos cuidados y el subsiguiente placer experimentado. En estos primeros momentos de la vida del bebé, su limitada capacidad de respuesta añade aún más importancia, si cabe, al papel de sus cuidadores.
- b. **Entre los 3 y los 6 meses**, los bebés empiezan a tener un papel más activo en la interacción y a prestar más atención a sus cuidadores principales, demostrando una clara preferencia hacia personas conocidas (sonríen, vocalizan más y muestran conductas más positivas hacia los rostros familiares), aunque sin manifestar un claro rechazo hacia los desconocidos.

- c. **En el segundo semestre** de vida el niño o la niña muestra una clara preferencia por sus cuidadores principales, que se manifiesta en conductas de apego que tratan de mantener la proximidad con el cuidador. Unida a esta fuerte dependencia de la figura de apego, en esta etapa los bebés empiezan también a mostrar un rechazo explícito hacia los extraños. Es en torno a los 6-8 meses cuando suele situarse el momento en el que la mayoría de niños y niñas ya han establecido un fuerte vínculo de apego con su cuidador principal, para lo que habrá sido necesaria una cantidad importante de interacción e implicación por parte del cuidador para su consolidación. Hay episodios que se podrán observar con mucha frecuencia en estos meses, como, por ejemplo, que el bebé le busque cuando se alarma; veremos, además, hasta qué punto la figura de apego representa su base segura desde la que explorar el mundo físico y social. Así, por un lado, en la medida en que empieza a gatear, le gustará explorar los objetos que le rodean, pero sin alejarse mucho de la base de seguridad que representa su figura de apego; por otro lado, cuando se le acerque un extraño, mirará inmediatamente a su madre para tratar de ver en su rostro un mensaje que tranquilice su inquietud y que le transmita la idea de que puede confiar en esa persona. Es importante, por tanto, que los cuidadores traten de tener una actitud de sosiego y tranquilidad cuando interactúen con sus bebés, ya que ellos constantemente están tomando como referencia esas actitudes y emociones de sus figuras de apego para interpretar y enfrentarse al mundo.
- d. **A partir del primer año de vida**, la maduración física, cognitiva y verbal permiten al pequeño alcanzar una mayor autonomía e independencia física de la figura de apego. Esto se refleja en una mayor aceptación de separaciones breves y una menor necesidad de contacto físico. Las conductas de apego reducen su frecuencia a medida que el niño o la niña va creciendo, sin embargo, se reactivan en momentos de estrés, como puede ocurrir cuando tiene alguna enfermedad, ante la llegada de un nuevo hermano o hermana o al inicio de la escuela. Por lo tanto, la figura de apego continúa y continuará funcionando como base de seguridad en los mismos términos en que más arriba se ha expuesto.

A pesar de que éstas son las etapas generales por las que pasan niños y niñas en la construcción de sus vínculos de apego, el momento concreto en el que sucedan dependerá de los aspectos particulares de cada uno. Madres y padres deben saber que la relación que se establece entre ellos y el bebé es única y diferente a la que entablan otras madres, o su pareja con el bebé o incluso esta misma madre con otro de sus hijos.

Cada uno puede tener un temperamento y una personalidad distinta y, en consecuencia, la relación con cada uno de ellos será diferente. En las interacciones con el recién nacido el adulto debe adaptarse a las necesidades del bebé, captando su interés, pero sin sobrecargar su todavía limitada capacidad de atención. Madres y padres deberán aprender a ajustarse a las necesidades y características de su hijo.

El vínculo se construye en el día a día de la relación. Existen algunas estrategias que pueden favorecer este proceso desde las primeras interacciones con el bebé:

- a. **Disponibilidad parental:** El adulto debe estar atento, accesible y sensible a las necesidades y demandas de su bebé. Además de las rutinas relacionadas con los cuidados básicos (alimentación, higiene, sueño, etc.), y que constituyen un escenario privilegiado de interacción, se debe buscar tiempo diario para interactuar con el bebé de forma más lúdica y espontánea.
- b. **Proximidad física:** La proximidad física favorece la relación de apego. Cuando un bebé percibe la presencia de sus cuidadores se siente más seguro y protegido, por lo que deben evitarse las separaciones largas, especialmente durante los primeros meses de vida.
- c. **El habla maternal:** El bebé reconoce las voces familiares y es muy capaz para percibir los sentimientos y emociones que transmiten las palabras. Es importante hablarle e incluso cantarle y hacerle preguntas y sugerencias (es evidente que el bebé ahora no puede responder verbalmente a esas preguntas, pero es importante acostumbrarle a ellas porque pronto lo hará a través de gestos, luego de palabras; y, en cualquier caso, con las preguntas transmitimos la idea de que estamos interesados en la comunicación y en conocer lo que él o ella siente). En las interacciones con el bebé nos suelen salir tonos algo más agudos de los que usamos entre las personas adultas, pues esos tonos son los que mejor captan su atención. Se aconseja utilizar frases cortas y repetitivas o palabras sueltas pronunciándolas lentamente para captar en mayor medida la atención del bebé. Si el adulto se sitúa en el campo de visión del bebé (no encima de él, pero sí cerca) y exagera las gesticulaciones, podrá captar su atención durante más tiempo.

Algunas recomendaciones generales

- a. **La expresión facial debe estar en consonancia con la emoción y la afectividad que se desea transmitir al bebé.** La cara del adulto debe estar próxima a la del bebé (a unos 20 cm.) para que pueda percibir los movimientos del rostro con mayor nitidez. Si el adulto se sitúa en el campo de visión del bebé y exagera las gesticulaciones, podrá captar su atención durante más tiempo.
- b. **Las expresiones verbales concretas deben ser pronunciadas muy lentamente,** estirando las sílabas, con palabras sueltas y frases cortas y utilizando tonos agudos que son los que mejor captan la atención de los bebés. A modo de ejemplo:
 - La repetición en varias ocasiones de frases que terminan con una melodía en forma de pregunta o exclamación suelen transmitir ánimo al bebé. Ej: “Ajo, ajo, ¿mi bebé ya sabe reírse?, ¡qué bien se ríe!”.
 - Las palabras cortas y de sílabas repetidas pronunciadas con melodía rítmica suelen despertar su atención. Ej: “cu-cú o be-bé”.
 - Las palabras muy estiradas, lentamente pronunciadas y con una melodía plana (ej: “psss, mamáaaaa yaa está aquíii, psss”) así como las frases

pronunciadas de forma monótona y repetitiva y cuya melodía desciende al final (ej: “ea-ea, mamá está contigo, ea-ea”) suelen transmitirle calma.

- c. **Contacto visual y gesticulación:** La mirada es un poderoso medio de comunicación. A una distancia de aproximadamente 20 cm. (la distancia del amamantamiento o la alimentación con biberón) los recién nacidos perciben los rostros con mayor nitidez. Si el adulto se sitúa en ese campo de visión del bebé, le mira a los ojos, le habla cariñosamente y exagera sus gestos, es más fácil captar su atención durante más tiempo. Téngase en cuenta que a esta edad la atención del bebé es muy lábil y constantemente cambia de un estímulo a otro, de manera que si nos colocamos a esa distancia y aportando esa estimulación, es muy difícil que puedan eludirnos, de manera que pasará un buen rato explorando y aprendiéndose nuestro rostro, algo importante para consolidar el vínculo.
- d. **Contacto físico:** Mediante el contacto piel con piel, el bebé se irá familiarizando con el olor y la forma de tocarlo de sus cuidadores, favoreciendo así el vínculo afectivo con ellos. Además, a través del contacto físico con su piel, el adulto puede transmitirle distintas emociones: amor, alegría, serenidad, seguridad, bienestar, plenitud, etc. Coger y mecer a un recién nacido es una destreza que mejora con la práctica. Hay que procurar acercarse siempre el cuerpo del bebé al pecho del adulto para que pueda percibir la familiaridad del calor y la piel del cuerpo de su cuidador. El contacto físico estimula el desarrollo emocional del bebé (le transmite protección, seguridad y tranquilidad), pero también su desarrollo psicomotriz e intelectual, puesto que el adulto le habla y estimula al tiempo que lo mece.
- e. En el momento del parto está todo preparado hormonalmente para que se desarrolle una fuerte interdependencia entre la madre y el bebé, que favorecerá el vínculo afectivo entre ambos. En el tiempo que estén en el hospital y en los primeros días tras el nacimiento, **la madre y el padre deberán pasar el mayor tiempo posible con el recién nacido apoyado contra su piel** y cuidar de manera especial esos momentos de intimidad y de contacto piel con piel entre ambos.
- f. **Este contacto piel con piel es importante, ya que le irá familiarizando con la forma de tocar y mecer de cada uno de sus seres queridos** y también con el aroma o el olor característico de sus cuerpos. Además, y por la intimidad en que este tipo de interacciones se producen, son una oportunidad exquisita para hablarle, jugar con él, estimularle y expresarle afecto, con lo que se estimula su desarrollo emocional, psicomotriz e intelectual.
- g. **Sujeción del bebé:** El hecho de coger a los bebés de manera apropiada constituye un factor básico de cuidado. Sentir el cuerpo de su madre sosteniéndole le transmite protección, seguridad y tranquilidad, y hace que descienda su tono muscular.
 - Coger y mecer a un recién nacido entre los brazos no es una tarea difícil, aunque se irá perfeccionando con la práctica. Debido a la fragilidad del bebé, los movimientos que haga el adulto deben ser suaves y seguros.

- Hasta que el pequeño sea capaz de sostener la cabeza por sí solo, existen básicamente tres formas de sujetarlo en brazos:

1) En posición vertical apoyado sobre el pecho del adulto

Al colocar al bebé en esta posición hay que asegurarse de que su cabeza esté siempre sujeta, ya que aún no dispone de la fuerza necesaria para mantenerla erguida. Esta posición es la que más favorece el contacto corporal con el adulto.

2) Apoyado sobre el antebrazo del adulto boca arriba

Esta posición favorece el poder establecer un mayor contacto visual con el recién nacido, e iniciar interacciones con él. Desde esta postura es más fácil que perciba quién le habla o le da caricias y pueda familiarizarse también con su rostro.

3) Apoyado sobre el antebrazo del adulto boca abajo

Esta posición, además de relajar al bebé, resulta muy eficaz para calmar los problemas de gases y cólicos del lactante, ya que con el brazo se le está proporcionando un leve masaje en su vientre.



- h. Demostraciones de cariño:** El cariño es uno de los factores más influyentes en la calidad de la vinculación entre el adulto y el bebé, y la base de la autoestima positiva, que se construye desde el día del nacimiento.

Los bebés necesitan dosis diarias de cariño, besos, caricias y palabras de afecto para un desarrollo óptimo y saludable, y las rutinas en torno a los cuidados básicos, como la alimentación, el baño o el sueño se convierten en situaciones idóneas para fortalecer el vínculo, ya que implican un escenario privilegiado de interacción. Limitar las expresiones físicas o verbales de afecto a los bebés no es recomendable.

Sensibilidad parental: Comprender y responder de forma adecuada a nuestro bebé, incluso en momentos estresantes

Cómo interpretar y calmar el llanto del bebé

a. El llanto como medio de comunicación primario del recién nacido

Desde el momento del nacimiento, el bebé muestra la necesidad de conocer todo aquello que le rodea. Percibe un nuevo mundo confuso y diferente al experimentado durante la gestación en el útero materno y debe aprender a conocerlo y adaptarse a él. Pero la capacidad del bebé para expresarse y comunicarse es aún limitada, ya que no dispone de habilidades verbales y su repertorio de movimientos y gestos es reducido.

La aparición del lenguaje verbal se produce en torno a los 12 meses con la pronunciación de las primeras palabras. Sin embargo, todas las madres y padres se relacionan con su hijo o hija mucho antes. Desde el nacimiento (e incluso antes), el bebé ya es capaz de comunicarse con el exterior. Es por medio del llanto, expresiones faciales, miradas, movimientos corporales de sus brazos y piernas como expresa sus sentimientos y necesidades. De todos ellos, el llanto es el medio de comunicación principal utilizado por el recién nacido para expresar sus emociones y lograr que sus demandas sean atendidas. Es su forma de pedir ayuda y atención (cuando tienen hambre, sueño, dolor, están sucios, etc.), de protestar ante situaciones o estímulos que le molestan (la luz, el ruido, la temperatura, etc.) o de aliviar su malestar (porque están tensos, nerviosos o les duele algo).

Por ello, el llanto de un recién nacido no debe ser desatendido o ignorado, ya que siempre expresa algo. Conforme transcurren los meses, el llanto tiende a ser más variado, expresivo y controlado, así como menos frecuente al disponer el bebé de nuevas habilidades de comunicación e interacción.

Atender el llanto del bebé y darle respuesta facilita que madres y padres sintonicen con su estado emocional y contribuye a favorecer la comprensión y el vínculo afectivo.

b. Tipos de llanto y causas que lo motivan

Aunque el lenguaje del llanto como un medio de comunicación es universal para todos los bebés, las peculiaridades en su ritmo, intensidad y melodía marcan las diferencias individuales. Además, no existe un tipo de llanto específico para cada necesidad o causa que lo origine, pudiendo incluso estar motivado por múltiples y variadas razones. Estos hechos dificultan aún más la correcta interpretación del llanto por las personas adultas. No obstante, ciertas características del llanto son más típicas de unas necesidades que de otras, y puede ser de gran utilidad considerarlas a modo orientativo para tratar de entender qué demanda el bebé:

- **Llanto por hambre:** Es el más frecuente durante los primeros meses y el más fácil de reconocer y calmar por sus cuidadores. Se inicia como un llanto pausado, irregular y de tonalidad grave, que aumentará gradualmente en intensidad y fuerza haciéndose enérgico, rítmico e incesante, no remitiendo hasta ser

alimentado satisfactoriamente. Conductas como abrir la boca, chuparse el puño o el hecho de intentar atrapar el dedo del adulto cuando se lo acerca a la comisura de sus labios, son señales que ayudan a identificarlo. Para calmarle, basta con alimentarlo.

- **Llanto por sueño:** Se percibe como un quejido o lamento suave pero vibrante, que puede aumentar en intensidad si se le intenta estimular o espabilar, en lugar de favorecer que se duerma. Conductas como tirarse del pelo, bostezar, frotarse los ojos o buscar algo para chupar, son señales que ayudan a identificarlo. Generalmente se calma cuando se le pone en una postura adecuada para dormir y se facilita el sueño mediante un suave balanceo en los brazos del adulto o en su cuna. Un llanto muy relacionado con el del sueño, es el **llanto por cansancio**. Este llanto puede tener variaciones en su intensidad y, aunque suele ser fuerte y enérgico, a veces se presenta como un lloriqueo suave, con pausas alternantes de silencio. Se suelen calmar, igualmente, cuando se les ayuda a conciliar el sueño y pueden descansar plácidamente.
- **Llanto por dolor:** Es muy potente y angustioso, y se acompaña a menudo de gritos. Se inicia de forma repentina sin un quejido preliminar y va incrementándose en intensidad de forma arrítmica. Suele ser un llanto agudo, penetrante y prolongado, seguido de una larga pausa en la que aguanta la respiración y realiza breves gemidos. Después, grita y suele realizar movimientos corporales que, generalmente permiten localizar la fuente del dolor. Para conocer qué le duele y dónde es importante prestar atención a gestos como apretar con fuerza los puños, estirar y encogerse sobre sí mismo, gesticular mucho con la boca, fruncir el entrecejo y tener la barriguita dura (molestias digestivas y cólicos); llevarse la mano al oído e incluso golpearlo (otitis); o llevarse la mano a la boca (las encías). Hay dolores que se calman con suaves masajes en las zonas dolorosas, con cambios de posturas o con las atenciones de sus padres, pero, si el dolor no cesa, es necesario acudir al pediatra.
- **Llanto por enfermedad:** Suele ser muy diferente al llanto habitual. Se caracteriza por ser más apagado (de poca intensidad) y débil pero muy prolongado, como un quejido duradero que se alterna con jadeos cortos. Aunque la forma más habitual de mostrar un bebé que está enfermo es mediante el llanto, hay veces que su reacción es la contraria, es decir permanecer más quieto y decaído de lo habitual. Es necesario acudir al pediatra al notar estos cambios en el bebé.
- **Llanto por incomodidad:** Las causas de la incomodidad pueden ser diversas, desde la sensación de calor o frío, la postura corporal, picores por el tejido hasta por tener el pañal sucio o húmedo. El llanto originado por estos motivos es muy similar al causado cuando siente dolor o se encuentra mal. Es decir, se caracteriza por ser abrupto, agudo, penetrante y prolongado. Pero serán otras señales como sudores o la piel fría, o sus gestos para intentar desprenderse de la ropa, los que ayuden a identificar que la causa no es dolor, sino incomodidad. Para calmarlo es importante revisar estos parámetros para restablecer su estado de bienestar.

- **Llanto por necesidad de afecto:** Es un llanto rítmico con cierta musicalidad que cesa cuando escucha la voz de arrullo de sus padres, sus caricias y mimos, o es cogido en brazos.
- **Llanto por ira o frustración:** Se caracteriza por dos o tres quejidos rítmicos, sin que se detenga la respiración, forzando las cuerdas vocales.
- **Llanto por enfado:** Es un llanto apagado, quejoso y prolongado. Su respiración suele ser entrecortada y su expresión facial tensa y a veces enrojecida. Dichas señales pueden ser útiles para reconocerlo. Para calmarlo es necesario identificar y solucionar el motivo de su enojo.

c. Algunas estrategias para calmar el llanto de un bebé

Será necesario identificar cuál puede ser la causa que le esté provocando el malestar, y atenderle. Para comenzar, hay que asegurarse de que las necesidades básicas de alimentación, higiene y sueño están satisfechas. Por tanto, las primeras estrategias a realizar son las orientadas a satisfacer esas necesidades.

A continuación se describen algunas estrategias que facilitan el cese del llanto de un recién nacido:

- **Mecerle:** Los movimientos rítmicos y suaves en brazos del adulto o a través del balanceo de su carro o su cuna resultan muy eficaces para que se relaje y se calme.
- **Colocarle sobre el pecho:** El calor y el olor de la madre o del padre, así como su respiración y los latidos de su corazón transmiten al bebé seguridad y protección.
- **Arrojarle o desvestirle:** Adaptar la vestimenta del bebé a sus necesidades térmicas, o bien variar la temperatura de la habitación si es posible.
- **Darle masajes:** Masajear con suavidad su vientre y su espalda resulta muy eficaz para aliviar las molestias digestivas y prevenir futuros cólicos.
- **Darle un baño:** Bañarlo con agua tibia y pasar la esponja mojada sobre su cuerpo, especialmente sobre la espalda, son sensaciones que agradan y calman al bebé.
- **Darle un paseo:** El movimiento, el aire libre y la novedad de estar expuesto a nuevos estímulos le ayudan a distraerse y cesar el llanto.
- **Atraer su atención:** Observar objetos o situaciones lo distrae y tranquiliza. Le atraen los objetos con contornos, contrastes y colores. Los bebés muestran especial preferencia por los rostros humanos.
- **Ponerle música relajante:** La música suave, las canciones de nanas o la voz suave tienden a calmar el llanto del bebé.
- **Darle el chupete:** Succionar le ayuda a aliviar las tensiones, produciendo un efecto relajante y calmante.
- **Pedir ayuda a otra persona:** Los bebés perciben el estado de ánimo de la persona que le sostiene en brazos, y reaccionan ante estas emociones. Si el estado de ánimo del adulto que lo intenta calmar no es adecuado, es deseable pedir a otra persona que se ocupe del bebé.

- **Consultar al pediatra:** Cuando el llanto persiste y resulta imposible calmarlo, ocurriendo lo mismo repetidamente, se debe acudir al pediatra, que ayudará a identificar la causa del llanto y podrá aportar orientaciones más precisas sobre cómo calmar al bebé.

El llanto es el principal medio que tiene el bebé para comunicarse con el exterior, por lo que es inevitable que los bebés lloren. Pero aún sabiendo esto, son muchos los padres y madres, especialmente los primerizos, que se sienten impotentes y culpables cuando el llanto y las lágrimas de su bebé se prolongan más de lo esperado.

A veces los bebés continúan llorando a pesar de los múltiples intentos de consuelo realizados por sus padres y madres. Estas situaciones pueden ser vividas por madres/padres/cuidadoras/cuidadores con gran estrés. Cuando se comprueba que ninguna de sus conductas consigue calmar a su bebé, pueden comenzar a desesperarse y llevarles a un estado de desmoralización y frustración, así como generar en ellos sentimientos de impotencia y culpabilidad por no ser capaz de comprender y calmar a su hijo o hija. Estos sentimientos son más frecuentes en las madres y padres primerizos y aparecen cuando están exhaustos. Es un error creer que siempre hay algo que el padre o la madre hacen mal si el bebé llora o no consiguen calmarlo.

Como prevención ante un estado elevado de fatiga y sobrecarga, hay que aconsejar a las madres y padres *descanso*. Deberán descansar siempre que les sea posible y compartir ambos los cuidados del bebé, así como pedir apoyo a otros familiares o amigos para que lo atiendan mientras ellos se toman un breve descanso y reponen fuerzas.

Aunque a veces cueste identificarlos, generalmente los bebés presentan motivos para llorar desconsoladamente, aunque sea por la simple razón de desahogarse y liberar tensiones acumuladas u otras razones menos evidentes para las personas adultas. La realidad demuestra que poco a poco los padres van conociendo mejor a su hijo o hija, siendo cada vez más competentes y habilidosos para interpretar correctamente sus necesidades. No obstante, ante la persistencia del llanto será recomendable que consulten al pediatra.

Adaptación al temperamento del bebé

El temperamento hace referencia a la forma característica que tiene un individuo de afrontar y reaccionar ante los acontecimientos y las personas. El temperamento no es lo que una persona hace o sus motivos, sino *cómo* lo hace, su estilo conductual (por ejemplo, todos los niños y las niñas duermen, pero mientras que unos lo hace de manera regular, siguiendo un horario predecible, otros tienen un ritmo irregular; otro ejemplo, mientras que unos se despiertan casi en la misma posición en que se quedaron dormidos, otros son activos hasta durmiendo, etc.). El temperamento es la base sobre la que se construye y desarrolla la personalidad y, desde muy pronto, hace que sea posible diferenciar a unos niños y niñas de otros. El hecho de que el estilo comportamental de los niños y las niñas se identifique desde muy pronto pone de manifiesto que el temperamento tiene una base innata, lo que no excluye que sea posible intervenir sobre él y modificarlo, como más adelante se comentará.

El temperamento es la resultante de la combinación de diversas dimensiones de conducta, que son:

- a. **El estado de ánimo**, que puede oscilar desde el polo positivo (alegre o feliz) al polo negativo (triste o irritado).
- b. **El nivel general de actividad motora** del niño, tanto cuando está activo como en reposo.
- c. **La ritmicidad de la conducta**, que determina la regularidad de sus funciones corporales y que éstas puedan ser predecibles por parte del cuidador (el hambre, el ciclo vigilia/sueño, y los patrones de eliminación).
- d. **La reacción inicial que manifiesta ante algo novedoso** (lugar, situación o persona), de forma que, por ejemplo, algunos niños y niñas son muy cautelosos ante los estímulos y experiencias que les resultan novedosos, mientras que otros se lanzan a explorarlos sin dudarlos.
- e. **La facilidad que muestra el niño o la niña para ajustarse a los cambios y transiciones**, así, mientras que a unos bebés les afecta mucho un cambio en los horarios (por ejemplo, retrasar una hora el momento del baño), otros no lo notan.
- f. **La cantidad de estimulación que necesita para mostrar una respuesta** (por ejemplo, mientras que unos niños y niñas detectan enseguida cualquier ingrediente nuevo que se haya puesto en su comida o se dan cuenta rápidamente si su madre se ha cortado el pelo, es decir, detectan rápidamente los cambios en su entorno, otros no parecen notarlo).
- g. **La intensidad o energía con la que los niños y las niñas reaccionan y responden a su entorno**, independientemente de si dicha reacción es positiva o negativa (por ejemplo, algunos niños lloran o se ríen con una intensidad muy llamativa, mientras que otros lo hacen de una manera más comedida).
- h. **La capacidad de concentración o la facilidad para distraerse ante estímulos externos**; y el mantenimiento de la atención o capacidad para perseverar en una tarea, para continuar una actividad cuando es difícil.

A partir de estas dimensiones es posible identificar tres tipos de niños y niñas en función de sus patrones de temperamento:

PATRONES DE COMPORTAMIENTO	
El niño o niña fácil (40% de los niños y las niñas)	Suele ser descrito como un niño “fácil de tratar”, que suele presentar un humor positivo, receptivo a la estimulación y que se adapta fácilmente a las experiencias nuevas. Sus hábitos son regulares y predecibles, tiende a desarrollar rápidamente horarios regulares de sueño y alimentación, acepta con facilidad alimentos nuevos, acepta las frustraciones con poca perturbación y se adapta rápidamente a las nuevas rutinas y situaciones.
El niño o niña difícil (10% de los niños y las niñas)	Es descrito como un niño (o niña) muy activo, irritable e irregular en sus hábitos (duerme de forma irregular, acepta los alimentos nuevos lentamente, etc.). Reacciona con protestas a los cambios en las rutinas y muestra dificultad para adaptarse a las personas y situaciones nuevas. Presenta un umbral de reacción bajo, suele responder de forma negativa e intensa ante los estímulos ambientales y reacciona a la frustración con pataletas, llanto fuerte y frecuente.
El niño o niña de reacción lenta (15% de los niños y las niñas)	Descrito como un niño bastante inactivo, pasivo, lento para adaptarse a las personas y situaciones nuevas, suele responder a la novedad y a los cambios en las rutinas con manifestaciones leves de resistencia pasiva, tiende a mostrarse reacio y retraído en estas situaciones, pero con el tiempo suelen conseguir adaptarse. Así, muestra una respuesta inicial ligeramente negativa a los estímulos nuevos, pero después, de forma gradual, suele desarrollar el agrado por los nuevos estímulos tras exposiciones repetidas. Acostumbra a mostrar un estado de ánimo negativo. Presenta un umbral de respuesta alto, es decir muestra reacciones leves o bajas ante los estímulos ambientales.
Características temperamentales mixtas	Finalmente, se estima que un 35% de los niños y las niñas no suelen ajustarse a ninguno de dichos patrones puros, sino que presentan características temperamentales mixtas (por ejemplo, niños que son una combinación de temperamento fácil y lento de reacción).

Lo que convierte al temperamento en una característica de los niños y las niñas tan importante es el impacto que tiene sobre sus cuidadores. Desde muy pronto las actitudes y conductas de los padres y madres se van a ver influidos por el tipo de temperamento de su hijo o hija (no es lo mismo ser padre o madre de un niño o niña de temperamento fácil que de uno de temperamento difícil).

Las diferencias individuales en temperamento o estilo conductual pueden tener importantes repercusiones para el desarrollo futuro del niño o la niña y para la propia vida familiar, ya que afectan a la naturaleza de las interacciones entre los miembros de la familia. Por lo general, el temperamento difícil plantea más dificultades al ejercicio de la maternidad o la paternidad, especialmente a aquellos padres o madres más estresados o que viven en condiciones más estresantes, o los que son más impacientes

o estrictos. Cuando el acople entre los cuidadores y el niño se hace más dificultoso, aumenta el riesgo de que estos niños desarrollen problemas conductuales o de ajuste en años posteriores.

Es decir, aunque el temperamento tiene una base innata, no es una característica estática e inmutable, sino que, por el contrario, resulta ser reactiva a las influencias ambientales. Así, gran parte de las características del temperamento en los niños pueden ser modificadas por la experiencia, especialmente por las prácticas educativas parentales; de esta forma, por ejemplo, niños y niñas de temperamento difícil pueden establecer una relación de apego seguro con un cuidador o cuidadora que manifieste paciencia y que se ajuste a sus atributos temperamentales, y pueden ir cambiando en muchas de las dimensiones de temperamento hacia una mayor facilidad. La **sensibilidad del cuidador** es uno de los factores que mejor predice el ajuste del cuidador al bebé.

El temperamento, por tanto, no es en sí mismo lo que predice el ajuste psicológico y el desarrollo posterior del niño o de la niña, sino el ajuste o el grado de acoplamiento que encuentra ese temperamento con las características del entorno en el que el menor tiene que crecer (incluidas las características del padre y de la madre). Es decir, la adaptación óptima se produce cuando las características físicas y conductuales de la persona en desarrollo están en consonancia con las características y demandas del contexto físico y social dentro del que se desarrolla.

Cuando el estilo de respuesta del niño y las demandas ambientales están en armonía, o alcanzan un buen ajuste, entonces el desarrollo es óptimo. Cuando hay disonancia, o existe un mal ajuste entre el temperamento y el ambiente, entonces es probable que aparezcan problemas. Pongamos un ejemplo, imaginemos a un niño que tiene un nivel de actividad muy alto; si nos empeñamos en que esté mucho tiempo en un espacio pequeño y cerrado, empezará a sentirse cada vez más incómodo y a dar problemas. Este niño necesita que su contexto de vida le permita ejercitar su motricidad gruesa (correr, subir y bajar, saltar, hacer deporte activo, etc.). Imaginemos que no vive en una casa espaciosa (por ejemplo, con jardín, lo que facilitaría ese ajuste óptimo), sino en un piso pequeño en medio de la ciudad. Sin embargo, podría muy bien ocurrir que su padre, que es sensible a esta necesidad de su hijo, se encarga todas las tardes de llevarlo a un parque cercano para que juegue al fútbol y vea así satisfecha su necesidad de actividad.

De esta forma, el riesgo de los niños "difíciles" no está tanto en su temperamento como en la disonancia que puedan presentar con el contexto físico y social en el que se manifiesta, y ahí las madres y los padres juegan un papel fundamental. Se recomienda que madres y padres observen el ritmo y las características de su hijo o hija, tratando de respetar su individualidad para favorecer la construcción de una óptima relación.

Saber actuar ante las necesidades del bebé: Interpretación de situaciones estresantes

La transición a la maternidad y la paternidad supone un periodo de cambios que afecta a distintas áreas de la persona y de la vida familiar y que, en algunas ocasiones, pueden ser vividos como situaciones de mucho estrés.

Durante los primeros meses de vida, el bebé se encuentra totalmente dependiente de sus cuidadores para poder satisfacer sus necesidades, tanto las de naturaleza física

como las psicológicas. Esta labor tiende a ocupar la mayor parte del tiempo de madres y padres, quienes, si no disponen aún de las habilidades parentales necesarias, así como del apoyo de familiares o amigos, pueden percibir que la situación les desborda y vivenciar la maternidad o paternidad con elevados niveles de estrés y sobrecarga.

Por otro lado, para atender adecuadamente las necesidades del bebé, los cuidadores deben aprender a interpretar sus señales y demandas. La interpretación que madres y padres realicen de estas demandas condicionará en parte sus respuestas a las mismas.

Saber interpretar las necesidades de un bebé correctamente es una competencia que los padres y las madres irán perfeccionando con el tiempo, a medida que conozcan mejor a su hijo o hija, ya que cada bebé tiene un carácter propio y una forma específica de expresar sus necesidades. Sin embargo, hay niños más difíciles de interpretar que otros, y sus señales no siempre corresponden a una necesidad o demanda específica, sino que pueden llorar, moverse en exceso o quejarse sin ningún motivo aparente o con la finalidad de eliminar tensiones acumuladas y desahogarse. Esto complica la tarea de sus madres/padres/cuidadoras/cuidadores, quienes en ocasiones pueden experimentar sentimientos de impotencia y frustración por no poder comprender y satisfacer la demanda de su hijo o hija.

A algunos padres y madres les puede ocurrir que, conductas que el bebé realiza por instinto o por necesidad, las interpreten como malintencionadas y, por consiguiente, la reacción o respuesta parental puede ser inadecuada o desproporcionada. Esto ocurre especialmente en padres y madres con menor sensibilidad y con un repertorio muy escaso de recursos y estrategias de afrontamiento eficaces para abordar tales situaciones.

Estos son algunos de los errores que algunas madres y padres pueden cometer a la hora de interpretar las señales de sus bebés recién nacidos y que conviene intervenir para corregir:

- a. **Interpretar que el bebé actúa o realiza conductas con mala intención.** Los recién nacidos actúan por instinto y con sus conductas expresan necesidades que sus cuidadores deben satisfacer. Puesto que en estos primeros meses ni siquiera piden ayuda de manera intencional, de ninguna manera debe suponerse que tengan intención de molestar o hacer daño a nadie cuando lloran o expresan emociones de manera intensa.
- b. **Mostrar sentimientos de culpa cuando no se es capaz de identificar y comprender qué está demandando el bebé.** Estos sentimientos deben intentar evitarse. En ocasiones, lo que simplemente necesita el bebé son muestras de proximidad y afecto.
- c. **Excesiva sobreprotección.** Mantener al recién nacido encerrado en el hogar por temor a que adquiera alguna enfermedad o infección, o a que pueda hacerse daño no es lo mejor para su desarrollo. Al recién nacido no se le debe privar del contacto con el aire libre y con estímulos del exterior. No obstante, se deben seguir algunas precauciones, por ejemplo no se debe exponer al niño o a la niña al

contacto con una persona afectada por una enfermedad infecciosa, y hay que acudir al médico cuando la situación así lo requiera.

- d. **Interpretar que sólo ella o él comprende a su bebé** y, por tanto, es la única persona capacitada para atenderle. No todos los padres y madres tienen la misma sensibilidad y sintonía con sus hijos e hijas, pero esto no justifica que solo ese adulto sea el responsable de sus necesidades y cuidados. Las competencias parentales mejoran con el día a día de la interacción con el niño o la niña. Atender a los cuidados y necesidades del bebé debe ser una tarea compartida por ambos miembros de la pareja siempre que sea posible.
- e. **Interpretar que cogerlo en brazos y atenderlo siempre que lllore puede malacostumbrarle**, por lo que conviene ignorar frecuentemente su llanto. El bebé necesita cariño y protección, y atender sus necesidades no significa maleducarlo, al contrario, un bebé bien atendido adquiere un sentimiento de seguridad y confianza, mientras que si no lo está, se fomenta en él un sentimiento de inseguridad, miedo e inquietud que, como consecuencia, le puede hacer llorar más.



En general, promover la sensibilidad en los padres y las madres, fomentar estrategias que les ayuden a interpretar las necesidades del bebé, mostrarse accesible y disponible, así como disponer de capacidad de afrontamiento ante el estrés, son habilidades y competencias necesarias para vivir la experiencia de la maternidad y la paternidad de forma satisfactoria.

Conocimientos, expectativas y estereotipos parentales sobre el desarrollo del bebé

Conocimientos y expectativas parentales sobre el desarrollo infantil

Es recomendable asesorar a madres y padres sobre las capacidades del recién nacido, con objeto de promover en ellos conocimientos y expectativas parentales ajustadas, ya que, cuando estas expectativas están muy distorsionadas (por ser muy precoces o muy tardías) condicionan seriamente la estimulación que dan a sus hijos e hijas y la interacción que establecen con ellos.

DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO

DESARROLLO FÍSICO

- Se produce un rápido aumento de peso y estatura en las primeras semanas.
- El cuerpo del bebé es muy frágil y necesita ser protegido, especialmente la cabeza.
- Se establecen los ciclos de sueño-vigilia, y el bebé pasa la mayor parte del día durmiendo.

DESARROLLO MOTOR

- Mueve todos los músculos de su cuerpo, pero no hay un control intencional sobre los mismos. Sus movimientos son a veces algo bruscos y toscos.
- Se producen los primeros intentos de coordinación entre la mirada y los movimientos de la mano.
- Con frecuencia cierra la mano formando un puño o se lleva la mano a la cara.
- Actúa por reflejos, algunos de ellos desaparecerán o se volverán voluntarios con el tiempo.
Reflejos motores más relevantes:
 - *Reflejo de succión*: Succiona cuando se le mete en la boca un objeto blando.
 - *Reflejo de hociqueo*: Cuando le acarician la mejilla o un lado de la boca, vuelve la cabeza para encontrar el pezón, abre la boca y empieza a chupar.
 - *Reflejo de la marcha*: Si se sujeta al bebé sobre el suelo y se bajan los pies hasta que lo toca, mueve los pies como para caminar.
 - *Reflejo de prensión*: Agarra los objetos que se le ponen en la mano, pero sin sostenerlos.
 - *Reflejo de Babinski*: Cuando se le acaricia la planta del pie despliega éste o lo tuerce.

DESARROLLO PERCEPTIVO/SENSORIAL

Vista

- Es capaz de ver desde el nacimiento, aunque no con la misma nitidez que algunas semanas después.
- Su capacidad de enfoque es limitada. Percibe con mayor nitidez objetos a una distancia de unos 20 cm. (la distancia cuando mama o toma el biberón). Es capaz de percibir pequeños detalles espaciales si se trata de grandes objetos.
- Su visión es a veces doble (no puede superponer las imágenes de ambos ojos) y no percibe bien la profundidad (porque los dos ojos no coinciden todavía al enfocar el mismo objeto). Percibe la intensidad y los movimientos de la luz, así como cambios bruscos de iluminación. Es capaz de distinguir los colores (especialmente los primarios), percibiendo sus contrastes, y establece contacto visual cuando un adulto lo sostiene ante su rostro.
- Tiene preferencia por determinadas características de los estímulos (simetría, movimiento, brillo, contraste, etc.), el rostro humano reúne un buen número de ellas. Muchos móviles o pequeños juguetes para bebés suelen tener también estas características.

Oído

- Desde el nacimiento el oído está totalmente desarrollado.
- Detecta diferencias en intensidad, tonalidad y ritmo de los sonidos y muestra preferencia por la voz humana, los tonos agudos y los sonidos rítmicos.
- Reconoce la voz de sus cuidadores principales.
- Presenta cierta coordinación óculo-auditiva (los neonatos intentan mirar hacia el sitio del que viene el sonido).

Olfato

- Desde el primer día de vida, el bebé reconoce y reacciona ante los olores.
- Muestra preferencia por ciertos olores, así como rechaza los olores fuertes y desagradables.

Gusto

- Está poco desarrollado al nacer, pero detecta diferencias del sabor.
- A los pocos días de vida es capaz de reconocer por el sabor la leche materna.

Tacto

- Es uno de los sentidos más desarrollados al nacer.
- Presenta gran sensibilidad en la piel y es capaz de detectar emociones del adulto a través del contacto con su piel.
- Puede sentir dolor si algo le pincha, presiona, quema, etc.
- Detecta cambios en la presión, la textura, la temperatura, la suavidad, etc., de los objetos.

DESARROLLO SOCIOEMOCIONAL

- Es totalmente dependiente de las personas adultas para satisfacer sus cuidados y necesidades básicas.
- Es capaz de comunicarse a través del llanto, los sonidos y los movimientos corporales.
- Muestra interés y preferencia por las personas (sus voces, sus rostros, etc.), y reconoce el olor, tacto y calor de sus cuidadores principales.
- Manifiesta bienestar ante la proximidad y contacto físico de sus cuidadores y necesita sus muestras de cariño, afecto y ternura.
- No rechaza a personas desconocidas.
- Mueve los brazos y piernas frenéticamente cuando está excitado.
- Su sonrisa es biológica, expresa bienestar físico, no es consecuencia de preferencias personales; la sonrisa social aparecerá alrededor de los 2 meses.
- Puede mostrar conductas de imitación por contagio de gestos del adulto (meter y sacar la lengua, abrir y cerrar la boca, etc.).

Estereotipos sexuales con los bebés

Con frecuencia se confunden los conceptos de sexo y género. El sexo hace referencia a las características biológicas que permiten diferenciar al hombre de la mujer, y que incluyen, básicamente, aspectos relacionados con la procreación y la sexualidad, mientras que el género se construye a partir de componentes psicosociales y culturales.

Tradicionalmente se han atribuido ciertos rasgos y conductas específicas a la personas por el hecho de ser hombre o mujer. A estas generalizaciones sociales se las denominan *estereotipos sexuales*. Son muchos los investigadores que están de acuerdo en afirmar que la construcción social del rol de género comienza desde el nacimiento del bebé. Pero incluso antes de ese momento, una gran mayoría de padres y madres ya se interesan por conocer el sexo de su futuro bebé y, tras saber si esperan una niña o un niño, empiezan a desarrollar una serie de expectativas específicas que constituirán la base de sus esquemas de género. Estas expectativas podrán sesgar sus percepciones, las actitudes que manifiesten hacia su hijo o hija y las interacciones que establezcan con ellos. Así, sin ser muy conscientes, padres y madres comienzan a mostrar esta estereotipia cuando diferencian las prendas y colores de su vestimenta, la decoración de su habitación, los adjetivos que utilizan para describirlos, las palabras utilizadas para hablarle y, lo más importante, cuando muestran expectativas diferentes en relación con su desarrollo personal, social y profesional futuros.

Con el nacimiento del bebé es probable que la actitud parental estereotipada aumente, de manera que madres y padres se relacionen con el recién nacido de forma significativamente distinta en función del sexo del bebé. Asimismo, aquellas madres y padres con ideas más tradicionales en cuanto al género acentúan más estas diferencias en sus interacciones filiales que aquellas madres o padres con ideas menos estereotipadas y más acordes con lo que hoy se sabe acerca del desarrollo de niños y niñas. He aquí algunos estereotipos sexuales asociados a los bebés:

Bebé niño	Bebé niña
<p>Características del bebé</p> <ul style="list-style-type: none">- Presentan un mayor tamaño y peso.- Más robustos y fuertes.- Más inquietos e irritables.- Comen más.- Intensidad del llanto más grave.	<p>Características de la bebé</p> <ul style="list-style-type: none">- Presentan un menor tamaño y peso.- Más delicadas y finas.- Más tranquilas y apacibles.- Comen menos.- Intensidad del llanto más aguda.
<p>Actitud del adulto</p> <ul style="list-style-type: none">- Predominio en el uso de tonos azules (habitación, vestimenta).- Menor uso de palabras y expresión de emociones dirigidas al bebé.- Mayor estimulación corporal y actividad física.	<p>Actitud del adulto</p> <ul style="list-style-type: none">- Mayor variedad de colores, aunque hay predominio en el uso de tonos rosas.- Más vocalizaciones y emociones dirigidas al bebé.- Mayor estimulación interpersonal.- Mayor estimulación verbal.

Sin embargo, ninguna de las características anteriores son indicadores objetivos que permitan diferenciar entre un bebé niño o niña, ya que pueden estar presentes en cualquier bebé con independencia de su sexo. Igualmente, en lo que respecta a la actitud y la forma de interactuar de las personas adultas con los bebés, tampoco

existen indicadores objetivos que justifiquen un estilo relacional diferenciado con uno u otro sexo.

Cada niño o niña es único y diferente y no debe ser privado de ciertas experiencias por su condición sexual. Debe quedar claro que las diferencias entre dos bebés del mismo sexo son mayores que las que se pueden atribuir a las diferencias entre los sexos al comparar globalmente a bebés niños y bebés niñas.

El comportamiento de niños y niñas encontrará respuesta en sus cuidadores, y esa respuesta puede ser, por ejemplo, una sonrisa (como señal de aprobación), indiferencia o una clara desaprobación. Estos mecanismos irán provocando que dicho comportamiento sea cada vez más o menos frecuente, e incluso que llegue a extinguirse, de manera que si madres y padres desaprueban una conducta no asociada al género del menor, irán estereotipando y restringiendo la conducta de su hijo o hija. A partir de los años preescolares, otros contextos de desarrollo como la escuela, la comunidad o los medios de comunicación también influirán con su actitud más o menos estereotipada en las conductas de los menores.

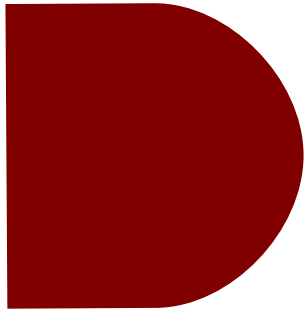
Los estereotipos sexuales constituyen la base de muchas injusticias y desigualdades sociales, ya que condicionan las oportunidades, los derechos y los deberes de las personas. Los estereotipos funcionan de tal manera que dejan al individuo en situación de indefensión.

Así, por ejemplo, cuando la persona se comporta de manera diferente a lo que el estereotipo establece, el estereotipo no se altera (por ejemplo, una niña que juega muy bien al fútbol no contribuye a que quienes la ven jugar cambien su idea de que las niñas también pueden ser competentes en este deporte); sin embargo, al más mínimo comportamiento acorde con él, el estereotipo se ve extraordinariamente reforzado (si una niña que juega al fútbol lo hace mal, inmediatamente se piensa que “las niñas” no sirven para jugar al fútbol).

Por lo demás, los estereotipos sexuales, además de ser injustos, no ayudan a que la persona pueda corregir o mejorar su conducta, ya que se la evalúa, no sobre la base de su capacidad y esfuerzos reales, sino de su sexo biológico, algo que claramente escapa a su control.

Las bases para el desarrollo del género y la construcción de los estereotipos sexuales comienzan desde el nacimiento, o más bien desde la etapa gestacional, cuando padres y madres comienzan a poner en marcha sus fantasías y expectativas diferentes para el niño o la niña que va a nacer. Es cierto que existen diferencias entre niños y niñas, y entre hombres y mujeres, pero es muy difícil establecer cuáles y en qué medida tienen una base innata y cuáles son aprendidas.

No obstante, siendo cierto lo anterior, lo que está claro es que la cultura y la educación que niños y niñas, y hombres y mujeres recibe, explican una parte muy significativa de esas diferencias. Por lo tanto, como profesionales es necesario trabajar y promover en los futuros padres y madres una actitud no sexista en la relación con sus hijos e hijas, que facilitará un desarrollo más ajustado y enriquecido para ellos y ellas.



SECCIÓN III. ACTIVIDADES DE EJERCICIO FÍSICO

CONTENIDOS

La preparación física ayuda a la consecución de un embarazo, parto y puerperio saludables y prepara al organismo para estar en las mejores condiciones en cada uno de estos momentos. El ejercicio moderado durante el embarazo, al igual que para cualquier persona, es un buen hábito para la gestante, que se debe realizar de forma continuada. El ejercicio aeróbico regular durante el embarazo parece mejorar (o mantener) el estado físico (Kramer-McDonald, 2008). Se observa la implicación positiva de la terapia física durante el periodo de embarazo, que revierte en una mayor estabilización de los cambios biológicos que tienen lugar en esta etapa (Chacón, 2011).

Por otro lado, conocer cómo se debe respirar potencia el control mental y físico, y mejora la oxigenación a nivel materno y fetal.

Las técnicas de relajación no sólo deben practicarse durante el embarazo y el puerperio, sino también para el parto, ya que mitigan las situaciones de estrés, de temor, ansiedad, etc.

Si bien en esta sección se nombrarán distintos tipos de ejercicios, las principales técnicas de relajación y respiración, será el/la docente quien indique qué recursos usar para cada grupo, según su capacitación y experiencia, y las necesidades del mismo.

Los aspectos a tratar en esta sesión son:

Ejercicio físico durante el embarazo

Ejercicio físico durante el puerperio

OBJETIVOS GENERALES

Estos objetivos generales son aplicables en todas las sesiones del programa.

Conocimientos:

La mujer/pareja o acompañante:

- conocerá los ejercicios físicos y técnicas respiratorias y de relajación que permitan mejorar/mantener el estado físico y emocional durante el proceso de la gestación hasta el parto, y posteriormente en el puerperio.
- identificará los principales beneficios físicos y psicológicos de las actividades de ejercicio físico, de respiración y de relajación.
- reconocerá las posibles consecuencias que se derivan de estilos de vida, caracterizados por la escasez/falta de ejercicio físico durante el embarazo y puerperio.

Habilidades:

La mujer/pareja o acompañante:

- será capaz de realizar los distintos ejercicios físicos, respiraciones, masajes y técnicas de relajación, para participar más activamente y hacer uso de ellos en las distintas etapas del embarazo, parto y puerperio.
- estará preparada para usar estrategias adaptativas que le permitan incorporar ejercicios y hábitos posturales en su vida diaria.

Actitudes:

La mujer/pareja o acompañante:

- estará preparada para tomar conciencia positiva de su cuerpo, de sus cambios y de su relación con las actividades propias de la vida cotidiana, familiar, laboral y social.
- comprenderá la relevancia que cobran estos recursos para una mejor y positiva vivencia del embarazo, parto y puerperio.
- asumirá la importancia de la práctica de ejercicio físico habitual y técnicas de relajación y respiración para mejorar el estado materno-fetal y la intercomunicación entre ambos y todo el entorno que rodeará al futuro/a hijo o hija.

METODOLOGÍA

La modalidad formativa propuesta para estos contenidos es la de breves talleres insertos en cada una de las sesiones del programa de Preparación al Nacimiento y Crianza, si bien, en el caso de que la docente disponga del tiempo y los recursos suficientes, sería también muy recomendable realizar alguna sesión monográfica dedicada al ejercicio físico.

La metodología del taller está orientada a la aplicación de aprendizajes, de modo que se combinará una brevísima exposición teórica y una práctica guiada, a través de la que la gestante desarrollará tareas eminentemente prácticas con el apoyo y supervisión del o de la profesional.

El taller se llevará a cabo al final de cada sesión y se comenzará con 2-3 min de calentamiento de las distintas articulaciones y grupos musculares. Se realizarán ejercicios acomodando la respiración a cada uno de ellos.

Como norma general diremos que los ejercicios se deben de realizar de forma regular, con movimientos suaves y una respiración controlada; se empezará realizando 5 repeticiones y se aumentará progresivamente hasta llegar a 10 repeticiones.

Después se llevarán a cabo ejercicios de relajación y estiramiento de los grupos musculares trabajados anteriormente. En algunas de las sesiones se realizaran técnicas de relajación.

Los ejercicios se presentan a modo de sugerencia para el profesional, teniendo en cuenta que después de trabajar cada grupo muscular hay que estirar con la contrapostura.



DURANTE EL EMBARAZO

Ejercicio físico durante el embarazo

La actividad y el ejercicio durante el embarazo aporta múltiples ventajas para la mujer en su estado general y para llegar en las mejores condiciones posibles al parto. También proporciona efectos positivos sobre el feto.

Se explicará que debe ser una actividad aeróbica, constante, moderada y, a ser posible, diaria. En líneas generales se debe aconsejar que se practiquen ejercicios en los que no se sobrecarguen ni músculos, ni articulaciones (caminatas, bicicleta estática, natación, etc.) y evitar aquellos que sean intensos, de alto riesgo por el peligro de caídas.

Con el ejercicio físico en el embarazo se pretende:

- a. Mejorar la adaptación a los cambios propios de la gestación.
- b. Estimular la circulación sanguínea en miembros inferiores.
- c. Fortalecer la musculatura abdominal y lumbar.
- d. Aumentar la elasticidad muscular.
- e. Facilitar la flexibilidad de las articulaciones, en especial aquellas que intervienen en el parto (articulación íleo-femoral).
- f. Tomar conciencia de su cuerpo y de aquellos hábitos posturales que van a permitirle llevar a cabo sus tareas, sus trabajos, viajes, etc.

Sus principales beneficios son:

- a. Disminuir la posibilidad de estreñimiento, edemas e insomnio.
- b. Aumentar la vitalidad y la elasticidad muscular.
- c. Tonificar, dar resistencia y fortaleza muscular.
- d. Mejorar la postura, por lo que baja la probabilidad de que tenga dolor de espalda
- e. Mejorar el control del dolor durante la dilatación, parto y expulsivo.
- f. Garantiza el desarrollo intrauterino (mantiene el flujo sanguíneo) y previene la aparición de preeclampsia, hipertensión arterial, excesiva ganancia de peso y diabetes gestacional (González Collado, 2012).
- g. Conseguir una adecuada oxigenación (tanto de la musculatura materna como para el feto en el trabajo de parto
- h. Reducir ansiedad en la mujer, aumentando positivamente la percepción de su proceso.

Estas actividades se podrán llevar a cabo con normalidad, excepto causas que lo justifiquen. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) destaca las siguientes contraindicaciones para realizar ejercicio aeróbico durante el embarazo.

1. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- Enfermedades cardiovasculares hemodinámicamente significativas.
- Enfermedad pulmonar restrictiva.
- Incompetencia cervical/cerclaje.
- Gestación múltiple y riesgo de parto prematuro.
- Sangrado persistente en segundo o tercer trimestre.
- Placenta previa después de las 26 semanas de gestación.
- Trabajo de parto prematuro durante el embarazo actual.
- Rotura de membranas.
- Preeclampsia/estados hipertensivos inducidos por el embarazo.

2. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- Anemia severa.
- Arritmia cardíaca materna sin evaluar.
- Bronquitis crónica.
- Mal control de diabetes tipo I.
- Obesidad mórbida extrema.
- Bajo peso extremo (IMC < 12)
- Antecedentes de estilo de vida extremadamente sedentario.
- Retraso del crecimiento intrauterino durante el embarazo actual.
- Mal control hipertensión arterial.
- Limitaciones ortopédicas.
- Mal control de convulsiones.
- Mal control de hipertiroidismo.
- Gran fumadora.

El ACOG también describe una serie de señales de alarma para suspender el ejercicio durante el embarazo:

- a. Sangrado vaginal.
- b. Disnea de esfuerzo.
- c. Mareos.
- d. Dolor de cabeza.
- e. Dolor de pecho.
- f. Debilidad muscular.
- g. Dolor en pantorrilla o hinchazón (descartar tromboflebitis).
- h. Trabajo de parto pretérmino.
- i. Disminución movimientos fetales.
- j. Pérdida de líquido amniótico.

Mediante el entrenamiento físico que se engloba en las sesiones de este programa no sólo tratará de llevarse a cabo una serie más o menos compleja de ejercicios, sino que se pretenderá, además de los beneficios y objetivos expuestos con anterioridad, conseguir una activación positiva de la participación familiar, y una maternidad preparada física y emocionalmente para favorecer una vivencia óptima del proceso, la comunicación intraútero con el bebé no nacido y el estímulo prenatal para mejorar el desarrollo del nuevo ser.

Si bien se proponen en esta guía varios ejercicios por grupo muscular, éstos sólo se presentan a modo de sugerencia para la o el profesional.

CALENTAMIENTO

Cinco repeticiones de cada ejercicio

CUELLO

Flexo-extensión del cuello: flexión del cuello hacia delante, tocando la barbilla en el pecho y volver a la posición inicial sin pasar de la vertical (no inclinar la cabeza hacia atrás)

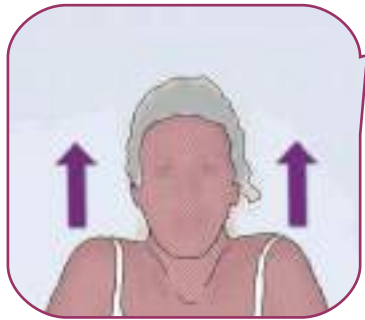


Lateralización del cuello: inclinar la cabeza hacia uno de los hombros lentamente y volver a la posición inicial para posteriormente inclinar la cabeza hacia el otro hombro.

Giros: inclinar la barbilla al pecho y girar hacia un hombro. Volver a la posición inicial para girar hacia el otro hombro.

HOMBROS

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.



Elevación y descenso de hombros: de pie o sentada, consiste en elevar ambos hombros a la vez y bajar a la posición inicial. En la inspiración se sube y se baja en la espiración.

Giros antero-posteriores y posteroanteriores: de pie o sentada apoyada en la pared (con piernas estiradas o cruzadas), se realizan giros con los hombros hacia delante y hacia atrás.

BRAZOS Y PECHOS

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.



Hacer ochos cruzando los brazos con las palmas hacia arriba a la altura del abdomen: en el momento que se cruzan las palmas de las manos se quedan mirando una a la otra. Al cruzar se espira y al abrir se inspira.

Círculos con brazos en cruz: brazos en aspa de molino o brazos en cruz, describiendo círculos con las palmas abiertas.



PELVIS-CINTURA

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

Balaceo de la pelvis imaginando que se dibujan ochos o círculos en el suelo.



Lateralización de la pelvis: con piernas abiertas y rodillas ligeramente flexionadas realizar movimientos laterales hacia izquierda y derecha, con los brazos apoyados en la cintura.



Basculación de la pelvis en dirección antero-posterior.

ESPALDA

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

Aproximación de las escápulas (paletillas): formando un ángulo recto con los codos al nivel del tórax, a la vez que se inspira se realiza un movimiento de aproximación de ambas escápulas, volviendo a la posición inicial con la espiración.



Lateralización del tronco: con los brazos a lo largo del cuerpo, se realizan inclinaciones del tronco hacia un lado y hacia otro sin separar los pies del suelo, descansando en la posición central.

Elevación lateral de los brazos, girando las palmas de las manos hacia arriba cuando se llegue a la altura de las hombros y bajar lentamente. Al subir se inspira y al bajar se espira.

PIERNAS

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

En posición erguida y brazos a lo largo del cuerpo, **se levanta un talón flexionando la rodilla** sin llegar a despegar los dedos del pie del suelo.

En la misma posición anterior, **se levanta el pie** sin despegar el talón del suelo.

Rotación de tobillos: imaginamos que la punta de los dedos de los pies son las agujas de un reloj que giran sobre su eje, que son los tobillos.

Se puede realizar de sentada o tumbada.



TABLA DE EJERCICIOS

RESPIRACIÓN TORÁCICA

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

Ejercicio de oxigenación y relajación que se realizará como preparación del resto de los ejercicios (se hará de pie), así como para finalizar los mismos (se puede hacer en decúbito supino).

Desde la posición inicial, se extienden o se suben (dependiendo si se hace de pie o en decúbito supino, respectivamente) los brazos y finaliza volviendo a la posición inicial. Se tomará aire por la nariz al extender o subir los brazos y se soltará por la boca al volver a la posición inicial.



Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

PECHOS Y BRAZOS



Elevación de brazos con puños cerrados realizando movimientos alternos o a la vez, inspirando al subir y espirando al bajar.

Flexiones contra la pared o en pareja: se realizan flexiones de codos, inspirando al extender los brazos y espirando al flexionar.



Pectorales: Con los antebrazos paralelos a la línea del suelo, las palmas de las manos apoyadas entre sí, y los codos hacia fuera, empujar una mano contra la otra mientras se inspira y mantener la presión cinco segundos, al volver a la posición inicial espirar.

También puede realizarse apoyando la mano contra los bíceps.

ESPALDA

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.



Arrodillándose a gatas (cuadripedia), alinear los brazos al nivel de los hombros y las rodillas al nivel de las caderas.

En la espiración se arquea la espalda hacia arriba y en la inspiración se levanta la barbilla y la espalda se arquea hacia abajo.

Rotación del tronco (flexibilizar la columna):

Sentada, con manos en la cadera y las plantas de los pies juntas y con la columna lo más recta posible, se debe girar el tronco suavemente todo lo que se pueda, rítmicamente hacia un lado y después hacia otro. Se repetirá alternativamente y se acabará en el punto de partida.



Potenciación de los músculos que aproximan las escápulas (fortalecimiento de los músculos altos de la columna):

Sentada, con las manos en alto, codos en ángulo de 90°, las plantas de los pies juntas y con la columna lo más recta posible, se llevan los brazos hacia atrás aproximando las escápulas, volviendo a la posición inicial suavemente.

En decúbito supino se enseñará el modo de pasar de esta posición a cualquier otra: Para ello se le insistirá en que, para no sobrecargar la musculatura de la espalda (región lumbar), pase antes del supino al decúbito lateral, para posteriormente incorporarse a la posición deseada.

Sentadilla (útil para la vida diaria):

Desde la posición inicial, (cabeza y columna bien alineadas), flexionar las piernas sin doblar la columna.

PELVIS

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

Bascular la pelvis (ayuda a corregir la hiperlordosis lumbar y a potenciar los músculos abdominales y los glúteos): En decúbito supino, meter el abdomen hacia dentro al mismo tiempo que se contraen los glúteos hacia arriba, manteniendo la columna en contacto con la colchoneta. Volver a la posición inicial suavemente, relajando los músculos contraídos.



Alargamiento de músculos de la cadera (Psoas iliaco) (ayuda a mantener la pelvis en posición correcta): En decúbito supino, flexionar la rodilla y cadera hacia el pecho, mientras se mantiene la pierna contraria estirada lo más posible. Se debe realizar el ejercicio primero con una pierna y luego con la otra, alternativamente.

Con el uso de **pelotas medicinales** pueden realizarse ejercicios de basculación, balanceo pélvico, aductores, etc.



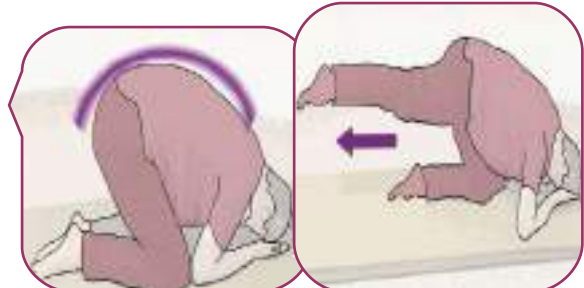
Alargamiento de los aductores (facilita la separación de las caderas): En decúbito supino, con las rodillas flexionadas y apoyadas en el suelo, separarlas suavemente todo lo que se pueda y volver a la posición inicial.



Potenciación de los músculos glúteos (da estabilidad a la pelvis y fundamental para caminar mejor)

Glúteos medios: En decúbito lateral, subir la pierna 45° sobre la horizontal de la columna y volver a la posición inicial. Realizarlo primero con una pierna y después con otra.

Glúteos mayores: arrodillándose en cuadrupedia, alinear los brazos al nivel de las rodillas (en flexión y unidos codo y rodilla), apoyando los antebrazos en la colchoneta, y las rodillas por delante de las caderas estirar y elevar una pierna procurando que no suba por encima de la columna.



Volver a la posición inicial y hacer el ejercicio con la otra pierna.

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

ABDOMINALES

Potenciación de los músculos abdominales (ayuda a prevenir calambres y a tener mejor agilidad en la marcha):



Abdominales oblicuos: Tumbada en la colchoneta, manteniendo la espalda y brazos pegados al suelo, llevamos las rodillas al hombro derecho y luego al izquierdo y volver a la posición inicial.

MIEMBROS INFERIORES

Fortalecimiento de los ligamentos del tobillo (durante la gestación los ligamentos son más sensibles, por lo que hay que potenciarlos para evitar caídas o esguinces. Estos ejercicios también favorecen la circulación venosa y evitan la aparición de varices, siendo recomendados para aliviar el cansancio de piernas y pies):



- Con el pie en posición vertical, girarlo marcando un círculo; primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario, con precaución de no rotar la cadera. Posteriormente, volver a la posición inicial.

- Con el pie en posición vertical, realizar flexión y extensión de los dedos del pie y de los pies.

Simulación de pujos supervisada por la/el profesional (ayuda a tomar contacto con la forma de pujo)

Iniciar con la cabeza y columna bien alineadas.

- **Pujos espontáneos:** Debe ser la mujer la que empuje “cuando note la contracción”. En el ejercicio ella decidirá cuándo hacerlo. Para ello se le instruirá que inspire profundamente y que empuje mientras espira lentamente. Empujará de tres a cinco veces con cada “contracción”, mediante pujos cortos (de cuatro a seis segundos). Se le asesorará sobre los beneficios de este tipo de pujos sobre la madre y el feto.

- **Pujos con maniobra de Valsalva:** La mujer se coloca en la posición que desee, pudiendo estar ayudándola la pareja o acompañante. Se recomienda que inspire por la nariz y espire por la boca. Se le indica que tome todo el aire que pueda y que, sin soltarlo, empuje hacia la vagina con la boca cerrada. Si la mujer adopta una postura de flexión de cabeza y tronco hacia el pecho, puede aumentar la presión intraabdominal del pujo. Si además separa los antebrazos del cuerpo abre la base de la caja torácica y se consigue una presión sobre el útero más eficaz. Se le aclarará que este tipo de pujos no presentan beneficios sobre los espontáneos, si bien pudiera haber casos en los que el estado de la madre o del bebé requieran que se utilicen para terminar el parto en menor tiempo.

PUJOS

MASAJE

Los beneficios del masaje tienen relación directa con la interacción del tono muscular (tensión) y el grado de tranquilidad o ansiedad de la mujer embarazada. Cualquier situación o estado emocional puede provocar contracciones y tensiones musculares que no son óptimas para el proceso en el que se encuentra la gestante (embarazo en curso y/o parto).

El masaje permite la relajación de los músculos en tensión, así como también favorece una percepción subjetiva de tranquilidad y serenidad. Mediante el masaje corporal se debe aprender a relajar los músculos cuya contracción no se precise para un determinado momento.

Durante el curso del embarazo, ayuda a liberar tensiones y molestias en distintas zonas del cuerpo que, por las modificaciones anatómicas que conlleva el embarazo, pudieran ser más propensas a ellas.

Durante el parto, mejora el estado de ansiedad de la embarazada y eleva el umbral de sensibilidad dolorosa, debido a una mejor oxigenación de los tejidos y flujo sanguíneo (FAME, 2007).

Se aconsejará a la mujer/pareja o acompañante que se realice frecuentemente para una mayor efectividad y, a ser posible, diariamente.

Las zonas más sensibles y en las que se recomienda practicar el masaje son:

- a. Región lumbar.
- b. Cervicales.
- c. Miembros inferiores.

Las recomendaciones generales se describen a continuación:

- a. No hacer presión sobre prominencias óseas.
- b. La espalda tiene que estar relajada.
- c. Dejar de realizarlo cuando aparezca dolor o no se consiga el efecto deseado.
- d. Se desaconsejará en momentos agudos de dolor, momento en el cual deberá ser valorada y asesorada por un especialista
- e. Aprovechar este contacto para potenciar la relación emocional con el bebé y su madre y padre, mediante caricias en el abdomen, diálogo, susurros, canciones, etc. Estos gestos van encaminados a ir fortaleciendo una estrecha relación con el nuevo ser.
- f. Usar lubricantes acuosos, cremas o aceites.
- g. No existe una posición única, sino que la mujer y la persona que realice el masaje deberán buscar la postura más confortable para los dos.
- h. Es deseable que se implique la pareja o acompañante con el fin de fomentar la ayuda y participación activa de la misma, apoyándola y dándole muestras de afecto.

- i. Debe ser la mujer la que marque la frecuencia, intensidad, duración y región a masajear.
- j. Al ser una práctica que no todas las personas dominan, en caso de no conseguir el efecto deseado debería cesarse hasta que la persona que lo realice adquiriera las habilidades adecuadas. Debido a esto, es conveniente que la pareja o acompañante participe de este aprendizaje.

Recomendaciones específicas:

- a. En la región lumbar, se presionará con la base de la palma de la mano y los dedos semicerrados sobre el Rombo de Michaelis. En el parto, se presionará progresivamente en esta zona a medida que aumente la contracción, disminuyéndola conforme el útero vaya relajándose.
- b. Sobre las cervicales y hombros se friccionará suavemente realizando círculos.
- c. Sobre miembros inferiores, con la pierna elevada, se dará un masaje suave desde abajo (pies/tobillo) hacia arriba (muslo).

Otro tipo de masaje aconsejado en este programa es el **masaje perineal durante el embarazo**, el cual reduce el dolor y el traumatismo (episiotomía/desgarros) del periné en el parto, pues la evidencia científica muestra que ayuda a mantener el periné íntegro. Existen varias técnicas y modos de realizarla que varían entre sí, en términos de inicio, frecuencia, duración, etc. El objetivo es conseguir una mayor elasticidad de la musculatura perineal, para que durante el expulsivo se distienda fácilmente.

Por todo esto, es una práctica que debe ser explicada a las gestantes. En este programa, se recomendará realizarla una vez al día durante 10 min., desde la semana 34 de gestación:

- a. Lavado previo de manos.
- b. Posición sentada o en cama semi-incorporada.
- c. Con los dedos en el interior de la vagina (3-4 cm.), desplazar la mucosa vaginal hacia abajo, empujando la mucosa rectal.
- d. Al mismo tiempo que se desplaza la zona hacia abajo, hacerlo hacia los lados de la vagina repetidamente durante unos minutos.
- e. Poner los dedos sobre el punto medio de la horquilla y mantener una presión hacia abajo durante unos dos minutos.
- f. Masajear todo el borde de la horquilla vulvar, entre el pulgar y los dedos opuestos, desplazándolos de un lado a otro durante 3-4 min.

TIPOS DE RESPIRACIÓN

Con los distintos tipos de respiración lo que se pretende es dotar a la mujer de la capacidad de poder autocontrolarse, generando un ambiente libre de tensión y un estado de bienestar y relajación. Sería deseable emplear cada una de estas respiraciones durante el ejercicio físico (incluido el parto).

El aprendizaje de estas técnicas no sólo sirve para el parto, sino que también son útiles durante la gestación. En ambas situaciones se mejora el estado, tanto de la madre como del feto: mejor oxigenación, mantenimiento del bienestar fetal, relajación tras la dinámica uterina.

La respiración es un elemento clave durante la realización de cualquier tipo de ejercicio físico, así como durante el parto, ya que permite a la mujer conseguir una adecuada relajación, confort, afrontamiento y mentalización. Por eso es aconsejable el entrenamiento respiratorio y el aprendizaje de técnicas de respiración.

Se aconsejará a la mujer/pareja o acompañante que se practiquen diariamente para llegar al momento del parto con las técnicas bien conocidas, para así usarlas más fácilmente cuando se inicie el parto. Adecuarlas a las distintas fases del parto o durante el embarazo ayudará a facilitar el proceso, ahorro de energía, alivio del dolor, aumento de la capacidad respiratoria y dirigir los sentimientos y pensamientos hacia el bebé.



Las técnicas de respiración a usar por la embarazada más utilizadas son:

1. Abdominal: En ella se utilizan principalmente los músculos abdominales y diafragma. Es la base de la gran parte de las técnicas de relajación. Se debe iniciar con una inspiración profunda y finalizarla alargando lo más posible la espiración. Suele ser de efecto relajante/tranquilizante y debe aprovecharse para que la madre se comunique con su bebé. Se debe utilizar siempre que el estado de la mujer requiera toma de control y siempre que las sensaciones de la contracción lo requieran.

2. Torácica: En ella participan principalmente los músculos intercostales, por lo que es más superficial.

3. Combinada, profunda o completa: Combina la torácica y abdominal, por lo que se aprovecha al máximo la capacidad pulmonar.

RESPIRACIÓN COMPLETA O PROFUNDA

En esta respiración se toma todo el aire que se puede. Para ello se llena el tórax de aire y se desplaza hacia afuera el abdomen por el descenso del diafragma. Es la respiración que más oxigena, es por ello que se recomienda al inicio y al final de cada contracción. Al inicio para que la mujer se oxigene bien y trabaje mejor su musculatura y pase sangre más oxigenada a su bebé antes de que disminuya el flujo placentario por la contracción. Al final para que la musculatura de la madre se recupere mejor, no descienda el umbral del dolor y para que el feto se recupere mejor del descenso de flujo placentario que conlleva la contracción.

Se le indicará a la mujer/pareja o acompañante que aunque practique las respiraciones durante el embarazo, debe seguir los consejos del personal sanitario en el momento del parto. Es probable que si las ha practicado de forma correcta, ponga en uso estas técnicas espontáneamente.

Se recomienda que las madres y sus parejas entrenen a diario la respiración de por lo menos cinco contracciones de un minuto de duración y con un minuto de descanso entre contracciones en los que la mujer respira libremente según ella desee.

LA RELAJACIÓN

Existen distintas técnicas para conseguir la relajación (sofronización, relajación progresiva de Schultz, visualización, método de Jacobson, observación del pensamiento, conciencia de piel, etc.). Siendo técnicas diferentes, pretenden conseguir lo mismo sobre el estado de la mujer, es decir, serenidad, autocontrol y disminución de tensiones musculares y ansiedad. Se dejará al personal sanitario la elección de la técnica que mejor controle.

La mujer conocerá que el conocimiento y dominio de una técnica le servirá de ayuda en toda la gestación y durante el parto. No sólo tiene por objetivo el control del dolor durante el parto o que no se prolongue en el tiempo el curso del mismo, sino que dota a la mujer de la capacidad de vivir su maternidad, parto y nacimiento positivamente y sin miedos. Indirectamente, de este estado de bienestar se beneficiará su bebé, favoreciendo y potenciando la comunicación entre madre/hijo-a/padre.

Durante el embarazo la mujer puede beneficiarse de estas técnicas, como por ejemplo, para trastornos del sueño, miedos a “que suceda algo...”, al parto, a que su hijo o hija nazca con problemas o incluso a si realmente pudiera estar preparada para ser madre y criar a su bebé de forma óptima.

Durante el parto la relajación ayuda a aumentar el umbral del dolor, favorece el periodo de dilatación, optimiza el gasto de oxígeno y, como ya se ha dicho anteriormente, permite a la madre asumir un papel activo y tener el control del proceso de forma autónoma en colaboración con el personal sanitario.

Para conseguir la relajación hay que buscar una postura cómoda. Las posturas que se deben adoptar en colchonetas, como decúbito supino, decúbito lateral izquierdo etc., deben acompañarse de una almohada entre las rodillas; en caso de llevarse a cabo sentada, debe apoyarse la espalda en la pared o respaldo, consiguiendo la mayor comodidad. Puede acompañarse, siempre que sea posible, con música relajante.

También es necesario un buen control de la respiración, de modo que se hagan inspiraciones lentas, profundas y de tipo abdominal, y realizando espiraciones lentas (que empleen al menos el doble de tiempo que la inspiración). Para controlar la respiración puede ser aconsejable colocar al menos una mano abierta sobre el abdomen, de forma que se sepa identificar cuando se emplea la musculatura abdominal para la inspiración.

LA RELAJACIÓN



Se describen a continuación las principales técnicas de relajación, si bien, como ya se ha mencionado, deben ser los/as profesionales sanitarios/s, lo que opten por una u otra según su grado de competencia en las mismas:

Sofronización simple

- a. Es una técnica de relajación que se encuadra dentro de la Sofrología de Caycedo (1960) que busca el equilibrio entre la mente y el cuerpo a través de un nivel de conciencia denominado sofroliminal.
- b. La gestante estará sentada o en decúbito lateral o supino.
- c. Se le indicará que permanezca con los ojos cerrados (opcional).
- d. Se prestará atención a las distintas partes del cuerpo, empezando por la cabeza y finalizando por los pies.
- e. Progresivamente, notará la disminución de la tensión de cada zona.
- f. La respiración se hará más lenta, hasta casi llegar al sueño (nivel sofroliminal).
- g. Se hará hincapié, fomentando la confianza, la seguridad en sí misma e ilusión por el futuro.
- h. Se realizarán respiraciones profundas, empezará a moverse, estirar las distintas partes del cuerpo y desentumecerse.
- i. Se abrirán los ojos y volviendo al estado inicial progresivamente
- j. Duración aproximada de 10 minutos (Sebastiá, 2008).

Sofroaceptación del parto y la maternidad (comunicación madre-bebé)

- a. Es una técnica de afrontamiento de situaciones de estrés que se realiza cuando la persona está en un estado de conciencia sobroliminal que permite la aceptación de los estímulos con tranquilidad. En las técnicas sofrológicas el núcleo está en el poder del estado de conciencia sofroliminal, a ras de sueño.
- b. Las situaciones que se viven en la relajación luego son percibidas con menor temor y ansiedad.
- c. La gestante estará sentada o en decúbito lateral o supino.
- d. Tras la relajación (nivel sofroliminal), se le induce a que piense en su posible

parto: Inicio de contracciones, llegada al centro sanitario, exploración, dilatación, expulsivo, contacto precoz con su hijo o hija, lactancia, desarrollo del/la recién nacido/a (RN).

- e. Transmitir diálogos de contenidos positivos y tranquilizadores.
- f. La madre se imaginará a su RN, cómo es, postura, le habla/susurra/canta en su imaginación, le acaricia, etc.
- g. La afectividad en este entorno y el cariño, potencia el apego, la vinculación y el amor al RN.
- h. Esto le permitirá a la madre tolerar de mejor modo las molestias del embarazo, el dolor del parto que, por otro lado, son imprescindibles para el nacimiento y aumentarán el vínculo.
- i. Duración aproximada de 10 minutos.

Relajación dinámica de Caycedo de I, II y III grado

- a. Son los tres niveles de la relajación sofrológica o relajación dinámica de Caycedo. Se trabaja el nivel de conciencia sofroliminal de forma progresiva desde el nivel de mayor pasividad física al de actividad física. Permite una gran concentración con un alto grado de control muscular, lo que la hace una técnica con muchas posibilidades para el parto y los deportes que requieran alto control muscular.
- b. La mujer estará sentada con la espalda apoyada en la silla.
- c. Se realizará sofronización simple, llegando al nivel sofroliminal.
- d. Se realizarán los siguientes movimientos y actividades:
 - Contracciones de los músculos del suelo pélvico.
 - Movimientos de cabeza: laterales y circulares.
 - Contracción fuerte de la cara y manos.
 - Concentración en un objeto neutro.
- e. Intentará verse a sí misma en postura correspondiente al III grado, sentada al borde de la silla con los ojos entreabiertos.
- f. Adoptar la postura de III grado (nivel sofroliminal al borde del estado de vigilancia).
- g. Realizar los movimientos respiratorios descritos anteriormente.
- h. Desarrollar la técnica de sofroaceptación, intentando ver al bebé tras el nacimiento con su madre en contacto piel con piel.
- i. Volver a la posición inicial (nivel sofroliminal, al borde del de sueño). Hacer un repaso de las distintas partes del cuerpo, fomentar lo positivo y pasar al nivel de conciencia hasta el nivel de vigilia.
- j. Duración aproximada de 45 minutos (Sebastiá, 2008).

Entrenamiento autógeno de Schultz.

El Entrenamiento Autógeno es una forma de autohipnosis. Schultz observó que se producían reacciones propias de la acción del Sistema Nervioso Parasimpático: pesadez en los miembros, calor en manos y pies, respiración lenta, etc. Ensayó la administración de sugerencias directas para provocar esos efectos de forma autoaplicada. Así, el sujeto repite “mi brazo derecho está pesado”, hasta lograr ese peso, u otra serie de sugerencias (Pérez Hidalgo, 2009). En esta técnica el núcleo está en el poder de las palabras repetidas de forma monótona para inducir cambios físicos en el cuerpo. Existen tres niveles de trabajo, desde el inicial o físico que busca la relajación a través de sensaciones de calor, pesadez hasta la relajación de órganos internos y la mental. El primer nivel se emplea mucho para el parto, mientras que los otros dos son muy utilizados en enfermedades crónicas y en pacientes con cáncer.

EJEMPLO ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ

- Estoy completamente tranquila (6 veces) se hará referencia a imágenes tranquilizantes, aquello que cada embarazada considere.
- Estoy completamente tranquila, el brazo derecho y el brazo izquierdo pesa. Todo el cuerpo pesa (6 veces).
- Estoy completamente tranquila. Todo el cuerpo pesa el brazo derecho y el brazo izquierdo están calientes. Las piernas están calientes (6 veces). Todo el cuerpo está caliente (6 veces)
- Estoy tranquila todo mi cuerpo pesa y está caliente. El corazón late tranquilo (6 veces).
- Estoy completamente tranquila. Todo mi cuerpo pesa, todo mi cuerpo está caliente, mi corazón late tranquilo. La respiración está completamente tranquila. Intento respirar (6 veces). Estoy completamente tranquila, mi cuerpo pesa, mi cuerpo está caliente, mi corazón está tranquilo, mi respiración está tranquila, mi vientre está caliente (6 veces).
- Estoy completamente tranquila. Todo el cuerpo pesa. Todo el cuerpo está caliente. El corazón late tranquilo. La respiración está tranquila. La frente está agradablemente fresca (6 veces).
- Vuelva a la actividad. Estirar los brazos, contar de 10 a 0, respirar profundamente, movilizarse y abrir los ojos.

Relajación progresiva de Jacobson

Del mismo modo que el Entrenamiento Autógeno, la Relajación Progresiva puede considerarse como una derivación de la hipnosis. Edmund Jacobson buscaba una forma de controlar la tensión muscular después de observar que, en muchos casos, el paciente no era consciente de sus tensiones. Pretendía que los sujetos fuesen capaces de detectar niveles muy sutiles de tensión. La idea de este autor era que las imágenes mentales no existían cuando se producía una relajación completa (Pérez Hidalgo, 2009).

En esta técnica el núcleo está en la conciencia de la tensión muscular para conseguir su control. Hay diferentes variantes, desde la progresiva, en las que se realiza una contracción muscular activa para sentir la contracción y después la relajación, a la pasiva en la que uno se fija en el tono muscular de un grupo de músculos y lo disminuye. Es una técnica muy utilizada en salud física y mental por la sencillez de su fundamento. Si en un músculo hay tensión muscular y esta se mantiene aparecerán sensaciones de dolor y estas generarán ansiedad. Si queremos disminuir la ansiedad y el dolor, lo mejor es quitar la tensión muscular. en el parto puede ser muy útil porque las contracciones uterinas son contracciones musculares y ayuda a que las mujeres no contraigan la musculatura adyacente cuando se contraiga el útero, lo que les permite cierto control y aumenta el umbral del dolor.

Según Jacobson, para poder relajar un músculo es necesario conocer primero la situación opuesta, o sea el estado de tensión. Para ello se propone actividades y ejercicios de cada grupo muscular de la siguiente manera:

EJEMPLO RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

- **Postura inicial**

Ante todo ponte cómoda, con ropa que no te moleste. Siéntate en un sillón, con la cabeza recostada o tumbate. Cierra los ojos, si te apetece. Un fondo musical suave ayuda a relajarte. Afloja los brazos, respira suave y profundamente: toma aire, retenlo unos segundos y expúlsalo muy lentamente.

- **Piernas**

Dobla los pies hacia arriba y contrae las piernas dejando relajado el resto del cuerpo. Fíjate cómo se tensan los músculos de los pies y pantorrillas, de los muslos y de las nalgas. A continuación suelta y relaja tus músculos sintiendo la agradable sensación de tus piernas flojas.

- **Brazos**

Ahora cierra los puños con fuerza, estira los brazos, concéntrate en la tensión que sientes en ellos. Déjalos caer y afloja todos los músculos que tenías contraídos, nota como tus brazos quedan sueltos y ligeros.

- **Genitales**

Concéntrate en tus genitales y nalgas apretándolos y contrayéndolos lentamente como si estuvieras reteniendo la orina. Después relájalos lentamente hasta que dejes de sentir la tensión y repítelo algunas veces seguidas.

- **Pecho**

Toma aire llenando los pulmones al máximo; a continuación suelta todo el aire y repite este ejercicio tres veces seguidas. Finaliza respirando libremente.

- **Hombros**

Sube los hombros hacia la cabeza, como si quisieras meterla entre ellos. Concéntrate en la zona que está tensa y después relájala lentamente. Es posible que notes una cierta calma, paz o tranquilidad que invade tu cuerpo poco a poco y que necesitas cerrar los ojos.

- **Cabeza y cara**

Arrugas la frente y las cejas, aprietas la boca y la lengua hacia el paladar, encogiendo los pómulos, como si estuvieras haciendo “muecas” con toda la cara. Luego relájalos notando como la frente queda lisa y los párpados caen suavemente y siente cómo los músculos de la cara se sueltan. En esta actitud cuenta hasta diez, en voz baja pero escuchándote. Vuelve a contar hasta diez, pronunciando los números sólo para ti, sin que se te escuche. A continuación cuenta nuevamente hasta diez pero mentalmente. Cada vez que cuentas del uno al diez tienes que intentar notar cómo las distintas partes de tu cuerpo están relajadas.

Ahora finalmente todo tu cuerpo puede estar relajado y suelto. Puedes sentirte ligera y con un agradable bienestar. Permanece así unos minutos y aprovéchalo para sentir a tu bebé y comunicarte con él.

- **Salida del ejercicio**

Para volver a la normalidad es aconsejable respirar profundamente tres veces, mover los dedos de las manos y de los pies lentamente. Progresivamente estírate o desperézate como quieras, abre los ojos y levántate cuando te apetezca.

Fuente: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: Recomendaciones para Madres y Padres. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2006

Visualización.

La visualización puede resultar difícil al principio, pero cuando conseguimos concentrarnos en una imagen mental, se convierte en una técnica fácil de realizar.

Una vez controlada la respiración, podemos imaginarnos que nos encontramos solas en una playa desierta, tumbadas tomando el sol notando su confortable calor a la vez que escuchamos el sonido de las olas chocando contra la orilla.

Una vez ubicados mentalmente en el lugar elegido, comenzaremos a observar el entorno que nos rodea:

- a. El color azul del cielo.
- b. Las nubes que pasan volando lentamente.
- c. El color del agua.
- d. La suavidad de la arena de la playa.
- e. El sonido de las gaviotas, etc.
- f. Percepción del olor del mar.
- g. Otros elementos que podamos añadir al entorno.

Lo importante es saber utilizar todos los sentidos durante la técnica de visualización, de forma que se vea, oiga, sienta, saboree y perciba los olores del lugar donde se realice la visualización. El lugar no tiene por qué ser siempre (a modo de ejemplo) una playa, puede ser cualquier lugar donde la embarazada se encuentre relajada.

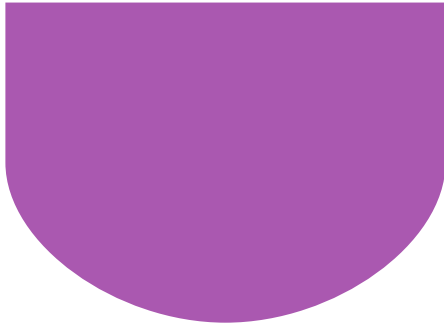
Simulación de la contracción

Se pretende con esta actividad que la mujer perciba sensaciones de tensión muscular similar a la dinámica uterina y que sea capaz de coordinar dichas sensaciones con otras actividades previamente entrenadas (respiraciones específicas, relajación, etc.), mientras se adapta a los periodos intercontractiles (Sebastiá, 2008). Esto se debe incluir como uno de los objetivos del entrenamiento psicofísico de la gestante en este programa de preparación al nacimiento y crianza: lograr que la mujer comprenda la sensación que produce una contracción uterina (López Fernández, 2008)

- a. La mujer deberá permanecer sentada.
- b. Primero se hará sofronización simple; en segundo lugar se realizarán ejercicios específicos de tensión muscular en los muslos (con 3-4 repeticiones será suficiente); por último se volverá al estado inicial (desofronización).

El ejercicio específico de estimulación de la contracción se llevará a cabo de la siguiente manera:

- a. La mujer permanecerá en bipedestación con piernas ligeramente separadas y espalda recta.
- b. Mantendrá la espalda recta, flexionará lentamente las piernas, apreciando la sensación de tensión muscular en los muslos al ir descendiendo el cuerpo; mantener la flexión en mitad del recorrido (máxima tensión) durante 30 segundos; volver a la posición inicial, lentamente, percibiendo el descenso de la tensión muscular en los muslos; por último se sentará y vivenciará las sensaciones de recuperación tras el ejercicio (Sebastiá, 2008).



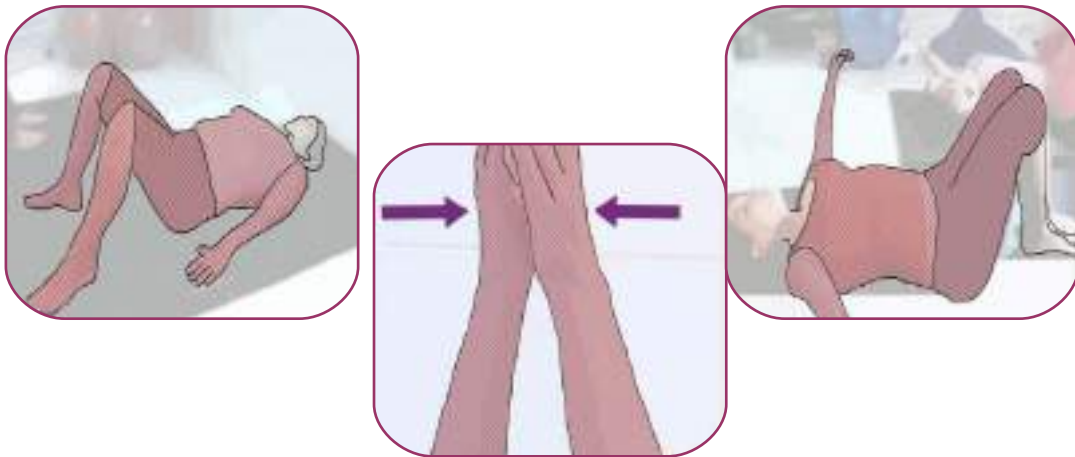
DURANTE EL PUERPERIO

Ejercicio físico durante el puerperio

Los ejercicios de recuperación post-parto están enfocados a una mejora de la forma física y recuperación del suelo pélvico.

Gimnasia post-parto

RESPIRACIÓN TORÁCICA



Ejercicio de oxigenación y relajación que se realizará como preparación del resto de los ejercicios (se hará de pie), así como para finalizar los mismos (se puede hacer en decúbito supino).

Desde la posición inicial, se extienden o se suben (dependiendo si se hace de pie o en decúbito supino, respectivamente) los brazos y finaliza volviendo a la posición inicial.

Se tomará aire por la nariz al extender o subir los brazos y se soltará por la boca al volver a la posición inicial.

TABLA DE EJERCICIOS

PELVIS



Bascular la pelvis: ejercicio que ayuda a corregir las curvas de la columna y a potenciar los músculos abdominales y glúteos.



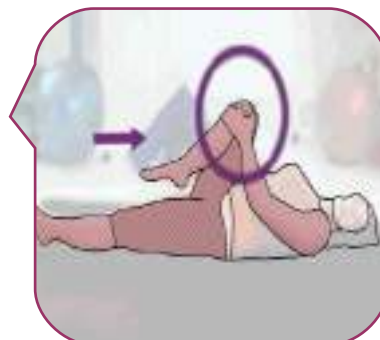
Tumbadas boca arriba, con las piernas ligeramente flexionadas, metemos el vientre hacia dentro, elevando del suelo la cadera, al mismo tiempo que apretamos los glúteos hacia arriba.

Durante todo momento, la espalda estará en contacto con la colchoneta. Mantenemos esta posición de dos a tres segundos y volvemos a la posición de partida relajando suavemente los músculos contraídos.

Alargamiento de músculos de la cadera (Psoas iliaco)

(ayuda a mantener la pelvis en posición correcta):

En decúbito supino, flexionar la rodilla y cadera hacia el pecho, mientras se mantiene la pierna contraria estirada lo más posible. Se debe realizar el ejercicio primero con una pierna y luego con la otra, alternativamente.



GLÚTEOS

Potenciación de los músculos glúteos medios (estabiliza la pelvis y mejora la marcha): En decúbito lateral, subir la pierna 45° sobre la horizontal de la columna y volver a la posición inicial. Realizarlo primero con una pierna y después con otra.



Potenciación de los músculos glúteos mayores:

Arrodillándose en cuadrupedia, alinear los brazos al nivel de las rodillas (en flexión y unidos codo y rodilla), apoyando los antebrazos en la colchoneta, y las rodillas por delante de las caderas, estirar y elevar una pierna procurando que no suba por encima de la columna. Volver a la posición inicial y hacer el ejercicio con la otra pierna.

Alargamiento de los músculos del tórax

Sentada con las caderas y rodillas flexionadas, sujetamos la pelvis con una mano mientras el brazo opuesto lo elevamos al máximo flexionando la parte alta del tronco hacia el lado contrario.

Volvemos suavemente a la posición inicial.

Realizamos el ejercicio primero con un brazo y luego con el otro.



ROTACIÓN DEL TRONCO



Sentadas en el suelo con las piernas abiertas y flexionadas levemente intentamos mantener la columna lo más recta posible.

Con las manos sobre las caderas, en forma de jarra, giramos el tronco suavemente cuanto sea posible, de forma rítmica hacia un lado y hacia el otro. Repetimos este ejercicio alternativamente y acabar en el punto de partida.

Con este movimiento ayudamos a flexibilizar la columna.

ESPALDA



Flexibilizar la columna. Nos sentamos en el suelo con los muslos colocados sobre las espinillas, de tal forma que los pies nos queden bajo los glúteos. Mantenemos la espalda lo más recta posible y, a continuación, avanzamos con las manos intentando tocar la colchoneta con el pecho.

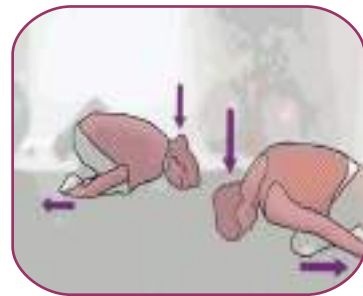


Volvemos a la posición de partida suavemente, manteniendo la pelvis estable.

Potenciación de los músculos altos de la columna

Nos colocamos en el suelo con las piernas flexionadas y ligeramente abiertas, con los muslos colocados sobre las espinillas, de tal forma que los pies nos queden bajo los glúteos.

Con el cuerpo totalmente echado hacia delante y la cabeza apoyada en la colchoneta, empezamos a elevar los brazos y suavemente subimos cabeza y tronco. Volvemos gradualmente a la posición de partida, manteniendo la barbilla metida en todo el recorrido.



EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

1. **Ejercicios de Kegel (realizarlos tres veces al día)**

Los ejercicios de Kegel, o ejercicios de contracción del músculo pubocoxígeo, son unos ejercicios destinados a fortalecer los músculos pélvicos. Estos ejercicios se idearon para controlar la incontinencia urinaria de la mujer tras el parto. El propósito de los ejercicios es fortalecer los músculos de la zona pélvica y mejorar la función del esfínter uretral y rectal. El éxito de los mismos depende de la práctica apropiada de la técnica y un disciplinado cumplimiento del programa de ejercicios.

Los ejercicios pueden realizarse en cualquier momento y lugar. Muchas mujeres prefieren hacerlos acostadas o sentadas en una silla. Tras un plazo de 4 a 6 semanas se debe encontrar mejoría, pero en algún caso pueden transcurrir hasta 3 meses para notar cambios.

Durante la ejecución de los ejercicios no deben sentirse molestias ni en el abdomen ni en la espalda: si esto sucede es que se están realizando de forma incorrecta. Hay quien contiene la respiración o aprieta el tórax mientras contrae los músculos del piso pélvico; esto no es recomendable, lo correcto es que se relaje y se concentre en los músculos del piso pélvico.

Principiantes

- a. Vaciar la vejiga.
- b. Contraer los músculos de la vagina hacia el interior de la cavidad abdominal durante tres segundos y relajar. Repetir 10 veces.
- c. Contraer y relajar lo más rápido que se pueda. Repetir 25 veces.
- d. Imaginar que se sujeta algo con la vagina, mantener esta posición durante 3 segundos y relajar. Repetir 10 veces.

Iniciadas

- a. Tumbarse en el suelo con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cara a cara.
- b. Mantener los músculos del estómago y de la vagina en posición relajada.
- c. Imaginar mentalmente las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos (no se deben flexionar los músculos del estómago ni presionar los glúteos. Seguir dos veces más.
- d. Contraer lentamente contando hasta diez.
- e. Relajar contando hasta diez y volver a empezar.

El ejercicio debe hacerse durante diez minutos.

Hay tres métodos para identificar los músculos sobre los que va a realizar el programa. Se les pueden dar a las gestantes o púerperas las siguientes instrucciones:

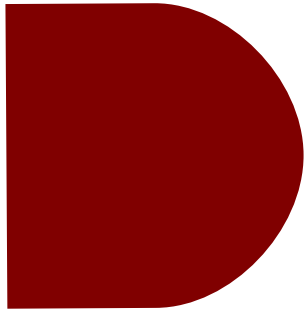
- a. Imagine que está tratando de evitar la salida de aire del intestino o de controlar un episodio de diarrea, contraiga los músculos que usaría para hacerlo. Si tiene la **sensación de contracción**, quiere decir que esos son los músculos que tiene que ejercitar.
- b. **Tacto vaginal**: Acuéstese e introduzca un dedo en la vagina. Apriete como si estuviera tratando de detener la salida de orina. Si siente que aprieta el dedo, está utilizando los músculos correctos.

Es muy importante que apriete sólo este grupo muscular y no apriete otros músculos al mismo tiempo (abdomen, caderas, nalgas...), ya que, al hacerlo, puede ejercer más presión sobre los músculos que controlan la vejiga y obtener un efecto contrario al deseado.

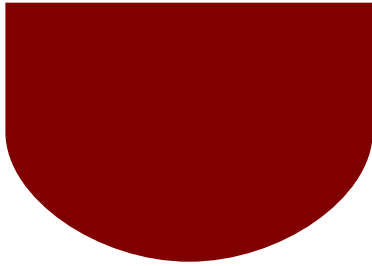
2. Gimnasia abdominal hipopresiva

Las Técnicas Hipopresivas fueron creadas por el Doctor en Ciencias de la Motricidad y especializado en rehabilitación Marcel Caufriez, a través de su dedicación a la reeducación uro-ginecológica. En 1980 las denominó “Aspiración diafragmática” y a partir de ellas se construyó en laboratorio la Gimnasia Abdominal Hipopresiva, cuyo objetivo inicial era buscar una técnica de fortalecimiento muscular que fuese beneficiosa para la faja abdominal pero sin efectos negativos sobre el suelo pélvico.

En la iniciación, al igual que en cualquier otro programa de ejercicio, conviene seguir una progresión en el aprendizaje, por eso en las primeras dos semanas conviene hacer dos sesiones semanales de entre 15 y 20 minutos y a partir de ahí practicar todos los días entre 20 minutos hasta que las pruebas de competencia abdominal y perineal determinen que exista una reprogramación completa del tono y función.



SECCIÓN IV. CUESTIONES TRANSVERSALES



DERECHOS DE LA GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO/A DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

El embarazo, parto y puerperio sitúan a la mujer en una posición especialmente vulnerable para la cual la legislación ha establecido una serie de normas que intentan protegerla en beneficio de su salud y la de su hijo o hija. Unos derechos se establecen en el ámbito sanitario y otros en el ámbito laboral.

Derechos en el ámbito sanitario

Toda mujer que queda embarazada, independientemente de su situación administrativa en nuestro país, tiene derecho a la atención sanitaria de forma universal y gratuita durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. Una vez ha accedido al sistema sanitario, y por tanto como usuaria, la legislación otorga la máxima protección a su autonomía, intimidad y dignidad.

Derecho a la información

Los profesionales sanitarios que están en contacto con la mujer deben identificarse con su nombre y categoría profesional así como informarle de su situación y de toda actuación o procedimiento que se le vaya a realizar. La información debe ser veraz, emitida de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, con el objetivo de que pueda tomar decisiones de acuerdo a su propia y libre voluntad. La cantidad de información a ofrecer dependerá de las demandas de las usuarias, pero en cualquier caso debe contener la naturaleza del procedimiento, fines, riesgos y posibles consecuencias para su salud o la de su hijo. La mayor parte de la información será oral, por lo que la información escrita se restringe para aquellos procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos invasores, o que puedan suponer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre su salud. También tiene derecho a no recibir ninguna información y a elegir a qué persona se le informará sobre su proceso.

Derecho a decidir

Una vez informada adecuadamente, la mujer podrá ejercer su derecho a consentir o no ante determinadas actuaciones concretas que van surgiendo a lo largo del proceso y no antes. Este derecho es la máxima expresión de la autonomía de la mujer para decidir

sobre su propia salud y su propio cuerpo, y será emitido de forma verbal en la mayoría de las ocasiones. Solo ante determinados procedimientos invasores o con mayor riesgo de consecuencias negativas, el consentimiento se obtendrá de forma escrita, en los formularios de *Consentimiento Informado* diseñados específicamente para dichas intervenciones, pudiendo ser revocado en cualquier momento. El hecho de que una mujer decida no someterse a determinada intervención, aunque forme parte del protocolo establecido, no dará lugar al alta forzosa sino por el contrario deberá ser informada y ofrecerle las alternativas disponibles. Ya que la situación de la mujer gestante o puérpera se puede considerar de especial vulnerabilidad, los profesionales deberían establecer las garantías suficientes para asegurar que su consentimiento ha sido emitido de forma libre de manipulación y coacción. Ante casos excepcionales en los que la decisión de la mujer embarazada pueda conllevar un riesgo vital para su hijo o hija, deberá ser un juez el que finalmente decida sobre la pertinencia o no de la intervención. Aún así, si ésta es de urgente necesidad habrá que intervenir sin demora para evitar la muerte fetal, y dejar constancia por escrito de los motivos de la intervención, del proceso de negociación y aviso al juez.

Con respecto al recién nacido, los padres o tutores en su caso, sustentan la patria potestad, por lo que son los responsables de tomar las decisiones con respecto a su salud. No obstante ante una actuación concreta que plantee un conflicto de valores entre los padres/tutores y el equipo asistencial, debe tenerse en cuenta que los principios de la bioética de no maleficencia y justicia prevalecen sobre los de autonomía y beneficencia.

Derecho a elegir

La libre elección entre las opciones clínicas disponibles es un derecho de las mujeres embarazadas. Entre estas opciones se encuentran la realización o no de pruebas de *screening* bioquímico o de amniocentesis para la detección precoz de anomalías cromosómicas cuando esté indicada; conocer o no el sexo de su hijo o hija antes del nacimiento; utilizar ropa propia o bien proporcionada por el hospital; utilizar la postura que desee para parir; el tipo de monitorización fetal continua o intermitente; deambular o permanecer tumbada; recibir o no analgesia epidural u otro tipo de medidas de alivio del dolor; utilizar materiales de apoyo durante el parto del hospital o propios; estar sola o acompañada durante el parto y estancia hospitalaria, así como elegir al acompañante y/o la persona que podrá recibir información sobre su estado; contar con la presencia de una persona que actúe de traductor o no en casos de dificultad idiomática; cortar el cordón umbilical y donar o no la sangre del mismo; tener o no contacto inmediato o precoz piel con piel con su recién nacido; alimentarlo de forma natural o artificial; administrarle medicamentos profilácticos y vacunas recomendadas, así como realizarle los cuidados e higiene por ella u otra persona que considere.

El *Plan de Parto* se configura como la expresión por escrito de los deseos de la mujer con respecto a la atención sanitaria de su parto y estancia hospitalaria, y en él quedan identificadas sus preferencias. Los profesionales deben incentivar a las mujeres a reflexionar sobre todos estos aspectos, fomentando así el protagonismo en su embarazo y parto, así como conocer sus preferencias e intentar respetarlas al máximo teniendo en cuenta la buena praxis y dentro de las posibilidades reales y disponibles del centro.

Derecho a la intimidad

Comprende la intimidad física y la intimidad moral o confidencialidad. La mujer embarazada se encuentra expuesta por la naturaleza de su estado a una mayor vulnerabilidad de su intimidad física, siendo precisamente sus órganos genitales el principal foco de atención sanitaria. Por ello precisamente requiere una mayor protección. Las exploraciones mamarias o ginecológicas, deberán ser las mínimas y necesarias para descartar procesos patológicos, o determinar la evolución del parto y puerperio, debiendo ser realizadas por aquellos profesionales encargados específicamente de su cuidado y a los que la mujer debe conocer y dar su consentimiento. Asimismo el lugar de las exploraciones debe garantizar la suficiente privacidad con respecto a otros usuarios o profesionales. Por otro lado hay que tener en cuenta el derecho a la intimidad física y moral del recién nacido, como sujeto que requiere la máxima protección por su elevada vulnerabilidad.

Con respecto a la intimidad moral o confidencialidad de los datos relativos al estado de salud de la mujer y su hijo, la legislación es contundente, de manera que nadie puede acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. La usuaria, por otro lado, tiene el derecho de acceso a la documentación de su historia clínica y a obtener copia de los datos que en ella figuran. Las instituciones sanitarias deben regular y garantizar la observancia de estos derechos.

Derecho a la dignidad

Todo ser humano, debe ser considerado como sujeto de derecho y no como objeto para los fines de otros, por muy loables que éstos sean. Las mujeres embarazadas y los menores constituyen grupos de especial vulnerabilidad y por tanto de una mayor necesidad de protección. Esto se traduce en que la mujer embarazada y su hijo o hija en ningún caso podrán ser utilizados como objetos de investigación o docencia sin pleno conocimiento y consentimiento de la mujer y/o padres. Ante la intención de que la información relativa a su proceso de salud/enfermedad forme parte de un estudio de investigación, o se les someta a prácticas destinadas a ello, aunque se traten de las mismas que se realizarían en la atención asistencial rutinaria, los investigadores no sólo deben contar con la aprobación de su proyecto por parte de un Comité de Investigación que valorará su pertinencia clínica, calidad metodológica, y garantías éticas, sino que deben informar a la mujer y/o padres sobre sus objetivos, con la suficiente exhaustividad para que puedan ofrecer o no su consentimiento por escrito. El hecho de que rehúse su participación no puede conllevar ningún tipo de alteración o represalia implícita o explícita en la relación establecida entre profesionales y usuarios.

Por otro lado ante la posibilidad de que se les realicen intervenciones con un fin docente en caso de tratarse de un hospital universitario, o de un centro con estudiantes de medicina y/o ciencias de la salud, o con residentes de obstetricia y ginecología, pediatría, medicina familiar o matronas, éstos no están exentos de cumplir la ley. La mujer y/o padres deben de conocer las identidades y categorías profesionales de los que les atienden, ser informados sobre la intervención a realizarles y dar su consentimiento para que el estudiante o profesional en formación sea el ejecutante, el cual además en todo momento debe estar supervisado por el profesional adjunto asignado directamente al cuidado de la mujer y/o su hijo o hija.

Derechos en el ámbito laboral

Durante el Embarazo

Riesgo laboral

La mujer embarazada tiene derecho a que la empresa evalúe los riesgos a los que puede estar sometida ella y/o su hijo o hija en su puesto de trabajo y a que los servicios médicos de la entidad gestora o mutua acrediten que las condiciones del puesto influyen de forma negativa sobre su salud o la de su hijo o hija. En caso de revelarse algún riesgo, la empresa debe adoptar las medidas necesarias para evitar la exposición al mismo, adaptando sus condiciones o el tiempo de trabajo, pudiendo contemplarse la no realización de trabajo nocturno o por turnos. Si no es posible adaptar estas condiciones o el tiempo, la trabajadora afectada deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado, reincorporándose después al suyo. En caso de que no existiera una plaza de este tipo, podría ser destinada a otra no correspondiente a su grupo o categoría equivalente, conservando el derecho al conjunto de retribuciones de su puesto de origen. Y si esto tampoco pudiera ser posible, se puede declarar una situación de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo. Ya que se trata de una contingencia profesional, recibirá una prestación económica equivalente a la establecida para la prestación de incapacidad laboral temporal, no siendo necesario un periodo previo de cotización. Pueden acceder a esta prestación las trabajadoras afiliadas a cualquier régimen social, incluido el Régimen Especial de Empleadas de Hogar, así como el colectivo de Autónomas. Aunque no es obligatoria la comunicación por parte de la trabajadora de su estado de gestación a la empresa, si ésta lo desconoce, no se podrá reconocer su situación legal y exigir la adaptación de medidas oportunas.

Hay que diferenciar claramente una situación en la que la evolución clínica del embarazo cursa con algún tipo de problema, que en tal caso se trataría de una situación de Incapacidad Temporal por Enfermedad Común, de la situación en que la fuente del problema es la exposición laboral, en una trabajadora cuyo embarazo evoluciona clínicamente sin ningún problema. La prestación económica por riesgo durante el embarazo consiste en un subsidio equivalente al 75% de la base reguladora y se gestionará por el INSS.

Toda esta normativa es aplicable también a la mujer lactante y finalizará el día en que se inicie la suspensión del contrato por maternidad biológica o el lactante cumpla nueve meses, o en ambos casos, cuando desaparezca la imposibilidad de la trabajadora de reincorporarse a su puesto anterior o a otro compatible con su estado. La prestación por riesgo laboral durante la lactancia natural no procede mientras no se haya extinguido el periodo de descanso por maternidad en su totalidad, cualquiera que sea el miembro de la pareja que lo disfrute, y mientras dure, la trabajadora deberá aportar un certificado médico mensual del pediatra del Servicio Público de Salud.

Permisos

La mujer trabajadora tiene derecho a ausentarse del trabajo, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previo aviso a la empresa y justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo.

Despido

La trabajadora embarazada no está obligada a informar de su estado de gestación a la empresa y su despido, o de aquella mujer que se encuentre disfrutando de alguno de los derechos anteriores, será considerado nulo por causas objetivas o despido disciplinario, salvo que por un órgano judicial se declare su procedencia por motivos no relacionados con estas causas.

Los Tribunales han considerado discriminatoria y nula la decisión de no prorrogar un contrato temporal debido al embarazo o maternidad de la trabajadora y también la rescisión del contrato en el periodo de prueba por esta causa.

Después del Parto

Permiso de Maternidad:

Debido al parto la mujer trabajadora, por cuenta ajena o autónoma, tiene derecho a dieciséis semanas de permiso por maternidad, que puede distribuir según su deseo. Este tiempo, o una parte determinada de él, puede ser compartido por el otro miembro de la pareja de forma simultánea o sucesiva, a excepción de seis semanas postparto que son exclusivas para ella. El permiso se amplía en el caso de parto múltiple dos semanas por hijo a partir del segundo. Si las normas que regulan la actividad de la mujer no le permiten tomarse este permiso, la pareja puede hacerlo de forma completa. En caso de muerte del hijo el tiempo no se reduce salvo que pasadas las seis semanas obligatorias postparto, la mujer desee incorporarse a su puesto de trabajo. La cuantía de la prestación económica derivada del permiso de maternidad, desde el primer día en que se comienza el descanso, es del 100% de la base reguladora siempre que la mujer trabajadora haya cotizado al menos 180 días en los 5 años anteriores al parto.

Cuando el recién nacido deba permanecer hospitalizado, el tiempo de permiso comenzará a computar a partir de su alta, excluyéndose las seis semanas postparto obligatorias. Si el ingreso supera los siete días, se ampliará tantos días como dure la hospitalización hasta un máximo de trece semanas.

En caso de adopción o acogimiento el tiempo de permiso por maternidad mantiene las mismas condiciones que en el caso de parto. Este tiempo puede ser compartido por ambos miembros de la pareja de forma simultánea o sucesiva, siempre por periodos ininterrumpidos. Si la adopción es internacional y la pareja debe desplazarse al extranjero, puede comenzar hasta cuatro semanas antes de la resolución judicial de adopción.

Si el hijo o menor adoptado o acogido presenta alguna discapacidad, el permiso por maternidad se amplía dos semanas más ininterrumpidas, e igualmente puede ser compartido entre los dos. Durante el tiempo de suspensión de contrato, los trabajadores pueden beneficiarse de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a las que hubiera podido tener derecho durante ese tiempo.

Permiso por Paternidad

El permiso de paternidad en España es de 12 semanas desde el 1 de enero del 2020. La duración aumentará en el 2021 a 16 semanas, con lo que se equiparará con el permiso de maternidad. A partir del 1 de enero del 2020, en el caso de nacimiento, el otro progenitor cuenta con un periodo de suspensión total de 12 semanas, de las cuales las cuatro primeras debe disfrutarlas de forma ininterrumpida inmediatamente tras el parto. La madre biológica puede ceder al otro progenitor un periodo de hasta dos semanas de su periodo de suspensión de disfrute no obligatorio (Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación).

Permiso por Lactancia

Hasta los nueve meses la mujer lactante o padres trabajadores pueden disfrutar de un permiso de ausencia por lactancia de una hora en la jornada de trabajo. Esta hora la pueden partir en dos, acumular el tiempo en jornadas completas o reducir su jornada en media hora con la misma finalidad, acogiéndose a la negociación colectiva y de acuerdo con la empresa, previo aviso con quince días de antelación del comienzo y fin del permiso. En caso de que los dos miembros de la pareja trabajen, solo podrá disfrutarlo uno de ellos.

Reducción de jornada

Una mujer madre o tutora puede solicitarla si tiene un menor de hasta ocho años a su cargo, pudiendo elegir el momento de la jornada diaria y el horario, aunque los convenios colectivos podrán establecer criterios para la concreción horaria. La trabajadora deberá avisar a la empresa con quince días de antelación cuando se plantee el inicio y terminación del permiso. La reducción del salario será proporcional a la de la jornada, oscilando entre un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquella.

Excedencia por cuidado de hijos

Los trabajadores tienen derecho a un periodo de excedencia máximo de tres años para el cuidado de hijos (naturales, adoptados o acogidos) desde el momento del nacimiento o resolución judicial. Este derecho se reduce a dos años fraccionables (según negociación colectiva puede ser mayor) cuando el cuidado es para un familiar que no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida, hasta un segundo grado de consanguinidad o afinidad. La reserva del mismo puesto de trabajo se mantiene durante el primer año, y en los sucesivos sólo se conservará el grupo profesional o categoría equivalente. Este tiempo computará a efectos de antigüedad. En el supuesto de que ambos miembros de la pareja trabajen en la misma empresa, ésta puede limitar su ejercicio simultáneo por motivos justificados.

Vacaciones

Cuando por causas debidas a incapacidad por el embarazo, parto o lactancia natural, o por suspensión del contrato de trabajo, la mujer no haya podido tomar sus preceptivas vacaciones, cuando estas condiciones concluyan tendrá derecho a disfrutarlas incluso en fecha distinta a la establecida por la empresa y aunque el año natural al que corresponden las vacaciones haya terminado. Por otro lado, si el permiso de paternidad coincide con las vacaciones, éstas se tomarán una vez finalizado el mismo.

Nacimiento de la hija o hijo, hospitalización o enfermedad grave

Las trabajadoras y los trabajadores tendrán derecho a dos días de permiso por estas causas previo aviso y justificación a la empresa. Si es preciso hacer un desplazamiento con tal motivo, el permiso será de cuatro días.

Normativa básica

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Constitución Española, Artículos 9.2, 15 (1978).
- Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 2/2009 de 11 de Diciembre de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa (1994).
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (1997) o Convenio de Oviedo, en vigor en España desde 2002.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Ley Orgánica 14/2007 de 3 de Julio, de investigación biomédica.
- Código Deontológico de la Enfermería (1989).
- Declaración de la Asociación Médica Mundial (2002).
- Ley 2/1998 de 15 de Junio, de Salud de Andalucía.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Decreto 101/1995, de 18 de Abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños durante el proceso de nacimiento.
- Estatuto de los trabajadores, Artículos 39, 45.1, 48.5, 53 y 54.
- Directiva 92/85/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.
- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de prevención de riesgos laborales.
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor.
- Ley 39/1999 de 5 de Noviembre para la conciliación de la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras.
- Real Decreto 1251/2001 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

Sustituido por el Real Decreto 295/2009 por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Real Decreto legislativo 5/2000 de 4 de Agosto. Texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social.
- Real Decreto 298/2009 de 6 de Marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de Enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia.
- Real Decreto-Ley 3/2012 de 10 de Febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Modificaciones en materia de conciliación de la vida laboral y familiar.
- Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.
- Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.



EMPODERAMIENTO E INTERCULTURALIDAD EN EL PROCESO DE MATERNIDAD

Atención al nacimiento en España

En España, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, se han producido grandes cambios en la asistencia a embarazadas y parturientas y en la crianza de los bebés, así como en el apoyo familiar prestado: desde un ámbito privado y femenino hasta otro tecnológico y público, con una mayor implicación masculina en la crianza. Hasta la década de los 60 del pasado siglo, la mayoría de los partos en España eran realizados a domicilio; a partir de ese momento la infraestructura hospitalaria asumió totalmente la atención, con protocolos asistenciales que no contemplaban los derechos de las mujeres.

El parto ha pasado de ser un acontecimiento social compartido por la comunidad, en el que las mujeres contaban con el apoyo y experiencia de otras mujeres familiares, profesionales o amigas, a estar en manos de profesionales de la salud. La pérdida del protagonismo durante este proceso ha coincidido con el traslado en la atención desde el hogar a los centros hospitalarios, llevando a una mayor intervención sanitaria y a una invisibilidad de las necesidades de las mujeres.

De forma paralela a la medicalización y al traslado del ámbito socio-familiar al médico-institucional, en la década de los setenta se desarrolló una corriente de educación o preparación al parto que tenía como objetivo fundamental que las mujeres se adaptaran a las normas establecidas en los hospitales, en lugar de prepararlas para que se plantearan la forma en que querían vivir su parto.

A pesar de que el nacimiento y la crianza tienen un importante componente bio-psico-social, la asistencia socio-sanitaria que se ha venido prestando en nuestro entorno ha atendido prioritariamente los aspectos fisiológicos y biológicos, desatendiendo las cuestiones psicosociales que intervienen en estos procesos. Bajo el paradigma de la medicalización, el personal sanitario se ha centrado básicamente en los aspectos tecnológicos y curativos, entendiendo el parto como un proceso patológico y a la mujer embarazada como a una “paciente enferma”.

En los últimos años, la mejora en las condiciones socio-económicas de la población unida al desarrollo de la tecnología sanitaria, han contribuido a mejorar los resultados perinatales, de modo que la calidad científico-técnica está asegurada. De hecho, tenemos unos indicadores sanitarios que nos colocan entre los países más seguros para dar a luz. Nuestros servicios sanitarios garantizan una adecuada asistencia obstétrica y de neonatología, en particular en los casos de riesgo o complicados. En el modelo

medicalizado se ha mantenido la tendencia a atender todos los partos, tanto de alto como de bajo riesgo, utilizando un similar nivel de tecnología. De este modo, la atención al nacimiento se ha visto afectada por un gran intervencionismo, en un aspecto del ciclo vital que no es más que un proceso fisiológico.

La medicalización, que ha aportado muchas luces, también ha supuesto muchas sombras, y por ello ha sido criticada por diversos organismos. Compromete los derechos fundamentales de las mujeres, sobre todo en lo que se refiere al derecho a la autonomía y a la capacidad de decisión y de elección, dado que presupone que el sistema sabe lo que es mejor para las usuarias. En este modelo, los deseos de las mujeres y de sus familias, con frecuencia han quedado subordinados a las prioridades de las organizaciones asistenciales, creando insatisfacción con respecto a la experiencia del nacimiento.

En algunos países de Europa y de América del Norte, han aparecido movimientos de mujeres y de profesionales en defensa de una asistencia menos intervencionista, que han conseguido movilizar las estructuras imperantes. En España se ha generado en los últimos años un debate público, en principio liderado por las asociaciones de mujeres, reclamando un mayor protagonismo y una mayor participación en las decisiones que las afectan en el proceso de atención al nacimiento. La asociación más representativa, “El parto es nuestro”, que aúna las voces de mujeres, profesionales sanitarios y profesionales liberales, propugna una asistencia al parto con menos intervención, más acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Esta asociación, a través de los medios de comunicación, ha dedicado un gran esfuerzo en la realización de campañas dedicadas a crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la atención al parto en España. Sin embargo, a día de hoy, la demanda de mujeres y el movimiento de ciertos profesionales a favor de un parto más natural o normal en el entorno hospitalario, choca con las resistencias al cambio, tanto institucionales como profesionales, que sin embargo han hecho progresos en los últimos años.

En el caso de Andalucía, el programa de salud materno-infantil, uno de los programas prioritarios de la Consejería de Salud impulsado en 1985, ha cumplido veinticinco años de andadura. Las madres andaluzas han visto transformada la atención recibida durante el parto en el transcurso de estos últimos años. Se han producido avances, que han ido encaminados a fomentar la humanización del proceso de nacer, promocionar la presencia de los padres, y garantizar la elección de métodos analgésicos, entre otros aspectos, aunque el eje esencial ha sido recuperar el protagonismo de la pareja en un marco de atención humanizado y hacer de las mujeres las protagonistas de su maternidad. Todo ello basado en la premisa de que la “asistencia más humanizada es compatible con la aplicación de la tecnología más avanzada”.

La necesidad de humanizar la atención al proceso de nacimiento, tuvo su expresión normativa en la publicación, por parte de la Junta de Andalucía del Decreto 101/95 de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños durante el proceso de nacimiento, mediante el que se impulsan los siguientes aspectos: mejora de la información a la pareja, estímulo del vínculo materno-filial, mejora de la continuidad de la atención, desarrollo del trato personalizado, participación en las decisiones, modificación de las estructuras hospitalarias, concreción del acompañamiento, y organización de las técnicas de respuesta al dolor. La última expresión en términos de

mejora de calidad que el programa materno-infantil ha incorporado, ha sido la definición del **Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio**, que en 2005 fue revisado para incidir de manera especial en los cuidados al parto normal, abogando por una asistencia no intervencionista.

El **Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía**, ha impulsado proyectos de mejora en la atención al nacimiento en los hospitales de la red sanitaria pública. Este plan parte de la premisa del reto que supone para la práctica sanitaria el avance en la humanización, pudiendo ser perfectamente compatibles las nuevas tecnologías con la participación de las protagonistas. Las buenas prácticas en humanización de la atención perinatal no tratan de aspectos necesariamente clínicos; por el contrario, ponen el acento en los que conciernen a la esfera psicológica y social, centradas en las personas a las que se presta atención. Se consideran buenas prácticas, desde un punto de vista de la humanización, aquellas que sirven para proporcionar un trato más respetuoso de los derechos, de las expectativas y de los deberes de las personas protagonistas del proceso de nacer: la madre, el hijo o la hija recién nacido, el padre y la familia en general.

En respuesta a las demandas sociales, profesionales, y de las administraciones sanitarias autonómicas en relación a la atención al parto en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo lideró durante 2007 un proceso participativo con las personas y colectivos implicados: la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”. Se elaboró un documento, fruto de la revisión de la evidencia científica, en el que trabajaron conjuntamente sociedades profesionales, asociaciones de mujeres, administraciones sanitarias autonómicas, y expertos en la materia, que consensuaron sus voces. Este proceso culminó con la aprobación de la estrategia en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en octubre de 2007, y la posterior publicación de un documento que propugna un modelo de atención al parto “no medicalizado” o de “baja medicalización”.

El propio Ministerio de Sanidad reconoce que aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, sobre los que hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejora. Así, desde esta propuesta de ámbito nacional, se entiende que la atención al parto en España es muy segura, pero que puede ser mejorada en tres frentes, propiciando puntos de encuentro entre el saber científico, el saber de las mujeres y el de los profesionales:

- Eliminando prácticas innecesarias, hasta ahora habituales en la asistencia al parto normal, y promoviendo el uso de prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Potenciando el protagonismo de las mujeres y de sus familias, mediante la información actualizada y basada en la evidencia, a través del fortalecimiento de su relación con los profesionales.
- Humanizando y dignificando la atención sanitaria, mejorando la calidad en el acompañamiento y la calidez del escenario donde se desarrolla el parto, en un entorno más amigable.

Asimismo, también reconoce que los Planes Autonómicos de Salud no contemplan demasiado los aspectos relacionados con los derechos a la atención de calidad en materia sexual y reproductiva. El derecho a la participación en la toma de decisiones no se ejerce plenamente porque no siempre se informa a las mujeres sobre las pruebas, ni sobre el derecho a decidir sobre éstas; asimismo no siempre se evalúan expectativas, o se asesora a las interesadas sobre los planes de parto. Por ello, el objetivo sustancial de la Estrategia es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada, más centrada en las expectativas y necesidades particulares de las personas usuarias, cada vez más conocedoras y exigentes con la calidad asistencial. Se trata de conseguir unos resultados perinatales excelentes, con una mejora en la calidad y satisfacción de las mujeres y sus familias en un proceso tan humano y personal como es el nacimiento.

Abordaje del derecho a la información y a la decisión en los programas de preparación al nacimiento

Actualmente en España predomina un modelo de asistencia que está en transición. Al igual que otros países de nuestro entorno, se afronta el reto de la calidad en la atención al parto, con una práctica clínica basada en la evidencia científica y al mismo tiempo con un modelo de atención centrado en las personas usuarias, todo ello sin perder de vista la sostenibilidad del sistema público de salud. Se trata, por tanto, de incorporar una mayor calidez a la calidad en la atención al parto, a la misma vez que se empodera a las mujeres en sus derechos asistenciales.

Uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a la libre decisión, lo que implica ofrecer que las mujeres y sus parejas puedan tomar las decisiones informadas y de forma autónoma sobre el cuidado que desean recibir en el proceso de embarazo, parto y puerperio y en los cuidados de los recién nacidos.

En este sentido, la preparación al nacimiento y crianza tiene un papel esencial como dinamizador de la información y de la toma de decisiones por parte de las mujeres y de sus familias. La matrona debe proporcionar a la mujer y a su pareja durante el control prenatal y en la Preparación al Nacimiento y Crianza, información de todas las opciones posibles para el proceso de nacimiento, para que así puedan planificar el tipo de atención al parto que desean y tomar decisiones informadas.

En nuestros días, la participación activa de las mujeres para que tengan poder de decisión en cuanto a su salud implica que éstas y sus familias conozcan en profundidad el periodo reproductivo por el que atraviesan, se involucren en los cuidados que reciben, y participen activamente. El empoderamiento de las mujeres supone que sean capaces de vivir su proceso de parto siendo las protagonistas del mismo. Pero para que puedan participar y tomar decisiones en este proceso tan importante de sus vidas tienen que estar bien informadas.

El acceso a la información es un derecho respaldado por el marco legal vigente (Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente). Esta información debe ser: a) completa, considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; b) oportuna a las necesidades de las mujeres; c) comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información; y d) disponible en el formato adecuado.

Las mujeres embarazadas que carecen de información tampoco tienen la capacidad de opinar, discutir y decidir conjuntamente con los profesionales de la salud que las atienden. Esta capacidad de las usuarias contribuye a generar una relación más igualitaria, donde el debate se genera basándose en los conocimientos y expectativas de ambas partes, pero con la inclusión de las necesidades y deseos de las usuarias embarazadas. De este modo, las decisiones sobre las prácticas a utilizarse serán compartidas, consensuadas y asumidas co-responsablemente.

La participación de las mujeres constituye un principio de autonomía que implica la toma de decisiones conjuntas mediante un proceso en el cual, usuaria y profesional comparten información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado. Pretende abandonar el clásico modelo paternalista en la relación médico-paciente y adoptar un nuevo modelo de alianza, consenso y responsabilidad compartida. Implica pasar del acatamiento y dependencia pasiva, a la cooperación y participación activa en temas de salud.

Por todo ello se recomienda (MSC, 2008):

- Asegurar y garantizar el acceso y comprensión de la información a las mujeres sobre el proceso fisiológico del parto y sobre el conocimiento disponible acerca de las diferentes prácticas clínicas en la atención.
- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo a sus necesidades y expectativas.
- Respetar las decisiones que tome la mujer acerca de las actuaciones de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo) dentro del marco de seguridad y calidad en su atención.
- Garantizar el reconocimiento del derecho de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación al bebé recién nacido.
- Facilitar y garantizar que las mujeres y asociaciones de mujeres participen en la evaluación de la atención al parto y nacimiento, teniendo en cuenta la evidencia científica.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la participación de las mujeres en la toma de decisiones.
- Facilitar a las embarazadas y sus parejas el conocimiento de la maternidad y de su personal antes del parto y la existencia de grupos de apoyo.
- Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a participar activamente en la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y posparto.
- Investigar estrategias que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y consistente a sus valores y creencias.
- Establecer los mecanismos para garantizar a todas las usuarias hacer uso de su derecho a tomar decisiones informadas en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud.

- Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (videos, testimonios de mujeres...).
- Establecer programas de educación sanitaria que propicien la participación activa de la comunidad en temas sanitarios.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante el proceso de toma de decisión.
- Facilitar a las personas con dificultades de comunicación los mecanismos adecuados que les permitan acceder a la información adecuada y ejercer su derecho a participar activamente de acuerdo a sus posibilidades.
- Comprometer a las y los profesionales y capacitar a la ciudadanía para promover un ámbito propicio que favorezca la participación efectiva y la toma de decisiones compartida sobre asistencia sanitaria.

Derechos e interculturalidad

La población inmigrada ha aumentado en España, presentando además unas elevadas tasas de natalidad, de modo que en este momento la proporción de partos de mujeres inmigradas oscila entre el 20 y el 50% de todos los atendidos en los hospitales públicos. Las mujeres inmigradas en nuestro medio son muchas y de muy diversas procedencias, se encuentran mayoritariamente en edades reproductivas, lo que condiciona que sus demandas prioritarias de salud estén relacionadas con la salud reproductiva y la atención infantil. Además, son vulnerables a las desigualdades socio-sanitarias, sobre todo en el acceso a los servicios sanitarios.

La migración, junto a la discapacidad y la diversidad, constituye un aspecto esencial y transversal de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. La estrategia reconoce que “la participación activa de las personas migradas en las políticas públicas es fundamental para el éxito y la pertinencia de las mismas, al ajustarse así a las diversidades existentes en cada territorio. Para ello es necesario tener en cuenta las diferentes realidades de las y los inmigrantes dependiendo de sus países de origen, cultura y etnias”. Además, “estas dificultades se ven motivadas en ocasiones por el desconocimiento de sus derechos, de las estructuras, de las formas de acceso a los recursos y de los métodos de prevención y tratamiento; la percepción de las instituciones públicas más como una amenaza que como una fuente de protección, las dificultades con los diversos idiomas, tanto por parte de la población inmigrante como de los servicios de salud y la falta de redes de apoyo. Además, es necesario tener en cuenta a las personas con situaciones irregulares desde un punto de vista administrativo, ya que sin duda dificulta el ejercicio de sus derechos de ciudadanía” (MSPS, 2010).

La atención al nacimiento tiene que tener en cuenta la discapacidad (o diversidad en las capacidades), la equidad de género, y la sensibilidad a la diversidad cultural. Existe un amplio número de mujeres que por distintas circunstancias lingüísticas, socio-económicas o de falta de participación en la vida política, ven mermados sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. La realidad multicultural lleva a considerar que los condicionantes culturales y estructurales de las mujeres inmigradas, las circunstancias que viven en nuestro medio, así como las dificultades de comunicación

existentes, pueden entorpecer los procesos de participación y de opinión. Por ello es preciso mejorar la accesibilidad a la información y a la atención sanitaria, en condiciones de equidad, a mujeres en situaciones de vulnerabilidad, con medidas de discriminación positiva.

En este contexto, la introducción de aspectos interculturales en la humanización del nacimiento tiene una gran relevancia. La atención a las mujeres en situaciones de diversidad cultural ha de ser capaz de adaptarse a la cultura de procedencia, respetando las preferencias de las usuarias siempre que no sean vulnerados los derechos básicos de las personas involucradas.

Adecuación de los programas de preparación al nacimiento a la realidad multicultural

La preparación al nacimiento surge en respuesta a las necesidades y deseos de las mujeres de informarse y responsabilizarse de los procesos relacionados con el embarazo, el parto y la crianza. Se basa en tres componentes: a) información sobre el embarazo, parto y cuidados del recién nacido; b) técnicas de respiración y relajación; c) ejercicio físico orientado al embarazo y al parto. Los métodos anticonceptivos, la preparación al parto, la lactancia materna, las vacunas o la alimentación infantil, son cuestiones que requieren un aprendizaje que les ayude a dar sus primeros pasos como madres, especialmente para las mujeres que proceden de otros entornos con diferentes sistemas sanitarios.

Las sesiones de preparación al nacimiento constituyen un espacio para favorecer tanto las actividades de promoción de la salud como las relaciones interculturales, sus necesidades de comunicación con el medio, y la integración social. Sobre todo para aquellas mujeres vinculadas a los espacios domésticos y privados, afectadas en el contexto migratorio por la nuclearización de la familia, con un debilitamiento de las redes femeninas existentes en origen. El apoyo psicosocial puede constituirse como el factor que ejerce una mayor protección frente a los elementos que generan estrés; por tanto, las intervenciones destinadas a generar y tejer redes sociales que puedan elevar las cuotas de apoyo social de las mujeres inmigradas, constituyen una estrategia efectiva para la mejora de su salud psicosocial.

A pesar de la oferta prácticamente universal de preparación al nacimiento, parece que no constituye una necesidad para las gestantes inmigradas, existiendo dificultades para conseguir que se inserten en estos programas. En nuestro medio, la asistencia de las mujeres inmigradas a los programas de educación sanitaria durante la maternidad es escasa. Las mujeres extranjeras tienen grandes cargas laborales, familiares, dificultades idiomáticas, y diferentes motivaciones e intereses que las autóctonas.

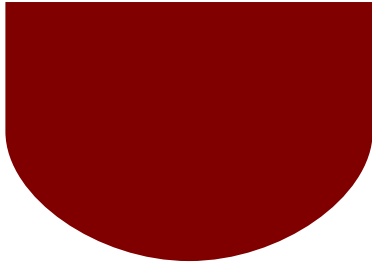
Habría que preguntarse, ¿estos programas responden a sus necesidades? Tal vez los programas de educación convencionales están ideados para atender las necesidades de las mujeres autóctonas. Los enfoques tradicionales para la formación prenatal se han centrado en preparar a las mujeres para el parto, a través de la información y las técnicas gimnásticas, respiratorias y de relajación. Pero las mujeres inmigradas pueden tener necesidades y percepciones diferentes.

Es preciso diseñar estrategias y programas de educación sanitaria y de promoción de la salud, que estén adaptados y sean sensibles a la diversidad de los contextos socioculturales y económicos, cuestión que implica tanto a las mujeres como a sus parejas y comunidades de referencia. Para ello es preciso conocer la realidad de las mujeres atendidas. Los profesionales deben identificar las dificultades que las usuarias inmigradas encuentran en la cumplimentación del itinerario asistencial durante el embarazo, y en concreto en la asistencia a las sesiones de educación sanitaria. En la primera visita de embarazo, sería interesante hacer una valoración psico-social, viendo las barreras concretas que cada mujer presenta en el acceso, para así poder orientar la atención sanitaria.

Se apuntan algunas recomendaciones para adecuar la atención a las necesidades de estas mujeres y de sus familias:

- **Atención y educación sanitaria**, sobre la base de una valoración completa, que incluya un componente cultural.
- **Valoración, intervención y evaluación** como procesos negociables e interactivos, estableciendo puntos de encuentro y un diálogo con las gestantes.
- **Abrir espacios de comunicación con las mujeres**, en relación al cuidado del embarazo, para que manifiesten sus necesidades en este sentido.
- Las mujeres que pertenecen a grupos desfavorecidos y no hacen uso de los servicios de salud por falta de conocimientos, requieren una **información diseñada en un lenguaje que les sea de fácil comprensión**.
- **Información del itinerario y de los recursos asistenciales disponibles en el proceso de embarazo, parto y puerperio**. Las sesiones grupales al comienzo y al final de la gestación contribuyen a transmitir la importancia y trascendencia de la vigilancia prenatal y su repercusión en la salud física y psíquica de la embarazada, del recién nacido e incluso de la pareja.
- **Adaptación de los horarios y de los contenidos educativos a las necesidades de las mujeres inmigradas**. Puede resultar necesario un cambio de prioridades en función de las necesidades concretas de las gestantes. Por ejemplo, en ausencia de apoyo familiar y social, una de las cuestiones que más les preocupa es la planificación del parto. Desde las clases de preparación podemos ayudar a estas mujeres a elaborar un plan en caso de que surjan contingencias: conocimiento exhaustivo de las señales y síntomas de las complicaciones, elaboración de un plan de transporte, identificación de una persona que las pueda acompañar a los centros asistenciales, planes para los hermanos y sistemas de apoyo al volver al domicilio, etc. Así mismo, existen posibles áreas de dificultad en la crianza, que deben ser objeto de especial atención durante las sesiones educativas, tales como: desconocimiento y desinformación en los cuidados del bebé recién nacido (fenilcetonuria, cuidados básicos, alimentación infantil, control del niño sano, etc.). Ciertos cuidados infantiles “tradicionales” deben ser abordados a fin de promover las mejores prácticas: cuidado del cordón umbilical, higiene, enfajamiento, aislamiento solar, circuncisión masculina, etc. En este colectivo existen también muchos problemas para conciliar la maternidad con el trabajo, con niños y niñas en situación de riesgo social.

- En las sesiones de preparación al nacimiento es preciso tener en cuenta las **concepciones socio-culturales interiorizadas por las mujeres de otras procedencias y de sus parejas en relación con el nacimiento y la crianza**. De hecho, pueden existir particularidades, e incluso puntos de desencuentro, en relación a los siguientes aspectos:
 - Acompañamiento durante el proceso de parto, especialmente por parte de la pareja.
 - Percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones de parto y preferencias en el uso de la analgesia.
 - Vivencia y percepción del parto medicalizado, especialmente en caso de cesárea.
 - Preferencias en la vinculación postnatal inmediata con el bebé recién nacida.
 - Rol adoptado por la mujer en la toma de decisiones e implicación del padre y de la familia en los cuidados.
 - Estos elementos habrán de ser abordados en las sesiones, abogando por una actitud de respeto, siempre que queden respetados los derechos fundamentales de las personas.
- **Elaboración de material de apoyo específico para dar soporte a la educación sanitaria.** Para mujeres que no saben leer ni escribir, la información escrita presenta francas limitaciones. La presencia de una mediadora intercultural es una interesante medida para eliminar las barreras lingüísticas y culturales y fomentar la incorporación de estas mujeres a las sesiones de preparación al nacimiento y crianza. De este modo, la educación sanitaria a las embarazadas inmigradas debe adaptarse a sus necesidades particulares, contemplando la atención como un todo coherente con sentido de continuidad y en progresiva reelaboración. La diversidad es una realidad en nuestro contexto actual. Podemos verla como un problema o como oportunidad de enriquecimiento. La atención a la diversidad, lejos de ser un problema, constituye un beneficio para todas las usuarias y sus bebés recién nacidas, autóctonas o inmigradas.



LA MATERNIDAD DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

Breves precisiones teóricas iniciales

El libre ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad ha sido una asignatura pendiente durante muchos años. Cuando una mujer con discapacidad toma la decisión de ser madre, y muy especialmente las mujeres con discapacidades más severas, sabe bien que la sociedad va a emitir un juicio de valor acerca de su decisión, juicio que, por otra parte, no tiene lugar cuando es cualquier otra mujer la que decide ser madre. Por eso hay que tener muy presente que el ejercicio de los derechos reproductivos para las mujeres con discapacidad tiene una impronta reivindicativa específica que no debe nunca soslayarse, ya que tradicionalmente han sido vistas como mujeres objeto de cuidado y en muy pocas ocasiones como mujeres protagonistas de su propia vida y con capacidades para poder desarrollar un proyecto de vida propio.

Esto pone de manifiesto la necesidad de romper con ideas preconcebidas y falsos mitos en torno a las mujeres del colectivo a través de un ejercicio crítico, que tenga como marco de referencia los derechos humanos, que permita deconstruir la imagen estereotipada que la sociedad ha confeccionado en torno a ellas. Esta visión sesgada de la realidad de las mujeres con discapacidad impregna también la práctica y el discurso de los profesionales sanitarios, especialmente el de algunos médicos. Precisamente el objetivo que persigue este capítulo es desmontar todas estas imágenes distorsionadas sobre la maternidad de las mujeres con discapacidad que pudieran tener las y los profesionales de este ámbito, ofreciendo información clara y concisa de sus necesidades reales, que por otra parte, no son muy diferentes al del resto de las mujeres.

Para abordar el tema de los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad es necesario comenzar realizando una serie de precisiones terminológicas. En el lenguaje común existe la tendencia a considerar como sinónimos ciertos términos que en realidad hacen alusión a diferentes realidades. Así por ejemplo, la mayoría de la población encontrará dificultades a la hora de dotar de contenido preciso a palabras como deficiencia, discapacidad y minusvalía.

Cualquier persona que desee realizar su desempeño profesional con mujeres con discapacidad debe saber que dichos términos hacen referencia a realidades diferentes, por lo tanto no pueden ser empleados indistintamente. Son conceptos coetáneos en el tiempo, ninguno es más antiguo o moderno que otro, ni más o menos peyorativo, sino que por el contrario forman parte de la clasificación elaborada en la década de los 80 por la Organización Mundial de la Salud. Así tenemos que deficiencia hace referencia a una condición médica, a la existencia de un diagnóstico, como por ejemplo, la poliomielitis. Discapacidad por su parte, alude a la función concreta que se ha visto

afectada por la existencia de esa deficiencia. Así por ejemplo, la limitación de la movilidad a la hora de caminar que puede presentar una mujer que haya tenido polio en la infancia. Por su parte el impacto social negativo que esa imposibilidad de caminar produce es lo que llamamos minusvalía. Ejemplo de ello sería los obstáculos a los que tiene que enfrentarse una mujer con discapacidad usuaria de silla de ruedas cuando tiene que ser explorada en una consulta ginecológica no accesible. Ésta última acepción nos interesa especialmente, ya que hace referencia a la discriminación que sufren las mujeres y hombres con discapacidad y que como tal es producto de una construcción social, es decir, es la sociedad la que discapacita a las personas, a través de la construcción de entornos inaccesibles así como a través de discursos y prácticas excluyentes.

Como es obvio, toda construcción social es modificable, está sujeta a transformación. Este proceso de cambio supone poner en cuarentena la idea que en nuestra sociedad existe en torno a la normalidad y anormalidad, y poner de manifiesto que la diversidad humana es un plus de riqueza que hay que tener en cuenta. Para resumir, debe quedar claro que tanto la deficiencia como la discapacidad se inscriben en el ámbito de lo biológico, mientras que la minusvalía no es más que un producto social, es el conjunto de roles y expectativas que la sociedad tiene sobre las personas con discapacidad.

Hasta ahora hemos podido comprobar que la discapacidad es un fenómeno que se inscribe en el ámbito de lo biológico y trasciende a lo social. Podemos de esta manera trazar un paralelismo con lo que ocurre con el sexo y el género. Sabemos que el sexo es un componente biológico que se traduce socialmente en un conjunto de características emocionales, afectivas, intelectuales y comportamientos que cada sociedad asigna como propios y naturales de hombres y de mujeres, pero que se encuentran contruidos socialmente, sin tener en cuenta las capacidades individuales de cada individuo. Las mujeres con discapacidad han encontrado problemas añadidos a la hora de identificarse plenamente como mujeres, porque la sociedad las ve solamente como “personas con discapacidad a secas”, es decir, la discapacidad ejerce tal fuerza que parece ser la única dimensión que determina sus vidas. En este contexto a la hora de abordar los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad vamos a tener que referirnos a esa realidad creada a partir de dos construcciones sociales que se superponen, la construcción social del género y la construcción social de la discapacidad. Este enfoque nos permitirá entender por qué razón las mujeres de este colectivo, y muy especialmente aquéllas que presentan una discapacidad severa, han visto de manera sistemática conculcado su derecho a decidir de manera libre e informada acerca de su maternidad.

La maternidad como un derecho humano de las mujeres con discapacidad

Recordemos que según la Encuesta de Discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia elaborada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2008, en nuestro país 3.800.000 personas presentan algún tipo de discapacidad. De este total el 60% son mujeres, es decir estamos hablando de más de dos millones de mujeres con discapacidad. En la Comunidad Autónoma de Andalucía son algo más de 400.000 mujeres las que presentan discapacidad.

En el año 2008 entró en vigor en nuestro país la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se trata de un instrumento jurídico que

reconoce los derechos de las personas del colectivo. Precisamente el art. 23.1.1.b exige que “se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos”.

Por su parte el art. 25.a establece que se “proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”

Parecería innecesario reconocer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de cualquier ciudadana o ciudadano hoy en día, sin embargo para las personas con discapacidad, y muy especialmente para las mujeres con discapacidad, hablar de sexualidad y reproducción es todavía un tabú.

Debemos en este punto recordar que el apartado 6 del Capítulo 8 del 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea reconoce los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad, entendidos como la libertad y autonomía para decidir libremente y con responsabilidad si quieren tener descendencia o no, cuánta, en qué momento y con quién. Engloba también el derecho a contar con información, educación y medios para ello; el derecho para tomar decisiones sobre la reproducción, libre de discriminación, coerción y violencia; así como el derecho al acceso a servicios de atención primaria de calidad, y el derecho a contar con medidas de protección a la maternidad. Todos ellos se tienen que garantizar plenamente para las adolescentes y mujeres con discapacidad en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo.

Como puede apreciarse, los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos probados internacionalmente. En este punto hay que destacar que desde la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres, los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho de ejercer control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2011 elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad contempla e incorpora, como colectivo perteneciente a contextos de vulnerabilidad, a las personas con discapacidad.

Proceso de socialización e ideal materno

Los obstáculos al libre ejercicio de los derechos reproductivos por parte de las mujeres con discapacidad se hallan enraizados en el proceso de socialización de estas mujeres. Las propias familias siguen manteniendo discursos que las disuaden de ser activas sexualmente y de ejercer su derecho a la maternidad. Se las considera siempre objetos de cuidado y nunca como sujetos activos, con derechos, libres para decidir su proyecto de vida. Precisamente muchas mujeres del colectivo, que de jóvenes no se emanciparon precisamente porque estaban convencidas de que no podían llevar una vida

independiente ni auto-cuidarse o cuidar a otras personas, al llegar a la edad madura se dan cuenta que siguen viviendo en casa de sus madres/padres/cuidadoras/cuidadores, cuidando a su madre y/o padre ancianos o y/o a sobrinas y sobrinos. Es entonces cuando caen en la cuenta de que se les ha cercenado la posibilidad de tener una vida propia, tener pareja y su propia familia. Los mensajes que llegan a través de otros agentes de socialización, como la escuela, los medios de comunicación, etc., son básicamente los mismos.

La sociedad sigue manejando un ideal materno totalmente falso, donde la mujer aparece como una figura que debe cumplir las características de la buena cuidadora, solícita, sacrificada a los demás, características que no se predicán de las mujeres con discapacidad. También existe ese temor, en muchos casos infundado, de que la o el recién nacido va a heredar la discapacidad de la madre o que el embarazo va a agravar el estado de salud de la mujer. Quizá uno de los rasgos más destacados que presentan las mujeres con discapacidad que deciden ser madres es precisamente que han meditado profundamente cómo un embarazo y el nacimiento de un nuevo ser va a afectar a su vida y al del resto de las personas allegadas. Aun así, hay que aprender a respetar las decisiones de las mujeres que llegan a los servicios sanitarios, sin ser jueces de sus decisiones, y ofrecerles el mejor servicio y atención posibles.

Algunas recomendaciones básicas

Es imposible elaborar un catálogo de recomendaciones dirigido al personal sanitario que desempeña su labor en este ámbito. Esto es así porque las discapacidades y la vivencia subjetiva que cada mujer tiene son variadas e intransferibles, por lo que habrá que estar muy pendiente a lo que en cada caso concreto se demande. Esto no significa sin embargo que no sea posible esbozar una serie de sugerencias comunes encaminadas fundamentalmente a hacer ver a las y los profesionales de este sector, que existen “otro tipo de mujeres” que el modelo de normalidad impuesto en nuestra sociedad se empeña en ocultar. Por supuesto, estas mujeres, como ciudadanas, deben recibir una atención adecuada acorde a sus necesidades.

En este sentido es importante dejar claro que en lo sustancial estas demandas no difieren demasiado de las expresadas por demás mujeres sin discapacidad, y se centran fundamentalmente en temas relativos a la comprensión, la cercanía con la o el profesional, la existencia de reconocimiento como mujeres y la garantía de una atención sanitaria apropiada. Estas reivindicaciones han encontrado plasmación en normas específicas que están vigentes en nuestro país.

Reconocimiento

Una mujer con discapacidad embarazada es una mujer más. Por ello una recomendación básica y fundamental es no emitir juicios de valor en relación a su decisión de ser madre. Es cierto que los estereotipos contruidos en torno a estas mujeres empujan a muchas y muchos profesionales a fabricar instantáneamente imágenes cargadas de prejuicios, pero sobre todo basadas en el desconocimiento, y puede llegar a concluirse que en el caso concreto la mujer no va a poder hacer frente a la crianza y educación de su hija o hijo y de manera casi automática va a ser etiquetada

como una persona inconsciente y egoísta. Estas son las sensaciones que muchas mujeres con discapacidad confiesan haber tenido cuando han sido atendidas en los servicios sanitarios: un reiterado cuestionamiento sobre su capacidad de decidir y hacer.

Se habla aquí de reconocer a las mujeres con discapacidad como titulares de derechos, que tienen la libertad de ejercerlos como cualquier otra ciudadana. La diferencia que presentan debe ser tenida en cuenta pero nunca para justificar un trato injusto.

Empoderamiento en el proceso de adopción de decisiones

Las mujeres con discapacidad deben disfrutar de libertad de elección y adquirir un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. El tradicional desequilibrio de poder que ha existido entre las y los profesionales sanitarios y la población en general, se ha visto acentuado en el colectivo de personas con discapacidad, históricamente patologizadas y desempoderadas.

La dificultad de cuestionar cualquier decisión especializada en este ámbito ha tenido una especial incidencia en las mujeres con discapacidad, viéndose obligadas en muchas ocasiones a construir su propia identidad individual a través del discurso médico.

Es por ello necesario reflexionar acerca de las relaciones de poder que se establecen entre las mujeres de este grupo embarazadas y las y los profesionales sanitarios, favoreciendo situaciones de acercamiento y conocimiento mutuo, así como de respeto a las decisiones que afectan a la esfera más íntima.

Despatologización del embarazo de las mujeres con discapacidad

Es posible que debido a la discapacidad de la mujer sea necesario realizar un seguimiento específico de su embarazo o tomar ciertas prevenciones en el momento del parto. Así, por ejemplo, algunas mujeres señalan la conveniencia de la aplicación de calor para aliviar movimientos espásticos involuntarios que pudieran producirse. También en ocasiones es necesario programar cesáreas cuando se presuma la posibilidad de complicaciones. Pero esto no significa necesariamente que el embarazo y parto de una mujer con discapacidad deba ser abordado desde un principio como una situación patológica. Puede resultar para ello muy útil la elaboración y seguimiento de protocolos -con la flexibilidad que cada caso exija- así como el intercambio y sistematización de experiencias y buenas prácticas que involucre tanto al personal sanitario especializado como a las propias mujeres.

Accesibilidad

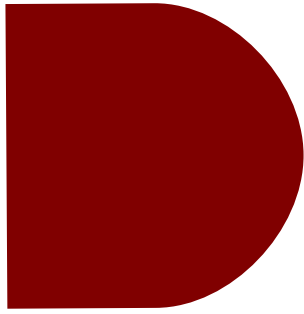
El apartado 14 del Capítulo 3 del 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea establece que “es necesario asegurar la accesibilidad universal y el diseño para todos de productos, objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos con perspectiva de género para garantizar que los frecuentemente utilizados por las mujeres y niñas estén también a disposición de las mujeres y niñas con discapacidad en condiciones de seguridad y comodidad y de la

forma más autónoma y natural posible. Especial atención merecen aquéllos que den soporte a la salud sexual de las mujeres con discapacidad (anticonceptivos, camillas de exploración ginecológica, aparatos de mamografías...) y a su maternidad (biberones con asas, cochecitos de bebés para acoplarlos a una silla de ruedas o poder tirar de ellos con una sola mano, cambiadores de pañales adaptados en altura...), los cuales deberán ser incorporados en catálogos de uso público y a precios asequibles.”

Sin duda la manera en que concebimos los espacios viene determinada por la forma en la que pensamos el mundo. El mundo material y el ideal se retroalimentan constantemente. En ciertos ámbitos sanitarios, como por ejemplo en las maternidades de los hospitales, las mujeres con discapacidad han estado olvidadas por la sencilla razón de que no son pensadas por nuestra sociedad como posibles madres. He ahí las dificultades que encuentra todavía hoy una mujer de este colectivo a la hora de hacer uso de estos espacios y los obstáculos a los que tiene que enfrentarse también la o el profesional cuando tiene que desempeñar su labor. No es común en nuestro país contar con servicios que cumplan los criterios de accesibilidad universal, sin embargo se está experimentando un importante cambio en este sentido. Sobre esta cuestión hay que destacar que en Andalucía existen consultas ginecológicas integradas en el sistema sanitario público plenamente accesibles en cada una de las provincias, que cuentan con dispositivos que facilitan la transferencia de una mujer con movilidad reducida a la camilla de exploración así como de un diseño de consulta más amplio libre de barreras arquitectónicas.

Demandas generales

1. Revisión de la práctica de cesáreas.
2. Superar protocolos médicos ajustados a las distintas discapacidades (problema de la estandarización).
3. Necesidad de mayor comunicación entre las mujeres con discapacidad y el personal sanitario, reduciendo situaciones de poder y dominio.
4. Diseño de programas de planificación familiar específicos, que tengan en cuenta las diversas necesidades en función de los diferentes tipos de discapacidad, incluyendo la garantía de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones respecto a la interrupción voluntaria de su embarazo.
5. Promoción de la creación de puntos de información y ayuda mutua entre mujeres con discapacidad que quieran ser madres y aquellas que ya lo han sido.
6. Formación e información dirigida a las/os profesionales sanitarios.
7. Eliminación de barreras en los centros de salud (áreas de maternidad) tanto públicos como privados.
8. Adaptación del instrumental.



REFERENCIAS

Dado el carácter marcadamente pedagógico de esta Guía, se ha preferido utilizar las normas APA de citación de bibliografía frente a otras más utilizadas en el ámbito de las Ciencias de la Salud, como el modelo Vancouver.

Se considera una referencia general de este documento el conjunto de publicaciones y documentos relacionados con el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA), disponible en la web: www.perinatalandalucia.es

Sección I: Orientaciones para la persona encargada de la docencia

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (s.f.). Recuperado el 2 de abril de 2012, de Guía de métodos y técnicas didácticas: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acsa_formacion/html/Ficheros/Guia_de_Metodos_y_Tecnicas_Didacticas.pdf
- Barquero, A., & cols., y. (2004). El desarrollo profesional de los directivos de Enfermería. Estudio de las necesidades de formación. Granada: GEU.
- Coruña, U. d. (26 de 06 de 2012). Obtenido de Guía Docente: https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=760&ensenyament=760G01&assignatura=760G01013&fitxa_apartat=5&any_academic=2011_12&idioma_assig=
- De Miguel, M. (2005). Modalidades de la enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. Oviedo: Ediciones Universidad de Oviedo.
- Fernández March, A. (2006). Metodología activa para la formación de competencias. *Educatio siglo XXI* (24), 35-56.
- Fernández March, A. (2005). Nuevas metodologías docentes. Obtenido de http://www.upm.es/innovacion/cd/02_formacion/talleres/nuevas_meto_docent/nuevas_metodologias_docentes_2.pdf
- Imbernon, F. (2009). *Mejorar la enseñanza y el aprendizaje en la universidad*. Barcelona: Octaedro-ICE UB.
- Imbernon, F., & Medina, J. (2008). *Metodología participativa en el aula universitaria. La participación del alumnado*. Barcelona: Octaedro-ICE UB.

- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Kolb, D. (1999). *Learning Style Inventory version 3: technical specifications*. Boston: TRG-Hay/McBer.
- Lang, H., & McBeath, A. (2003). *Fundamental principles and practices of teaching: A practical theory-based approach to planning and instruction*. Fort Worth: HBJ-Holt.
- Marcelo, C., & cols., y. (2014) (en prensa). Las actividades de aprendizaje en la enseñanza universitaria: ¿hacia un aprendizaje autónomo de los alumnos? *Revista de Educación* (363).
- Osoro Sierra, J., & Salvador Blanco, L. (s.f.). *Materiales de trabajo sobre técnicas expositivas*. Recuperado el 229 de marzo de 2012, de Departamento de Educación. Universidad de Cantabria: <http://personales.unican.es/salvadol/programas/técnica%20expositiva.pdf>
- UOC. (s.f.). *Virtual Instructional Unit*. Recuperado el 2 de abril de 2012, de http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_156/programa/main/viu/

Sección II: Propuesta de sesiones

1ª Sesión: Embarazo

- Ación, P. (2001). *Tratado de Obstetricia y Ginecología: Obstetricia* (2ª ed.). Alicante: Molloy.
- Arranz, E. O. Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil. *Infancia y aprendizaje*, 4 (33), 503-513.
- Arranz, E. O. (2010). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*.
- Branden, N. (1998). *Como mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Cantón, J. C. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid: Alianza Editorial.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2005). *Embarazo, parto y puerperio. Proceso Asistencial Integrado*. 2ª Ed. Recuperado el 5 de 4 de 2012, de http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2006). *Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para padres y madres*. 2ª edición. Recuperado el 5 de abril de 2012, de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/>

[c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf](#)

- González-Merlo, J., & Del Sol, J. (1994). *Obstetricia* (4ª ed.). Barcelona: Masón-Salvat Medicina.
- Hidalgo, M., & Menéndez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos e hijas. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padres y madres. *Infancia y aprendizaje*, 4 (26), 469-483.
- Lafuente, M. (2008). La escala EVAP: un estudio piloto. Recuperado el 5 de 4 de 2012, de Index Enfermería: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000200012>.
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. Recuperado el 20 de 03 de 2012, de Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d1542918/estado%20actual%20de%20la%20teoría%20del%20apego.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 5 de abril de 2012, de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Rodrigo, M. M. (2010). Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Madrid: FEMP.
- Rodrigo, M. P. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sebastiani, M., Castelo-Branco Flores, C., & Siseles, N. (2005). Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (II): embarazo y puerperio. En C. Castelo-Branco Flores, J. De la Gándara, & A. Puigvert, *Sexualidad Humana: una aproximación integral*. (págs. 231-245). Madrid: Panamericana.

2ª Sesión: Parto

- Ación, P. (2001). *Tratado de Obstetricia y Ginecología: Obstetricia* (2ª ed.). Alicante: Molloy.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2008). Buenas prácticas en atención perinatal. Recuperado el 05 de 04 de 2012, de http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP_Atencion_Perinatal.pdf
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2009). Plan de Parto y Nacimiento. Recuperado el 05 de 04 de 2012, de http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/PLan_partos_espanol_baja.pdf
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2005). Embarazo, parto y puerperio. Proceso Asistencial Integrado. 2ª Ed. Recuperado el 5 de 4 de 2012, de http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csaldub_150/embarazo.pdf

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2006). Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para padres y madres. 2ª edición. Recuperado el 5 de abril de 2012, de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf
- Dowswell, T. B. (2009). Estimulación nerviosa transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Revisión Cochrane traducida. Recuperado el 11 de 05 de 2012, de La Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203645746&DocumentID=CD007214>
- FAME. (2007). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Recuperado el 05 de 04 de 2012, de Federación de Asociaciones de Matronas de España: <http://www.federacion-matronas.org/ijpn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- Gómez Papi, A. (2008). Atención al parto . En A. E. Pediatría, Manual de Lactancia Materna (págs. 153-157). Madrid: Panamericana.
- González-Merlo, J., & Del Sol, J. (1994). Obstetricia (4ª ed.). Barcelona: Masson-Salvat Medicina.
- Lauzon, L. H. (2008). Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término. Revisión Cochrane traducida. Recuperado el 25 de 04 de 2012, de La Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203624961&DocumentID=CD000935>
- Lauzon, L. H. (2008). Programas de valoración del parto para demorar el ingreso a las salas de parto. Revisión Cochrane traducida. Recuperado el 25 de 04 de 2012, de La Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203624961&DocumentID=CD000936>
- McDonald, S. M. (2009). Efecto del momento de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato. Revisión Cochrane traducida. Recuperado el 11 de 05 de 2012, de La Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203634102&DocumentID=CD004074>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 5 de abril de 2012, de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- Pallás Alonso, C. G. (2008). Maternidad, parto y crianza. En A. E. Pediatría, Manual de Lactancia Materna (págs. 1-7). Madrid: Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Recuperado el 05 de 04 de 2012, de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/>

sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/cuidados_parto_normal.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2002). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. Recuperado el 11 de 05 de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf
- Smith, C. C. (2008). Tratamientos complementarios alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Revisión Cochrane traducida. Recuperado el 11 de 05 de 2012, de La Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203645746&DocumentID=CD003521>

3ª Sesión: Puerperio

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2005). Embarazo, parto y puerperio. Proceso Asistencial Integrado. 2ª Ed. Recuperado el 5 de 4 de 2012, de http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf
- Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. (1986). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez-Roca.
- Donat Colomer, F. M. (2000). Enfermería Maternal y Ginecológica. Barcelona: Masson.
- Hernández Alcantára, A. (2000). Puerperio y lactancia. En J. D. Usandizaga Beguiristáin, Tratado de obstetricia y ginecología (págs. 222-235). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidalgo, M. (1998). Transición a la maternidad y la paternidad. Algunas de sus dificultades y necesidades de apoyo. Apuntes de psicología (47), 27-39.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez-Roca.
- Maíquez, M., Rodrigo, M., Capote, C., & Vermaes, I. (2000). Aprender en la vida cotidiana. Un programa experiencial para padres. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. (1998). Guía de anticonceptivos y sexualidad. Madrid: Sanidad y Consumo.
- OMS (2012). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. Luxemburgo: OMS. Documento accesible en la siguiente url: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
- Peláez Mendoza, J. (2001). Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. 2001: Ed. Científico-Técnica.

- Rodríguez Armario, E. (1993). Anticoncepción. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Winnicott, D. (1993). Conversando con los padres. Aciertos y errores en la crianza de los hijos. Barcelona: Paidós.

4ª Sesión: Lactancia

- Aguayo Maldonado, J. (2001). La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Aguayo Maldonado, JA. (2004). Lactancia Materna: guía para profesionales. Majadahonda: Ergon.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2005). Embarazo, parto y puerperio. Proceso Asistencial Integrado. 2ª Ed. Recuperado el 5 de 4 de 2012, de http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2006). Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para padres y madres. 2ª edición. Recuperado el 5 de abril de 2012, y accesible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf
- FAME (2007). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Recuperado el 05 de 04 de 2012, de Federación de Asociaciones de Matronas de España: <http://www.federacion-matronas.org/ijpn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- González, C. (2011). Comer. Amar. Mamar. Guía de crianza natural (1ª ed.) Madrid: Temas de Hoy.
- Lawrence, R. (1996). La lactancia materna (4ª ed.). Madrid: Mosby.
- Palomares Gimeno, M. L. (2001). Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. Revista Pediatría Atención Primaria (11), 393-402.
- Royal College of Midwives. (1994). Lactancia materna. Manual para profesionales. Barcelona: Associacio Catalana pro alletament matern.

5ª Sesión: Recién nacido

- Burroughs, A. (2000). Enfermería Materno-Infantil (7ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Berhman, R., Kliegman, R., & Jeson, H. (2000). Nelson. Tratado de pediatría. (16ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

- Cámara-Roca, L., Bru-Martin, C., Rodríguez-Rivero, A., Soler-Gaiton, M., Usagre-Pernia, F. (2009). La cura en seco del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia. *Matronas Prof.* 10 (3): 20-24
- Dickason, E., Silverman, B., & Kaplan, J. (1999). *Enfermería materno-infantil* (3ª ed.). Madrid: Mosby.
- Gómez García, J. (1995). *Enfermería Pediátrica*. Barcelona: Masson.
- Roldán Chicano, M., García Ros, J., & Cebrián López, R. (2009). Intención de colecho en el puerperio según características sociodemográficas de las madres. Recuperado el 5 de abril de 2012, de Index de Enfermería: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n1/6780.php>

6ª Sesión: Parentalidad positiva

- Cantón, J., & Cortés, M. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid: Alianza.
- Cantón, J., & Cortés, M. (2011). Teoría y evaluación del apego. En J. Cantón, & M. Cortés, *Desarrollo socioafectivo y de la personalidad* (págs. 17-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Carranza, J., & González, C. (2003). *Temperamento en la infancia. Aspectos conceptuales básicos*. Barcelona: Ariel.
- López, F., & Ortíz, M. (2008). El desarrollo del apego durante la infancia. En F. López, I. Etxebarria, M. Fuentes, & M. Ortíz, *Desarrollo afectivo y social* (3ª ed., págs. 41-65). Madrid: Pirámide.
- Román, M., & Morgado, B. (2011). Construyendo vínculos afectivos. En V. e. Muñoz-Tinoco, *Manual de Psicología del Desarrollo aplicada a la Educación* (págs. 61-76). Madrid: Pirámide.
- Shaffer, D. (2002). Diferencias sexuales, desarrollo de los papeles de género y sexualidad. En D. Shaffer, *Desarrollo social y de la personalidad* (págs. 245-290). Madrid: Thomson.

Sección III: Actividades de ejercicio físico

- Beckmann, M. G. (2008). Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal. Revisión Cochrane traducida. Recuperado el 18 de 06 de 2012, de La Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%203813269&DocumentID=CD005123>
- Caufriez, M. F.-T. (2007). Contribución al estudio sobre el tono del Suelo Pélvico. *Progresos Obstetricia y Ginecología*, 50 (5), 282-291.

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2006). Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para padres y madres. 2ª edición. Recuperado el 5 de abril de 2012, de http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf
- Esparza, S. (2002). Efecto de la gimnasia abdominal hipopresiva en el tratamiento y prevención de la IU de esfuerzo. En M. España, Congreso Nacional sobre Disfunción del Suelo Pelviano (págs. 89-91). Barcelona: Mayo.
- FAME. (2007). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Recuperado el 05 de 04 de 2012, de Federación de Asociaciones de Matronas de España: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- García Chacón, S. T.-L. (2011). Control de los informes hematológicos y diferencias según el nivel de actividad física en la mujer gestante. Obtenido de Scientia: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2011/diciembre%202011/articulos.pdf>
- González-Collado, F. R.-G.-S. (2012). Indicaciones y contraindicaciones del ejercicio físico en la mujer embarazada. Obtenido de Clínica e investigación en ginecología.: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0210-573X\(11\)00144-4.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0210-573X(11)00144-4.pdf)
- Kramer, M. M. (2008). Ejercicio aeróbico durante el embarazo. Revisión Cochrane traducida. Obtenido de La Biblioteca Cochrane Plus: <http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD000180.pdf>
- Labrecque, M. E. (2001). Women's views on the practice of prenatal perineal massage. Br J Obstet Gynaecol (108), 499-504.
- López Fernández, C. (2008). Ejercicio de simulación de la contracción. Entrenamiento activo. Matronas Profesión (2), 35-36.
- Rial, T. V. (2011). Aproximación conceptual al método hipopresivo: desde el postparto hacia la actividad física saludable. Móvete (5), 22-24.
- Sánchez Ruíz, E. S. (2010). Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Obtenido de Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña: <http://www.bibliotecacochrane.com/AEC000087.pdf>
- Sebastián Gracia, G. (2008). Entrenamiento psicofísico en la gestante. Matronas Profesión , 1 (1), 4-13.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (s.f.). Exercise during pregnancy. Obtenido de <http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq119.pdf?dmc=1&ts=20120605T1322438130>

Sección IV: Cuestiones transversales

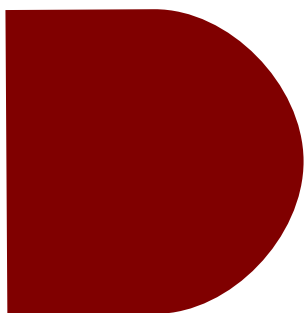
- Derechos de la gestante y recién nacido/a durante el embarazo, parto y puerperio. Seguridad Social: Maternidad, Paternidad, Riesgo durante el embarazo y Riesgo durante la Lactancia Natural. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: http://www.segsocial.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Publicaciones/Publicacionesporcon28156/Informacionsobrepen47075/MaternidadyRiesgodu47079/index.htm#documentoPDF
- Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo. Grupo de trabajo “Riesgo laboral y Embarazo” de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, 2008. Disponible en: http://www.tt.mtas.es/periodico/seguridadsocial/200802/informe_embarazo.pdf
- Información complementaria al documento sobre Orientaciones para la valoración del Riesgo laboral durante la Lactancia Natural. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2010. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/LM_Y_RIESGO_LABORAL_COMITE_LM_AEP_2010_1.pdf.
- Guía sindical para la prevención de riesgos durante el embarazo y la lactancia. Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud ISTAS/CCOO. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2008. Disponible en: <http://www.observatorionegociacioncolectiva.org/comunes/temp/recursos/99998/72392.pdf>.
- Valoración del subsidio por riesgo en el embarazo y lactancia natural. Jose Angel Izquierdo Alises. Centro Asistencial ASEPEYO, 2010: Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/13321/1/SUBSIDIO%20RIESGO%20LABORAL%20EMBARAZO%20Y%20LACTANCIA.MME.%20word.pdf>
- Protección de la Maternidad en el trabajo con respecto a los factores de riesgo de Higiene Industrial. Montserrat Arenas Sardá. FREMAP. Mutua de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social N° 61, 2010. Disponible en: http://www.amavor.es/eventos/Proteccion_Maternidad_con_Factores_de_Riesgo-Public-FREMAP_2011.pdf.
- Guía de valoración de Riesgos Laborales en el embarazo y lactancia en trabajadoras del ámbito sanitario. Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. Asociación Nacional de Medicina del trabajo en el ámbito sanitario, 2008. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/Valoracion_riesgos_embarazo.pdf

- Guía Clínica-laboral para la prevención de riesgos durante el embarazo, parto reciente y lactancia en el ámbito sanitario. Grupo sanitario de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Disponible en: http://www2.uca.es/serv/prevencion/GUIA_CLINICO_LABORAL_EMBARAZO_Y_LACTANCIA.pdf.

Enlaces de interés

- <http://www.mtin.es>: Ministerio de Trabajo e Inmigración
- <http://www.msps.es/>: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad
- http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Riesgoduranteemba10956/index.htm. Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS). Formulario de solicitud de Riesgo Laboral durante el embarazo o lactancia natural.
- <http://www.amat.es>: Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo.
- http://www.atsdr.cdc.gov/es/es_index.html: Agencia para sustancias tóxicas y el Registro de Enfermedades (ATSDR), Agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU.
- <http://www.istas.ccoo.es/>: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- <http://www.e-lactancia.org/>: Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades. Servicio de Pediatría del Hospital de Denia (Alicante).
- <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm>: Grupos de apoyo a la lactancia materna.
- <http://www.pehsu.org/>: Unidades de salud medioambiental pediátrica Murcia-Valencia.
- http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=375&Itemid=103: Asociación el Parto es Nuestro.

Centros de Atención e Información (CAISS): 900 16 65 65



RECURSOS

Presentaciones digitales

Para facilitar la labor de los y las profesionales que trabajan en la atención perinatal en Andalucía se han elaborado presentaciones digitales sobre las propuestas de sesiones grupales que describe la presente guía.

Estas presentaciones pueden descargarse en el portal web de la Consejería de Salud y Familias (<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>), en el sitio web del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (<http://www.perinatalandalucia.es/>) y en el apartado 'Profesionales' del proyecto '**Ventana abierta a la familia**' (accesible en la dirección: <https://www.ventanafamilias.es/>) de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Vídeos

Los materiales audiovisuales a utilizar en el desarrollo de las sesiones grupales se encuentran alojados en el portal del proyecto '**Ventana abierta a la familia**' (<https://www.ventanafamilias.es/>), en el apartado 'Profesionales', de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

En el sitio web del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (<http://www.perinatalandalucia.es/>) pueden encontrarse más vídeos relacionados con el embarazo, el nacimiento y la lactancia, así como en el Canal de YouTube de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (<http://www.youtube.com/user/Csaludandalucia>).

Qué es 'Ventana abierta a la familia'

'Ventana abierta a la familia' es una plataforma de comunicación que pretende apoyar a las familias y mejorar el bienestar de la infancia en Andalucía. Las familias pueden encontrar en este portal información, ofrecida por especialistas en diversas áreas, sobre la salud, el desarrollo evolutivo y el bienestar de niños, niñas y adolescentes.

En el portal se accede a contenidos escritos y audiovisuales sobre distintas temáticas relacionadas con la salud infantil como embarazo y nacimiento, desarrollo evolutivo (bebés, infancia y adolescencia), vacunas, estimulación, alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentes, juguetes, entre otras.

Esta plataforma ofrece a las familias la posibilidad de plantear dudas y hacer consultas sobre la salud y el desarrollo infantil. Pueden enviar su consulta a Salud Responde, en el teléfono **902 505 060** y por correo electrónico en saludresponde@juntadeandalucia.es, o a través del sitio web: <https://www.ventanafamilias.es/>.

Para recibir información y recordatorios periódicos vía SMS o correo electrónico sobre la crianza de niños y niñas a lo largo de varias etapas se puede solicitar la inscripción en **‘Ventana abierta a la familia’** a través de:

- Salud Responde
- Cumplimentando un formulario on line en el portal: <https://www.ventanafamilias.es/>
- Quienes pueden solicitar la inscripción del menor en el servicio de envío de SMS y de correo electrónico de Salud Responde son exclusivamente el **padre**, la **madre**, el/la **tutor/a legal** y el/la **guardador/a** del mismo. La solicitud de inscripción será confirmada para aquellas personas que dispongan de la Tarjeta Sanitaria de Andalucía.
- La información se recibirá en el canal de comunicación de preferencia (móvil, correo electrónico o ambos).

En el apartado **‘Profesionales’** del portal **‘Ventana abierta a la familia’** pueden encontrarse materiales, recursos y sitios web de interés para los y las profesionales que trabajan para mejorar la salud y el bienestar de la infancia y la adolescencia en Andalucía, así como para el establecimiento de redes de colaboración interdisciplinar e intercambio de conocimiento.

Redes

Algunas de las redes de colaboración profesional en materia de embarazo, nacimiento, parto y crianza son:

La **Red de Lactancia Andalucía (RedLAN)** es una estrategia enmarcada en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal que pretende mejorar la protección, promoción, difusión y apoyo a la lactancia materna en Andalucía.

Este espacio se concibe como un punto de encuentro entre centros, servicios, profesionales sanitarios y la ciudadanía con la finalidad de compartir y difundir ideas, experiencias, proyectos e iniciativas en torno a la lactancia. Para ello la red cuenta con diferentes foros y chat que estimulen y favorezcan el intercambio de las mismas.

- Sitio web: <http://www.perinatalandalucia.es/course/view.php?id=27&topic=0>
- Acceso a Foros / chat de la RedLAN:
<http://www.perinatalandalucia.es/course/view.php?id=27&topic=6>

La **Red SABIA (Red de Salud y Buen Trato a la Infancia y la Adolescencia)** es un grupo abierto de profesionales que trabajan en red para mejorar las buenas prácticas de la asistencia sanitaria a la población infantil y adolescente; fomentar la parentalidad positiva y una crianza que promueva la salud física y mental del menor y de la familia; así como desarrollar iniciativas de formación.

- Sitio web: <http://www.redsabia.org/>

