

... jarabe de glucosa, aromas, azúcar y colorantes. Estos y algunos más, son los ingredientes básicos de una gominola, esa parte rebelde y divertida que llevamos todos dentro y que ilustra a modo de metáfora, los encuentros y desencuentros que se viven entre padres e hijos en esta gran aventura, LA AVENTURA DE SER PADRES. Llena de maravillosos momentos, de imprevistos, de regalos y sonrisas, de preocupaciones, una aventura dulce y gratificante que esperamos sirva de referente a todas esas madres y padres que desean comenzar el viaje más sorprendente de sus vidas...

### LA AVENTURA DE SER PADRES

guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperió



Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat  $\mathbb O$  de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2004

© de los textos: los autores

Coordina: Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública

1ª Edición

ISBN: 84-482-3729-3 Depósito Legal: V-5209-2004

Con la colaboración: Escola d'Arts i Superior de Disseny de València

Diseño gráfico: Angel Romero Sevilla Ilustración: Jon Iñaki Riera Santos

Impresión: La Imprenta, Comunicación Gráfica, S.L.



### autores, colaboradores

### autores

Albiñana Soler, Amparo. Matrona. Centro de Salud San Marcelino

Aparisi Nihi, Sabina. Matrona. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Barona Vilar, Carmen. Médica. Unitat de Salut Perinatal. Direcció General de Salut Pública

Bertomeu Llorens, Isabel. Matrona. Centro de Salud de Benaguasi

Calvo Mas. Consuelo. Enfermera. Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública

Carpio Gesta, Ma Luisa, Enfermera, Servei de Salut Infantil i de la Dona, Direcció General de Salut Pública

Ciscar Vives, Celia. Psicóloga. Centro de Planificación Familiar y Sexualidad. Hospital Doctor Peset

Domingo Sancho, Pura. Psicóloga. Centro de Planificación Familiar y Sexualidad de Torrente

Fraile Zamarreño, Amparo. Matrona. Centro de Salud de Moncada

Fullana Montoro, Ana Mª. Pediatra. Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública

García Cervera, Joaquín. Médico. Centro de Planificación Familiar y Sexualidad de Massamagrell

Jiménez Castelblangue, Consuelo, Psicóloga, Centro de Planificación Familiar y Sexualidad de L' Elian

Laredo Ortiz, Salomé, Grupo de apovo a la Lactancia Materna, AMAMANTA

Nebot Lafuente, Ma José. Médica. Centro de Planificación Familiar y Sexualidad de Alborais

Obiol Saiz, Ma Asunción. Matrona. Centro de Salud de Puerto de Sagunto

Paredes Carbonell, Joan J. Médico. Centre de Salut Pública de Xàtiva

Peris Romero, Luís. Odonto-estomatólogo. Unidad de Odontología Preventiva de Castellór

Perpiñá Cano, Jorge. Médico. Centro de Planificación Familiar y Sexualidad de Aldaia

Pino Garcia, Ma Victoria. Enfermera. Centro de Salud de Benisa

**Quiles Izquierdo, Joan.** Médico. Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública

Romera Arias, Pilar. Fisioterapeuta. Centro de Salud de Benisa

Romero Cortés, Inmaculada. Matrona. Centro de Salud de Burjassot

Ros Aranda, Mª Vicenta. Matrona. Hospital de La Plana

Rozada Montemurro, Rosario. Matrona. Centro de Salud de Vilamarxant

Santamaría Vázquez, José. Anestesista. Hospital Dr. Peset

### colaboradores

Aparisi Navarro, Ma Angeles. Matrona. Centro de Salud del Puerto de Sagunto

Costa Ferrando, Pilar. Enfermera. Centro de Salud San Marcelino

Estevan Usach, Carmen. Matrona. Consultorio de Tabernes Blanques

Fenollosa Valero, Soledad. Matrona. Centro de Salud San Marcelino

Fillol Crespo, Manuel. Obstetra. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital La Plana

Fiteras Lama, Laura. Matrona. Unidad Docente de matronas de la Comunidad Valenciana

Garcés i Pérez, Xaro. Matrona. Centro de Salud Padre Jofre

Gracia Gómiz, Esperanza de, Matrona, Centro de Salud de Meliana

Juan Bertran, Concepción. Matrona. Centro de Salud de Godella

**Llena Puy, Carmen.** Odonto-estomatóloga. Unidad de Odontología Preventiva de Torren

Martínez Martínez, Adela. Fisioterapéuta. Centro de Salud Malvarrosa

Mocholí Muñoz, Francisca. Matrona. Centro de Salud Padre Jofre

Morales de la Fuente, Domitila. Matrona. Centro de Salud de Faura

Moreno Llopis, Clara. Matrona. Centro de Salud de Quart de Poble

Rius Jordá, Javier. Obstetra. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Marina Alta

Rodríguez García, Amparo. Matrona. Centro de Salud de Foios

Soler Alberich, Francisca. Enfermera. Centro de Salud San Marcelino

### **PRESENTACIÓN**

La atención a la salud del embarazo, parto y puerperio es una prestación que se garantiza desde el sistema sanitario público, a todas las mujeres residentes en la Comunidad Valenciana. Ya en el Decreto 147/1986 se establecieron las bases para desarrollar el programa de la madre, diferenciando dos tipos de actuaciones: unas de tipo asistencial, dirigidas a vigilar la salud de la mujer en el embarazo, parto y puerperio y otras de promoción de la salud que incluyen la preparación física y psicológica de cara al parto y la educación para la maternidad/paternidad.

La mayoría de los embarazos discurren de manera fisiológica, por lo que los cuidados deben apoyarse en gran medida, en el seguimiento de hábitos y conductas saludables que favorezcan la salud, tanto de la madre como del feto. En este sentido, la educación para la salud resulta un aspecto fundamental a desarrollar, tanto en el marco de la consulta prenatal individual, como a través del establecimiento de grupos. Ello representa una importante contribución a la preparación física y psicológica de la madre para afrontar el parto, y un apoyo sustancial tanto para su recuperación física durante el puerperio, como para una vivencia armoniosa de la maternidad y paternidad por ambos miembros de la pareja.

Tras una reciente revisión y actualización de los cuidados antenatales que debe contemplar el control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana, la Conselleria de Sanitat se plantea ahora abordar los contenidos de la educación para la salud en esta etapa, teniendo en cuenta tanto los avances sanitarios como los cambios sociales que condicionan la vivencia de la maternidad y paternidad en nuestros días. Entre estos cambios, cabe resaltar la disminución de la tasa de fecundidad y el retraso en la edad de procreación experimentados en las últimas décadas, y que sin duda se encuentran condicionados por factores como el progresivo acceso de la mujer al mercado laboral, la situación económica, la mayor autonomía de la mujer para la toma de decisiones sobre su proyecto vital, o el desarrollo y acceso a la anticoncepción.

Durante el embarazo y la crianza, el apoyo físico y emocional resulta especialmente importante. Sin embargo, los cambios sociales estructurales acaecidos en los últimos años, están determinando una disminución de las redes sociales de apoyo tradicionales, –familia, amigos, vecinos– para el cuidado de la embarazada y del bebé.

El papel de la pareja es otro de los aspectos que se está modificando en nuestra sociedad. Nos encontramos en un momento en que la figura del padre está ganando terreno en el ámbito doméstico, en la crianza y educación de los hijos, haciéndose cada vez más presente y participativa. La vivencia del embarazo y el parto comienza a ser un hecho cada vez más compartido por ambos miembros de la pareja, dejando de estar centrada en el vientre materno. Esto otorga al padre un nuevo lugar y una nueva manera de entender la relación padre-hijo/a, que por otro lado representa una señal del cambio que se está experimentando en la relación entre hombres y mujeres.

Todos estos aspectos son los que se han tenido en cuenta a la hora de elaborar cada uno de los capítulos que componen esta guía, procurando en definitiva, conciliar los mensajes sanitarios con la realidad social. Esperamos que su contenido sirva de orientación a los profesionales sanitarios que tienen a su cargo la atención a la salud del embarazo, parto y puerperio, a los que aprovecho desde aquí para agradecer profundamente su labor.

Vicente Rambla Momplet Conseller de Sanitat

### **PRÓLOGO**

La preparación de las mujeres para ser madres, ha sido un proceso vinculado históricamente a la transmisión de conocimientos entre las propias mujeres, resultando especialmente importante la experiencia que las madres transmitían a sus hijas. Este adiestramiento informal continúa teniendo su importancia en nuestra sociedad actual, por cuanto que es portador de una gran carga cultural, que perpetúa algunos de los valores del saber popular y la tradición. La contribución de la educación para la salud en los programas de atención al embarazo, parto y puerperio, consiste en incorporar además aquellos otros mensajes que se ratifican a través de la evidencia científica.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la educación sanitaria comenzó a formalizarse en muchos países a través del desarrollo de programas estructurados de educación prenatal, que en un principio tenían la finalidad de preparar a la mujer para el parto, rechazando la idea de que el dolor del parto es algo inevitable y proponiendo el desarrollo de técnicas psicológicas para su control. Estos mismos principios se introdujeron en España y todavía constituyen la base de muchos de los programas de educación prenatal que se llevan a cabo hoy en día.

Si bien la orientación de los programas tradicionales de educación para la maternidad/paternidad, se basaban en la transmisión de aquellos mensajes que los servicios sanitarios consideraban conveniente hacer llegar a los padres, de una forma directiva y uniforme para todas las parejas. Las nuevas orientaciones abogan por dar respuesta a las necesidades que éstos expresan, y enfatizan en ayudar a las madres a identificar sus necesidades y desarrollar sus propios recursos de cara al parto. En contra de planteamientos normativos, se trata de transmitir la idea de que cada mujer es protagonista de su propio embarazo, que cada embarazo es único y puede vivirse de diferentes maneras, pero todas ellas igualmente satisfactorias y saludables.

El objetivo es conseguir que la vivencia de la maternidad se convierta en un acontecimiento vital positivo para la mujer, a través de su preparación. Para ello, además del aprendizaje de técnicas respiratorias, de relajación y de preparación física para llegar en las mejores condiciones al momento del parto, se incluyen sesiones teóricas sobre conceptos de anatomía y fisiología del embarazo y el parto, y se transmite a los futuros padres la importancia de establecer una comunicación afectiva con su hijo/a que fortalezca el vínculo afectivo.

Ésta es la perspectiva bajo la cual hemos planteado la presente guía de apoyo. Se trata de una propuesta, en cuya elaboración se han tenido en consideración todos aquellos cambios que se han ido produciendo en nuestra sociedad a lo largo de los quince años que lleva de andadura el programa de la madre y que necesariamente influyen en la manera de vivir la maternidad/paternidad, parto y crianza. La estructura de la guía la conforman once capítulos y un anexo. En el primer capítulo se hace énfasis en el papel de liderazgo y animación que pueden ejercer las matronas en los grupos de educación y se presentan unas ideas básicas para la introducción de actividades participativas en las sesiones de formación que llevan a cabo. A continuación, se proponen los contenidos de la primera sesión grupal en el primer trimestre de la gestación, con el objeto de dar opción a que la pareja exprese sus dudas e inquietudes ante la nueva situación, mejore sus conocimientos sobre los cambios físicos y psicológicos que comporta la gestación y esté informada sobre los recursos institucionales que se le ofrecen. La importancia de mantener un estilo de vida saludable, lleva a abordar en este capítulo los hábitos más recomendables en la gestación, y se complementa en los dos siguientes capítulos, en los que se trata de forma detallada la importancia de la alimentación y la salud bucodental en esta etapa.

La necesidad de reflexionar sobre los cambios en la relación de pareja que conlleva la maternidad/paternidad, el abordaje del puerperio como una etapa especial de cambios físicos, psicológicos y familiares, en la que la anticoncepción constituye un asunto de particular consideración, son temas que se abordan exhaustivamente en diferentes capítulos. El parto es otro de los apartados a los que se presta notable atención, como momento especial y culminante que es y que da paso a la llegada de un nuevo ser. La guía se completa con los capítulos que hacen referencia a la lactancia natural, la importancia de establecer una buena comunicación con el bebé como elemento clave para su desarrollo armónico, y los aspectos más importantes relacionados con el cuidado del recién nacido.

Finalmente, el anexo recoge las bases de la respiración, relajación y ejercicio físico en el embarazo, parto y puerperio.

Sólo me resta agradecer la colaboración de todos los profesionales que han contribuido con su experiencia y participación entusiasta a la elaboración de esta guía, cuya finalidad última no es otra que contribuir a que la maternidad y paternidad en nuestra comunidad resulte una vivencia satisfactoria y saludable.

Manuel Escolano Puig Director General de Salut Pública

# 



### ÍNDICE

Propuesta de organización	16
El papel de las matronas como líderes y animadoras de grupo	
El embarazo: una nueva situación en la vida de la pareja	55
Alimentación saludable en el embarazo y la lactancia	79
La salud bucodental en el embarazo	
De amantes a amantes y padres: maternidad, paternidad, sexualidad	116
Un momento especial: el parto	142
Ya somos tres, o cuatro: el puerperio	167
La lactancia materna, lo natural	188
La comunicación: un elemento clave para el desarrollo armónico del niño/a	213
Crecer juntos: comprender y atender al bebé	235
La anticoncepción en el puerperio: una necesidad	252



### Propuesta de organización

El objetivo general de la educación para la maternidad/paternidad es favorecer que la vivencia del embarazo, parto y puerperio se realize con plenitud y salud tanto física como emocional. En este contexto, la promoción de la salud debe realizarse a lo largo de todo el proceso, tanto en la consulta individual en la que se efectúan los controles de salud de la mujer, como en las sesiones grupales de educación para la maternidad/paternidad.

Las sesiones de educación grupal se realizarán en atención primaria, fundamentalmente por la matrona, constituyendo un proyecto a realizar en tres momentos diferentes:

- Primer trimestre de embarazo: en la que se dará información a las parejas sobre los cambios que se producen en el inicio de la gestación. Se propone realizar como mínimo una sesión.
- Tercer trimestre del embarazo: se iniciará alrededor de la semana 26-28 de gestación y se ofertará a las embarazadas y a sus parejas. Se propone realizar un mínimo de 8 sesiones.
- Puerperio: dirigido a ambos miembros de la pareja y su bebé. Se proponen un mínimo de 4 sesiones.

Sería deseable la realización de los tres niveles de actividades, ya que suponen un abordaje integral del proceso de la maternidad/paternidad, sin embargo, pueden existir diferentes situaciones, tanto de los profesionales (tiempo, recursos...) como de los asistentes (captación, necesidades, motivación, parto pretérmino) que no hagan posible la realización completa del proyecto. Esta circunstancia ha de considerarse como transitoria u ocasional, ya que el objetivo debe ser ofertar el proyecto completo de educación para la maternidad/paternidad a todas las parejas.

Las actividades grupales se estructurarán en dos tipos de sesiones, unas de contenido teórico y otras destinadas a la preparación física de la mujer. Cada una de estas actividades tendrá una dedicación semanal de al menos una hora, pudiendo realizarse ambos tipos de actividades en una misma sesión de dos horas de duración.

En cada Centro de Salud debe existir una oferta horaria de mañana y de tarde, que permita elegir a la pareja el horario que mejor se adapte a su situación familiar y laboral.

Aunque la organización de estas sesiones grupales es responsabilidad de la matrona, es importante que tengan un carácter multidisciplinar, colaborando otros profesionales en el abordaje de temas específicos (sexólogos y médicos de

planificación familiar, obstetras, equipos pediátricos, médicos de familia, higienistas dentales, enfermeras...), no sólo por el contenido de la sesión, sino porque éste será el primer contacto con otros profesionales a los que seguramente acudirá la pareja, solos o con su bebé, tras el parto (planificación familiar y sexualidad, programa de seguimiento de la salud infantil, etc.).

El contenido de las sesiones grupales deberá adaptarse al nivel de conocimientos de cada grupo y a las necesidades expresadas por los mismos. No obstante habrá una serie de contenidos mínimos a ser tratados y que serán los siguientes:

### 1. EL EMBARAZO, UNA NUEVA SITUACIÓN EN LA VIDA DE LA PAREJA: CHARLA DEL PRIMER TRIMESTRE

### **OBJETIVOS**

Que las embarazadas y sus parejas:

- Aclaren sus dudas e inquietudes en este momento.
- Mejoren sus conocimientos para afrontar de forma adecuada los cambios físicos y psicológicos que comporta la gestación.
- Estén informados sobre los recursos institucionales que se les ofrecen.
- Eliminen mitos y creencias erróneas que tradicionalmente han rodeado a la maternidad/paternidad.

### **CONTENIDOS**

- Informar sobre anatomía y fisiología de la reproducción, la fecundación, el cálculo de la edad gestacional, la fecha probable de parto así como de los cambios fisiológicos más importantes que se van a producir. El conocimiento del propio cuerpo resulta fundamental para comprender y aceptar todas las transformaciones que progresivamente se van a ir produciendo.
- Reflexionar sobre las manifestaciones psicológicas que pueden presentar las mujeres durante la gestación, debidas tanto a los cambios fisiológicos que está experimentando, como al mandato social, cultural y religioso que atribuyen a la maternidad un estado de felicidad y plenitud, que no siempre se corresponde con la realidad y que muchas mujeres no verbalizan por temor a ser catalogadas como "mala madre".

### LA AVENTURA DE SER PADRES guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio

- Destacar la importancia de la pareja como partícipe y protagonista de esta aventura compartida. La figura paterna y materna pueden abrirse a una mayor diversidad de modelos cuando los papeles no están previamente marcados y el planteamiento y responsabilidades de la futura crianza se preparan conjuntamente.
- En esta etapa del embarazo se debe prestar especial atención a las situaciones de violencia familiar, teniendo en cuenta que ésta no se circunscribe a ninguna edad, raza, ni nivel socioeconómico. El embarazo es un momento especialmente vulnerable, de ahí la importancia de la detección precoz para contribuir a prevenir daños.
- Repasar los hábitos y estilos de vida en esta etapa: descanso, trabajo, ejercicio físico, higiene postural, higiene corporal y bucal, relaciones sexuales, alimentación, tabaco, alcohol...
- Informar a las parejas de las actuaciones que contempla el programa de control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana.
- Abordar los antojos y otros mitos en relación con el embarazo.

### 2. SESIONES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

### **OBJETIVOS**

Que las embarazadas y sus parejas:

- Expresen los cambios que están sintiendo y sus preocupaciones en esta etapa.
- Conozcan los aspectos más importantes sobre la nutrición en el embarazo y la lactancia.
- Conozcan las medidas preventivas de salud bucodental en el embarazo y la adquisición de hábitos de higiene, así como los aspectos básicos en torno a los cuidados orales recomendables para su hijo/a.
- Debatan su nueva identidad de ser padres sexuados.
- Estén bien informados y tengan recursos suficientes para afrontar el parto.
- Conozcan los cambios físicos, psicológicos y familiares que van a acontecer en la etapa del puerperio.
- Estén capacitados para hacer una elección informada sobre como alimentar a sus hijos/as.
- Establezcan una comunicación temprana con el bebé.
- Identifiquen las necesidades del recién nacido.
- Decidan el método anticonceptivo más adecuado para la etapa del puerperio, de acuerdo con sus preferencias.

- Practiquen ejercicio físico específico para mejorar el estado general y dar respuesta a las necesidades del momento.
- Adquieran habilidades para relajarse.

### **CONTENIDOS**

- Alimentación: El embarazo y la lactancia suponen situaciones que requieren una mayor vigilancia nutricional, ya que se necesitan incrementos energéticos y de otros nutrientes, que son de fácil abordaje a través del consejo alimentario. Se hará un repaso de cómo afrontar algunas situaciones específicas que pueden producirse en este periodo (pirosis, nauseas, vómitos, estreñimiento).
- Salud Bucodental: El desarrollo a corto plazo de un Plan de Salud Bucodental en la Comunidad Valenciana, va a incorporar entre sus objetivos la salud bucodental de las gestantes. La salud oral en el embarazo se ve afectada por los cambios hormonales y circulatorios de la gestación, que hacen necesarios unos cuidados específicos.
- Paternidad, maternidad, sexualidad: Se trata de reflexionar sobre tres aspectos. El primero guarda relación con la individualidad sexuada, el segundo con la unión de dos individualidades para formar una pareja, y el tercero aborda la aventura de ser tres. En este contexto es importante tratar los roles de género, la socialización de la sexualidad masculina y femenina, los modelos tradicionales de paternidad y maternidad, su evolución y la repercusión que conlleva el cambio en la estructura familiar sobre la relación de pareja y el deseo sexual.
- El parto: Es el momento culminante del proceso de la gestación. Si la mujer aprende a interpretar los mensajes de su organismo y a reaccionar positivamente, vivirá este momento de una forma más tranquila y consciente, ya que la desinformación y el miedo a lo desconocido pueden generar dolor e incomodidad e incluso retardar la progresión del trabajo de parto. Podrá conseguirlo si comprende lo que le está sucediendo y confía en poder ser la protagonista del nacimiento de su hijo/a. Se hablará sobre las causas desencadenantes del parto y los síntomas para detectarlo, cuándo acudir al hospital, las fases del parto, el papel del padre, formas de analgesia y de terminación del parto y el inicio temprano de la lactancia.
- El puerperio: Se plantearán los diferentes cambios tanto físicos como psicológicos que se van a experimentar en esta etapa, haciendo hincapié en los cuidados que se requieren y en la importancia de que ambos miembros de la pareja, compartan la responsabilidad de la nueva situación familiar. Tradicionalmente, el mandato social de "buena madre" conllevaba situarse en un segundo lugar y posponer las necesidades propias, para atender las del bebé. Esta creencia ha llevado a menudo a la mujer a vivir sentimientos de malestar ante la responsabilidad que supuestamente se esperaba de ella. La nueva situación también va a implicar un reajuste en la organización familiar, con el objetivo de establecer un

nuevo equilibrio, en el que la pareja no debe desempeñar únicamente un papel de acompañante y/o observador, sino que ha de asumir protagonismo como cuidador y responsable de la crianza.

- Lactancia materna: La aceptación de la lactancia materna dependerá en gran medida del conocimiento de sus ventajas, por ello la educación maternal supone un espacio óptimo para transmitir a la mujer y a su pareja una información amplia de los distintos aspectos relacionados con ella. Además de sus beneficios, se abordarán aspectos prácticos como la puesta al pecho precoz, frecuencia y duración de las tomas, postura adecuada, los problemas o complicaciones que pueden surgir y la manera de abordarlos, la extracción y conservación de la leche materna, el destete y el apoyo legislativo a la mujer trabajadora que lacta. Además es un buen momento para promover la formación de talleres y grupos de apoyo a la lactancia materna o de invitar a las futuras madres a su inclusión en ellos en caso de que ya se hayan formado.
- Comunicación padres-hijo/a: El desarrollo del niño/a depende de la maduración de su sistema nervioso, del mundo que le rodea que le proporciona todo aquello que va necesitando para su crecimiento personal y del proceso interno de estructuración de su pensamiento y personalidad. Todo este proceso se produce en continua interrelación y acoplamiento progresivo. Para favorecer este desarrollo es importante que el bebé sea estimulado, y no nos referimos a la estimulación temprana en niños con problemas especiales, que necesitarán la ayuda de profesionales, sino más bien a buscar formas prácticas de ayudarle a "crecer" en todo sentido. Ya en la etapa prenatal se puede recurrir a técnicas sencillas de estimulación que emplean la palabra, la música y/o el tacto. Se hará un repaso de la evolución del desarrollo psicomotor de los niños/as y se propondrán actividades para estimularle en cada momento evolutivo. Se explicará la técnica del masaje y la gimnasia del bebé, como forma especial de interacción entre los padres y el hijo/a que favorece el vínculo y es especialmente adecuado en los primeros meses de vida. Dentro de las actividades de las sesiones en el puerperio, se entrenará a los padres y madres en estas técnicas.
- Cuidados del recién nacido: Los cuidados del bebé no son complicados ni difíciles, pero aprender a conocer a esa nueva persona que se integra en la familia, supone un esfuerzo por parte de los padres para llegar a comprender las demandas y dar las respuestas más adecuadas. Es importante que la pareja consensue una línea de actuación con respecto a su futuro hijo/a, para no tener que recurrir a la improvisación, evitando de esta forma mensajes y actuaciones contradictorias. También es importante que conozcan que disponen de un recurso en el sistema sanitario a través de los profesionales de atención primaria, en el marco de los programas de salud. Se hará un repaso a las características y cuidados específicos del recién nacido, tanto en la maternidad, como tras la llegada a casa.
- Anticoncepción en el puerperio: Después del parto, el cuerpo de la mujer necesita que transcurra un periodo de tiempo que le permita la recuperación y la readaptación de su anatomía y fisiología. Es necesario espaciar un nuevo emba-

razo en dos años como mínimo, para reducir la morbi-mortalidad materno-infantil, por ello es conveniente utilizar de forma temprana un método anticonceptivo. En esta sesión se dan a conocer los diferentes métodos anticonceptivos, haciendo hincapié en aquellos que por sus circunstancias actuales son los aconsejables. El consejo contraceptivo se realizará de forma individualizada, teniendo en cuenta las preferencias de cada pareja y la idoneidad del mismo.

- Preparación física: La realización del ejercicio físico tiene como objetivo mejorar el estado general de la mujer y preparar su cuerpo para los cambios que progresivamente va a tener que afrontar en el embarazo, parto y puerperio. Aprenderá distintas formas de respirar y relajarse así como a utilizar recursos para afrontar con mayor sosiego la tensión vinculada al embarazo y parto, así como a la crianza.

### 3. SESIONES DEL PUERPERIO

### **OBJETIVOS**

Que las puérperas y sus parejas:

- Expresen sus vivencias respecto al parto, el puerperio y la adaptación a la nueva situación.
- Conozcan los cuidados adecuados para el puerperio.
- Compartan la responsabilidad de la nueva situación familiar.
- Aprendan y practiquen ejercicio físico específico para su recuperación.
- Adquieran habilidades para establecer un vínculo de calidad con el hijo/a.
- Identifiquen las necesidades del recién nacido y aprendan a dar respuestas adecuadas.

### **CONTENIDOS**

- En este momento se incidirá más profundamente en los temas de paternidad/maternidad, sexualidad, cuidados en el puerperio, comunicación padres-hijo/a, cuidados del recién nacido y anticoncepción en el puerperio.
- Se establecerán grupos en los que preferentemente se integrará la recuperación física, los talleres de lactancia, el masaje infantil y la gimnasia del bebé, convirtiéndolos en un lugar de encuentro de madres y padres con el apoyo de la matrona.

### LA AVENTURA DE SER PADRES guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio

Como complemento a esta guía, con el objetivo de facilitar el trabajo grupal con las parejas y ayudar con actividades prácticas a la comunicación con los asistentes a las sesiones grupales, se han incluido en cada capítulo unas fichas como propuesta de actividades a realizar, con las que además se tiene la posibilidad de acercarse y detectar las necesidades específicas de cada grupo.

Por otro lado, adjunto a la guía se ofrece un CD con una serie de presentaciones en "Power Point" con lo más destacado de cada tema a tratar en las sesiones grupales, para que se pueda utilizar con los medios de que se disponga (pro-yección en cañón, traslado a transparencias...).

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother on the newborn. Amm Ist Super Sanita 2000; 36: 465-78.
- Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2001; 15 (supl. 1).
- Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- Conselleria de Sanitat. Control Básico del Embarazo en la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia, 2002.
- Charles AG, Norr KL, Block CR, Meyering S, Meyers E. Obstetric and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. Am J Obstet Gynecol 1978; 131: 44-52.
- INSALUD. Proyecto marco de educación para la maternidad/paternidad en el embarazo, parto y postparto inmediato. INSALUD, Madrid, 2001.
- Scott JR, Rose NB. Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor delivery in primiparas. N Engl J Med 1976; 294: 1205-7.
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (translated Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: update software.
- WHO. Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. WHO, Regional Office for Europe, Munich, Germany, 2000.

el papel de las matronas como líderes y animadoras de grupo

Joan J. Paredes

## el papel de las matronas

LA AVENTURA DE SER PADRES guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio

### **EMPEZAMOS CONTANDO UNA HISTORIA...**

Luisa es matrona del Centro de Salud de Vilella. Hoy no tiene un buen día. Ha llegado un poco tarde al trabajo porque su hijo de 5 años se ha puesto con fiebre. Al llegar se ha dado cuenta que el vídeo no estaba en su sitio. Los que hicieron ayer la sesión clínica olvidaron dejarlo en la sala. Ha tenido que ir a buscarlo a toda prisa porque las embarazadas están al llegar. Mientras prepara el vídeo llegan las dos primeras.

- Buenos días Luisa.
- Buenos días.

Las dos mujeres embarazadas son siempre muy puntuales. Mientras se asegura que todo funciona bien y que la cinta está en el punto correcto, van llegando las otras mujeres.

- Hola, buenos días.
- Hola, ¿ya estamos todos? Pues vamos a empezar. Hoy vamos a ver un vídeo sobre el momento del parto. Tenéis que estar muy atentos y si os surge una pregunta la pensáis y cuando hayamos acabado de verlo me la hacéis. ¿De acuerdo?

Luisa enchufa el vídeo y cuando se asegura que ya ha comenzado, se va a hacer unas fotocopias de unos folletos que quiere entregarles más tarde. Cuando regresa el vídeo está acabándose.

- Bueno, ¿Qué os ha parecido? ¿Tenéis alguna duda?

Una de las mujeres dice, "la mayoría están muertas de miedo", y se ríe. Luisa contesta: "venga, venga, que no es para tanto; mirad, en estos folletos encontraréis las instrucciones que tenéis que seguir una vez ya notéis los primeros signos del parto. Esta semana os lo leéis tranquilamente y en la próxima sesión haremos prácticas sobre el tema. Ahora os tumbáis en la moqueta que vamos a hacer los ejercicios de siempre".

Media hora más tarde todas se despiden de Luisa y ésta se pone a rellenar la hoja del control de asistencia de la sesión.

Cuando se sienta, se encuentra en la mesa la nueva "Guía de sesiones para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio" que le han enviado desde la Dirección General de Salud Pública.

Luisa mira el índice de la Guía y le llama la atención el capítulo titulado "El papel de las matronas como líderes y animadoras de grupo".

- Lo que faltaba. ¡Pero si una está para que la animen! Ay, esto de líder me ha hecho mucha gracia. Luisa cierra la Guía y la esconde en un cajón. Saca los papeles del programa del climaterio y empieza a preparar la sesión de final de la mañana.

### **ACTITUD PREVIA PARA SEGUIR LEYENDO ESTE CAPÍTULO**

Si habéis leído hasta aquí, supongo que coincidiréis conmigo en que a Luisa le pasa como a muchas de nosotras, que el día a día nos impide disponer de un tiempo relajado y tranquilo para aprender. Aprender no es simplemente leer una Guía. Es leer detenidamente y pensar, reflexionar si esto que leo tiene que ver con lo que hago habitualmente y puede o no aportarme más conocimientos, más motivación o más habilidades que serían útiles para mejorar mi práctica profesional. Aprender significa, en nuestro caso, ser capaces de adquirir nuevas competencias como profesionales. Y para esto se requiere una actitud previa.

A pesar de lo que cree Luisa, ella "lidera" (de una manera más o menos consciente) a un grupo de mujeres embarazadas. Ella es la responsable directa de que vivan el embarazo, parto y puerperio con una menor o mayor preparación. Y además, Luisa, anima o desanima a este grupo de mujeres.

Muchas veces los profesionales de salud "quemamos" herramientas muy útiles para nuestro trabajo por el simple hecho de hacer juicios de valor previos y carecer de una actitud de apertura hacia lo nuevo. Si por cualquier razón no os encontráis motivadas o no creéis que éste es el momento y lugar oportuno para leer el capítulo, os invito a que guardéis la guía en el cajón y aplacéis la lectura para otra ocasión más favorable. Si estáis dispuestas a aprender partiendo de vuestra experiencia, pues... adelante.

### ¿QUÉ HACE UN CAPÍTULO COMO TÚ EN UNA GUÍA COMO ÉSTA?

En la actualidad y en el ámbito de la Comunitat Valenciana, si existe un grupo de profesionales de la salud que diariamente y de manera sistematizada realiza "trabajo con grupos comunitarios", ese grupo de profesionales son las matronas. Pero ni a las matronas ni al resto de profesionales de la salud, nadie nos ha enseñado a trabajar con grupos. Por ejemplo, nadie nos ha entrenado en cómo crear un buen ambiente inicial previo a la realización de las actividades propias de la sesión; cómo manejar situaciones de conflicto intragrupales y aprovecharlas como oportunidad de aprendizaje; y en definitiva, en ningún sitio hemos aprendido cómo rentabilizar el potencial de aprendizaje que las actividades grupales formativas pueden alcanzar. Esto es lo que la pedagogía denomina "cómo aprender haciendo".

En este capítulo de la Guía, se ofrece una descripción de los conceptos básicos de la dinámica de grupos. Se hace énfasis en el papel de liderazgo y animación que podéis ejercer las matronas en los grupos que conducís y se presentan unas ideas básicas para la introducción de actividades participativas en las sesiones de formación que lleváis a cabo.

### DESPUÉS DE HABERTE LEIDO ESTE CAPÍTULO SERÁS CAPAZ DE

- Describir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para poder actuar como líder y animadora de los grupos en los que trabajas.
- Adquirir estrategias para incorporar fácilmente actividades participativas en el resto de sesiones de formación que se proponen en la Guía.
- Identificar algunas fuentes bibliográficas útiles para empezar a construir o ampliar el repertorio de técnicas participativas.
- Motivarte a adquirir estas actitudes y habilidades como una oportunidad para aumentar tu satisfacción profesional y la calidad educativa de las sesiones que conduces.

### **DEFINIENDO CONCEPTOS BÁSICOS**

Vamos a definir una serie de conceptos básicos para comprender mejor de qué estamos hablando cuando mencionamos las palabras grupo, animación y liderazgo.

### Grupo:

Definimos grupo como un conjunto de personas que se interaccionan movidas por un fin común a todas ellas. En nuestro caso la aplicación de esta definición general es muy sencilla:

- 1. Trabajamos con un grupo de futuras madres/padres que interaccionan entre ellas y con la líder.
- 2. Están movidos por un fin común a todos: vivir un embarazo, parto y puerperio de manera positiva y gratificante.

Esta finalidad es lo que define a nuestros grupos de educación para la maternidad/paternidad como "grupos secundarios" en el sentido que se forman para un fin concreto y específico, y la organización y funcionamiento de los mismos vendrá condicionada por esta finalidad.

Estamos pues ante un "grupo no natural" o "grupo secundario" (sería natural o primario si fuera por ejemplo un grupo de amigas), formado por mujeres y hombres futuros padres (en un número variable) liderado por una persona con una preparación técnica, la matrona.

Este grupo tiene una historia natural prefijada. El grupo se crea por la profesional, según recomienda esta Guía, en una primera sesión en el primer trimestre del embarazo; y, continúa a partir del séptimo mes.

Puede ser un grupo abierto, es decir, al grupo se podrá incorporar a una nueva pareja que no haya asistido a alguna de las sesiones y también, podrá perder miembros. Al mismo tiempo, y al ser un grupo no natural, será un "grupo heterogéneo" en cuanto a las características socioculturales y demográficas de las personas que lo forman. Esto puede dificultar el trabajo grupal, pero también lo puede enriquecer si conocemos bien a las personas que lo forman, sus necesidades respecto al grupo, la finalidad que lo conforma y sobretodo, si sabemos aprovechar las circunstancias que nos plantean.

### Dinámica de grupos

Este concepto es introducido por Lewin (1951) con su "teoría sobre la dinámica de grupos". La dinámica de grupos a partir de este momento, se constituye en una manera de estudiar, observar e investigar acerca de los grupos. ¿Cómo se forman? ¿Cómo funcionan? ¿Cómo interactuan y se relacionan los diferentes sujetos miembros del grupo? ¿Qué papel desempeña cada miembro en el grupo? ¿Cómo desaparecen o mueren?. Es pues un concepto amplio que podría asimilarse a: "el estudio de los grupos desde el ámbito de la psicología y de la sociología".

Es indiferente que denominemos técnica, juego o dinámica a una actividad grupal. Lo interesante es saber que la "dinámica de grupos" pretende el estudio científico de los mismos, la experimentación e investigación sobre éstos e incorpora una batería de métodos para conseguirlo.



### ¿Qué aplicación concreta tiene esto en nuestro caso?

Si os fijáis en las preguntas que se enumeran en el primer párrafo de la definición, son cuestiones que nos podemos formular cuando empezamos a trabajar en un grupo. Hemos dicho que los grupos van a ser muy heterogéneos y es importante conocer a cada uno de los miembros del grupo y cómo se relacionan entre sí:

### ¿Cómo interactúan y se relacionan los diferentes sujetos miembros del grupo?

¿Se llevan bien o mal? ¿Se generan discusiones sin motivo? ¿Saben dialogar en grupo (hablar y escucharse)? ¿Están atentos, comprenden las instrucciones y la información que se les da? ¿Vienen a gusto? ¿Participan en las actividades o permanecen en silencio?...

### ¿Qué papel desempeña cada miembro en el grupo?

¿Hay personas que monopolizan las intervenciones y no dejan hablar? ¿Hay personas que necesitan sentirse protagonistas en todo momento? ¿Hay personas que casi nunca intervienen pero cuando lo hacen realizan buenas aportaciones al grupo? ¿Hay personas con dificultad para expresarse (por ejemplo debido a su nivel cultural) y se sienten "cortadas" o "inferiores" a las demás? ¿Hay personas que continuamente cuestionan la información que la matrona les proporciona (desconfían constantemente)?...

Si somos capaces de contestarnos a este tipo de preguntas, conoceremos mejor a nuestro grupo y podremos aplicar estrategias que mejoren su funcionamiento. Esto lo desarrollaremos más tarde, pero como veis, esta fase previa de "diagnóstico" es fundamental.

### Liderazgo

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, un líder es una "persona a la que un grupo sigue reconociéndola como jefe u orientadora". Teniendo en cuenta esta definición y pensando en cómo os pueden ver los miembros del grupo que acuden a las sesiones educativas, creo que no sería desacertado definiros como "personas orientadoras y además, profesionalmente competentes para ello". Pero no nos olvidemos que el grupo os tiene que "reconocer como líderes" y esto va a depender mucho de cómo planteéis las sesiones y del papel que poco a poco vayáis asumiendo.

Como veis, Luisa, la protagonista de nuestra primera historia, está equivocada. No se puede entender el liderazgo como "jefatura", ya que hay muchas otras maneras de entender y de ejercer el liderazgo.

La mayoría de libros que hablan del tema distinguen tres tipos de liderazgo:

- Liderazgo autoritario
- Liderazgo "laissez-fair"
- Liderazgo democrático

La persona que ejerce de **líder autoritario** ordena las actividades a realizar y dicta el trabajo a hacer, asignando a cada miembro del grupo la tarea que considera más conveniente. Se mantiene a cierta distancia del grupo y no participa activamente en él, excepto en actividades de demostración.

La que asume el liderazgo "laissez-fair" (traducido del francés, "dejar hacer"), deja que sea el grupo el que decida, los miembros son libres de trabajar con quiénes desean y ellos mismos son los que distribuyen las tareas. El líder intenta ser un miembro más del grupo pero sin realizar demasiado trabajo.

Una mirada a la historia de Luisa, nos puede ejemplificar como muchas veces se actúa como líderes autoritarios o "dejando hacer" sin tener demasiada consciencia del papel que se ejerce, y esto repercute directamente sobre la calidad del trabajo grupal.

Por último, el liderazgo democrático o también llamado "compartido" es aquel que permite al grupo tomar decisiones contando con la participación y opinión de todos los miembros. El líder, cuando plantea un trabajo en grupo, proporciona los materiales y aclara que dará la información cuando se le pida. No participa en la discusión, ni toma partido por ningún miembro del grupo, la modera, intenta la búsqueda del consenso y del acuerdo.

En Educación para la Salud, el líder democrático no se presenta al grupo como el "experto" que más sabe del tema (esto crea rechazo y distancia respecto a los miembros del grupo), sino como facilitador del proceso de enseñanza-aprendiza-je. Y este proceso tiene como punto de partida, los conocimientos que los miembros del grupo tienen del tema y sus propias necesidades.

La matrona que desee tener "éxito" en las sesiones formativas, debe partir de lo que el grupo sabe del tema que van a abordar y de lo que más les interesa saber acerca del mismo. Debe dejar que el primer paso sea que los miembros del grupo se expresen, y sobre lo que conocen o desean conocer, ir incorporando nuevos conocimientos, generando actitudes positivas y promoviendo la adquisición de las habilidades necesarias según el tema que se trate.

Si Luisa lee este último párrafo, es posible que diga: "muy bonito, sí, muy bonito, pero muy difícil". Esta vez Luisa tiene razón, actuar como líder democrático es más complejo que actuar como líder autoritario o como líder laissez-faire. Pero si la tendencia de una persona que maneja grupos no es hacia el liderazgo compartido, no conseguirá nunca que sus miembros puedan interactuar libremente y se vayan enriqueciendo con las aportaciones mutuas. Sin un líder que haga el esfuerzo de actuar de manera "democrática" el grupo no crecerá y no se aprovecharán las potencialidades que puedan desarrollarse tanto a nivel individual como colectivo.

# Liderazgo compartido

(Adaptado de Colectivo Noviolencia y Educación. Funcionamiento de Grupo)

Aunque la matrona tenga una responsabilidad especial (forma parte de sus competencias profesionales), el trabajo en las sesiones formativas es responsabilidad de todos los miembros que forman el grupo.

## La matrona:

- Propone actividades
- Anima a participar al grupo
- Cuida el clima del grupo
- Escucha atentamente
- Atiende a la comunicación interpersonal
- Acepta ideas de las demás personas
- Atiende a las personas que no hablan
- Atiende a la comunicación no verbal
- Hace preguntas
- Resume preguntas
- Evalúa en el grupo el trabajo

En la práctica, estos tres tipos de liderazgo se combinan. A veces, se tiene que poner cierta dosis de autoridad cuando, por ejemplo, la sesión se convierte en un montón de intervenciones sin ton ni son, o cuando se están personalizando demasiado las cuestiones. En otras ocasiones también tiene que "dejar hacer", para generar autonomía, pero sin dejar de estar presente en el proceso.

El secreto tal vez está en intentar ser una líder democrática pero incorporando, y haciéndolo de una manera "compartida", la dosis de "autoridad" o de "dejar hacer" cuando las circunstancias o las características del grupo lo aconsejen.

## Animación

En lugar de empezar a desarrollar definiciones de animación (casi siempre la veréis asociada al adjetivo "sociocultural") creo que merece la pena reflexionar hasta qué punto las matronas cumplen este papel de "animar" al grupo, o de "desanimarlo". Una buena manera puede ser la de desglosar los dos ejes que se derivan del significado etimológico:

- Desde el eje anima, la matrona potencia el sentido de "dar vida", de "soplo o aliento vital", de accionar el pensamiento y la responsabilidad individual y grupal en la toma de decisiones relacionadas con los autocuidados durante el embarazo y el puerperio.
- Desde el eje animus, la matrona se centra más en "el sentido de cambio y ayuda al crecimiento" que en el de "infundir vida". Pretende impulsar acciones que impliquen movimiento, impulso, motivación, acompañamiento y transformación.

Las matronas no sólo estáis animando a un grupo de futuros padres, sino que ellos y ellas mismas están "animando" su propio embarazo: dar... vida, soplo o aliento vital, cambio y ayuda al crecimiento, movimiento, impulso, motivación, transformación.

Las matronas tenéis la suerte de trabajar en un momento de gran importancia vital para las personas y puede que no haya periodo tan propicio para promocionar la salud que cuando una mujer y, generalmente, con su pareja, se preparan para tener un hijo/a. Esta actitud tan positiva y abierta que, en la mayoría de los casos nos podemos encontrar, es una excelente oportunidad para que las personas "ganen salud" y los profesionales lo debemos aprovechar.

Aquí tenéis un par de poemas para que los disfrutéis, uno escrito por una mujer y otro por un hombre. Si queréis saborearlos mejor, os aconsejo que os pongáis una suave música de fondo para recitarlos en voz alta.

Feto
Tú
pequeño ser,
estás creciendo dentro de mí
dándome una nueva dimensión.

(Has aumentado mi volumen: cuando bajo las escaleras no puedo verme los pies. Tengo que subir con cuidado a los carros y caminar despacio por las calles.)

Por las noches ya me despiertas con tu suave golpeteo a las puertas de mi casa más secreta.

Platicamos sin palabras y luego te arrullo con el correr de mi sangre y los latidos de mi corazón.

Sientes los pájaros primero que yo y tu vida rebulle contenta como la colita de un perro en la mañana.

Eres mi pequeño habitante con el que vivo frente a frente y yo soy tu saco amniótico, diminuta humanidad sin sexo, al que a veces imagino mujer y otras hombre, al que quiero sin ver y conozco sin conocer, nutriéndote y esperando el momento de nuestra cita.

Gioconda Belli

Bajo mis manos crece
Bajo mis manos crece, dulce, todas las noches.
Tu vientre manso, suave, infinito.
Bajo mis manos que pasan y repasan midiéndolo, besándolo;
Bajo mis ojos que lo quedan viendo toda la noche.
Me doy cuenta de que tus pechos crecen también,
Llenos de ti, redondos y cayendo.
Tú tienes algo. Ríes, miras distinto, lejos.
Mi hijo te está haciendo más dulce, te hace frágil.
Suenas como la pata de la paloma al quebrarse.
Guardadora, te amparo contra todos los fantasmas;
Te abrazo para que madures en paz.

Jaime Sabines

#### LA OTRA HISTORIA DE LUISA

Ahora, vamos a imaginar que nuestra amiga Luisa es otra Luisa. Hace un par de años hizo un curso de formación continuada que tenía como título "Animación y Salud". Fue uno de esos cursos que no se olvidan, y después de aquello introdujo una serie de cambios en las sesiones educativas que impartía. Vais a ver como cambia la historia.

Luisa es matrona del Centro de Salud de Vilella. Hoy no tiene un buen día. Ha llegado un poco tarde al trabajo porque su hijo de 5 años se ha puesto con fiebre. Al llegar se ha dado cuenta que el vídeo no estaba en su sitio. Los que hicieron ayer la sesión clínica olvidaron dejarlo en la sala. Ha tenido que ir a buscarlo a toda prisa porque las embarazadas y sus parejas están al llegar. Mientras prepara el vídeo llegan las primeras.

- Buenos días Luisa.
- Buenos días Carmen y Fani. Como siempre las primeras en llegar (Contesta Luisa).
- Oye Fani, ¿Tu dominas esto de los vídeos?
- Claro, soy una experta en grabar películas de Disney.
- Pues anda, si quieres ayudarme, busca en la cinta el rótulo que dice "tercera sesión de educación maternal". ¿Vale? Así yo puedo ir a por las fotocopias mientras van llegando los otros.
- Eso está hecho.

Mientras Fani busca en el vídeo el rótulo "tercera sesión", van llegando las otras parejas.

- Hola, buenos días Fani. ¿Y Luisa?
- Buenos días. Hoy va un poco acelerada, se ha ido a recoger unas fotocopias y viene enseguida. ¿Qué tal andas Nati?

- Estoy ya cansada, tengo unas ganas de que venga el "enano".

Entra Luisa y se dirige al grupo.

- Hola, ¿Ya estamos todos? Sí, ya veo, sólo falta Maite que ya nos avisó que no podría venir hoy. Venga, vamos a comentar como os ha ido la semana y si habéis pensado en todo lo que hablamos el día anterior.

.../...

Bueno, pues después de este momento de "repaso", vamos a empezar con el tema de hoy. Fani ha sido tan amable de localizarnos el fragmento de vídeo que vamos a ver. Trata del momento del parto. Pero antes de verlo me gustaría que las que habéis parido compartierais con el grupo cómo os sentisteis, cómo fue todo. ¿Vale? A ver si conseguimos animar a Nati, que pone una cara de desespero. (Nati sonríe). Es normal Nati que te encuentres así, pero vas a ver todo lo que te cuentan las compañeras y verás como te tranquilizas y aún tienes más ganas de verle la cara a ese bombón. Venga, las "expertas", a ver si nos podéis contar cosas.

.../...

Y ahora, sí. Después de todo lo que nos habéis contado y las preguntas que nos hemos hecho vamos a ver el vídeo... Muchas gracias por las aportaciones de Fani, Carlos y Carmen. Siempre se pueden aprender nuevas cosas, incluso las que ya habéis parido os va a interesar mucho lo que nos cuenta la cinta. Tenéis que estar muy atentos y si os surge una pregunta, levantáis la mano, paramos la película y la comentamos. ¿De acuerdo? .../...

Cuando se acaba el vídeo, Luisa concluye:

- Bueno, a parte de las preguntas que ya habéis hecho ¿Qué os ha parecido? ¿Tenéis alguna duda más? .../...

Después de contestar un par de cuestiones, Luisa continúa con la sesión.

- Estupendo, ahora os voy a repartir unos folletos. Me gustaría que formarais grupos de tres y los leyerais detenidamente. En ellos encontraréis los consejos que tenéis que seguir una vez ya notéis los primeros signos del parto. Lo leéis, lo comentáis y luego lo hablamos todos juntos. Los asistentes recogen los folletos y se ponen a leerlos y a comentarlos en grupo.

.../...

Después de la puesta en común, Luisa se da cuenta que a algunas y algunos les ha costado entender lo que dicen los folletos. Piensa: habrá que cambiarlos para el próximo grupo y adaptarlos más. Un día podemos dedicarlo a que lo reescriban en su lenguaje y forma de expresarse. Seguro que resultan más claros y comprensibles.

- El tiempo se ha pasado volando y si nos descuidamos nos quedamos sin tiempo para los ejercicios. Así que vamos a ello.

Finalmente, Luisa despide la sesión:

- Bueno, espero que os haya gustado todo lo que hemos comentado y hablado. Os animo a que penséis en la sesión de hoy, que continuéis haciendo los deberes y no se os olvide ir practicando día a día y apuntar cualquier duda que os surja para tratarla en la próxima sesión. Ah, por cierto tengo un par de poemas para que los leáis y los comentéis en casa. Son preciosos. Espero que os gusten. En la próxima sesión abordaremos la lactancia. Prepararos para aprender muchas cosas y os aseguro que van a ser muy interesantes, incluso para las chicas y chicos expertos.

Todos se despiden de Luisa. Luego se pone a rellenar la hoja del control de asistencia de la sesión.

- Voy a anotar también en el cuaderno de incidencias cómo ha ido la sesión, lo de los folletos tengo que replantearlo, si no lo anoto se me olvida y luego con las prisas ya no me da tiempo a cambiar todo lo que quería.

Cuando se sienta, se encuentra en la mesa la nueva Guía educativa que le han enviado desde la Dirección General para la Salud Pública.

Luisa mira el índice de la Guía y se interesa por algunos temas que aparecen en el índice. Le llama la atención el capítulo titulado "El papel de las matronas como líderes y animadoras de grupo". ¡Caramba! ¿Tendrá esto que ver con el curso que hice hace un par de años? Lo siento Guía, hoy no tengo tiempo y no es un buen momento para leerte, pero mañana prometo buscarte un hueco.

Luisa la esconde en un cajón, saca los papeles del programa del climaterio y empieza a preparar la sesión de final de la mañana.

#### EL PAPEL DE LIDERAZGO Y ANIMADOR EN LA HISTORIA DE LUISA

Si realizamos una sesión educativa o formativa "en grupo" y queremos incorporar lo que hemos aprendido acerca de los conceptos antes definidos, el papel que asume la matrona va a ser fundamental. Con su manera de comunicarse, verbal y no verbal, con su actitud respecto a cada una de las personas del grupo y ante el grupo en general, con su manera de implicar y hacer participar, con su forma de flexibilizar los contenidos de la sesión, etc... Luisa nos lo ha demostrado en esta segunda historia.

En todas las sesiones formativas, siempre hay un esquema que se repite:

- 1. El inicio, la presentación de la sesión.
- 2. El desarrollo de las actividades de la misma.
- 3. Las conclusiones y el avance de la próxima sesión.

# ¿CÓMO PUEDE INTERVENIR LA MATRONA EN ESTAS TRES ETAPAS?

## El inicio, la presentación de la sesión.

La acogida es fundamental en el inicio de la sesión. En función de cómo la matrona "acoja" al grupo, va a crear un clima más o menos favorable para el desarrollo de los contenidos correspondientes a la misma. Las participantes se sentirán en mayor disposición para adquirir nuevos contenidos.

¿Cómo se hace? Pues, es muy sencillo. Sólo tenéis que ver cómo lo ha hecho Luisa en esta segunda historia (y cómo lo hacéis la mayoría de vosotras). Saludando a los participantes por su nombre (conocer los nombres de las personas que conforman el grupo y que entre ellas se conozcan es esencial); preguntándoles cómo les ha ido desde la sesión anterior; interesándose por cuestiones personales que sabe que les preocupan, animándoles a empezar con la nueva sesión e incluso, implicándoles en la preparación inmediata de la misma.

El lenguaje no verbal es tan importante o más que lo que se dice. ¿Cómo decimos lo que decimos? La sonrisa resulta un instrumento muy eficaz en la acogida.

Un elemento importante también es compartir lo que vamos a hacer en la sesión, así como los objetivos de la misma. Al hacerlo estamos situando al grupo e implicándolo en los contenidos que se van a desarrollar. Estamos captando el "interés" sobre el tema antes de empezar a abordarlo.

#### El desarrollo de las actividades de la misma.

Las actividades que se plantean no están porqué sí. El hecho de que intentemos llevar a cabo unas actividades más participativas, incluso divertidas, no está reñido con su adecuada planificación y programación.

Toda actividad grupal obedece a unos objetivos que pretendemos conseguir, y a un programa educativo de las sesiones que tendremos que planificar antes de iniciar el proceso. Cada grupo es único e irrepetible y el mismo programa será

difícil que se adapte a todos los grupos por igual. La matrona deberá aprovechar la primera sesión del primer trimestre del embarazo para conocer al grupo, sus intereses, los temas que más les preocupan, el nivel educativo de las personas que lo conforman; y en base a todo esto "adaptar el programa y cada una de las sesiones a las demandas del grupo". Los protagonistas del proceso formativo son las propias parejas de futuros padres, y la matrona debe ser consciente de esto, por lo que asumirá un papel facilitador y orientador del proceso.

El punto de partida de cada sesión será lo que los participantes ya conocen sobre el tema que abordamos. En nuestra segunda historia vemos como Luisa invita a los/las asistentes que ya han sido padres a compartir su experiencia y a suscitar preguntas en el resto del grupo. La matrona anima favoreciendo la comunicación intergrupal, las aportaciones de todos y procura que todos se expresen y que se sientan a gusto compartiendo sus vivencias, dudas y preocupaciones.

Cuando plantea la actividad, en este caso la visualización de un vídeo, lo hace desde el punto de vista de la participación. Las actividades grupales pretenden ante todo implicar y abordar los contenidos desde la experiencia individual. De la simple visualización de un vídeo, pasamos a la visualización interactiva. La diferencia es evidente y aunque la matrona conozca el vídeo perfectamente, sigue aprendiendo de las preguntas y aportaciones que el grupo realiza.

Cuando se programen varias actividades en una sesión, es interesante que sean distintas, que haya variedad y que la matrona consiga que tengan una secuenciación rítmica y dinámica.

Pero como habéis visto en la segunda historia, la matrona también observa, está atenta a las reacciones de las participantes (cara de preocupación de Nati) y atiende a los gestos y demandas que percibe. Introduce comentarios y "desdramatiza" situaciones.

Cuando reparte los folletos, plantea una lectura por grupos para que ésta sea interactiva y se asegura que hayan comprendido la información. Busca el "feed-back" de los participantes y convierte el papel escrito en motivo de diálogo. Está consiguiendo la máxima interacción y el rendimiento que nos permite el trabajo grupal.

Otro aspecto interesante es la capacidad de ser "flexibles" en los contenidos a transmitir en cada sesión. Cuando surge un tema y suscita interés, se comenta aunque no esté programado para el día. Es una oportunidad de aprendizaje que surge y no hay que desperdiciarla. Es una prueba del estilo democrático de ejercer el liderazgo y de lo que se llama "aprendizaje incidental".

# Las conclusiones y el avance de la próxima sesión.

Desde el punto de vista de la animación, tan importante es la acogida inicial como las conclusiones finales y la despedida. En el caso de la segunda historia de Luisa, vemos como orienta al grupo hacia el cambio y la puesta en práctica de los contenidos que se han abordado, y lo hace resumiendo los elementos más importantes que se han tratado, animándoles a la incorporación de dichos cambios.

También corresponde a este momento el anuncio de lo que harán en la próxima sesión. Esto hace que las sesiones no sean algo puntuales y aisladas sino que se relacionen; contribuye a que las participantes las perciban como un proceso en que todos los contenidos están interrelacionados.

Por último, utiliza recursos "de reserva", como son los poemas, que pueden ser útiles para favorecer que "extiendan" lo aprendido a las personas con quién comparten el embarazo.

#### La evaluación de la sesión.

En la segunda historia Luisa no se limita a rellenar la hoja de asistencia a la sesión, escribe cómo le ha ido la sesión, se fija en lo que se puede mejorar y deja constancia para intentar mejorarlo en el futuro.

El simple hecho de revisar si se han conseguido o no los objetivos propuestos, cómo se ha desarrollado la sesión, si han participado o no todas las parejas, si los materiales utilizados (el vídeo y el folleto) han sido adecuados, si ha habido tiempo suficiente para desarrollar con tranquilidad las actividades. Expresar todo esto por escrito; hace que Luisa convierta la evaluación de la sesión en un instrumento de continua mejora del programa formativo; hace que la matrona sea consciente de que pueden mejorarse las cosas y no es tan difícil conseguirlo.

#### Incorporando actividades participativas.

A las alturas en las que estamos en este capítulo y si habéis sido capaces de llegar hasta aquí, espero que hayáis caído en la cuenta de que la animación y la capacidad de ejercer un liderazgo adecuado, son fundamentales para tener éxito en vuestros grupos. Lo dicho hasta ahora, aunque de una forma sencilla, forma parte de la metodología de intervención grupal que los expertos señalan como la más adecuada para los procesos de enseñanza-aprendizaje. Pero, ¿Por qué?

Pues, porque en determinados contenidos y entornos, como en el de los grupos de preparación para la maternidad/paternidad, las actividades participativas son más eficaces que las intervenciones educativas individualizadas, ya que:

- Favorecen la comunicación intergrupal y la del grupo con la profesional de la salud.
- Contribuyen a mantener el papel de facilitadora de la profesional respecto al proceso de enseñanza-aprendizaje de los participantes.
- Permiten introducir fácilmente contenidos, no solamente conceptuales, sino actitudinales y de adquisición de habilidades para la vida.
- Cada sujeto, es activo y toma parte en las decisiones de salud que le afectan directamente.
- La experiencia personal se convierte en referente de motivación para el cambio.
- Convierten al grupo en fuente de apoyo y ayuda para adaptarse a los cambios y a las nuevas situaciones que supone el embarazo.

## ¿Cómo podemos introducirlas?

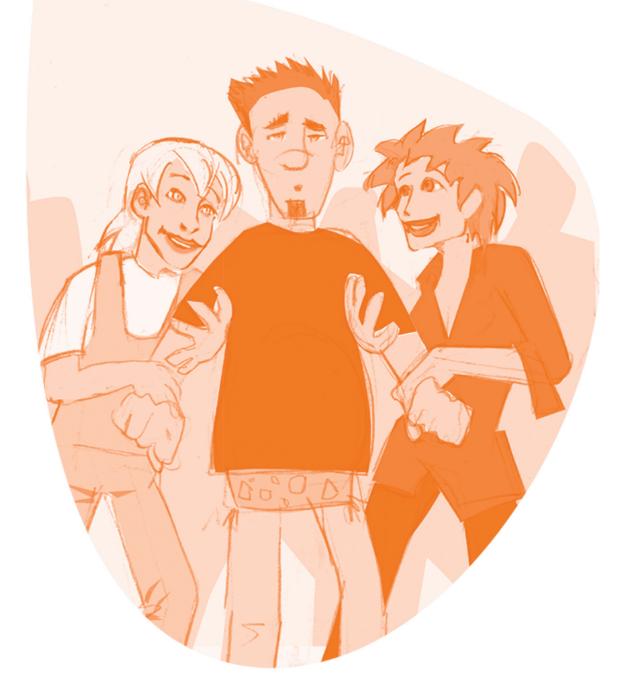
Las actividades formarán parte de una programación planificada y responderán a la adquisición de objetivos, debiendo ser evaluadas.

En esta Guía encontraréis un número de actividades que pueden convertirse en más o menos participativas en función del enfoque que les sepáis dar. La experimentación, la imaginación y vuestra capacidad creativa son una importante fuente de ideas y de innovación constante. Podéis rentabilizar vuestras "actividades participativas" formando grupos de matronas que trabajéis en la misma línea y "trabajando en grupo" compartir y crear nuevas actividades que se adapten a la realidad en donde estáis situadas.

## ¿De dónde?

La mayoría de actividades participativas provienen de libros o manuales relacionados con la animación, dinámica de grupos y juegos. Podéis acceder a los mismos en librerías especializadas en pedagogía, psicología y sociología.

En estos libros encontraréis clasificadas las actividades o técnicas en diversos grupos, a veces se utilizan términos distintos para expresar un mismo significado. Yo os enumero los términos más utilizados que clasifican el conjunto de técnicas.



Técnicas de presentación: sirven para presentarse, para conocer los nombres de las personas que forman parte del grupo y algún aspecto de su personalidad. Podéis utilizarlas en la primera sesión del primer trimestre del embarazo y en la segunda, cuando ya empiece el resto de sesiones del programa de la Guía.

Técnicas de distensión: sirven para provocar diversión y son más importantes de lo que parecen. Se suelen emplear después de abordar temas complejos en los que ha habido mucha implicación grupal y el animador/a del grupo observa que puede ser interesante "distender" el ambiente y mejorar el clima. Aunque muchas veces nos parezcan "insignificantes" suelen ser muy agradecidas por los participantes.

Técnicas de análisis y solución de conflictos: son las técnicas "estrella" que nos sirven para abordar de manera participativa los temas de salud que consideremos interesantes para el grupo o que el grupo ha demandado. Facilitan el análisis a personas que no están acostumbradas a la reflexión, favorecen el pensamiento creativo y el desarrollo de capacidades individuales.

Técnicas de comunicación: sirven para aumentar la comunicación entre los miembros del grupo y la adquisición de habilidades por parte de sus componentes. Son ideales para crear un buen clima grupal y para compartir experiencias personales que pueden enriquecer al grupo.

La lectura de textos o la audición de canciones: suelen ser muy útiles para favorecer la expresión de emociones y sentimientos que resultan de difícil comunicación. Este tipo de actividades, con unas cuantas preguntas previamente preparadas para después de la lectura o audición, no la encontraréis en muchos libros, pero resulta muy productiva y satisfactoria para los participantes.

Está recomendado tener un fichero de actividades participativas que podemos utilizar en cada una de las sesiones del programa. Aquí tenéis un modelo de Ficha, que hemos utilizado para registrar actividades en docencia. Es muy práctico, ya que te ahorra tiempo a la hora de la búsqueda de las actividades más adecuadas en función de los objetivos y del grupo. Te permite incorporar la evaluación para mejorar su aplicación en otras ocasiones. También hace más sencillo poder intercambiarlas y que sean realizadas por otras matronas. Espero que os sea de utilidad.

# **DENOMINACIÓN: ¿QUE ES LA SALUD?**

# TIPO DE TÉCNICAS

Comunicación-Cohesión. Análisis.

## **MATERIAL**

¿Qué se necesita para llevarla a cabo?

- Aula grande con mobiliario móvil.
- Pizarra y tiza.
- Folios y bolígrafos.

# **OBJETIVO**

Se utiliza para definir que se entiende, tanto a nivel individual como de grupo, por Salud.

¿A quién, a que tipo de grupo o situación va dirigida?

Participantes del curso.

## **DESARROLLO**

Instrucciones para realizarla. Tiempo previsto.

- Lluvia de ideas: en la pizarra se escribe SALUD, durante 10 -15 minutos. los participantes escriben todo aquello que les sugiere la palabra Salud. Finalizada esta etapa, cada participante señala del total de términos escritos, los tres que más identifica con SALUD y los tres que menos identifica.
- Philips 66: en grupos de seis personas se hace una reunión que dura 6 minutos para consensuar una definición de SALUD, basada en todo lo aportado en la dinámica anterior.
- Puesta en común de todas las definiciones.

# **VALORACIÓN**

El animador/a destaca la dificultad para definir la Salud y más si se tiene que hacer en grupo.

El animador/a señala que un grupo que quiera trabajar por su propia salud es importante que se plantee definirla partiendo de sus propias ideas, experiencias y percepciones.

El animador/a puede tener preparado algunas definiciones de Salud que quiera dar a conocer después de la puesta en común y que completen lo trabajado durante la sesión.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Construcción propia.

# **EVALUACIÓN**

Por parte de la persona animadora después de haberla desarrollado.

## **DENOMINACIÓN: PROTAGONISTAS DE LA SALUD**

## **TIPO DE TÉCNICA**

Análisis. Identificación de necesidades y problemas.

#### **MATERIAL**

¿Qué se necesita para llevarla a cabo?

- Aula grande con mobiliario móvil.

#### **OBJETIVO**

Se utiliza para identificar a los principales implicados en la salud de las personas y que papel desempeñan en relación a ésta.

¿A quién, a qué tipo de grupo o situación va dirigida?

Participantes del curso.

#### **DESARROLLO**

Instrucciones para realizarla. Tiempo previsto.

- Los participantes se dividen en grupos de 6 a 8 personas. Cada grupo discute sobre qué "agentes" están implicados en la salud de la comunidad, una vez identificados comentan sobre el papel que juegan. Tiempo: 15 minutos.
- Piensan una situación de la vida real que refleje lo reflexionado en el apartado anterior, qué personajes intervienen, qué diálogo mantendrían, qué gestos harían. Se elige a las personas que representarán a estos personajes y se prepara una pequeña escenificación de la situación. 30 minutos.
- Representación de todas las situaciones. Mientras un grupo realiza su representación el resto observa y anota cada uno de los "agentes" que se han identificado y las características que se les otorga. 30 minutos.
- Puesta en común. 15 minutos.

# **VALORACIÓN**

El animador/a pregunta a los participantes cómo se han sentido representando un determinado papel, si han descubierto algo que no conocían.

Se plantea la cuestión de quien es el agente más importante para la SALUD y por qué.

# **BIBLIOGRAFÍA**

Creación propia.

# **EVALUACIÓN**

Por parte de la persona animadora después de haberla desarrollado.

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA PARA INICIARSE EN EL MANEJO DE GRUPOS

## Dinámica de Grupos

- Contreras JM. Cómo trabajar en grupo, introducción a la dinámica de grupos. Madrid: San Pablo, 1997. Es un sencillo manual que aborda de manera práctica y a través de ejemplos (propone dinámicas grupales), los aspectos más básicos de la dinámica de grupos. Muy útil para iniciarse en el tema.

## Técnicas Participativas

- Vargas, L. Bustillos G. Marfán M. Técnicas participativas para la educación popular. Madrid: Editorial Popular, 1993. Es un libro muy práctico que resume las principales técnicas grupales utilizadas en educación para población adulta. Lo hace a través de una atractiva presentación, en forma de dibujos y de "bocadillos" tipo "cómic" que hace su lectura y aplicabilidad realmente sencilla.
- Colectivo Noviolencia y Educación. Funcionamiento de Grupos. Madrid, 1997.

En una interesante recogida de técnicas grupales (incluye la referencia de autor de dónde proviene la técnica) realizada por un grupo de mujeres que trabaja con otras mujeres en un colectivo de Madrid. A través de este sencillo manual podemos aprender qué es un grupo, juegos para la comunicación, el papel de cada miembro del grupo, aspectos sobre el liderazgo y la evaluación. El libro contiene numerosos esquemas y test que pueden servirnos en la práctica diaria para evaluar nuestro papel como animadores/as y el clima grupal de los miembros de nuestros grupos. Esta recogida de técnicas no está editada y las autoras recomiendan su fotocopia y reproducción. En la Dirección General de Salud Pública disponen de una copia.

- Vopel KW. Juegos de Interacción. Teoría y Praxis de los juegos de interacción. Madrid: Editorial CCS, 1995.

En realidad es una colección de 12 libros en los que podemos encontrar numerosos juegos clasificados en función de la edad a la que van dirigidos y de los temas que abordan (aunque en mi opinión, los juegos no tienen edad y siempre que podamos adaptarlos a los grupos de adultos, nos pueden ser útiles). El número "cero" de la colección es un Manual para el Animador de Grupos, y es un estupendo libro para quién quiera seguir formándose en el manejo y la animación grupal.

#### Animación

- Ander Egg E. Metodología y Práctica de la Animación Sociocultural. Madrid: Editorial CCS, 2000.

Es un clásico de la Animación Sociocultural, el libro está en su 15ª edición y va dirigido a todas aquellas personas que quieren profundizar desde cualquier disciplina en la metodología y práctica de la Animación Sociocultural. Aunque es un libro muy interesante y ameno de leer no lo considero imprescindible para el trabajo que vais a realizar.

## Poesía

- Belli G. Apogeo. Madrid: Colección Visor de Poesía, 1998.
- Belli G. El ojo de la mujer. Madrid: Colección Visor de Poesía, 2000.

Gioconda Belli es una escritora nicaragüense nacida en 1947. Se la califica de poeta "fresca y vitalista", "con un estilo propio que escapa a cualquier corriente y escuela". En estos dos libros podréis encontrar poemas sobre el amor y el hecho de ser mujer en las diversas etapas de la vida, así como versos sobre los clásicos temas de la vida. Su lenguaje claro y comprensible hace que sus poemas sean recursos de enorme validez para el trabajo grupal con mujeres. Muy recomendables para cada una de vosotras y para vuestras mujeres. Regalároslos ya.

## LA FORMACIÓN EN ANIMACIÓN Y EN LIDERAZGO

Bueno, pues hemos llegado al final de este capítulo. Cuando uno aborda el tema de la animación y el liderazgo entre profesionales de la Salud que no hemos recibido ninguna formación sobre estos temas, siempre surge la eterna pregunta: ¿una animadora o líder grupal, nace o se hace?

La respuesta es que se hace más que se nace. Aunque una persona pueda tener, de entrada, una serie de actitudes y habilidades que le hagan más fácil asumir su papel como líder o animador/a los conocimientos y las habilidades se adquieren y las actitudes se cambian. Pero en este terreno no podemos huir de la práctica, por mucho que leamos sobre el tema, si no somos capaces de "lanzarnos" y poner en práctica este tipo de actividades o técnicas, todo esfuerzo será inútil.

## NOS DESPEDIMOS EMPEZANDO DE NUEVO

Empezamos este capítulo con una historia, la historia de Luisa; y lo acabamos con otra historia. Vuestra historia. Vuestra historia es la real, la verdaderamente sorprendente, la auténticamente admirable. Seréis vosotras, cada una de las que haya sido capaz de leer este texto la que haga posible que no sean vacías palabras, sino un impulso para hacer más agradable, divertido y satisfactorio vuestro trabajo.

Espero que la tercera historia sobre Luisa, la escribáis con vuestro nombre y superéis en calidad y buen hacer el trabajo grupal que ya estáis haciendo.

# BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA PARA LA ELABORACIÓN DEL CAPÍTULO

- Ander Egg E. Metodología y Práctica de la Animación Sociocultural. Madrid: Editorial CCS, 2000.
- Belli G. El ojo de la mujer. Madrid: Colección Visor de Poesía, 2000.
- Colectivo Noviolencia y Educación. Funcionamiento de Grupos. Madrid, 1997.
- Contreras JM. Cómo trabajar en grupo, introducción a la dinámica de grupos. Madrid: San Pablo, 1997.
- Paredes J. Hernández JC. Curso de Animación y Salud. EVES, 1998.

# el embarazo: una nueva situación en la vida de la pareja

Amparo Albiñana Carmen Barona Consuelo Calvo Ma Luisa Carpio

2 emoarazó Una nueva situación

#### **JUSTIFICACIÓN**

Los cambios físicos y psicológicos que empieza a sentir la mujer al quedar embarazada, despiertan en ella dudas y preguntas, que pueden encontrar respuesta en el marco de esta sesión grupal. El encuentro con otras parejas que tienen preocupaciones comunes e intereses similares, les servirá de apoyo y refuerzo. Precisamente es en estos momentos cuando se deben potenciar los hábitos de vida saludables y modificar conductas inadecuadas que se puedan producir.

El primer trimestre de la gestación es un momento idóneo para conocer cuales son los cambios físicos y emocionales, y poder despejar dudas. La influencia de las tradiciones ha generado miedos, mitos y creencias que solo con una información veraz y objetiva se puede contrarrestar.

Mediante esta charla también se informa a las parejas de cómo se realiza el control de la gestación, de las diferentes pruebas y el momento en que se realizarán, de la organización de los cursos de educación maternal, etc.

#### **OBJETIVOS**

- Mejorar los conocimientos de la embarazada y su pareja para afrontar de forma adecuada los cambios físicos y psicológicos de la gestación y la crianza.
- Informar sobre los recursos institucionales que se ofrecen a la gestante.
- Eliminar mitos y creencias erróneas que tradicionalmente han rodeado a la maternidad/paternidad.

#### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

El cuerpo de la gestante se transforma y adapta para que, sin perder el propio equilibrio, sea capaz de nutrir y proporcionar un entorno seguro donde el bebé pueda desarrollarse.

Conocer el propio cuerpo resulta fundamental para comprender y aceptar todas las transformaciones que progresivamente se van a ir produciendo.

## 1. CÁLCULO DEL TIEMPO DE GESTACIÓN

En mujeres gestantes con reglas regulares:

Cálculo de Naegele: La fecha probable de parto (FPP) se calcula descontando 3 meses al primer día de la última regla (FUR) y añadiéndole 7 días y 1 año.

FPP= FUR - 3 meses + 7 días + 1 año.

Cálculo de la FPP según el día de la concepción:

Esto conlleva saber con seguridad el día de la concepción.

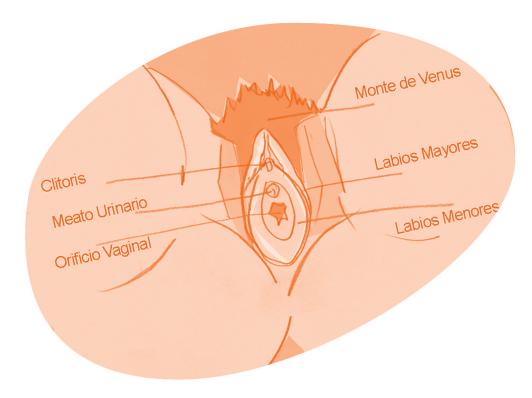
FPP = Fecha de la concepción + 264 o 265 días.

## 2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

## Aparato genital femenino

Genitales externos femeninos Se denomina vulva y consta de:

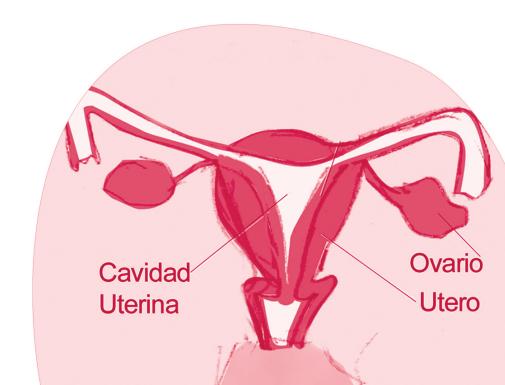
- Monte de Venus.
- Labios mayores.
- Labios menores.
- Clítoris.
- Meato urinario.
- Orificio vaginal.
- Himen.



#### Genitales internos femeninos

Consta de las siguientes partes:

- -Vagina: Es un canal fibromuscular que se extiende desde el cuello uterino a la vulva. Tiene una gran capacidad de dilatación, como puede comprobarse en el momento del parto.
- -Útero: Es un órgano único, hueco, de tamaño y forma de pera que tiene una gran capacidad de distensión. Consta de 3 capas: una serosa o perimétrio, una intermedia muscular o miométrio y una interna o endométrio. Es en esta última donde se produce la anidación del óvulo fecundado.
- -Cervix o cuello del útero: Es la parte inferior del útero, tiene una gran capacidad de dilatación que en el momento del parto llega hasta los 10 cm, para dar paso a la salida del feto.
- -Trompas de Falopio: Son estructuras dobles, a modo de cuernos que salen de la parte alta del útero, miden alrededor de 10 cm de largo y 1-2 mm de diámetro y se extienden desde los cuernos del útero hasta el ovario.
- -Ovarios: Son órganos dobles, de tamaño y forma de almendra. Producen hormonas femeninas, y en ellos se encuentran los óvulos necesarios para la reproducción. Su proceso de funcionamiento empieza en la pubertad con la Menarquia y termina con la Menopausia.
- -Ovulo: Célula germinal femenina, de tamaño mucho mayor que el espermatozoide, y normalmente única por ciclo. Su capacidad de ser fecundado se mantiene 24 horas y degenera poco después de estas en caso de no haber fecundación. Existe una dotación de ovocitos en los ovarios de una niña recién nacida que es aproximadamente de 2 millones de ovocitos primarios, muchos de ellos involucionan durante la niñez, de manera que hacia la adolescencia no quedan más que



alrededor de 400.000, de los que solo aproximadamente 400 se convierten en ovocitos secundarios y se irán expulsando paulatinamente en la ovulación.

La capacidad reproductiva de la mujer comienza a partir de la pubertad, cuando cada mes, un folículo maduro es recogido por la trompa de Falopio y transportado en su camino hacia el útero. Paralelamente, se están produciendo en el útero unos cambios en el endometrio para facilitar la nidación en caso de fecundación. Si esta no se produce, se descama el endometrio y se expulsa en lo que conocemos como menstruación.

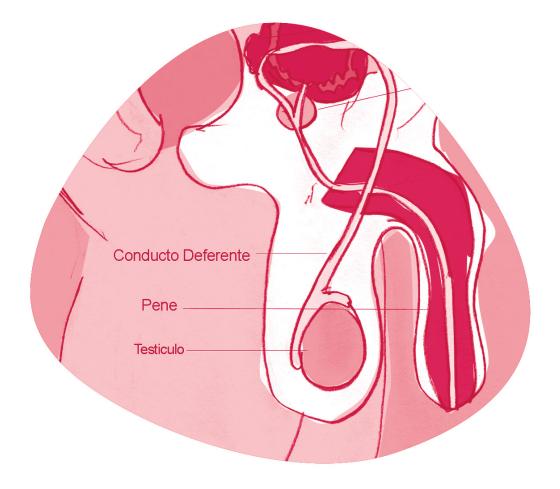
Todo este proceso tiene lugar por influencia de las hormonas gonadotropinas hipofisarias FSH y LH, actuando sobre el ovario y el útero.

# Aparato genital masculino

#### Genitales externos masculinos

Constan de:

- Escroto.
- Pene.
- Prepucio.
- Frenillo.



Genitales internos masculinos

Consta de:

- Testículos: son las gónadas masculinas que a partir de la pubertad producen espermatozoides y hormonas sexuales masculinas. Son dos y están situados cada uno dentro de la bolsa escrotal fuera de la cavidad abdominal.
- Los espermatozoides: se producen a millones en cada testículo y pasan al epidídimo en el proceso de maduración, donde tras ser depositados siguen a través de los conductos deferentes por las glándulas sexuales accesorias (vesículas seminales, próstata y glándulas bulbo uretrales), donde se les sumarán secreciones al líquido que contiene los espermatozoides, formando el semen, que es expulsado a través de la uretra en la eyaculación.

Durante el coito se depositan entre 200 y 600 millones de espermatozoides en el cuello uterino y fondo de saco vaginal, de todos ellos solo alrededor de 200 llegan al lugar de la fecundación y solo uno se unirá al óvulo.

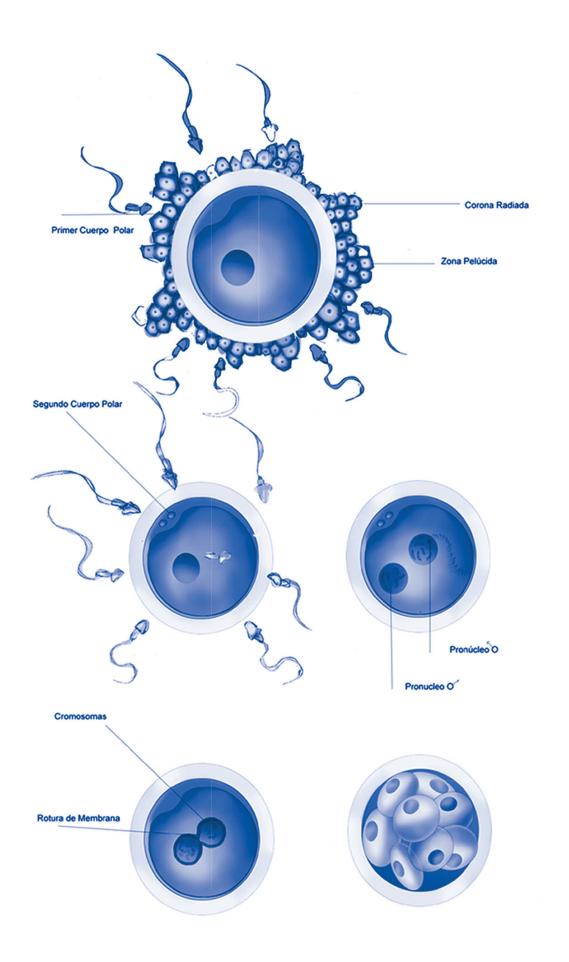
## 3. FECUNDACIÓN

Comienza con el contacto entre un espermatozoide y un ovocito secundario, y termina con la fusión de los núcleos de ambos y la combinación de sus cromosomas, dando lugar a los 46 cromosomas necesarios para formar el huevo. Este proceso dura aproximadamente 24 horas.

Una vez que el espermatozoide ha atravesado la corona radiada y la zona pelúcida del ovocito, en esta se produce una reacción de zona que la convierte en impermeable para otros espermatozoides. A partir de ahí comienzan divisiones mitóticas. En fase de mórula, a los 3 días de la fecundación, penetra en el útero. El 4º día en fase de blástula, entre los blastómeros centrales, aparece un espacio lleno de líquido que se denomina cavidad del blastocisto y este hace que los blastómeros se separen en 2 partes:

- El trofoblasto que forma la parte embrionaria de la placenta y
- El embrioblasto, que dará origen al embrión.

Aproximadamente el 6° día de la fecundación, el blastocisto se fija en el epitelio endometrial, llamándose a este proceso nidación. Si la nidación no se produce en el útero, estamos ante un embarazo ectópico.



#### 4. CAMBIOS HORMONALES

El embarazo se caracteriza por un importante reajuste endocrino, en el que la placenta juega un papel clave. Las hormonas maternas son esenciales para la transformación endometrial y la iniciación y mantenimiento del embarazo. La secreción de HCG (gonadotrofina coriónica humana) por el trofoblasto implantado, determina que se mantenga el cuerpo lúteo. La HCG se detecta en sangre a los 9 días de la concepción, pero a medida que éste avanza, su importancia relativa disminuye y las funciones ovárica e hipofisaria son gradualmente reemplazadas por la placenta. La placenta produce hormonas esteroides y proteicas entre las que destacan:

- Como hormonas proteicas, la HCG, HPL (lactógeno placentario) y HCT (tirotrofina coriónica humana).
- Como hormonas esteroides la placenta secreta estrógenos y progesterona.

Dados los importantes cambios hormonales que se producen en la gestación (baile de hormonas) la mujer va a presentar un proceso de adaptación a nivel físico y emocional.

## 5. CAMBIOS FÍSICOS

#### Cambios o modificaciones locales

El útero a lo largo del embarazo pasa de tener un peso de 30 a 50 gr antes del embarazo, a 1000 gr al final del mismo y de tener una longitud de 7 a 8 cm a 30-35 cm. Estos cambios se producen fundamentalmente a expensas del miometrio cuyo desarrollo tiene lugar por hiperplásia, hipertrofia y distensión pasiva. La hiperplasia e hipertrofia son debidas fundamentalmente a la acción de los estrógenos y la capacidad plástica que permite la distensión a la acción de la progesterona. En el cuello uterino se producen tres modificaciones fundamentales: aumento de la vascularización, edema e hiperplasia glandular, además de la formación del tapón mucoso debido a la hipertrofia, como mecanismo de protección y aislamiento. En ocasiones por el aumento de la vascularización en la zona, así como por la nidación, puede producirse un pequeño marcado o spoting.

La vagina aumenta de tamaño, tanto en longitud como en anchura, haciéndose más extensible. La masa muscular crece mucho para facilitar tanto el trabajo del parto como una buena recuperación en el puerperio.

Los ovarios quedan en reposo durante la gestación. El cuerpo lúteo persiste hasta 2-4 meses.

Las articulaciones pélvicas y los ligamentos redondos, se relajan por influencias hormonales de la relaxina del cuerpo amarillo y/o de la progesterona. Esto puede explicar las molestias sacro-lumbares que aparecen en ocasiones, y que en casos extremos, puede dar lugar a la llamada insuficiencia pélvica pudiendo dificultar o imposibilitar la marcha.

La distensión que sufre el abdomen puede dar lugar a la aparición de estrías que además de tener un origen mecánico, también se producen por influencia hormonal-cortical. El ombligo se borra y la línea media de la piel abdominal se pigmenta dando lugar a la "línea alba", del mismo modo el aumento de melanocitos causante de ello, puede ocasionar manchas en la cara y cuello, conocido comúnmente como "cloasma gravídico" y es debido al incremento de la hormona MSH (melano estimulante), a los estrogenos y a la progesterona.

Otras manifestaciones de la piel menos frecuentes son las arañas vasculares y el eritema palmar, que no tienen importancia clínica y desaparecen cuando termina el embarazo.

Los cambios mamarios son principalmente el aumento de la sensibilidad, tamaño y vascularización de las mamas. Las areolas mamarias y los pezones se oscurecen por las mismas causas por las que aparece la linea alba en el abdomen, aumentan de tamaño y estos últimos se vuelven más eréctiles. En las areolas aparecen unas glándulas sebáceas hipertróficas llamadas "Tubérculos de Montgomery".

Por la acción del lactógeno placentario, estrógenos y progesterona se va a producir un gran desarrollo mamario y la glándula queda preparada para la secreción láctea tras la expulsión de la placenta y la caída de los niveles hormonales.

## Cambios generales gravídicos

Los cambios generales que se producen en el organismo de la gestante, son fundamentalmente a causa de los cambios hormonales, nutritivos (por las necesidades fetales) y mecánicos. Estos últimos son debidos al aumento de peso y volumen localizado, que desplaza el centro de gravedad de la mujer y altera la estática de la columna vertebral, compromete la circulación de retorno y altera la circulación en el área esplácnica.

## Cambios sanguíneos y circulatorios

Desde el principio de la gestación se produce un incremento del volumen plasmático de alrededor de un 30% y aunque el volumen globular también aumenta, lo hace en menor proporción, con lo que el valor del hematocrito disminuye, esto explica la aparición de la anemia fisiológica del embarazo por dilución.

La concentración de Hb desciende desde 14 hasta 11-12 gr y los hematies pasan de 4,5 a 3,7 millones por mm<sup>3</sup>.

El corazón se dilata y aumenta de volumen, sufriendo un desplazamiento hacia arriba y la rotación por la elevación del diafragma, lo que hace cambiar su eje eléctrico y por lo tanto pueden producirse cambios electrocardiográficos y concluir a falsos diagnosticos de cardiopatía. El trabajo cardiaco aumenta durante el embarazo ya que el corazón es un órgano al que se le exige un esfuerzo superior al normal.

A pesar del aumento de la volemia ya comentado, el porcentaje importante de esta se concentra en la zona útero-placentaria, y el flujo sanguíneo aumenta en algunas zonas del organismo como son el útero, la pelvis, los riñones y las extremidades. Al final del embarazo se produce un aumento de la presión venosa y una dilatación de las venas en las extremidades inferiores, ello produce con frecuencia la aparición de edemas en los maleolos y la tendencia a la formación de varices.

Es característico el aumento de la temperatura de la piel y la humedad de las manos por el aumento de la irrigación periférica. La dilatación vascular al nivel de la mucosa nasal puede dar lugar a que se produzcan epistaxis.

La tensión arterial sistólica desciende en la primera mitad del embarazo entre 5-10 mm Hg y la diastólica alrededor de 15 mm Hg, para ascender de nuevo a valores pregravídicos al término de la gestación. Cuando estos valores superan los 90 mm Hg y 140 mm Hg para la sistólica, nos encontramos ante una hipertensión que necesitará seguimiento.

El consumo de  $O_2$  durante el embarazo está aumentado, pero la hiperventilación y el aumento del volumen/minuto hacen frente a las exigencias respiratorias.

## Cambios renales

En la función renal hay un aumento del flujo y de la filtración, con eliminación más rápida de muchas sustancias (glucosa, aminoácidos, urea, etc.) siendo una excepción el ácido úrico que durante el embarazo será un fiel reflejo de la función renal.

La retención de Na en el riñón no es responsable de la hipertensión gravídica, sino el vasoespasmo, por ello es éste el que debe ser tratado. La pérdida de minerales (K, Na, Ca) son la causa de la aparición de calambres que se manifiestan preferentemente por la noche y más en los embarazos múltiples. En el embarazo está aumentado el riesgo de infecciones urinarias debido a la dilatación de los uréteres y pelvis renal, tanto por las influencias hormonales como mecánicas. La disminución del peristaltismo favorece el reflujo desde la vejiga y el éstasis urinario está aumentado. Estos serán factores que favorecen el aumento en la incidencia de infecciones urinarias.

# Cambios en el aparato digestivo

La gingivitis es típica a lo largo del embarazo y en ocasiones se produce una tumefacción de las encías llamada epulis gravídico, que unido a los cambios en el ph de la saliva que se acidifica, aumentan la probabilidad de trastornos periodontales en este periodo.

Las náuseas y los vómitos pueden ser causados por los estrógenos y la gonadotrofina coriónica, y/o por componentes psicosociales y culturales, siendo la hiperemesis gravídica el máximo exponente de ésta manifestación.

Otro de los síntomas típicos de este periodo es la pirosis, debida a la relajación del cardias que determina un reflujo gastroesofágico.

La acción de la progesterona sobre el intestino disminuye la motilidad del mismo, que junto a la compresión del útero por el aumento de su tamaño, explican el estreñimiento. Estos factores aumentan la probabilidad de hemorroides debidas a la compresión extrínseca del drenaje venoso por el útero.

#### Cambios metabólicos

De los cambios generales que experimenta la mujer durante la gestación el más llamativo es el aumento de peso, que se produce ya desde los primeros meses, ganando por término medio en el curso de la misma 11 Kg. Este peso se reparte:

- 3,5 Kg aproximadamente corresponde al feto
- 500 gr a la placenta
- 1 Kg al líquido amniótico y membranas

Es lo que se llama ganancia ponderal reproductiva. Además:

- 1 Kg o 1,5 Kg correspondiente al útero
- 1 Kg a las mamas
- 1300 cc de masa total de sangre

Lo que sumado a los 5 Kg anteriores nos sitúa alrededor de los 8,8 Kg. El resto de peso hasta alcanzar el aumento total durante la gestación, corresponde a la retención de líquidos por los tejidos y a la grasa.

Existe una retención hídrica en la gestación que da lugar a la aparición del considerado edema latente y que varía sustancialmente de unas mujeres a otras.

Hay cambios en el metabolismo proteico, así como en el lipídico, donde sus fracciones están aumentadas durante la gestación (colesterol, triglicéridos...).

El metabolismo hidrocarbonado debe sufrir una adaptación durante el embarazo, se produce un aumento de necesidades ya que el feto consume glucosa materna de forma constante, tanto para sus necesidades de crecimiento, como para almacenarla en forma de grasa y atender a las necesidades iniciales de la vida extrauterina. Esto explica que haya una reducción de la disponibilidad de glucosa periférica en la madre, lo que justifica el estado de hipoglucemia que en ocasiones se manifiesta en forma de mareos.

El efecto hipoglucemiante de la insulina, está disminuido durante la gestación, lo que implica que el páncreas debe segregar mayor cantidad de ella para compensar, si no es capaz, puede aparecer una situación de diabetes a lo largo de la gestación. Por ello, es importante que se controlen los niveles de glucosa y la capacidad de respuesta del páncreas, con el fin de evitar repercusiones negativas en la madre y el feto.

## 6. ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

## Los sentimientos sobre la maternidad

Desde los distintos ámbitos sociales, culturales, religiosos... se ha interpretado la maternidad como una plenitud. Como consecuencia aparece a menudo en la mujer embarazada inquietud si no consigue verse dentro de éste modelo.

El modelo social tradicional de buena madre, supondrá dedicación en exclusiva, dejando de lado otros intereses personales. Cumplir con este modelo significa ser insustituible, abnegada, generosa y ésto es algo que de forma consciente o inconsciente sabe la mujer embarazada y que puede llevarla a situaciones de ambivalencia, a poder vivirlo como pérdida de una misma, produciendole sentimientos de culpabilidad por no cumplir el estereotipo único de mujer madre. La tendencia a asociar el embarazo con una obligada imagen de felicidad y plenitud, impide que muchas mujeres puedan verbalizar sentimientos negativos por temor a ser catalogadas como "mala madre".

Muchas de las manifestaciones que la embarazada puede sentir, a menudo conectan con su propia historia. Esto puede manifestarse con la aparición y/o agravamiento de síntomas como nauseas y/o vómitos en el embarazo, dificultades para

la relajación, dilatación y cooperación en el parto así como insuficiencia o desaparición de la leche para el amamantamiento en el puerperio... La falta de un análisis en profundidad de esta situación, conduce a menudo a intentar solucionarlo con recursos técnicos (medicamentos, ecografías, etc) sin tener en cuenta temores más profundos que tienen que ver con la propia biografía.

Por otro lado, si tiene que simultanear el papel de madre con el trabajo asalariado, puede entrar en conflicto, ya que presiente las dificultades que conlleva cumplir las exigencias de las dos condiciones.

## Compartir vivencias, buscar apoyos

Durante el embarazo la mujer tiene una mayor sensibilidad y vulnerabilidad, así como una mayor percepción de sus estados emotivos, por esto es importante que su pareja sea partícipe, así como protagonista de esta aventura compartida. La figura paterna y materna pueden abrirse a una mayor diversidad de modelos cuando los papeles no están previamente marcados, y las responsabilidades de la futura crianza se preparan conjuntamente.

Aspirar a ser padres, prepararse ambos para ello como una posibilidad más de realización personal, significa comprometerse en una tarea común, que descargará a la mujer embarazada de sentimientos de hiperresponsabilidad.

#### Violencia familiar

La violencia doméstica es una realidad en nuestra sociedad actual, hasta el punto de resultar un problema más frecuente durante la gestación que muchos de los que son propios del embarazo, tales como la diabetes gestacional, la precclampsia o los defectos del tubo neural.

El embarazo se presenta como una oportunidad para identificar este problema, dado el contacto obligado con el sistema sanitario que supone y la periodicidad de las visitas establecidas en el protocolo de seguimiento del embarazo.

Resulta conveniente que la matrona incluya de forma sistemàtica en la anamnesis la valoración de la situación de cada mujer embarazada que atienda, preguntándole de forma natural y directa, sin emitir juicios de valor. En caso de sospecha de maltrato, el enfoque del profesional sanitario debe ser el de ofertarle ayuda a ella y su familia, utilizando los recursos existentes.

Hay que tener en cuenta que las víctimas de la violencia provienen de cualquier grupo de edad, religión, nivel socioeconómico y educativo, grupo étnico y orientación sexual. No obstante, puede ir asociado al embarazo no deseado, acceso tardío al control de la gestación, consumo de alcohol y otras drogas.

Los efectos y consecuencias de la violencia en el período del embarazo pueden llegar a ser graves, dando lugar a abortos espontáneos, muerte o daño fetal consecuencia del traumatismo materno, estrés de la madre, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas.

## 7. ESTIMULACIÓN PRENATAL

Si el bebé antes de nacer puede sentir, ver y oír, ¿por qué se ha de esperar a su nacimiento para comenzar a relacionarse con él?

La comunicación entre los padres y el hijo/a antes del nacimiento influirá positivamente en el desarrollo del bebé y no solo con un aumento de la inteligencia y la creatividad, si no que además va a producir unas mejores relaciones entre padres e hijos, reforzando una concepción integral del ser humano con un mejor desarrollo emocional, mental y social. El bebé a través de la pared abdominal, percibe la luz, los ruidos y voces del exterior... de ahí la importancia de la respuesta del bebé al tacto a través de la piel del abdomen de la madre, o de las palabras, la música, etc. De esta forma se consigue estimularle, dar respuesta a sus movimientos y transmitirle la emotividad que despierta su presencia.

Para llevar a la práctica esta forma de relación, se han diseñado programas con diferentes orientaciones que tienen como objetivo la estimulación prenatal. Estos van desde la vinculación prenatal a programas para favorecer el desarrollo de la inteligencia antes del nacimiento, u otros en los que la música aparece como elemento estimulador principal. También existe la haptonomía como medio de comunicación con el bebé antes de nacer, que combina el tacto con las técnicas de relajación, en las que participan ambos padres y que favorece el establecimiento temprano del vínculo familiar.

## 8. RECOMENDACIONES GENERALES

Descanso: el descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación, siendo conveniente descansar después de las comidas.

Trabajo: en situaciones especiales, cuando el trabajo exija un esfuerzo excesivo o una exposición a riesgos ambientales, conviene consultar al médico por si pueden perjudicar al niño/a. Si se encuentra en alguna de estas circunstancias hay que informar sobre los derechos laborales de la embarazada (posibilidad de cambio de lugar de trabajo, baja maternal, excedencia, etc).

Ejercicio físico: conviene hacerlo con moderación y evitando llegar a la situación de fatiga, ya que se produce ácido láctico que es perjudicial para el feto. Se recomienda los paseos al aire libre para activar la circulación, la oxigenación y el funcionamiento del intestino.

La natación puede ser una importante preparación muscular y respiratoria para el parto. La bicicleta estática también es muy conveniente ya que facilita el retorno venoso.

Higiene postural: debido a los cambios en el peso y la estática durante el embarazo, es importante mantener una buena actitud corporal. Como el equilibrio de la futura madre se altera por el peso del vientre y el desplazamiento del centro de gravedad, la mujer para compensarlo suele adoptar una postura hacia atrás.

## Una postura correcta implica:

- Tirar hacia arriba como una espiral, colocando nuca y espalda en línea recta (no levantar la nariz, sino alargar la nuca).
- El punto de apoyo del vientre son las nalgas.
- El peso no debe llevarse con los talones sino con todo el pie.

Higiene personal: es muy importante durante el embarazo una higiene cuidadosa por el aumento de la sudoración y el flujo vaginal. Es aconsejable la ducha diaria, se puede usar crema hidratante después de la misma.

Durante este periodo no deben realizarse permanentes ni tintes en el pelo, ya que la piel del cuero cabelludo absorbe los productos. En cambio, se pueden realizar mechas siempre que no se pongan en contacto los productos colorantes con la piel del cuero cabelludo.

En caso de depilación con cera, es más recomendable la cera fría para minimizar el problema de las varices.

Higiene de la boca: durante el embarazo las encías son más sensibles y pueden inflamarse y sangrar más a menudo. Conviene limpiarse los dientes después de cada comida y masagearse las encías con el dedo índice. Es importante realizar al menos una revisión odontológica, avisando al dentista de que se está embarazada.

Es conveniente realizar enjuagues con una solución de flúor, esto ayudará a prevenir las inflamaciones y las caries.

La ropa: conviene que sea amplia y cómoda, preferentemente de tejidos naturales. Los zapatos han de ser cómodos y con poco tacón para no dificultar el mantenimiento del equilibrio. Se recomienda utilizar un sujetador que porporcione una buena sujeción, con tirantes anchos y reforzados por la parte inferior.



Animales domésticos: si se tiene animales en casa y sobre todo gatos, la mujer embarazada no deberá encargarse de su cuidado, por el riesgo que comporta de transmisión de la toxoplasmosis.

Relaciones sexuales: durante la gestación no hay ningún motivo para cambiar las relaciones sexuales. En algunas ocasiones habrá que modificar algunas posturas habituales que pueden ser incómodas y adaptarlas según evolucione el embarazo.

**Tabaco:** se debería dejar de fumar y si no es posible, hay que reducir la cantidad de cigarrillos al día, no superando el número de 5. Los hijos de madres fumadoras suelen pesar menos al nacer que el resto de los bebés. El embarazo puede ser un buen momento para que el futuro padre deje de fumar, o al menos no lo haga cuando estén juntos.

Alcohol: no deben tomarse bebidas alcohólicas, en su lugar pueden tomarse zumos de frutas o de verduras, agua mineral, etc. Tampoco se debe abusar de las bebidas excitantes: café, té...

Medicamentos: no tomar medicamentos sin consultar antes con el médico o la matrona. Además, cuando se acuda al médico por cualquier motivo, o se realice alguna prueba diagnóstica (RX), hay que advertir del embarazo.

Otras drogas: el uso de cualquier droga es muy perjudicial para el niño. Si la madre las consume habitualmente, debe comunicarlo al personal sanitario en cuanto sepa que está embarazada.

Alimentación: es conveniente que la alimentación sea moderada, equilibrada y natural. Se ha de evitar carne cruda y alimentos excesivamente condimentados. En cambio es conveniente aumentar el consumo de verduras, frutas, proteínas y disminuir la ingesta de grasas.

Viajar: Se puede viajar respetando unos periodos de descanso frecuentes.

### 9. RECURSOS INSTITUCIONALES QUE SE OFRECEN A LA GESTANTE

La forma de acceso habitual para el control sanitario durante el embarazo, es a través de los Centros de Atención Primaria. La matrona informará a las gestantes del protocolo para el control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana, con sus diferentes actuaciones: exploraciones físicas, analíticas, ecografías y pruebas especiales que se le van a realizar a lo largo de la gestación, así como de donde se le va a dar cada una de estas prestaciones. Esta información contribuirá a proporcionar a los futuros padres seguridad y tranquilidad, facilitando adoptar una actitud más activa y participativa en todo el proceso.

La finalidad de los controles de salud durante este periodo, es vigilar que el desarrollo de la gestación sea normal (lo que ocurrirá en la mayoría de los embarazos, ya que se trata de un proceso fisiológico), detectar precozmente cualquier riesgo que se pueda presentar y derivarla en estos casos al obstetra.

Los equipos de asistencia obstétrica son los responsables de los controles ecográficos y la asistencia al parto, así como de la valoración y seguimiento de los embarazos de riesgo.

### 10. ANTOJOS Y OTROS MITOS EN EL EMBARAZO

Los antojos se consideran fundamentados en lo que se supone un cambio de status en sociedades en las que el rol de madre supone una elevación sobre el status normal de la mujer. Por medio de los antojos la mujer consigue servicios, cuya satisfacción se considera que evita marcas en la piel del recién nacido/a, que tienen un gran parecido con el objeto deseado.

La tradición decía que estas marcas se localizaban en el punto del cuerpo del bebé en donde la madre se tocaba en el momento del deseo.

En sociedades con pocos recursos, los antojos a menudo estaban relacionados con alimentos difíciles de adquirir por la familia en una situación fuera de este periodo.

Además de los antojos, se han transmitido en el tiempo otros mitos sin fundamento pero anclados en la tradición como: relación entre cruzar las piernas y asfixiar al bebé, vientre alto y picudo indica que nacerá niño, vientre bajo y redondo indica que nacerá niña, si salen manchas en la cara nacerá niña, no deben liarse ovillos durante el embarazo porque se enreda el cordón umbilical del feto y puede ahogarse, si se come pulpo o percebes el bebé nacerá con la piel fea, si se toma demasiada leche engorda la cabeza del bebé y dificultará el parto...

### 11. DERECHOS PARA LA PROTECCIÓN DEL EMBARAZO

Prevención de riesgos laborales: LEY 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. JEFATURA DEL ESTADO (BOE nº 269 de 10/11/1995).

Pretende evitar la exposición de la embarazada a factores de riesgo para su salud y la del feto. Regula la adaptación de las condiciones de trabajo, el cambio de puesto o la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo.

Derecho a la asistencia sanitaria para extranjeras: DECRETO 26/2000 de 22 de febrero del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y que crea la Tarjeta Solidaria. GOBIERNO VALENCIANO (DOGV nº 3697 de 28/2/2000).

"Las extranjeras embarazadas que se encuentren en la Comunidad Valenciana, tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y puerperio".

Prestaciones económicas: REAL DECRETO 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (BOE nº 276 de 17/11/2001).

Reconoce el subsidio por riesgo durante el embarazo del 75% de la base reguladora. Se tramita a petición de la interesada. Establece el derecho a ausentarse del trabajo para los exámenes prenatales y la preparación al parto (remunerado) si se justifica la necesidad de asistir durante la jornada laboral.

Reconoce el subsidio por maternidad del 100% de la base reguladora durante un periodo de 16 semanas en caso de parto simple, ampliable a 2 semanas por hijo/a en caso de parto múltiple. Se disfrutará de forma ininterrumpida distribuido a opción de la interesada, siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto. Parte del periodo es transferible al padre.

Reconoce subsidios en caso de adopción y acogimientos preadoptivos y permanentes.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Acién P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Obstetricia. Alicante: Ediciones Molloy, 1998.
- Dunham C, Myers F, Barnden N, Mc Douglas A, Kelly T, Aria B. Mamatoto. Barcelona: Plural Ediciones S.A., 1992.
- González de Chávez A. Preparación para el parto versus preparación para la maternidad y paternidad. Género y Salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud (Madrid, 3 de julio de 1999). Madrid: Instituto de la Mujer, 2001.
- Moore K, Persaud T. Embriología clínica. Mexico: Mc Graw-Hill-Interamericana, 2001.

### FICHA 1 (CHARLA PRIMER TRIMESTRE)

### TORMENTA DE IDEAS EN TORNO A LA MATERNIDAD-PATERNIDAD

### **OBJETIVOS**

- Conocer las expectativas de la pareja ante la maternidad-paternidad.
- Ofrecer herramientas para la gestión de los cambios.

### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza y/o rotuladores, sillas.

### **TIEMPO**

+/- 15 minutos.

### **METODOLOGÍA**

- Se lanza la pregunta: ¿Cómo piensas que te puede afectar la maternidad-paternidad, en tu vida profesional, de pareja, social...?
- Cada persona por turno expone cual es su opinión.
- Se hacen varias vueltas hasta que se agoten las ideas.
- Se anota en la pizarra todas las respuestas.
- Se agrupa por similitud y se ordenan de mayor a menor frecuencia.

La monitora aporta herramientas para poder gestionar los conflictos que pueden plantearse (legislación, recursos sociales, negociación con la pareja).

### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Es conveniente tener una ficha con los recursos sociales y legislativos actualizada.

### FICHA 2 (CHARLA PRIMER TRIMESTRE)

### **COMENTEMOS LOS MITOS**

### **OBJETIVOS**

- Reconocer los mitos vigentes en torno a la maternidad.
- Explicar los fundamentos de ciertas creencias sobre la maternidad.

### **MATERIAL**

- Fichas con mitos y realidades en torno al embarazo. (Anexo 1).

### **TIEMPO**

+/- 15 minutos.

### **METODOLOGÍA**

- Una de las personas del grupo elige una ficha de entre las que conforman la baraja, y la lee en voz alta.
- Los que están a favor del mensaje de la ficha, se ponen en un lado y los que están en contra, frente a ellos.
- Se establece un debate, defendiendo cada grupo su postura.
- La monitora aclara, si se trata de una falsa creencia o un hecho probado.

### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Se sigue la misma metodología, hasta consumir el tiempo programado para la actividad.
- Es conveniente plastificar las fichas para evitar el deterioro de las mismas.

## ANEXO 1 (CHARLA PRIMER TRIMESTRE) COMENTANDO EXPRESIONES

- Si no comes una fruta cuando lo deseas, tu hijo/a nacerá con una marca en la piel que la recuerda (antojo).
- Si cruza a menudo las piernas, o durante mucho tiempo, puedes producir asfixia en el bebé.
- Vientre alto y picudo es niño seguro.
- Vientre bajo y redondo, indica que nacerá niña.
- Si a la madre se le mancha la cara, nacerá niña.
- Si la madre se pone guapa, nacerá niño.
- No debe liarse ovillos durante el embarazo, porque se enreda el cordón umbilical del bebé.
- La acidez indica que el niño/a nacerá con mucho pelo.
- La embarazada debe comer por dos.
- Los movimientos del bebé, pueden notarse desde el segundo mes de embarazo.
- La embarazada no debe ingerir mucho líquido, porque aumentará el líquido amniótico del bebé.
- La mujer embarazada toma manía a alguna persona de su entorno.
- Los coitos no son perjudiciales en el embarazo si todo funciona normalmente.
- Las emociones se manifiestan con más facilidad durante el embarazo.
- No es aconsejable practicar ejercicio físico durante el embarazo.
- Es aconsejable protegerse bien del sol durante el embarazo, ya que si no es así, se mancha la cara.
- Desde el comienzo del embarazo, aumenta el tamaño y la sensibilidad de las mamas.
- Existe un tipo de anemia que es normal en la embarazada.
- Durante el embarazo se siente más calor o aumenta la sudoración.
- Hay más facilidad para el sangrado de las encías durante el embarazo.
- La mujer embarazada es la estampa de la felicidad.
- La pareja que se prepara conjuntamente para el nacimiento de un hijo/a, afrontará de forma más positiva los acontecimientos.
- La educación de los hijos comienza, cuando aprenden a hablar.
- Durante el embarazo, el tinte del pelo dura menos, porque este crece más y aparece antes la raya.
- Es una tontería negociar con la pareja el reparto de tareas. Ya se verá sobre la marcha.

### alimentación saludable en el embarazo y la lactancia

Joan Quíles

# alimentación tación saludable

### **JUSTIFICACIÓN**

El embarazo y la lactancia suponen situaciones de gran exigencia nutricional para la mujer, que requieren incrementos energéticos y de otros nutrientes que son de fácil abordaje a través del consejo alimentario.

El aspecto alimentario debe ser analizado en su situación preconcepcional, durante el embarazo y también en el puerperio y la lactancia.

La adaptación alimentaria en la gestación y amamantamiento se hará de forma individualizada, atendiendo a las circunstancias que envuelven a la mujer y la presencia ocasional de ciertos problemas concomitantes.

### **OBJETIVOS**

- Analizar los factores influyentes en el estado nutricional de la mujer gestante.
- Explicar el aumento de las necesidades nutricionales en la mujer gestante y que amamanta.
- Formular un consejo alimentario específico en la mujer embarazada y que amamanta.
- Adaptar la alimentación de la mujer gestante a diferentes circunstancias concomitantes con el embarazo.

### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

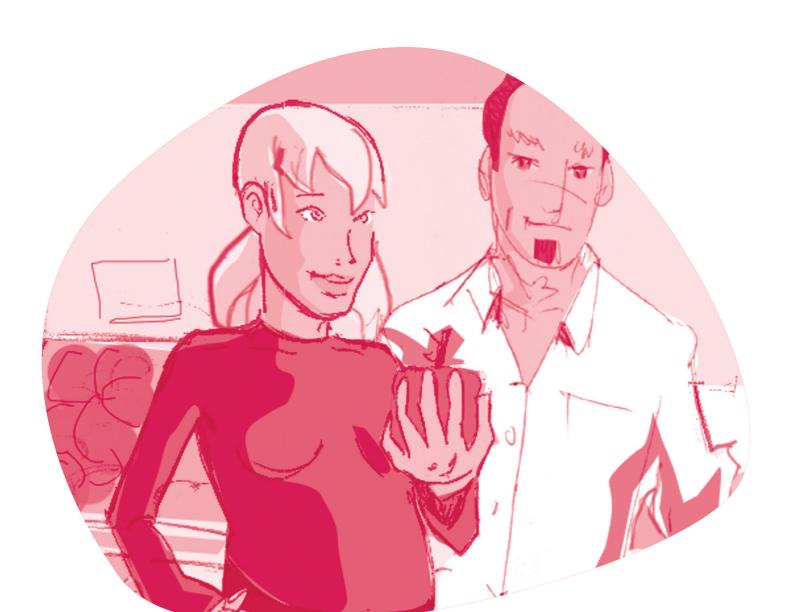
### 1. NUTRICIÓN Y EMBARAZO

El embarazo supone una situación en la vida de la mujer de gran exigencia nutricional, tanto si atendemos al coste energético que significa, como si nos referimos a los distintos macronutrientes, vitaminas y minerales que va a requerir. Desde el punto de vista nutricional existen evidencias que relacionan una alimentación insuficiente o no equilibrada en el embarazo, tanto con la salud de la embarazada como con la del recién nacido, pudiendo ocasionar bajo peso al nacer y acortamiento en el tiempo de la gestación, entre otros.

El factor nutricional es, sin duda alguna, de gran interés para el profesional puesto que, probablemente, es el de más fácil abordaje entre todos aquellos que pueden influenciar el resultado de un embarazo.

En realidad el organismo materno presenta una gran capacidad de adaptación para la utilización de los nutrientes, que precisamente tiene la finalidad de proteger el crecimiento fetal así como la secreción láctea posterior. Por ello, las mujeres sanas, con un adecuado estado preconcepcional y con acceso a una alimentación variada, podrán, gracias a estos mecanismos de adaptación, desarrollar un ciclo reproductivo normal, sin otra fuente extra de nutrientes que la aportada por el aumento espontáneo de su ingestión alimentaria modulada por su apetito.

No obstante, en los países desarrollados podemos encontrar en mujeres fértiles con una alimentación abundante, déficits crónicos de determinados nutrientes, que siendo silentes y subclínicos, pueden tener repercusiones graves en los bebés. Sirva de ejemplo la deficiencia periconcepcional de folatos y su asociación con los defectos de cierre del tubo neural en el feto.



### Consejo alimentario preconcepcional

El aspecto alimentario debe ser analizado tanto en su situación preconcepcional (estado de partida), como durante el embarazo (periodo gestacional) así como, después del parto (puerperio y/o lactancia).

Existen unos factores de riesgo nutricional, que pueden suponer una señal de alarma para cubrir las necesidades nutricionales de la mujer y el niño/a durante el embarazo y que la matrona deberá tener en cuenta a fin de realizar un efectivo consejo dietético.

Tabla I. Factores de riesgo nutricional en las embarazadas

INDEPENDIENTES DEL EMBARAZO	QUE OCURREN DURANTE EL EMBARAZO		
Edad menor de 16 años.	Bajos niveles de hemoglobina (<11 g) o		
<ul> <li>Embarazos frecuentes, tres o más en un</li> </ul>	hematócrito (<35 mg/dl).		
periodo de dos años.			
<ul> <li>Antecedentes obstétricos.</li> </ul>	<ul> <li>Excesivo aumento de peso (más de 1kg /</li> </ul>		
<ul> <li>Mala situación económica.</li> </ul>	semana); o de adelgazamiento 6 meses antes		
<ul> <li>Hábitos nutricionales incorrectos, dietas</li> </ul>	o después del primer trimestre.		
desequilibradas o dietas concomitantes.			
<ul> <li>Consumo de alcohol, tabaco y drogas.</li> </ul>	<ul> <li>Ganancia de peso inadecuada: Pérdida de</li> </ul>		
<ul> <li>Tratamiento crónico con fármacos que</li> </ul>	peso o aumento (< 1 kg/mes) después del		
causan alteraciones nutricionales	primer trimestre.		
(anticonceptivos orales, antiácidos).			
<ul> <li>Peso corporal inadecuado: menos del 85%</li> </ul>	<ul> <li>Gestación múltiple</li> </ul>		
o por encima del 120%.			
<ul> <li>Enfermedades endocrino-metabólicas,</li> </ul>			
síndrome de malabsorción y anemias.			

Si bien los factores mencionados deben ser tenidos en cuenta, no todos ellos son susceptibles de actuación directa. Sin embargo, en la actualidad podemos encontrar mujeres que planifican su embarazo, lo que da la oportunidad de prevenir posibles problemas, anticipándonos al periodo en el que la dieta tiene mayor influencia en el desarrollo fetal (entre los 17 y 56 días posteriores a la concepción).

En este periodo hemos de procurar una dieta óptima, insistiendo en la realización de una alimentación variada y equilibrada. Para ello se puede utilizar la "Rueda de los Alimentos" a fin de recordar que diariamente todos los grupos de alimentos deben estar presentes en su alimentación y la "Pirámide de la Alimentación Saludable" para mostrar que algunos deben tener una mayor representación que otros en la dieta.

Por otra parte, a las mujeres que tienen notable exceso ponderal se les debe animar a que bajen de peso antes de quedarse embarazadas. A las que beben alcohol o fuman es necesario aconsejarles que dejen de hacerlo. Si la mujer está consumiendo vitamina A en exceso, (utilización de suplementos u otros) por cualquier razón, es indispensable que restrinja u abandone este consumo.

También en este periodo se les aconsejará tomar 400 mcg/día de ácido fólico, manteniéndolo hasta las 12 primeras semanas de gestación. No hay evidencias que demuestren beneficios añadidos de mantener esta medida durante el resto del embarazo. En aquellas mujeres que hubieran tenido previamente un hijo/a con defectos del tubo neural o antecedentes de alto riesgo se aconseja, una ingestión de 4 mg/día de folatos, en el mismo periodo.

Hay que considerar que estos son abundantes en las verduras (hojas verdes) y que, en general, presentan un contenido superior a 100 mcg / 100 g de alimento. Por ello es aconsejable incentivar el consumo de alimentos ricos en folatos.

Tabla II. Alimentos ricos en ácido fólico

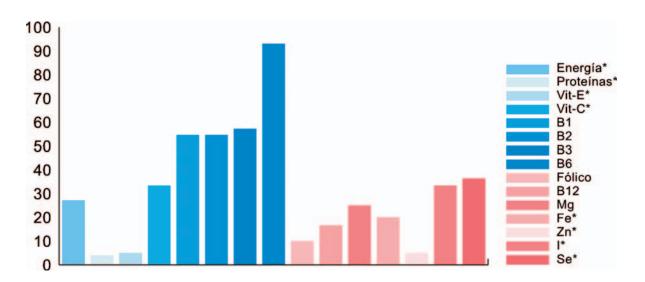
ALIMENTO ÁCIDO FÓLICO (n	ncg)*
Higado de pollo	590
Endibia, escarola	330
Cereales de desayuno	250
Higado de ternera	240
Higado de cordero	220
Berro	214
Nueces sin cáscara	200
Cereales integrales (salvado completo)	190
Garbanzos	180
Perejil	170
Queso brie	150
Aguacates	146
Castañas	141
Acelgas, espinacas	140
Puerros	127
Avellanas, cacahuetes sin cascara	110
Almendras sin cáscara	96
Coles, repollo, coles de Bruselas	90
Bróculi cocido	82

<sup>\*</sup> microgramos por 100 de porción comestible

### Consejo alimentario en la gestación

Los requerimientos nutricionales están aumentados en todas las mujeres embarazadas, pero la cuantía depende de diversos factores como son la edad, la paridad o el estado nutricional pregestación. En términos generales, las mayores diferencias entre las necesidades de las mujeres embarazadas con respecto a las no gestantes, se establecen en cuanto a la energía necesaria, las proteínas, el calcio, el hierro, el ácido fólico y el yodo. Si bien las necesidades energéticas se incrementan en aproximadamente un 14% (ver figura 1), las recomendaciones de algunos nutrientes quedan aumentadas enormemente, como es el caso del hierro (100%), el ácido fólico (50%) o la tiamina (30%).

Figura 1. Aportes dietéticos recomendados para mujeres embarazadas. Incremento porcentual en comparación con mujeres no embarazadas. (RDAs 1.989\*; DRIs 1997-1998)



### Energía y proteínas

Desde el punto de vista nutricional hemos de considerar el embarazo como un periodo anabólico que necesita, al menos teóricamente, un aporte suplementario de energía. Se ha estimado el coste energético total de un embarazo normal en 84.350 kcal (352.920 kJ) lo que podría ajustarse aproximadamente con un incremento de 150 kcal (628 kJ) en el primer trimestre y de 350 kcal (1.464 kJ) durante el resto del embarazo. Dados los estilos de vida actuales, para cubrir este coste energético en nuestras mujeres gestantes, quizá bastaría con aumentar el aporte energético en 300 kcal (1.255 kJ) durante las 10 últimas semanas de embarazo. Lo cual se puede conseguir de forma práctica con el consumo de 2 vasos y medio de leche desnatada al día.

Tabla III. Recomendaciones diarias para la población adulta española

	Mujeres	Gestación		
	20 a 39 años	2ª mitad	Adolescentes	
Energía 2.	2.300 kcal	+ 250 kcal.	+ 300 kcal.	
	9.623 kJ	+ 1.046 kJ	+ 1.300 kJ	
Proteínas	41 g	+ 15 g	+ 30 g	

Dado que el embarazo es un periodo de ganancia de peso, es interesante establecer el incremento debido al feto y anejos, y el que se produce en la madre por disbalance entre lo que se come y lo que se gasta.

De forma general se acepta que una ganancia de peso entre 11 y 15 kg es óptima para la mayoría de mujeres con un estado nutricional previo apropiado, a fin de asegurar el crecimiento y desarrollo fetal, y favorecer el retorno a las condiciones anteriores al embarazo. No obstante las características ponderales individuales previas a la gestación deben hacer que las recomendaciones sean más ajustadas. Para ello se puede utilizar el Indice de Quetelet (IQ) como indicador de masa corporal. Su cálculo es sencillo y sólo requiere conocer el peso y la talla de la mujer: IQ= peso (kg)/ talla (m)² categorizando a la mujer en los rangos mostrados en la tabla IV.

Tabla IV. Ganancia de peso recomendada durante la gestación según el índice de Quetelet previo al embarazo

IQ previo (kg/m²)	Categoría	Ganancia total recomendada (kg)
< 20	Bajo	12,5-18
20-24,9	Normal	11-16
25-29,9	Sobrepeso	7-11
≥ 30	Obesidad	7

Si bien como proceso anabólico, las necesidades proteicas también están aumentadas entre 15 y 30 g/día más que las mujeres no embarazadas, la realidad de nuestro medio nos indica que existe de entrada una excesiva ingestión de proteínas.

En la Comunidad Valenciana se ha estimado mediante Recordatorio de 24 horas una ingesta media de 97,7 gramos de proteína/día lo cual no hace necesaria ninguna recomendación adicional.

De forma orientativa se recuerdan algunas raciones de alimentos que equivalen a 20 g de proteínas: 100 g de carne magra; 125 g de pescado; dos huevos (calibre 55-60 g); 100 g de vísceras o 80 g de jamón cocido.

### Hidratos de carbono y lípidos

Los hidratos de carbono deben seguir siendo la principal fuente de energía de la gestante y suponer entre el 50-60% del aporte energético total. Un aporte insuficiente o irregular de este nutriente provoca en la mujer embarazada síntomas de malestar, cansancio, hambre, mareos, sudoración y otros. Es interesante aportarlos como hidratos de carbono complejos a través de alimentos de los grupos de los cereales, las legumbres o las patatas.

Los azúcares de absorción rápida o hidratos de carbono sencillos se consumirán de forma moderada, no superando el 10% del total energético consumido.

Cuando el embarazo coincide con diabetes, podemos sustituir los azúcares por edulcorantes de síntesis, de los cuales el aspartamo es el que presenta una mayor seguridad en esta situación, salvo en las mujeres con fenilcetonuria.

En cuanto a los lípidos, las recomendaciones serán las mismas que para el resto de adultos, no superará el 30% del aporte energético diario. Se aconsejará no abusar de las grasas saturadas vehiculizadas habitualmente por alimentos de origen



animal (carnes, embutidos, fiambres, queso, huevos, nata) pero también abundantes en la bollería industrial. Se recomendará el consumo de aceites vegetales y de pescado azul para asegurar el aporte de ácidos grasos esenciales. Los aceites de semillas (girasol, maíz) o de soja son más adecuados para el consumo en crudo, mientras que el aceite de oliva puede utilizarse tanto en crudo (aliños) como para cocinar.

### Requerimientos de vitaminas, minerales y agua

En los países desarrollados la mayoría de requerimientos de vitaminas y minerales de las mujeres embarazadas son cubiertos de forma suficiente con la dieta habitual. Sin embargo, se debe prestar una especial atención a algunos nutrientes que por sus características, los bajos aportes habituales y/o los requerimientos especialmente aumentados en esta etapa, pueden ser críticos para la salud de la madre y el feto. Entre ellos debemos considerar los folatos alrededor de la concepción, el hierro, durante la segunda mitad del embarazo y el calcio durante la lactancia.

Se aconsejará a las mujeres para que realicen una dieta variada, en la que se consuman alimentos de todos los grupos y que las gestantes disfruten de sus alimentos preferidos. Si el caso concreto lo requiere, deberá moderarse el tamaño de las raciones o la frecuencia de su consumo.

Folatos: los folatos son imprescindibles para la correcta diferenciación de los tejidos durante las primeras fases del desarrollo embrionario. En especial, son concluyentes las evidencias que relacionan su deficiencia con la ausencia de cierre de la placa neural del embrión en tubo neural, así como malformaciones congénitas potencialmente graves y relativamente frecuentes (1/1000 en España). Su deficiencia también puede producirse indirectamente por una ingesta insuficiente de vitamina B<sub>6</sub> y/o B<sub>12</sub>.

Un reciente estudio sobre un colectivo de 538 mujeres de la Comunidad Valenciana, estima una ingesta subóptima de ácido fólico (<0,4 mg/día) en un 57,6% de las mujeres valencianas en edad fértil (15 a 44 años).

Hierro: el coste neto de hierro del embarazo se ha estimado entre 700-800 mg repartidos entre 250 mg de pérdidas basales, 320 mg depositados en la unidad feto-placentaria y 150-250 mg para el incremento de la masa eritrocitaria. En teoría, el metabolismo de hierro en el embarazo podría compensar sin aportes extras los requerimientos aumentados de la gestación, a condición de que los depósitos de este nutriente estén completos al inicio de la misma. Sin embargo, la mayoría de mujeres en edad fértil de los países industrializados, presentan unos depósitos de hierro en niveles subóptimos y claramente insuficientes para permitir que se cubran estos requerimientos.

Los requerimientos de absorción de hierro durante el embarazo son diferentes según el trimestre. Dada la diferente absor-



ción que se produce a lo largo de la gestación, se calculan unos requerimientos dietéticos de 6,4 mg/día, 18,8 mg/día y 22,4 mg/día para el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente. Una dieta bien equilibrada puede suministrar a la mujer un máximo de 12-14 mg de mineral, que junto a las reservas maternas de hierro, intentan satisfacer las demandas del embarazo. Estas cifras aún quedan lejos de los requerimientos dietéticos adecuados, por lo que se recomienda durante el segundo y tercer trimestre, la administración suplementaria de 30 a 60 mg/día de hierro elemental en forma de preparado ferroso, siendo estas cantidades las mínimas suficientes para evitar el agotamiento de los depósitos durante la gestación.

Además se aconseja controlar los niveles de hierro previos al embarazo y personalizar el consejo de suplementación, aconsejando esta cuando a través del control analítico se detecten deficiencias. Se establecen como puntos críticos valores de hemoglobina por debajo de 10 g/dl o bien un VCM inferior a 82 fl.

El hierro podemos encontrarlo en los alimentos en dos formas: hierro hem, que forma parte de la composición de las proteínas transportadoras de oxígeno y de enzimas esenciales para la respiración tisular, y hierro no hem. El primero se encuentra en alimentos animales, con una tasa de absorción del 15-20% y que se absorbe mejor con vitamina C. El hierro que se encuentra en alimentos vegetales, presenta una tasa de absorción del 1%, y ve inhibida su absorción por la presencia de fibra, té, fitatos, salvado de trigo y calcio.

Para conseguir una cantidad de hierro adecuada en la dieta se procurará el consumo racional de carne, hígado, huevos, pescado, frutos secos y legumbres. En la tabla V se muestran aquellos alimentos ricos en hierro.

Tabla V. Alimentos ricos en hierro

ALIMENTO HI	HIERRO (mg)*		
Sangre	52		
Almejas, chirlas, berberechos	24		
Morcilla	14		
Hígado de cerdo	13		
Cereales integrales (salvado comp	leto) 12		
Perejil	11		
Caracoles	10,6		
Hígado de cordero	10		
Soja en grano, yema de huevo	8		
Higado de pollo	7,9		
Pistacho	7,3		
Lentejas	7,1		
Carne de caballo	7,0		
Cereales de desayuno	6,7		
Judías blancas	6.7		

<sup>\*</sup> miligramos por 100 de porción comestible

Calcio: Se estima que la necesidad de calcio durante el embarazo para una mujer adulta es de 1200 mg/día, esto significa 400 mg/día más que en la misma mujer no gestante. Si la dieta es deficitaria en calcio, el feto puede atraer el calcio de los huesos de la madre.

La cantidad de fósforo y calcio movilizado durante el embarazo corresponde al 2,5 y 3,5 %, respectivamente del pico de masa ósea materno. Una adecuada ingestión de calcio debe ser especialmente vigilada en las mujeres embarazadas de menos de 25 años, cuyos huesos están incrementando su densidad, siendo recomendable alcanzar incluso los 1500 mg/día de calcio. La principal fuente de calcio en la dieta está constituida por productos lácteos, vegetales de hoja verde, alimentos enriquecidos con calcio y las raspas finas de algunos pescados (anchoas, sardinas en escabeche). En la tabla VI se muestran alimentos ricos en calcio.

Tabla VI. Alimentos ricos en calcio.

ALIMENTO	CALCIO (mg)*		
Queso manchego curado	848		
Queso manchego (semi)	765		
Queso para sándwich	647		
Sardinas en aceite	314		
Queso en porciones	276		
Anchoas en aceite	273		
Berros	192		
Queso fresco (Burgos)	190		
Garbanzos	143		
Yogur natural	142		
Berberechos al natural	142		
Brócoli	138		
Alubias	126		
Leche semidesnatada	125		
Leche entera	124		
Leche desnatada	121		
Cardo	89		
Espinacas	85		
Lentejas	70		
Pan blanco	56		

<sup>\*</sup> miligramos por 100 de porción comestible

La vitamina D, necesaria para la fijación del calcio, se obtiene mediante la exposición solar de la piel, si bien el hígado, los pescados grasos (sardina, caballa, salmón), leches enriquecidas y yema de huevo también la pueden aportar a nuestro cuerpo.

Yodo: es un nutriente fundamental durante la gestación por su relación con el cretinismo congénito (daño neurológico por hipotiroidismo fetal) en zonas con deficiencia severa de yodo. Las recomendaciones poblacionales (RDA, 1998) para la gestación son de 220 mcg/día. En una dieta variada, se pueden asegurar estas cantidades mediante la ingesta de sal suplementada con yodo y alimentos ricos en yodo (tabla VII). En España la legislación contempla la yodación de la sal refinada de mesa en proporciones de 60 ppm lo cual significa, 60 mcg I/g de sal.

Tabla VII. Alimentos ricos en yodo

ALIMENTO	YODO (mg)*
Mujol	0,330
Soja en grano	0,115
Arenques, sardinas y pescados grasos	0,100
Ajo	0,094
Gambas, camarones y langostinos	0,090
Leche de vaca entera, semi-o desnatada.	0,090
Bacalao salado y remojo	0,060
Mero	0,052
Cangrejos, nécoras, langostas y bogavantes	0,040
Nueces y remolacha	0,040
Acelgas y mejillones	0,035
Salmón	0,034
Atún en aceite (lata)	0,034
Abadejo, bacaladilla, cigala, lenguado	0,030
Piñas, yogur enriquecido	0,030
Berberechos al natural (lata)	0,027
Anchoas en aceite (lata)	0,019
Champiñones y setas	0.018

<sup>\*</sup> miligramos por 100 de porción comestible

Cinc: su déficit durante el embarazo se ha relacionado con un aumento del riesgo de bajo peso al nacer, parto pretérmino, así como lesiones del sistema nervioso central y alteraciones del crecimiento del lactante. El cinc se encuentra presente en ostras, cereales enriquecidos, legumbres, gambas, langostinos y carnes rojas.

Caso de ser necesario utilizar suplementos farmacológicos, serán utilizados preferentemente en monoterapia para no excederse en sustancias que bajo la apariencia de inocuidad, pueden presentar problemas tanto para la gestante como para el feto.

Agua: para conseguir una buena hidratación se aconseja ingerir de 1 a 1'5 litros de agua diarios, teniendo en cuenta que los alimentos habituales aportarán además un suplemento de 750 ml. Estas necesidades habrá que adaptarlas a la época del año, teniendo en cuenta las pérdidas por sudoración.

En el embarazo, el agua desempeña un papel muy importante, forma parte del líquido amniótico, contribuye a aumentar el volumen sanguíneo y favorece el tránsito intestinal.

Se desaconsejará en general, el consumo de agua con gas por su contenido en sodio y las molestias que el gas puede provocar. Se puede sugerir, cuando sea necesario, la ingestión de líquidos fuera de las comidas para reducir la sensación de plenitud en el estómago.

Fibra: a pesar de no ser un nutriente, la fibra es fundamental para el correcto funcionamiento del intestino, ya que favorece el tránsito intestinal y puede retardar la absorción rápida de algunos nutrientes como los hidratos de carbono. Alimentos ricos en fibras son las verduras, frutas, las legumbres y los cereales integrales.

Como hemos comentado, durante el embarazo el organismo materno y el feto sufren una serie de cambios que deben ser compensados nutricionalmente con una dieta suficiente, completa, variada, no tóxica y equilibrada por parte de la madre. Para concretar todos estos consejos debemos dar unos mensajes sencillos y claros a la mujer a la hora de realizar su alimentación, como son:

- La alimentación general se debe basar en el consumo de alimentos de origen vegetal: se aconsejará el consumo diario de 4-5 raciones de farináceos (pan, pasta, arroz, legumbres, patatas); 2-3 raciones de frutas y 2-3 raciones de verduras y hortalizas.
- Se aconsejará un consumo de 3-4 raciones diarias de lácteos (leche, yogur y queso).
- Se recomendará una mayor presencia de pescado en la dieta y el consumo moderado de carne (preferentemente no grasa).

Es conveniente que las propuestas alimentarias sean acompañadas también de otros consejos de hábitos que complementen y hagan más agradable una adecuada alimentación:

- Es aconsejable realizar cinco comidas, no copiosas al día: desayuno, media mañana, comida del mediodía, merienda y cena.
- Incluir alimentos variados representantes de todos los grupos.
- Es importante comer lenta y tranquilamente, masticando bien los alimentos.
- Utilizar habitualmente técnicas culinarias ligeras: vapor, salteados, hervidos, sin abusar de asados y fritos.
- Ingerir una cantidad abundante de líquidos (agua, zumos, leche), evitando las bebidas alcohólicas, las que contienen cafeína y las bebidas gasificadas.

### Consejos para situaciones especiales durante la gestación

Durante el embarazo pueden aparecer algunas circunstancias que pueden requerir consejos dietéticos especiales como son: las nauseas y vómitos, pirosis y estreñimiento.

### Nauseas y vómitos:

- Tomar algún alimento farináceo (patatas, cereales o legumbres) al inicio de las comidas, por ejemplo una rebanada de pan tostado.
- Evitar alimentos no apetecidos.
- Comer los alimentos a temperatura ambiente ya que desprenden menos aromas.
- Repartir la comida en mayor numero de ingestas de cantidades pequeñas.
- Utilizar alimentos en texturas semisólidas (purés, triturados).
- No descuidar la ingesta de líquidos.

### Pirosis o acidez:

- Realizar pequeñas comidas cada 2-3 horas.
- Evitar alimentos ácidos o estimuladores de la acidez: limón, piña, vinagre, cafés, especias (pimienta y otras).
- Evitar comidas y bebidas excesivamente calientes, así como concentrados de caldos.
- Evitar las frutas en ayuno, las grasas y los productos integrales.

### Estreñimiento:

- Ingerir al menos 1'5 litros de agua al día.
- Incluir de forma diaria frutas y verduras en la dieta. Consumir las frutas con su piel.
- Tomar legumbres, frutos secos y pan o cereales integrales de forma habitual.
- Realizar ejercicio adecuado a su situación.
- Buscar una hora rutinaria para el esfuerzo defecatorio.

### Prácticas alimentarias especiales

Existe un grupo importante de mujeres, con prácticas dietéticas vegetarianas, que deben observar algunas consideraciones alimentarias especiales. Si la exclusión sólo afecta a la carne, consumiendo habitualmente huevos, pescado y productos lácteos, no es necesario tomar ninguna medida especial, tan sólo se procurará una suplementación en hierro al final del embarazo.

Cuando la exclusión alimentaria afecta también al pescado y huevos, hay que recomendar una importante ingestión de lácteos y fijar suplementos de hierro, vitamina B<sub>12</sub> y vitamina D.

Cuando estas variaciones dietéticas sean estrictas y excluyan incluso los lácteos (vegetarianos) habrá que suplementar la dieta con calcio, además de cuidar que la ingestión de proteínas se realice complementando diferentes alimentos vegetales (por ejemplo: legumbres + arroz; soja + arroz + trigo; o alubias + trigo).

### 2. NUTRICIÓN DURANTE LA LACTANCIA

Las necesidades nutricionales de la mujer que amamanta se encuentran aumentadas, debido a que hemos de sumar a las propias necesidades de la mujer, la producción de 800-850 ml de leche por día que requiere un aporte extra de 700 kcal. Dadas las reservas acumuladas en la gestación, es suficiente incrementar la alimentación normal con 500 kcal, de manera que la dieta esté entre 2500 y 2800 kilocalorías.

En este periodo se debe atender sobre todo las necesidades de las proteínas, ciertos minerales y ciertas vitaminas.

**Proteínas:** las necesidades suplementarias en proteínas de la madre que amamanta se sitúan en un aporte extra de 15 g/día.

Minerales: los requerimientos de calcio y fósforo se sitúan en 1200 mg/día es decir un aporte de 400 mg/día más, que la misma mujer en otras circunstancias. Las necesidades de magnesio se aumentan en 75 mg/día; y las de yodo en 50 mcg/día.

Vitaminas: en cuanto a las vitaminas liposolubles las necesidades quedan aumentadas para la vitamina A en 500 ER/día, para la vitamina D en 5 μg/día y para la vitamina E de 4 ET/día más. En referencia a las vitaminas hidrosolubles los incrementos de ingestión son de 35 mg/día para la vitamina C; de 0'5 mg/día para las vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> y B<sub>6</sub>, de 5 EN/día para la tiamina, de 0'6 mg/día para la vitamina B<sub>12</sub> y de 100 mcg/día más para el ácido fólico.

En cuanto a las recomendaciones alimentarias debemos aclarar algunas afirmaciones que habitualmente se hacen:

 No existe ningún alimento que haga aumentar la producción de la leche.

- La leche materna puede variar de gusto según los alimentos que tome la madre (espárragos, puerros, apio, ajo, alcachofas, ...), si bien se ha preconizado la eliminación de los mismos de la dieta materna, parece ser prudente que el bebé se acostumbre desde los primeros momentos a una variabilidad del gusto, que puede ser ya educativa en este periodo de la vida.

Algunas sustancias que toma la madre pueden ser eliminadas por la leche y por tanto deben ser tenidas en cuenta. Entre ellas cabe destacar el alcohol, la nicotina del tabaco y muchos medicamentos.

Otras sustancias estimulantes tomadas por la madre como la cafeína puede alterar el descanso del niño/a o causarle excitación.

Así pues, la alimentación de la madre que amamanta se corresponde con la alimentación del embarazo, pero deberá corregirse con las siguientes modificaciones: aumentar una ración de lácteos, otra de hidratos de carbono y aumentar el aporte de agua.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Bresson JL. Besoin nutritional pendant la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997; 26: 50-4.
- Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones sobre suplementación con ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural. Inf Ter Sist Nac Salud, 2001; 25 (2): 66-7
- Eskeland B, Malterud K, Ulkiv RJ, Hunskaar S. Iron supplementation in pregnancy: is less enough? Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 822-8.
- Fernandez Ballart J, Arija V. Suplementación periconcepcional con ácido fólico para la prevención de las malformaciones congénitas del tubo neural. Rev Esp Nutr Comunitaria 1997; 3: 49-56.
- National Academy of Sciencies. Nutrition during pregnancy and lactation. An implementation guide. Washington, DC: National Academy Press, 1992: 1-133
- National Research Council. Raciones Dietéticas Recomendadas; 1º Edición española de la 10ª edición original de: Recommended Dietary Allowances. Barcelona: Ediciones Consulta SA, 1991.
- Prentice AM, Spaaij CJK, Goldberg GR et al. Energy requirements of pregnant and lacting women. Eur J Clin Nutr., 1996; (Supl. 1): S82 111.
- -Simic S, Idrizbegovic S, Jaganjac N et al. Nutritional effects of the siege on new-born babies in Sarajevo. Eur J Clin Nutr., 1995; 49 (Supl. 2): S33-S36.
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías alimentarias para la población española, recomendaciones para una dieta saludable. Madrid: IM&C, SA, 2001.
- Vioque J, Quiles J. Encuesta de Nutrición y Salud de la Comunidad Valenciana, 1994. Universidad Miguel Hernández. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Vioque J, Quiles J, García de la Hera M, Guillen M, Ponce E, Muñoz P. Ingesta de ácido fólico y factores asociados en mujeres adultas de 15 a 44 años de la Comunidad Valenciana. Med Clin (Barc) 2000; 114: 414-16.

### **FICHA 1 (ALIMENTACIÓN)**

### LA PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

### **OBJETIVOS**

- Identificar los grupos de alimentos y las necesidades diarias de cada uno de ellos.
- Organizar una dieta equilibrada y adecuada para el embarazo/amamantamiento.

### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza y/o rotuladores, sillas.

### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

### **METODOLOGÍA**

- La semana anterior a la sesión, se habrá indicado al grupo que recojan anuncios o etiquetas de productos de alimentación.
- En la sesión se recortan y en una estructura de pirámide de los alimentos proyectada de una transparencia, se pegan los mismos.
- Con la pirámide completada como guía, se elaboran distintos menús a gusto de los asistentes.

### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Se incidirá en la necesidad de realizar una dieta variada y equilibrada, reforzando el consumo de lácteos (leche, queso o yogures según el gusto), frutas y verduras, aumentar el consumo de pescado sustituyendo a parte de la carne consumida, introducir alimentos ricos en hierro...

### **FICHA 2 (ALIMENTACIÓN)**

¿CÓMO COMO? APROXIMACIÓN A LA DIETA HABITUAL

### **OBJETIVOS**

- Identificar la existencia de prácticas alimentarias erróneas o desequilibradas.
- Conocer de forma práctica cómo corregir la dieta habitual para conseguir otra más equilibrada y adecuada.

### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza y/o rotuladores, sillas.

### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

### **METODOLOGÍA**

- En la sesión anterior se ha repartido a cada asistente una "parrilla de aproximación" (Anexo 1) para que anoten las raciones que han comido, bien en un día, o en una semana.
- En la sesión se pedirá a cada asistente que diga a modo de ejemplo, algún alimento en el que el nº de raciones sobrepase, o no llegue a las raciones recomendadas (columna central numérica).
- Aprovechar las respuestas para dar otras opciones de alimentación para aproximarse a la dieta recomendada.

### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Es conveniente disponer de modelos de parrilla fotocopiados para cada asistente a la sesión.

## ANEXO 1 (ALIMENTACIÓN) ¿CÓMO COMO?

¿Habitualmente cuántas veces a la semana comes...? ¿Habitualmente cuántas veces al día comes...?

Redondea con un círculo la columna que refleje el número de raciones semanales o diarias que habitualmente están presentes en tu dieta.

LECHE, YOGUR O QUESOS	-	7	+	LECHE, YOGUR O QUESO	-	3	+
CARNES	-	3	+	CARNE	-	1	+
PESCADOS	-	4	+	PESCADOS	-	1	+
HUEVOS	-	3-4	+	HUEVOS	-	1	+
VERDURAS crudas	-	7	+	VERDURAS crudas	-	1	+
VERDURAS cocidas	-	7	+	VERDURAS cocidas	-	1	+
FRUTAS cítricas	-	7	+	FRUTAS cítricas	-	1	+
Otras FRUTAS	-	7	+	Otras FRUTAS	-	1	+
ARROZ	-	2	+	ARROZ	-	1	+
PASTAS	-	2	+	PASTAS	-	1	+
LEGUMBRES	-	2-3	+	LEGUMBRES	-	1	+
PAN	-	7	+	PAN	-	2	+
PATATAS	-	7	+	PATATAS	-	1	+
PASTELES/BOLLERÍA	-	1	+	PASTELES/BOLLERÍA	-	1	+
AZÚCAR/MIEL	-	7	+	AZÚCAR/MIEL	-	1	+
ACEITE	-	7	+	ACEITE	-	2-3	+

la salud bucodental en el embarazo

Luis Péris

## Saluable

### **JUSTIFICACIÓN**

El embarazo es un buen momento para tomar contacto, entre otros, con los conocimientos básicos sobre cómo cuidar la boca, ya que se trata de un periodo en el que la mujer tiene una relación más continua con los servicios sanitarios, existe una gran receptividad hacia los problemas de salud y una actitud más abierta para aprender todos aquellos mensajes relacionados con la salud de su futuro hijo/a.

Durante la gestación se producen cambios fisiológicos en los tejidos orales de la mujer, que los hacen más vulnerables a ciertas enfermedades bucodentales. Con una adecuada higiene bucodental y modificando hábitos incorrectos, se puede contribuir en gran medida a evitar que dichos procesos se produzcan.

### **OBJETIVOS**

- Fomentar la promoción de la salud bucodental en el embarazo y la adquisición de hábitos de higiene y alimentarios saludables.
- Promover la exploración preventiva de la cavidad oral en las embarazadas, para la detección precoz de alteraciones.
- Facilitar a los padres los conocimientos básicos en torno a los cuidados orales recomendables para su hijo/a.

### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

### 1. DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES MÁS FRECUENTES

Las afecciones más frecuentes de la cavidad oral son la caries dental, la enfermedad periodontal, las maloclusiones y el cáncer oral.

Caries dental.- La caries es una enfermedad infecciosa que afecta a los tejidos calcificados de los dientes, de carácter destructivo y progresivo, que puede producir la cavitación de la superficie del diente.

La aparición de la caries dental se producirá cuando confluyan diferentes factores:

- La superficie dental se recubre progresivamente de una capa de microorganismos, principalmente el estreptococo mutans, que se adhiere firmemente al esmalte dental, constituyendo la placa bacteriana.
- Las bacterias presentes en esta placa bacteriana, metabolizan los hidratos de carbono refinados de la dieta (azúcares) produciendo unos ácidos con efecto desmineralizador sobre el esmalte dental.
- La acción de estos ácidos se limita aproximadamente a unos 30 minutos tras la ingesta, ya que pasado este tiempo son neutralizados por la saliva, que tiene capacidad neutralizadora y remineralizadora.

En un primer momento sólo se produce una desmineralización del esmalte superficial (lesión inicial de caries), que es todavía reversible aplicando sencillas medidas preventivas. Si los ataques ácidos se repiten, esta lesión incipiente de caries, puede progresar hasta la formación de una cavidad. La lesión cavitaria aumentará de tamaño, llegando a la dentina y comenzando a dar los primeros síntomas: dolor al tomar alimentos fríos, calientes, o dulces. En esta fase todavía se puede reparar la destrucción dental limpiando la cavidad de caries, y rellenándola con una obturación o empaste.

Para que aparezca la caries dental deberán coincidir:

- Existencia de placa bacteriana
- Una ingesta repetida de azucares refinados
- Unos dientes poco resistentes frente al ataque ácido

Si no se trata, la caries sigue avanzando hasta alcanzar la pulpa dental, que conllevará la pérdida de su vitalidad y la necrosis pulpar. La aparición de gérmenes en el ápice de la raíz dental, además de producir infección local y dolor, puede tener repercusión general en el organismo.

Las medidas preventivas van encaminadas a:

- Aumentar la resistencia del diente: mediante la aplicación de fluoruros y el sellado de las fosas y fisuras de los molares.
- Eliminar los gérmenes de la placa bacteriana: con una buena higiene dental.
- Mejorar los hábitos alimentarios.

La higiene bucal es necesaria para eliminar convenientemente la placa bacteriana de la superficie dental. El cepillado debe ser minucioso y nos podemos ayudar para conocer su eficacia con el revelador de placa bacteriana. Entre los dientes es necesario utilizar hilo de seda dental.

Los azúcares que se encuentran presentes en la dieta en forma de zumos, refrescos, otras bebidas azucaradas, snack y azúcares ocultos, facilitan extraordinariamente la aparición de caries, sobre todo cuando están en forma pegajosa y se toman a menudo. Por lo tanto, es conveniente seguir estos sencillos consejos:

- Evitar el consumo de azúcares innecesarios.
- Las "chucherías" y dulces son más perjudiciales si se toman frecuentemente que cuando se consumen de una sola vez, aunque en esta su cantidad sea mayor.
- Evitar los dulces pegajosos, pues permanecerán en contacto con la placa bacteriana a lo largo de más tiempo.
- Reducir al máximo el picoteo entre comidas.

Enfermedad periodontal.- Es la afección de los tejidos que sostienen el diente (periodonto), por el efecto de las bacterias de la placa dental.

El contacto de los productos de desecho de la placa bacteriana con el surco gingival (el surco que une la encía al diente) produce en la misma una inflamación, que en un principio producirá engrosamiento y enrojecimiento del borde de la encía y que puede progresar hasta producir fácilmente el sangrado. Si la encía sangra al cepillarnos, debe alertarnos sobre enfermedad periodontal, que si no se ataja a tiempo, provocará pérdida de soporte del diente, con la consiguiente movilidad y hasta pérdida de la pieza.

Hay factores que aceleran la evolución, como son la presencia de sarro dental no eliminado, el tabaco, y la malposición dental.

Medidas preventivas:

- Una higiene oral escrupulosa y minuciosa.
- Eliminación periódica del sarro dental mediante limpieza profesional.
- Evitar el tabaco.
- Prevenir la malposición dental.

Maloclusión dental.- Es toda la posición anormal de los dientes o las arcadas dentarias, que conllevan un desajuste en el alineamiento dental, o un defecto en el acoplamiento de ambas arcadas en la masticación. La oclusión armónica facilita la higiene dental y previene la enfermedad periodontal, además de su importancia actual en la estética de la cara. Las medidas preventivas han de tenerse en cuenta desde la infancia.



Cáncer oral.- La incidencia de este tipo de cáncer está aumentando en nuestro medio debido a su íntima relación con el consumo de alcohol y tabaco, hábitos cada vez más extendidos entre la población, principalmente la juventud. Otros factores desencadenantes pueden ser los roces crónicos debidos a prótesis mal ajustadas, piezas dentales en mal estado, etc.

Medidas preventivas:

- Reducir el consumo de alcohol y tabaco.
- Control de los roces causados por prótesis mal ajustadas.
- En general, control temprano por el profesional de las lesiones orales que no desaparecen fácilmente.

#### 2. EMBARAZO Y SALUD ORAL

Los cambios hormonales y circulatorios propios de la gestación, afectan directamente a la cavidad oral, especialmente a la encía, produciéndose en muchos casos una gingivitis de la gestación o gravídica, que normalmente tan sólo presenta una hemorragia gingival mínima, pero que en ocasiones puede llegar a producirse una gingivitis hiperplásica dolorosa. Se presenta a partir del segundo mes de gestación, llegando a su máxima manifestación en el octavo mes, y disminuyendo después del parto. Esta gingivitis puede relacionarse con los siguientes aspectos:

- En la encía se han reconocido receptores de estrógeno y progesterona. El aumento del metabolismo de los esteroides en la encía, explicaría la respuesta exagerada a los irritantes locales, en especial a la placa bacteriana.
- Hay un incremento de la permeabilidad capilar gingival y así un aumento del flujo del surco gingival.
- La composición bacteriana de la placa dental se modifica por los niveles incrementados de progesterona.
- La elevación de las prostaglandinas, puede contribuir a un aumento de la reacción inflamatoria de la encía.
- La posible disminución de la higiene oral de la embarazada debido al fácil sangrado.

Diferentes estudios han demostrado que, a diferencia de lo que ocurre en el esqueleto, no hay desmineralización de los dientes durante el embarazo, aunque el aporte dietético de calcio fuese insuficiente. Sin embargo, en muchos casos la gestante presenta cambios en sus hábitos alimentarios, con un aumento de la frecuencia en la ingestión de alimentos, e incremento de los hidratos de carbono en su dieta. Esto, unido al descenso del ph salivar que presenta la embarazada, y en ocasiones a la aparición de vómitos o reflujo gástrico, puede descompensar el equilibrio multifactorial etiológico de la caries dental.

En ocasiones puede acompañarse la gingivitis de movilidad dental, que no está relacionada con la pérdida de inserción, y normalmente revierte tras el parto.

En algunos casos puede aparecer un granuloma piógeno (Épulis Gravídico o del embarazo).

Se recomienda seguir unos sencillos consejos:

- Mantener una higiene correcta y meticulosa, mediante el cepillado y el uso de la seda dental o cepillos interdentales.
- Realizarse un examen oral al comienzo de embarazo para detectar posibles problemas buco-dentales.
- Eliminar el sarro dental mediante una limpieza profesional.
- Seguir una dieta sana, evitando la ingesta entre comidas, especialmente los dulces.
- Utilizar la pasta dental fluorada, así como colutorios de flúor.
- Reducir la tasa de estreptococos mutans del medio bucal materno, para evitar su transmisión a los bebés, y evitar prácticas bastante extendidas como chupar las cucharas o los chupetes de los niños/as.

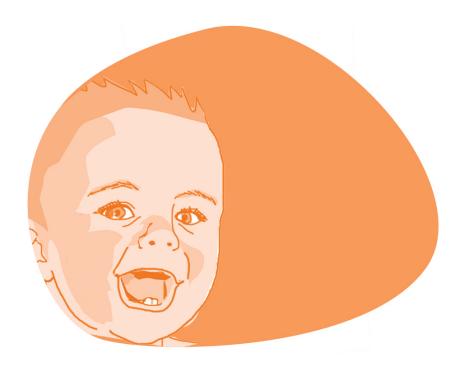
## 3. CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA EL RECIÉN NACIDO

Los niños/as forman sus dientes de leche en el 4º ó 5º mes de embarazo.

La dentición temporal o "de leche" está formada por 20 dientes, que comienzan a aparecer alrededor de los 6 meses de vida, completándose su erupción alrededor de los 2 años.

La cronología normal es muy variable y tiene un componente familiar. Se considerará anormal la falta de erupción de la primera pieza a los 15 meses y la ausencia de alguna de las 20 piezas primarias a los 30 meses.

La dentición permanente consta de 32 dientes cuando están presentes los cordales o "muelas del juicio" y de 28 dientes antes de la erupción de éstos. Se inicia alrededor de los 6 años, generalmente con la erupción del primer molar permanente, que no sustituye a ningún diente y que aparece detrás de los molares temporales. Entre los 6 y los 8 años se cambian los 4 incisivos superiores y los 4 inferiores. Hacia los 10 años, se inicia la segunda fase de recambio, con la caída de los caninos y molares temporales, que son reemplazados por los caninos permanentes y los premolares. Posteriormente tiene lugar la erupción, al final de la arcada, de los segundos molares permanentes o molares de los 12 años. El recambio dentario suele finalizar alrededor de los 13 años; aunque los cordales, cuando aparecen, lo hacen a partir de los 17 años.



Es interesante que el niño/a se acostumbre desde pequeño a que los dientes se deben limpiar. Los padres podrán limpiar los primeros dientes que hacen erupción, utilizando cepillos adecuados que van apareciendo en el mercado. Los niños actúan por imitación por lo que es importante que observen este hábito en los padres.

La técnica de cepillado que debe realizar el niño/a variará según su edad y la destreza manual que vaya adquiriendo. En general, el cepillado de "lo rojo a lo blanco" (de encía a diente) es la técnica más fácil y segura para los pequeños. Más adelante ya irán fijando el cepillado suave en el surco entre el diente y encía, y comenzarán a poder utilizar el hilo de seda dental.

Es conveniente que el niño/a acuda a la revisión del dentista cuando está acabando de completar su dentición temporal, o sea, hacia los dos a tres años, y después cada año. Para evitar maloclusiones en el futuro es recomendable evitar los hábitos que perjudican el desarrollo de sus maxilares.

La maloclusión puede ser de origen hereditario, pero también puede aparecer por otros factores:

- Respiración nasal dificultosa del niño/a, como en el caso de vegetaciones, que le obliga a respirar por la boca, con lo que el paladar no se desarrolla convenientemente, quedando posiblemente estrecho y adelantado.

- Hábitos tales como la succión del pulgar, la interposición del labio, la interposición de la lengua al deglutir, o el mantenimiento excesivo del chupete, pueden alterar el correcto desarrollo de los maxilares.
- Pérdida de piezas de leche antes de su recambio natural, pues el espacio se irá cerrando, quedando al final estrecho para las piezas que todavía tiene que erupcionar.

## Medidas preventivas:

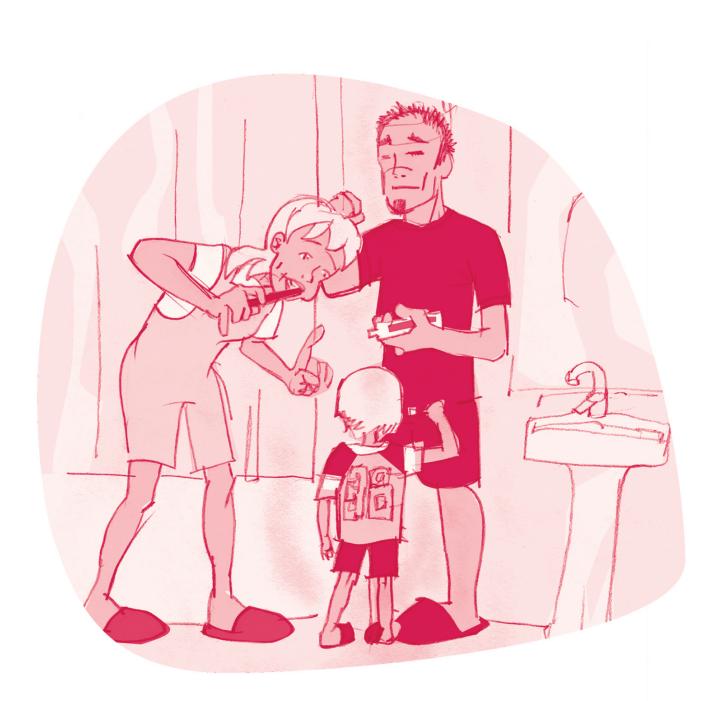
- Mejorar la respiración nasal del niño/a.
- Evitar hábitos perjudiciales.
- Tratar a tiempo los dientes y muelas de leche.

Hay que cuidar los dientes de leche para que permitan una correcta función masticatoria, y al mismo tiempo los molares temporales guarden el espacio a los premolares definitivos, que hacen erupción de los 9 a 12 años. Por ello, salvo que estén a punto de cambiarse, es conveniente empastar los molares de leche. Cuanto antes se detecten las caries más sencillo será el tratamiento. Por ello es tan importante seguir las revisiones anuales con su dentista.

El flúor es un elemento que se encuentra en el agua y en diversos alimentos, y que refuerza el esmalte dental frente al ataque ácido que produce la caries. El aporte de flúor va a reducir las posibilidades de padecer caries dental, por lo que se aconseja consultar con su pediatra el posible refuerzo a partir de los seis meses.

Es conveniente que el recién nacido no se acostumbre a sabores muy dulces. En ningún caso debe impregnarse el chupete con azúcar, miel, leche condensada o similares. El niño/a nunca deberá quedarse con el biberón en la boca para dormirse. Las llamadas "caries de biberón" son muy destructivas y de difícil tratamiento.

Desde la Consellería de Sanitat se realiza la vigilancia de la salud bucodental de los niños/as a través del Programa de Supervisión de la Salud Infantil que se completa con actividades específicas para los escolares de la Comunidad Valenciana, consistentes en revisiones periódicas, realización de enjuagues semanales con colutorio de solución fluorada, aplicación individualizada de tratamientos preventivos (sellado de fosas y fisuras) y Educación Sanitaria.



#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Bascones Martinez, A. Periodoncia. Madrid: Ruan SA, 1985; p. 214.
- Bascones Martínez, A. Tratado de Odontología. Madrid: Trigo Ediciones, 1998; p. 2339.
- Gómez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. Int J Paediatr Dent 2001 Mar; 11(2): 117-22.
- Gómez SS, Weber AA, Emilson CG. A prospective study of a caries prevention program in pregnant women and their children five and six years of age. J Dent Child 2001 May-Jun; 68(3): 191-5, 152.
- Jeffcoat MK, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenerg RL, Hauth JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. J Am Dent Assoc 2001 Jul; 132(7): 875-80.
- Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. Madrid: Médica Panamericana, 2000; p. 974.
- Rateitschak K, Rateitschak-Plüss E, Wolf H. Atlas de Periodoncia. Barcelona: Salvat, 1987; p. 321.
- Rioboo García R. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Madrid: Ed. Avances, 2002; p. 1472.
- Salvolini E, Di Giorgio R, Curatola A, Mazzanti L, Fratto G. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1998; Jun; 105(6): 656-60.
- Soderling E, Isokangas P, Pienihakkinen K, Tenovuo J. Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants. J Dent Res 2000 Mar; 79 (3): 882-7 Comment in: J Dent Res. 2001. Jul; 80(7): 1600-1.

# **FICHA 1 (BUCODENTAL)**

#### **APRENDER A CEPILLARNOS**

# **OBJETIVOS**

- Mostrar la técnica adecuada para el cepillado dental.
- Practicar el revelado como comprobación del correcto cepillado.

#### **MATERIAL**

- Sillas, arcada dental gigante, cepillo gigante, botellas de agua, toallas de manos, palanganas o cubos, cepillo dental, pasta dentífrica, pastillas revelado dental, espejos de mano.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

# **METODOLOGÍA**

- Los participantes sentados en sus sillas observan como la monitora explica la técnica del cepillado dental con la arcada gigante.
- A continuación pasan a realizar un cepillado dental, imitando los pasos de lo que se les ha explicado.
- Finalizado el cepillado se realiza el revelado de placa dental y se comentan los resultados.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Cuando sea posible se contará con la ayuda del personal de las UOP para asesorar.

de amantes a amantes y padres maternidad, paternidad, sexualidad

Consuelo Jiménez Pura Domingo Celia Ciscar Amparo Albiñana

maler MICAC paternidad Sexuali-Qa(

## **JUSTIFICACIÓN**

La condición femenina ofrece a la mujer la capacidad de vivir en su cuerpo la creación de un nuevo ser. Todo su cuerpo se transforma en cambios, que además conllevan el movimiento de importantes aspectos biográficos.

La forma de ver y sentir las cosas en este momento, vendrá dada por la conjunción de aquello que forma parte de lo histórico, con la ilusión de un futuro cercano. Ello le llevará a descubrir el propio cuerpo desde otra dimensión, desde un goce muy especial, pudiendo convertir este momento en otro muy rico de su biografía personal, como lo fue la pubertad y lo será el climatérico. Existe una diferencia fundamental entre el embarazo y las otras dos etapas, sólo el embarazo puede responder a una elección y no viene determinado irremediablemente por la biología.

En este momento, hombre y mujer pueden materializar sus deseos, al convertir en realidad ese proyecto que es el hijo/a. Dos seres sexuados que se necesitan para realizar una idea común: ser padres, hecho que responde a la fantasía, a la realidad, al deseo y la voluntad de ambos.

Dos son pues los protagonistas de esta historia, una pareja de amantes que van a emprender un viaje, en él que tendrán la posibilidad de descubrirse desde otro modo de estar, desde otra estética, haciendo de sus encuentros amorosos algo especial, único y diferencial, pues dejarán de ser lo que fueron para pasar a ser padres y amantes a la vez: puede ser el momento de iniciar una gran aventura.

# OBJETIVOS

- Tomar conciencia del hecho de ser sujeto sexuado, en el propio contexto biográfico.
- Reflexionar sobre la presencia del embarazo en los encuentros cotidianos y amorosos de la pareja.
- Descubrir la nueva identidad de ser padres sexuados, analizando aquellos elementos que influyen en el logro de tal objetivo.

#### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

Hemos considerado ordenar los contenidos de este tema en tres apartados, que además facilitarán la discusión de las diferentes ideas propuestas posteriormente en el trabajo de grupo. El primero guarda relación con la individualidad sexuada, el segundo con la unión de dos individualidades para formar una pareja, y el tercero aborda la aventura de ser tres.

# 1. BIOGRÁFICAMENTE SEXUADOS

Cada persona tiene una historia, que cargada de mensajes y experiencias, contribuirá significativamente al desarrollo de su identidad. En esa línea los modelos tanto parentales como sociales, nos dicen e inducen "como ser", de ahí la importancia de tenerlos en cuenta.

Estos mensajes, marcan diferencias entre el hombre y la mujer, y de alguna forma se reflejan en su manera de pensar, sentir y hacer. A su vez también existen objetivos comunes que les acercan y unen para su consecución.

La biografía de cada cual es única e intransferible y ha sido construida a partir de lo visto, oído, vivido e imaginado, aspectos que por otro lado van a mediatizar el encuentro con el otro.

# Los roles de género

La revisión de la propia biografía es importante para situarse en el momento presente y poder darse cuenta de comportamientos interiorizados, que no son cuestionados y que sin embargo se transmiten.

Cuando hablamos de roles de género nos referimos a las expectativas creadas socialmente, en un principio basadas en la diferencia anatomo-fisiológica y que marcan como ser niño o niña, hombre o mujer. Se trata de elementos culturales discriminatorios, que influyen en el desarrollo integral de la persona en función de su sexo.

Son comportamientos que los adultos manifiestan a menudo de forma muy temprana, incluso antes del nacimiento. Así, los colores son la primera atribución de rol de género (rosa ó azul según sea niña o niño), seguido de los pendientes si es niña. El tono de voz y el contacto corporal (suave o enérgico) empleado en la interacción, generalmente es distinto dependiendo del sexo. Las emociones estimuladas en las niñas son las socialmente consideradas como signo de debilidad, ternura, miedo, sensibilidad, docilidad, mientras que a los niños se les potencia aquellas que tienen que ver con la fuerza,

valentía y agresividad, reprimiendo tanto a unas como a otros aquellas que no corresponden al rol asignado. Los juegos, juguetes y literatura infantil también forman parte de este aprendizaje diferenciador y dirigido hacia la separación. A los niños se les estimula todo lo relacionado con la fuerza, acción, competencia, agresividad y expectativas relacionadas con el mundo externo y a las niñas todo lo que pertenece al ambiente doméstico y al rol de cuidadoras. También suelen ser diferentes las responsabilidades que desde las primeras edades se les adjudican. Así, a las niñas se les encauza a realizar las tareas del hogar y el cuidado de los miembros de la familia, alimentando actitudes de dependencia, inseguridad, baja autoestima y dificultades para decidir por sí mismas. A los niños se les potencia habilidades para manejarse en el mundo externo, facilitando el aislamiento, competencia, autosuficiencia y metas a cumplir, mermando su capacidad de desarrollo en el ámbito del hogar. Este tipo de mensajes tan arraigados en nuestra sociedad, lleva a relaciones de asimetría pero no de igualdad.

#### Hacia la construcción de nuevos modelos

En la actualidad las relaciones entre los sexos comienzan a tener un nuevo significado debido a los cambios y transformaciones sociales (acceso de la mujer al mundo laboral, universitario...). No obstante, los patrones de comportamiento adquiridos e interiorizados en el proceso de socialización, todavía siguen impregnando la vida cotidiana de muchos hombres y mujeres.

Desde esta nueva perspectiva, se trata de asumir que nadie por el hecho de ser hombre o mujer es más inteligente, más habilidoso, más emocional que otro, sino que ambos compartan derechos, responsabilidades y oportunidades propias de ser personas. Esto llevará a que las relaciones se basen en el diálogo, el respeto y la cooperación, con actitudes de igualdad entre los sexos tanto en el lenguaje, como en las tareas domésticas, el desarrollo de la capacidad crítica ante las desigualdades de género y el respeto a la singularidad de cada cual.

#### La culpa y la vergüenza sexuales

La idea de que la sexualidad era algo exclusivo de la edad adulta, ha llevado a reprimir las manifestaciones de la sexualidad infantil durante mucho tiempo. De esta forma, cuando el niño/a descubre sus genitales, la respuesta de los adultos suele ser de desaprobación y censura, que generalmente se acentúa cuando se trata de una niña.

La aparición de la censura suele ocasionar el sentimiento de culpa y la vergüenza. La culpa se instaura con mensajes verbales y no verbales ante determinadas conductas de los niños/as en los juegos, preguntas relacionadas con la sexualidad..., ocasionando un aprendizaje incompleto y dificultando la percepción integral armónica de uno/a mismo/a.

La vergüenza surge cuando se manifiesta la desaprobación de los adultos y/o la sociedad ante una conducta relacionada con las manifestaciones sexuales infantiles.

Los sentimientos de culpa que se desprenden de la severidad moral, inhiben el placer sexual. Las exigencias morales y sociales van a dificultar el conseguir un equilibrio sexual, siendo más dificil para las mujeres por la menor permisividad social para expresarlo.

#### Socialización de la sexualidad femenina

La vivencia de la sexualidad está marcada por la cultura y es producto del aprendizaje. A través de los modelos transmitidos, se aprende a ser chico o chica, hombre o mujer, padre o madre. Respecto a la sexualidad femenina, en nuestra sociedad se han fomentado los estereotipos que dan valor a la inocencia, la pureza y la ignorancia, en menoscabo del placer sexual.

Desde los mensajes transmitidos, la normal excitación que aparece en la infancia y la adolescencia, entra en conflicto con la expectativa de complacer a los educadores, provocando en la mujer la inhibición del deseo. Practicar la seducción y contener después sus impulsos para mantener su dignidad, es una conducta ambivalente generadora de conflictos.

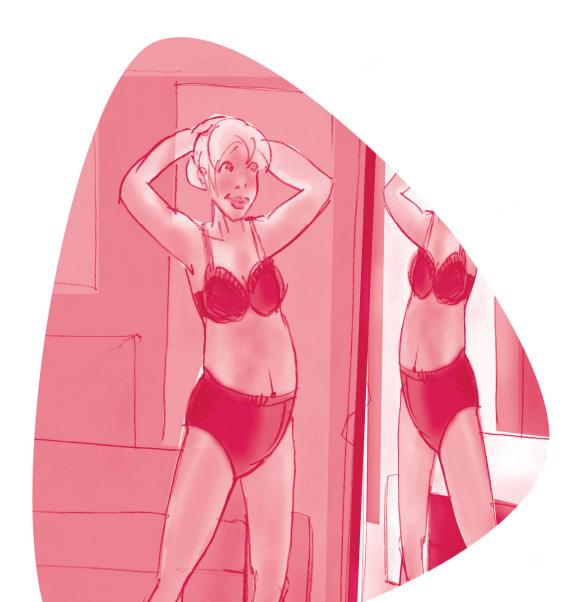
Esta educación recibida ha llevado a que las mujeres tiendan a interiorizar una idea romántica de la sexualidad. Esperan un romanticismo ideal que ocasiona a menudo frustración, ya sea porque la experiencia real no se adecua a la fantaseada e idealizada o porque en su relación con el varón, éste no cumpla sus expectativas románticas. A veces se sublima la sexualidad hasta convertirla en algo muy valioso e inalcanzable. Mientras los juegos donde se practica la seducción y la coquetería entran dentro de ese patrón romántico, el coito puede sentirse como un acto más mecánico y carente de romanticismo.

El que el deseo en la mujer hasta hace poco años se silenciara, ya que no se consideraba necesario que gozara de su sexualidad, le ha llevado a considerarse sujeto no deseante, incluso a no ser consciente de su excitación y, de esta forma a negarse el placer con la consiguiente repercusión en su propio bienestar y salud.

La mujer ha aprendido a utilizar su sexualidad como moneda de cambio en la relación de pareja. Bajo este planteamiento, puede negarse a tener actividad sexual y/o a excitarse, cuando otros deseos y necesidades suyas no se ven satisfechas por el varón. Por el contrario, también puede utilizarse la sexualidad como recompensa que se ofrece al compañero, siendo las dos caras de una misma moneda.

Las pautas culturales han tenido y tienen tanto poder acerca de lo que se espera de una mujer, que para poder expresar su deseo sexual de una manera libre y plena necesitan sentirse segura.

Para aprender nuevas actitudes y llegar a desarrollar una identidad sexual positiva, las mujeres tienen que ser conscientes de sus deseos, vivenciarse como seres sexuados, llegar al placer sexual a través del conocimiento de su cuerpo y aprender a verbalizar lo que necesitan y desean.



#### Socialización de la sexualidad masculina

Es evidente que la cultura también ha influenciado la vivencia de la sexualidad de los hombres por medio de mitos y prejuicios, limitando su capacidad de sentir placer. La identidad masculina se ha construido por un proceso de diferenciación de lo femenino, más que como un proceso de identificación con otros hombres. Esta realidad conlleva una dificultad para desarrollar relaciones de intimidad y compromiso, así como para ofrecer y recibir sostén afectivo. Ante la necesidad de amor, aparecen en el hombre miedos a la posible pérdida de su identidad masculina, o recelo ante una actitud posesiva por parte de la mujer.

El cómo debe ser un hombre, le plantea una serie de exigencias: autoafirmación, demostración genital de su masculinidad, etc., generadoras de ansiedad e inseguridad, no siempre tenidas en cuenta.

A menudo, existe la creencia de que el hombre es el experto en el sexo y que ha de conducir a la mujer hasta su satisfacción. Sin embargo los hombres en general reciben poca información sobre sexualidad, y su supuesta experiencia es lo que les impide pedir información, ya que un "hombre de verdad debería saberlo". Actualmente esta creencia sigue vigente aunque con menos fuerza, pero todavía hay mujeres que esperan que sean ellos los que despierten su sexualidad. La adaptación de la mujer a este modelo que deja en manos del varón la responsabilidad de su placer, ha impedido defender un modelo propio, más acorde con sus deseos.

Para demostrar su virilidad, generalmente los hombres necesitan tomar la iniciativa y mostrarse más deseantes que la mujer, lo que a menudo se convierte en una obsesión por el coito. De esta manera, cuando hay una actitud activa por parte de la mujer en el encuentro sexual, el hombre lo puede vivir como pérdida de identidad masculina y generarle inseguridad.

Si existe lucha de poder entre los miembros de la pareja, se produce una relación en la que cada uno trata de reivindicar su verdad. Para que la vida en común sea satisfactoria esta fórmula no es válida, ya que no se trata de que exista una única verdad, sino de asumir que existen varias, que responden al encuentro de dos identidades diferentes.

#### Modelo actual

La idea inicial acerca de la sexualidad a la que se ha hecho referencia, ha sufrido una serie de cambios sociales propiciados por la salida de las mujeres del ámbito privado al público (laboral, estudios...), el reconocimiento progresivo de su lugar en la sociedad y por la aparición de los métodos anticonceptivos, que han permitido la separación de reproducción y sexualidad.

Todo esto ha llevado aparejado cambios importantes en las relaciones entre hombres y mujeres, propiciando que se desarrollen nuevas formas de vivir la sexualidad.

De esta manera las mujeres pueden ser sexualmente más activas, tomar la iniciativa, plantear sus necesidades, pedir a su pareja un tipo de sexualidad más desgenitalizada, más tierna, más afectuosa. En el caso de los hombres, estos cambios disminuyen su responsabilidad en la satisfacción de la sexualidad femenina y de esta manera se hace posible vivir una sexualidad en condiciones de igualdad y reciprocidad.

#### 2. DE AMANTES A AMANTES Y PADRES

Existe un desconocimiento y un aura de misterio en torno al proceso del embarazo tanto en la mujer como en el hombre. La imposibilidad del hombre de vivir este proceso, ha sido una de las causas de haberlo visto con distanciamiento y temor. Una buena comunicación y la capacidad de compartir este proceso conjuntamente, contribuirá a disipar estos temores.

Cuando la necesidad de comprensión, proximidad, sensibilidad y amor de la mujer es correspondida por parte de su pareja, se evitan conflictos innecesarios que de otra manera pueden afectar el encuentro relacional y sexual.

El miedo del hombre a ser relegado y sustituido en la relación afectiva por el bebé, viene sustentado por ese tipo de actitudes observadas en muchas ocasiones en su entorno.

La etapa de la gestación es una oportunidad para revisar el afecto mutuo, para explorar los sentimientos maternos y paternos, para comunicar sus expectativas, objetivos, papeles y perspectivas de futuro.



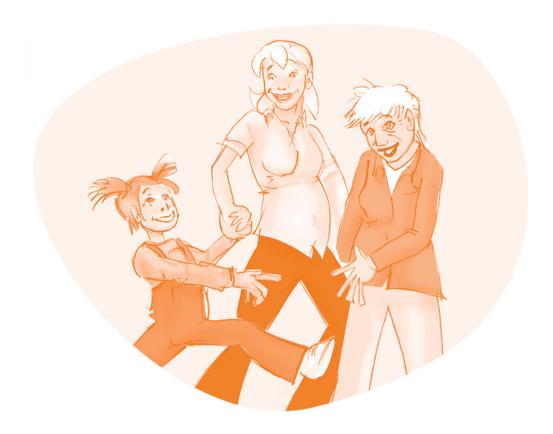
# El modelo tradicional de paternidad

La figura del "pater familia" perdura en el "inconsciente individual y colectivo" influyendo todavía algunos comportamientos. Hemos de considerar que históricamente se ha esperado del hombre que garantizara la subsistencia de la familia y fuera su protector, estableciéndose de esta forma una estructura jerárquica.

Lo que los hombres habían aprendido e interiorizado sobre la paternidad en su proceso de socialización, eran roles rígidos y específicos en función de género. Habitualmente la figura paterna era una persona que la mayor parte del tiempo estaba trabajando o fuera del ambiente familiar, que no solía expresar sus afectos y emociones y que utilizaba más como pauta educativa la critica que la alabanza. De esta manera los varones han ido construyendo su propia identidad, con carencias en la comunicación y en el contacto con la figura del padre.

#### El modelo tradicional de maternidad

En nuestra cultura se ha enseñado a la mujer que la maternidad era su destino "natural". El maternaje y el cuidado de los demás es lo que ha esperado la sociedad que realicen las mujeres y esto ha sido interiorizado de tal forma que "ser mujer" se ha considerado durante mucho tiempo como sinónimo de ser madre (maternalización de la mujer). El embarazo y la maternidad se han asociado a la adquisición de una identidad positiva, de un estatus y una posibilidad de reali-



zación. La consecución de este objetivo ha llevado a la mujer a priorizar y desarrollar los aspectos de cuidadora del papel femenino tradicional, dejando de lado su propio desarrollo profesional y personal. La función procreadora ha sido una forma de demostrar su valía, convirtiéndose en un estigma la infertilidad, así se ha hablado de las mujeres que no podían tener hijos como estériles, yermas, infructuosas... es decir, improductivas.

Sin embargo, la maternidad no ha tenido realmente una consideración social positiva, sino que ha servido en muchas ocasiones para la subordinación de la mujer en la historia. El modelo social de "buena madre" suponía dedicación en exclusiva, ser sacrificada, abnegada, insustituible, generosa y tener una vida sexual en función del deseo del otro, sin esperar nada a cambio. Esta sacralización de la maternidad implica, cuando no se responde a las expectativas de "buena madre" que aparezcan sentimientos de culpa por no "estar a la altura". Esto es algo que de forma consciente o inconsciente puede condicionar la vivencia de su embarazo, parto y puerperio.

# Maternidad y deseo sexual

Cuando el proyecto de ser padres es común y se ha preparado un lugar para el hijo/a en la vida de ambos, generalmente la mujer tiene sentimientos cálidos y tiernos hacia su pareja; en el hombre hay una gran capacidad de contacto y entrega amorosa y por tanto el deseo está presente. La pareja no sólo no interrumpe sus relaciones amorosas, sino que su capacidad de amar se ve aumentada.

Cuando la mujer siente que no hay una vivencia compartida de su embarazo, generalmente tiene dificultades de contactar con su pareja y su deseo puede estar disminuido, inhibiendo la necesidad de intimidad sexual, al no cumplirse las expectativas previas de acompañamiento.

El nuevo aspecto físico de la mujer también puede provocar en el hombre un rechazo, acompañado de inapetencia sexual, que a menudo conecta con sentimientos no resueltos de su biografía. Esto motiva en su compañera la sensación de inseguridad en su atractivo sexual, así como sentimientos de soledad. Por otro lado la influencia de los modelos de belleza imperantes pueden propiciar que la mujer embarazada no se encuentre satisfecha con su apariencia física y puede sentir amenazada su capacidad de seducción y atracción, lo que a veces da lugar a una disminución del deseo sexual.

La imagen de mujer madre transmitida en nuestra cultura, puede provocar una crisis de identidad sexual en la mujer cuando no se siente deseada por su pareja durante el embarazo, ya que su deseo gira en torno al deseo del otro.

En el embarazo la mujer se siente más sensible, vulnerable y suele haber un aumento de su emotividad. La respuesta de comprensión y amorosa compañía de su pareja, es importante para reforzar su unión.

Tradicionalmente se recomendaba abstenerse de las relaciones coitales durante el primer y tercer trimestre de la gestación, actualmente se sabe que si no existen complicaciones, no hay contraindicación para seguir las relaciones coitales en el embarazo. El peso de este tipo de mensajes es la causa de que pueda existir temor a dañar al feto o al posible aborto, por lo que muchas parejas reprimen sus deseos.

La legitimación del coito como única forma de relación sexual puede limitar otras posibilidades de expresión amorosa, válidas tanto fuera de la gestación como en ella. En una relación sexual es importante que cada uno tenga sus propias motivaciones, que satisfagan su necesidad de intimidad, seguridad, y de contacto afectivo.

#### 3. LA AVENTURA DE SER TRES

Esperado desde hace meses, el nacimiento es un acto familiar esencial, es el resultado y el comienzo de una historia de amor. Para la madre igual que para el padre, el nacimiento de un hijo/a es una experiencia que ya no les dejará como antes y hará necesaria una readaptación.

El hecho de encontrar en el embarazo la confluencia de dos deseos suele unir a la pareja. Los hombres que se implican, participando en la preparación para ser padres, suelen vivir el embarazo, parto y nacimiento de su hijo/a de manera más gratificante.

Ante la llegada del hijo/a, el padre no tiene un papel a realizar tan definido como el de la madre. Por un lado se le está solicitando su implicación en el cuidado de la madre y el bebé, y por otro ha existido la tendencia a excluirlo y a no hacerle partícipe de todo este proceso. La incertidumbre es precisamente lo que en ocasiones despierta en él sentimientos de celos o rivalidad.

Si la respuesta de la pareja no concuerda con las expectativas creadas por ambos, el deseo sexual, entre otras vivencias, suele resentirse.

#### Maternidad y paternidad en la actualidad

Cuando la maternidad y la paternidad es una elección tomada en libertad, motivada por un deseo compartido, las funciones como padres se producen en un clima afectivo, que hace posible que la relación con el niño/a esté basada en la sinceridad y la coherencia.

El hecho de ser padres puede que les lleve a hacer algunos cambios en sus expectativas, objetivos y perspectivas de futuro. Si se comparte la experiencia de la crianza, se puede conseguir que los vínculos se refuercen al tener unos intereses y objetivos comunes. La cohesión y el consenso ayudaran a afrontar los conflictos que puedan plantearse.

Aunque se va conquistando la igualdad entre el hombre y la mujer, este proceso es lento y costoso. Desde las nuevas necesidades, el reparto del trabajo doméstico parece ser el que más se resiste al cambio.

El nuevo modelo de madre y padre ha sido propiciado de un lado por la mayor implicación de la mujer en lo social y de otro por los cambios y adaptaciones que los hombres han tenido que hacer ante esta nueva situación.



Tradicionalmente la gente que rodea a la mujer espera que con la maternidad aparezca un sentimiento de felicidad, mientras ella puede que experimente sentimientos de conflicto, al comprobar que mucho de lo que hace no le produce la satisfacción esperada. Varias pueden ser las razones:

- Priorizar las necesidades del bebé frente a las propias.
- No admitir la posible ansiedad que genera la aceptación del hijo/a real frente al imaginado.
- No atender sus propias necesidades ni sentimientos en pro de ser una "buena madre".
- Sentir temor a sacrificar sus objetivos personales a cambio de ser una "buena madre".

Cuando tras el nacimiento del hijo/a la mujer ejerce las funciones de esposa, madre y trabajadora remunerada, puede vivir conflictivamente tales exigencias. Es el peso de la educación el que culpabiliza y genera insatisfacción a la hora de desarrollar las diferentes tareas, ya que puede haber una discrepancia importante entre lo que le han enseñado que debe sentir y lo que siente. Por otro lado, mientras que en el trabajo se puede ver en ocasiones valorada y reconocida, cuando se dedica a la crianza y tareas domésticas no suele tener este reconocimiento. Si la mujer decide seguir con los dos papeles, frecuentemente experimenta sentimientos de culpa, de lucha o insatisfacción personal por no poder realizarlos de forma completa.

No sólo es importante atender las necesidades de las mujeres-madres, sino también las de los hombres-padres, además éstos han de adaptarse a las nuevas circunstancias, redefiniendo su papel como padres. Al empezar a aceptar aquellos aspectos de su personalidad considerados "femeninos", como la afectividad, empatía, ternura, aumentarán también sus posibilidades de realización y plenitud.

El estereotipo tradicional de figura paterna ajena al cuidado de los hijos, deja de tener vigencia cuando el padre, participando de la crianza y sensible a las necesidades del hijo/a, pueda mostrar los sentimientos que en él despierta este contacto. Con esto, la identificación del niño/a con la figura paterna no pasa por la descalificación de las características consideradas como femeninas, y la vida del niño/a mejora y se enriquece con un padre participativo y emocionalmente presente. Así se establece el vínculo del bebé tanto con su madre como con su padre ya que su contacto y sus cuidados le hacen reconocerlo y asociar su presencia con el consuelo y la seguridad.

Los padres cuando se relacionan con los hijos lo hacen de manera distinta a las madres, propiciando de esta manera la valoración de la diferencia, lo que redundará en beneficio de respeto hacia ambos modelos.

Esta nueva visión de la paternidad, ofrece la posibilidad del "regreso a casa de los hombres", de su implicación en la crianza, de participar de forma íntima en la vida de sus hijos/as, de dar y recibir sostén afectivo, de modificar vínculos y estilos de vida.

# El deseo y los cambios en la estructura familiar

Las necesidades que impone la crianza, llevan a las mujeres a sentirse responsables del soporte emocional de todos los que la rodean. Esta situación puede repercutir en su capacidad para experimentar placer.

Una persona estresada no disfruta de su sexualidad y esto influye negativamente en la capacidad de desear. Los problemas de excitación pueden instalarse en un círculo vicioso de tensión, ansiedad y/o frustración.

Tras el embarazo y parto, el cuerpo de la mujer se aleja del modelo estético imperante. La incertidumbre ante la recuperación física pueden llevarla a sentirse poco deseable. La actitud de la pareja en estos momentos resulta fundamental para que este período sea vivido sin conflicto ni ansiedad.

En ocasiones, cuando la mujer es madre adopta actitudes que alejan e impiden al padre que se implique en la crianza del hijo/a. Al aceptar como tarea propia y exclusiva el cuidado del hijo/a con sus inconvenientes y ventajas, actúan de forma posesiva, restándole protagonismo al papel de padre, de esta forma el hombre se siente relegado tanto en su función de padre, como en la relación de pareja.

Cuando las expectativas de ambos no se cumplen ante las necesidades que plantea la nueva situación (maternidad/paternidad), la tendencia es retomar patrones tradicionales de funcionamiento, aumentando la distancia entre ambos y el nivel de insatisfacción, ya que el hombre tiende a buscar compensaciones en el exterior y la mujer en lo doméstico.

Para prevenir la aparición de estos conflictos se pueden plantear varias posibilidades, pero todas ellas pasan por que la pareja establezca una buena comunicación, para que los deseos y la capacidad de elegir ambos estén consideradas.

#### El recién nacido y la importancia del vínculo afectivo

La vida afectiva desde el nacimiento, es la base que irá conformando al futuro adulto, condicionando su forma de relación afectiva con los demás en el futuro, así como su carácter. De ahí la importancia de la creación de vínculos afectivos de calidad en los primeros años de la vida. Una relación armónica entre los padres y el niño/a le proporcionará la seguridad emocional necesaria para su bienestar psicológico. Al establecer vínculos de apego seguros y estables, se posibilita que posteriormente se pueda relacionar consigo mismo y los demás de forma adecuada.

El apego es un lazo afectivo entre el niño/a y quienes le cuidan, y cubre una necesidad primaria, no aprendida, de establecer vínculos incondicionales y duraderos que se interiorizan y le proporcionan seguridad y protección. Esta relación se produce con la cercanía y dedicación, contacto piel con piel, dando lugar a relaciones de intimidad y afectividad. Se puede dar con la madre, el padre o la persona que les cuide, pero esta figura debe ser incondicional, eficaz y encontrarse disponible. Estas características no son innatas, a ser madre o padre, se aprende a través de un proceso de socialización.

Los momentos de alimentar al bebé son una oportunidad para desarrollar un vínculo afectivo en el que tanto la madre como el hijo/a se benefician.

Tradicionalmente se ha considerado a la madre como el eje central de la vida del niño/a va olvidando la importancia del padre y los efectos que su falta podría ocasionar en su desarrollo afectivo. En la actualidad paternidad y maternidad se consideran dos funciones diferentes pero complementarias, necesarias ambas y transcendentales para el desarrollo más satisfactorio del niño/a. Esta nueva forma de vivir la paternidad va a permitir que los hombres del futuro se vinculen afectivamente con su hijo/a.

El nuevo modelo de padres con su amor, cuidados y presencia cotidiana, puede llevar a establecer las bases para crear personas solidarias y felices.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Barbach L. Los secretos del orgasmo femenino. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
- Fernández de Quero J. Hombres sin temor al cambio. Salamanca: Ediciones Amarú, 2000.
- Gianini Belotti E. A favor de las niñas. Barcelona: Monte Avila, 1978.
- López F, y Fuentes a. Para comprender la sexualidad. Pamplona: Verbo Divino, 1999.
- Lozano I, Aldana A, Vázquez N, Langlois A, Gómez L. Sobre el cuerpo y nuestra identidad. México: FIDHAL, 1995.
- Marqués JV, Osborne R. Sexualidad y sexismo. Madrid: Fundación Universidad y Empresa, 1991.
- Sanz F. Los vínculos amorosos. Barcelona: Kairós, 1995.

# **FICHA 1 (SEXUALIDAD)**

#### **ESCENIFICACIÓN**

# **OBJETIVOS**

- Evidenciar estereotipos de género.
- Identificar conductas que obedecen a una diferenciación según sexo.

#### **MATERIAL**

- Sillas, papel, bolígrafos, Anexo 1, Anexo 2.

### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

# **METODOLOGÍA**

- Se expone al grupo en que va a consistir la actividad (Anexo 1).
- Se piden 3 voluntario/as para la actuación como actores principales.
- El resto del grupo permanecerá sentado y actuarán como actores secundarios en cualquier momento de la escenificación.
- Los actores principales se reparten los papeles a escenificar y realizan la representación durante unos 5 minutos.
- El resto del grupo toma notas de los estereotipos que obedecen a patrones de género.
- Finalizada la escenificación se realiza una puesta en común de las expresiones, gestos... que se han evidenciado.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Se animará a los participantes a que actúen con naturalidad.
- La escenificación no es un examen personal, sino un recurso para ver los patrones sociales que más prevalecen relacionados con el rol de género.
- Anexo 2 para apoyo del monitor/a.

# **ANEXO 1 (SEXUALIDAD)**

Te encuentras por la calle a una pareja con un cochecito con un niño y una niña gemelos de 2 años. ¿Qué les dices de los bebés? respecto a

- aspecto físico
- belleza
- llanto
- adornos que llevan
- Otros ...

¿Cómo te expresarías al dirigirte a cada uno de ellos?

# **ANEXO 2 (SEXUALIDAD)**

# **EXPRESIONES CON DIFERENCIACIÓN DE GÉNERO**

- ¿Es una niña? ¡Cómo no lleva pendientes!
- ¡Que cara de chicote tiene!
- ¡Mírala que mona!
- Parece una muñequita
- ¡Hola machote!
- ¡No hay duda de que es un chico!
- ¡Que graciosa está con ese lazo en la cabeza!
- ¡No llores que eso es de niñas!
- ¡Chiquitina, bonita, pequeñita!
- ¡Ale valiente!
- ¡Mira que es brutote!
- ¡Campeón!
- ¿Cómo estás, capitán?
- ¿Cómo estás, princesa?

# **FICHA 2 (SEXUALIDAD)**

# **COMPARACIÓN DE MODELOS**

# **OBJETIVOS**

- Reflexionar sobre los modelos aprendidos de cómo ser madre/padre.
- Definir un modelo propio de cómo ser madre/padre.

#### **MATERIAL**

- Pizarra, rotuladores, sillas.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se forman 2 grupos mixtos.
- Al primer grupo se le pide que evidencie los rasgos más llamativos de los modelos tradicionales de ser: marido/mujer, madre/padre, hijo/a, hermano/a.
- Al segundo grupo se le asigna que evidencie los rasgos más llamativos de los modelos actuales de: marido/mujer, madre/padre, hijo/a, hermano/a.
- Se nombra un portavoz en cada equipo.
- Se dan 10 minutos para el trabajo en grupo.
- El portavoz expone al grupo general sus conclusiones y se van anotando paralelamente en la pizarra las aportaciones de cada grupo.
- Se confrontan los modelos para evidenciar los cambios que se han producido y cuales son las resistencias.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Pueden darse pistas lanzando preguntas como ¿quién suele llevar a los niños al pediatra?, ¿quién les compra la ropa?, ¿quién se queda a su cuidado cuando enferman?...

#### **FICHA 3 (SEXUALIDAD)**

#### LAS EXPECTATIVAS ANTE EL CAMBIO

# **OBJETIVOS**

- Identificar los diferentes cambios que acompañan a la maternidad-paternidad.
- Proponer estrategias para afrontar estos cambios.

#### **MATERIAL**

- Sillas, Anexo 3.

#### **TIEMPO**

+/- 30 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se reparte una copia del Anexo 3 a cada asistente para ser respondido en 5 minutos.
- Se hace una puesta en común de las respuestas a cada pregunta una a una y se van anotando en la pizarra.

# **RESALTAR**

- Que van a existir cambios y que se minimizarán los problemas si están previstos.
- No existe rivalidad por el amor del hijo/a cuando éste es el proyecto común de la pareja.
- Las cargas y responsabilidades domésticas van a aumentar, por lo que no se debe dejar a la improvisación la distribución de las mismas.
- Si se refuerzan aspectos como la ternura, la cercanía y el amoroso acompañamiento de la pareja, será más fácil desterrar tabúes y prejuicios que pueden suponer la disminución del deseo.

- La concepción de un hijo/a debe ser un proyecto común de pareja y no la respuesta al cumplimiento con lo establecido, salvavidas para la relación de la pareja, soporte afectivo, miedo a la soledad...

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Garantizar la libre expresión de los participantes, evitando los juicios de valor, tópicos y recetas fáciles.

# **ANEXO 3 (SEXUALIDAD)**

¿Qué aspectos de tu actividad cotidiana crees que pueden modificarse por tener un hijo/a?

¿Crees que tu pareja va a querer más al hijo/a que a ti?

¿Has previsto la necesidad de negociar de antemano con tu pareja el reparto de tareas?

¿Crees que el embarazo ha modificado el deseo sexual entre vosotros?

¿A qué responde el deseo de tener un hijo/a? ¿Qué fue lo que más pesó en tu decisión?

un momento especial: el parto

Sabina Aparisi Ma Vicenta Ros José Santamaría

parto

## **JUSTIFICACIÓN**

El parto es el momento culminante de una etapa vital, una transición que va a conducir a la pareja a una nueva fase de su relación, en esa "aventura de ser padres".

Ellos llegarán a este momento con todas las ilusiones y fantasías que han ido surgiendo a lo largo del embarazo y a la vez con temores e inseguridades por el desenlace final, pudiendo todo ello, crear sentimientos ambivalentes.

Cuando la mujer aprende a interpretar los mensajes de su cuerpo y a reaccionar positivamente ante ellos, vive el proceso de una forma más tranquila, participativa y consciente.

Mediante la Educación para la maternidad, presentando la información de una manera clara y objetiva, se facilita poder afrontar el parto colaborando en la toma de decisiones (OMS, Fortaleza, 1985), así como el disminuir la incertidumbre ante mitos y misterios que tradicionalmente han rodeado el parto.

El trabajo de la matrona, así como la relación que se establece entre ella y la pareja, facilita el que se desarrollen actitudes positivas, y que la vivencia sea lo más gratificante posible para la nueva familia.

# **OBJETIVOS**

- Facilitar información para desmitificar el proceso del parto.
- Capacitar a la mujer para que participe de forma activa en el proceso del parto.
- Promover la implicación de la pareja durante todo el proceso.

# **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

#### 1. DESENCADENANTES DEL PARTO

El inicio del parto es el resultado de una combinación de factores que actúan conjuntamente y la preparación para este proceso comienza ya desde las primeras etapas de la gestación. La mujer debe tener información suficiente para entender que el parto, en principio, es un proceso fisiológico y con ello eliminar miedos y reforzar la confianza en sí misma.

# Algunos factores maternos desencadenantes del parto

La activación de la contractibilidad miometrial es el punto crucial para que se desencadene el parto. El incremento de la producción de estrógenos desde las primeras fases del embarazo induce la hipertrofia de las células miometriales, la síntesis de proteinas contráctiles (actina, miosina, calmodulina, etc), el aumento y activación de los canales del calcio, así como una disminución del umbral de excitación de las células miometriales (es capaz de contraerse ante estímulos menores), mejora la transmisión del impulso contráctil de célula a célula.

Por el contrario, la progesterona aumenta el umbral de excitación celular, por lo que los estímulos para desencadenar la contracción deben ser más intensos. Además dificulta la transmisión del estímulo contráctil de célula a célula.

En distintas especies animales se ha observado una disminución de la progesterona antes del comienzo del parto, sin embargo en la especie humana esta hormona no disminuye hasta después de ser expulsada la placenta, por lo que no puede decirse que el parto se inicie por su descenso.

A lo largo de la gestación, las células del miometrio también sufren un importante incremento de los receptores de membrana para la oxitocina, que se agudiza en el tercer trimestre. La concentración de estos receptores es mayor en el fondo y partes superiores del útero, siguiendo un gradiente descendiente. Ello determinará que la contracción uterina sea más precoz, intensa y duradera en el fondo uterino que en el segmento inferior.

Otra importante modificación en el tercer trimestre de gestación, es la aparición de comunicaciones o ventanas intercelulares (gap junctions) entre las células miometriales. Se ven favorecidas por la influencia de los estrógenos y las prostaglandinas, y contribuyen a que las contracciones sean simétricas y coordinadas.

La distensión progresiva del miometrio a lo largo de la gestación, estimula la síntesis de receptores de oxitocina. Ello explica el desencadenamiento del parto antes del embarazo a término de muchas gestaciones gemelares.

La estimulación del cérvix provoca una descarga de **prostaglandinas**, activando la dinámica uterina. Pero el cuello uterino también debe evolucionar durante la gestación, para que la actividad uterina se traduzca en borramiento y dilatación cervical. En las últimas semanas se acentúa la proteólisis y colagenólisis, aumentando las colagenasas antes del inicio del parto.

# Algunos factores fetales y placentarios desencadenantes del parto

La liberación y el metabolismo del ácido araquidónico por los receptores de oxitocina existentes en las células deciduales, provocan la síntesis de prostaglandinas y consecuentemente actuará como otro detonante.

La placenta también juega un papel fundamental en la síntesis hormonal de **estrógenos** y progesterona, cuyo papel sobre el parto ya se ha comentado.

El incremento progresivo de la secreción de dehidroepiandrosterona por parte de la suprarrenal fetal, se traduce en un incremento de la síntesis de estrógenos. La secreción de oxitocina por parte de la hipófisis fetal también se ve incrementada, tanto por el aumento en la intensidad de las contracciones, como por la hipoxia fetal.

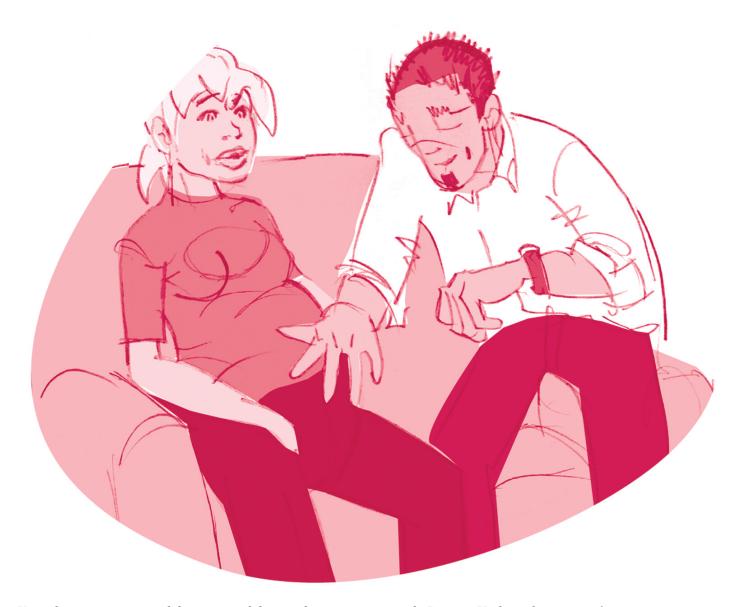
La mujer que ha cumplido la semana cuarenta y no inicia el parto, puede vivir la espera con estrés añadido, lo que se considera un factor desfavorable para el desencadenamiento del mismo.

# 2. SIGNOS Y SÍNTOMAS PARA DETECTAR LA PUESTA EN MARCHA DEL PARTO

Existen algunos signos cuya presencia indica que el inicio del parto está cerca:

- Se acentúa la polaquiuria.
- Aumenta la frecuencia de las contracciones a 4-5/hora, que se incrementan con los paseos.
- Sensación de pesadez en la pelvis, en los miembros inferiores y aparición de calambres.
- Aumento de la congestión vaginal, mayor secreción.
- Expulsión del tapón mucoso.
- Mejoría respiratoria, debida al "aligeramiento". Este concepto se refiere al alivio de la presión en la parte superior del abdomen debido al encajamiento del feto.
- Aumento de la necesidad de actividad física, que a menudo se traduce en ir de compras, limpiar...
- Diarrea.
- Rotura de membranas.

LA AVENTURA DE SER PADRES guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio



Unas dos semanas antes del comienzo del parto, las contracciones de Braxton Hicks se hacen más frecuentes e intensas. Cuando están bien coordinadas ayudan a la maduración cervical.

Hay que recordar que el inicio de las contracciones puede ser distinto en cada parto y en cada mujer.

La expulsión del tapón mucoso equivale al comienzo del parto eficaz, pero generalmente es temprano. En algunas mujeres este hecho pasa desapercibido.

Es interesante que la mujer sepa diferenciar entre:

# Trabajo de parto falso:

- Contracciones a intervalos irregulares.
- Malestar en hipogastrio y región inguinal que se alivia con pequeños paseos o, con el descanso.
- Contracciones breves, o sólo leve endurecimiento abdominal.

# Trabajo de parto verdadero:

- Contracciones regulares, que se acortan progresivamente en el tiempo.
- Aumento de la duración y la intensidad de las contracciones.
- Malestar en región lumbar irradiada a abdomen, cuya intensidad aumenta al caminar.
- Las contracciones no ceden con el descanso.
- La sensación referida más frecuentemente es la de sentir molestias como en la menstruación.

# ¿Cuándo acudir al hospital?

A menos que exista algún problema se aconseja permanecer en casa y seguir haciendo vida normal hasta que las contracciones sean rítmicas y el tiempo entre una y otra sea alrededor de 5 minutos durante al menos media hora.

La mujer multípara y la que ha optado por la analgesia epidural pueden acudir antes.

El saber que la duración de las contracciones en la fase activa del parto son de un minuto o más y se repiten cada dos minutos, nos da una idea sobre la fase del parto en la que se encuentra la mujer.

#### Los motivos para acudir al hospital sin demora son:

- Rotura de la bolsa de las aguas: es importante observar el color, ya que si son meconiales y tienen un color verdoso, hay que acudir con rapidez.
- Si existe sangrado: la mujer debe conocer la diferencia entre marcado y sangrado.
- No notar movimientos fetales.
- Tener un tono abdominal aumentado, o no notar relajación uterina entre las contracciones; y/o dolor continuo en el abdomen.





# Con qué se encuentra la gestante cuando llega al hospital:

La mujer llega a las puertas de Urgencia del Servicio de Maternidad pasando inicialmente a la sala de reconocimiento. Allí se le va a realizar una historia clínica, una valoración general de su estado y de las condiciones obstétricas en que se encuentra.

Posteriormente se valorará el bienestar materno-fetal y la dinámica uterina mediante una monitorización no estresante (cardiotocografía).

En función de los resultados la pauta a seguir será:

- Pasar directamente a la sala de dilatación si está en periodo activo de parto (PAP).
- Pasar a la sala de maternidad o preparto si está en la fase de latencia.
- Traslado a su domicilio por falso trabajo de parto.

Si se produce el ingreso en la maternidad, se establece el contacto con la matrona que llevará a cabo la asistencia del parto, generalmente se le realizaran las siguientes actuaciones:

- Ducha con agua tibia y jabón si la situación lo permite, porque además de higiene proporciona relajación.
- La mujer puede adoptar la posición que le resulte más cómoda para ella, deambular, sentarse o tumbarse, siempre que no interfiera en el control del estado fetal y de la actividad uterina. La bipedestación acorta la duración del período de dilatación, aumenta la intensidad de las contracciones y disminuye la frecuencia. La posición de cuclillas es cómoda y favorece el descenso de la presentación.
- La higiene vulvar se realizará antes y después de cada exploración vaginal con una solución jabonosa no irritante y tras la defecación, micción o cuando se ensucie por secreciones.
- El rasurado vulvar no se ha demostrado que disminuya la incidencia de infecciones, por lo cual es una práctica opcional tras haber informado a la mujer.
- No se recomienda el uso rutinario del enema, porque no disminuye el riesgo de infección durante el parto. Si hay contacto con las heces se eliminan y se limpia la zona con una solución antiséptica no yodada.
- Se instaurará un catéter de perfusión IV para fluidoterapia cuando se precise.
- La micción suele ser espontánea, pero cuando no sea posible (en caso de analgesia epidural), se recurrirá al sondaje vesical.
- La bolsa de las aguas generalmente se rompe de forma espontánea a lo largo del parto (amniorrexis). La rotura artificial (amniotomía) es opcional y se puede realizar cuando la dilatación sea igual o superior a 4 cm y con la presentación en I plano de Hodge. No se aconseja en la fase de latencia, salvo que exista indicación de inducción.
- Con respecto a la alimentación no es necesario el ayuno prolongado salvo en los casos en los que exista riesgo de requerir una anestesia general. Cuando se prevea un parto fisiológico se pueden ofrecer líquidos tales como agua, zumos o infusiones.

- Para realizar el control del estado materno-fetal, se toma de forma periódica las constantes vitales (temperatura, pulso, tensión arterial) y se monitoriza la FC fetal. Se valorará periódicamente el estado de hidratación y anímico-emocional de la embarazada.
- La participación de la pareja es fundamental, su presencia es de gran importancia en el desarrollo del parto, y además sirve para valorar el estado anímico y emocional de la embarazada, ya que es la persona más implicada junto con ella en este proceso.
- Se proporcionará un entorno agradable para poder vivir este momento con la mayor intimidad posible.
- La información que le damos a la mujer y/o a su familia debe ser sencilla y veraz, realizarse de forma periódica y contemplar aspectos tanto de la evolución del parto como del estado de la madre y el bebé.

#### 3. ETAPAS DEL PARTO

Una actitud positiva, es un factor clave respecto al tiempo que le llevará al organismo realizar el trabajo de parto, y reconocer que éste es un proceso fisiológico resulta de gran ayuda.

Contemplar todos los posibles desenlaces (cesárea, instrumentaciones, etc.) favorecerá una aceptación del final, una menor frustración si el parto no se desarrolla como se había soñado, para que en cualquier caso pueda significar una experiencia positiva.

#### Primera etapa: Dilatación

Comprende desde el comienzo hasta el borramiento y la dilatación total del cuello uterino. Esta etapa se divide clásicamente en tres fases:

#### - Fase latente:

Esta fase, comprende desde el borramiento del cuello hasta que este alcanza los 3 cm de dilatación, y en ella las contracciones se hacen cada vez más intensas, regulares y frecuentes, pasando a ser de 1 cada 4 ó 5 minutos con una duración de 30 a 40 segundos.

La fase de latencia es la de mayor duración del parto, ya que puede llegar en las primíparas hasta 20 horas y 14 horas en las multíparas, aunque su media suele ser de 8 horas en primíparas y 5 horas en multíparas (Friedman). Estas referencias son promedios. Cada mujer tiene su ritmo y un patrón diferente, que debe ser respetado. Lo más importante es

saber que el trabajo de parto está evolucionando y que tanto la madre como el feto están bien. Hay que recordar a la mujer que el tiempo que queda hasta el final es del todo imprevisible, y que la actitud más adecuada es dejarse llevar, escuchar su cuerpo y acompañarlo en este esfuerzo tan importante que está realizando. Haber asistido a los cursos de Educación maternal es fundamental para adoptar la actitud adecuada.

Por las características de esta fase, es aconsejable pasarla en casa ya que se tienen más comodidades y el entorno es más acogedor. Se propone realizar algunas actividades como:

- Adaptarse a la situación y actuar según sus necesidades en cada momento, escuchando a su cuerpo.
- Durante la noche intentar dormir y durante el día alternar los periodos de actividad y descanso.
- Tomar una ducha caliente (en caso de que no haya roto la bolsa puede optar por el baño) si necesita relajarse y utilizar las técnicas de relajación.
- Dar un paseo.
- Distraerse, buscar actividades para hacer, como ver una película o leer un libro.
- No dejar de comer y beber, tomando alimentos simples y de fácil digestión, como zumos, yogur, tostadas con mermelada, infusiones...
- Mantener la movilidad, buscando las posturas más cómodas.

#### - Fase activa:

Esta fase, comprende desde los 3 a los 8 cm de dilatación. Las contracciones son más regulares, intensas y frecuentes, separadas de 3 a 5 minutos y con una duración entre 50 a 75 segundos. Su intensidad suele ser de moderada a fuerte, y se produce la dilatación cervical con rapidez.

Generalmente en este momento la gestante ya se encuentra en la maternidad, siendo recomendable:

- Cambiar frecuentemente de postura evitando el decúbito supino.
- Tomar consciencia de sus necesidades para saber pedir aquello que necesita.
- Tomar una ducha y utilizar las técnicas de relajación y visualización.
- Tener en cuenta que después de la rotura de la bolsa, las contracciones pueden ser más intensas.



#### - Fase de transición:

Esta fase, comprende desde los 8 a los 10 cm y se produce la dilatación cervical con rapidez. Las contracciones son más regulares, intensas y frecuentes, separadas de 2 a 3 minutos y con una duración entre 75 a 90 segundos. Esta fase aunque corta, es tal vez el periodo más difícil por su gran intensidad, y en ella pueden presentarse contracciones dolorosas. Cuando termina esta fase, la velocidad de las contracciones suele desacelerarse.

La colaboración de la mujer es de una gran importancia en este momento, siendo recomendable:

- Tomar pequeños sorbos de agua o chupar cubitos.
- Seguir estando activa y participativa.
- Dejarse llevar, imaginando cómo se abre para dar paso al nacimiento de su hijo/a.
- Avisar cuando sienta la necesidad de pujar.

# Segunda etapa: Expulsivo

En nuestro medio, habitualmente se produce en el hospital, siendo deseable que en éste se dispusiera de una sala acogedora, sin ruido, con la presencia de la pareja u otro familiar y con condiciones de asepsia.

Generalmente la mujer se coloca en posición de litotomía o semifowler, aunque sería conveniente poder ofrecer otras posiciones como la de Sims (decúbito lateral) o en sedestación (en una silla de partos).

Es en este momento cuando la mujer siente ganas de empujar de forma espontánea, son los pujos que ayudarán al descenso y salida del bebé. En el caso de que la mujer lleve analgesia epidural, la matrona le irá indicando cuándo hacerlo, ya que debido a la pérdida de sensibilidad, la mujer no siente la necesidad de empujar. Debe realizarse el control de la dinámica y del estado fetal durante esta fase.

No está demostrado que la episiotomía prevenga la aparición de prolapso y/o la incontinencia urinaria por lo que no se indica su realización de forma rutinaria, sino que se tendrá en cuenta la indicación materno-fetal.

Si durante el expulsivo se necesita realizar una episiotomia o se produce un desgarro, se aplicará infiltración de anestesia local.

La distensión progresiva del periné y del introito vaginal se debe proteger para evitar la expulsión rápida e incontrolada de la cabeza y hombros y prevenir desgarros perineales.

Una vez el bebé ha nacido y la madre está preparada para recibirlo, se le colocará encima manteniendo el contacto físico piel con piel, lo que va a favorecer la vinculación afectiva. Además se recomendará la colocación al pecho y la succión del pezón de forma precoz.

Si la adaptación cardio-respiratoria es buena, se pesará, se identificará y se le ofrecerá al padre para que lo coja. Antes de irse a la habitación se le administrará la profilaxis antibiótica ocular para prevenir la oftalmía neonatal y 1 mg de vitamina K vía IM para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

# Tercera etapa: Alumbramiento

Tras el desprendimiento de la placenta se revisará la misma para comprobar que esté completa y se valorará el estado materno, la cuantía de la hemorragia y el nivel de contracción uterina.

Se revisará el canal del parto y se suturará la episiotomía y/o desgarros si los hay.

Si se estaba utilizando oxitocina se aumentará el ritmo de forma ostensible y si no, se administrará en ese momento.

Pueden aparecer temblores y escalofríos en la puérpera, y en ocasiones dolor intenso por la contracción uterina (entuertos), estos suelen ser más frecuentes en las multíparas.

#### Inicio de la lactancia

Hasta el momento del nacimiento, madre e hijo/a han formado una unidad, por lo que establecer de la forma más temprana posible un contacto físico entre ambos reduce el efecto de la separación. El tacto, el calor y el olor son los sentidos que sirven para la comunicación inicial entre madre-hijo/a, y la lactancia materna los favorece.

Cuando la madre está preparada para recibir en sus brazos a su bebé (normalmente pocos segundos después del nacimiento), es el momento para iniciar un buen vínculo afectivo madre-hijo/a. Se inicia la alimentación cuanto antes, por supuesto siempre dentro del área de paritorios.

Al acercar el bebé al pecho, éste irá reconociéndola, con el olor y la mirada, y poco a poco le atraerá el pecho si lo tiene cerca, y cogerá el pezón espontáneamente o con un poco de ayuda. Es preciso no tener prisa y respetar su ritmo, darle tiempo. Las madres que han decidido no dar el pecho no deben sentirse angustiadas. Lo más importante, en lo que al desarrollo emocional del niño/a se refiere, es la buena actitud de la madre en el acto de alimentar, transmitiendo su cariño y su ternura.

# Papel del padre

La pareja durante el parto tiene el papel fundamental de acompañamiento y apoyo, su presencia y preparación facilitan el bienestar de la mujer y con ello el adecuado progreso del parto. Éste podrá actuar de forma más eficaz cuando se haya preparado a través de las clases de Educación para la paternidad. Asimismo puede ser un momento estresante para él por lo que también necesita apoyo y refuerzo positivo.

La colaboración que se espera del futuro padre podría centrarse en:

- Durante la fase latente controlar el tiempo entre las contracciones observando la evolución, masajear la espalda, permanecer tranquilo e interesado en dar todo su apoyo, ayudarla a distraerse, preparar alguna comida de fácil digestión, ofrecerle líquidos y asegurarse de que todo está listo para poder acudir al hospital.
- Durante la fase activa es importante respirar con ella durante las contracciones, darle masajes entre las contracciones en las zonas donde exista tensión, estar atento para atender las necesidades que puedan surgir, felicitarla por los avances en el trabajo de parto, apoyar sus elecciones, asegurar que el clima sea de tranquilidad, mostrarse relajado y positivo.
- Durante la fase de transición hay que seguir con las actividades anteriores, ayudarla a relajarse y visualizar, recordarle los avances y que pronto podrán conocer a su bebé.

El hecho de que el futuro padre tenga unas funciones específicas en el acompañamiento de este proceso le ayudará a vivir mejor esta experiencia tan emocionante, se sentirá implicado y se evidenciará su protagonismo.

# 4. INDUCCIÓN DEL PARTO

Es el desencadenamiento artificial del parto, que se plantea cuando son mayores los beneficios para el feto y/o la madre que los beneficios que se obtendrían si se continuara con el embarazo.

Cuando el cervix está inmaduro y desfavorable hay dos métodos que pretenden mejorar los resultados de la inducción, consiguiendo mejores condiciones obstétricas iniciales. Estos son:

- Administración de prostaglandinas en forma de gel vía intravaginal o intracervical (1 ó 2 días).
- Administración de oxitocina IV en perfusión continua a dosis menores que cuando se plantea la inducción.

La inducción se lleva a cabo con oxitocina diluida en un gotero de suero glucosado al 5% en una bomba de perfusión, comenzando con una pequeña dosis que se va incrementando hasta conseguir una dinámica regular, semejante a la del periodo activo de parto (PAP). Como es lógico, la duración del parto inducido suele ser bastante mayor que la de los partos que se desencadenan espontáneamente, siendo por ello más agotadores y es más frecuente la necesidad de analgesia epidural.

## 5. CESÁREA

La terminación de un parto por cesárea es debido a la existencia de distintos factores, estos pueden ser tanto maternos como fetales y aunque algunos de ellos pueden ser previsibles, otros se desencadenarán a lo largo del proceso del parto. En los casos en los que la cesárea esta programada, ambos miembros de la pareja tienen tiempo para interiorizar la información y prepararse.

Si se trata de una cesárea urgente, la pareja suele conocer la indicación con poco tiempo para prepararse, siendo éste por tanto un momento muy estresante para ambos.

Siempre que sea posible, se facilitará que los padres tengan un tiempo para asimilar la información transmitida, para poder afrontar la situación de la mejor manera.

A diferencia del parto vaginal, en una cesárea, el bebé o la madre pueden tener más dificultades para establecer el primer contacto, pudiendo en ocasiones ser el padre el que establezca el primer contacto con el bebé, esto permitirá la instauración precoz del vínculo afectivo.

En la actualidad, la mayor frecuencia en la utilización de la anestesia regional, favorece el que la interacción de la madre con el bebé se establezca de forma temprana ya que permite el contacto visual, la cercanía, hablarle...

Crear un ambiente confortable en la sala de quirófano, con música relajante, con un trato agradable y humano por parte del personal, contribuirá a disminuir las tensiones que pueden acompañar a una intervención quirúrgica.

#### 6. ANALGESIA EN EL PARTO

Su finalidad es conseguir el máximo alivio del dolor posible, con los menores efectos secundarios para la madre y el bebé, afectando mínimamente el desarrollo del trabajo de parto.

Se debe informar a la gestante de los diferentes tipos de analgesia, de sus ventajas e inconvenientes. Ha de tenerse en cuenta que el umbral del dolor es muy variable de una persona a otra y que con una psicoprofilaxis obstétrica y una actuación personalizada, se puede reducir la ansiedad y los requerimientos analgésicos.

# Tipos de analgesia:

- Sedantes-tranquilizantes: se administran por vía IM durante el preparto y al principio del trabajo de parto por vía IV lenta. Favorecen el sueño y provocan relajación y distensión de la musculatura.
- Bloqueo epidural lumbar continuo: consiste en la interrupción y/o disminución temporal del impulso nervioso, sobretodo sensitivo, en la mitad inferior del cuerpo. Se administra mediante una inyección de anestésico local, a través de un catéter en el espacio epidural lumbar (entre el ligamento amarillo y la duramadre). Se trata de intentar evitar el dolor producido por las contracciones con los mínimos efectos para la madre, el bebé y la progresión del parto.

# Analgesia epidural

Preparación: conocer si existen antecedentes personales de alergias medicamentosas, control analítico de la coagulación sanguínea y descartar contraindicaciones. La mujer debe estar en PAP y se instaurará una vía de perfusión IV para hidratación rápida de 1000 ml de Ringer lactato.

Posición y técnica: en decúbito lateral izquierdo o sentada con la máxima hiperlordosis de la columna vertebral. Desinfectar la piel, poner un anestésico local y pinchar para instaurar el catéter. Se administra inicialmente una dosis de prueba y después con la mujer en decúbito supino el resto, suelen llevar una perfusión continua durante todo el trabajo de parto. Esta técnica es realizada por el anestesista.

# Ventajas:

- Alivio importante del dolor.
- Disminuye la ansiedad y la madre está más tranquila.
- No produce depresión neonatal frente a otros tipos de anestesia.
- No suele provocar alteraciones de la dinámica.
- Se puede extender su acción durante horas después del parto.
- Se puede realizar una cesárea administrando más dosis.

#### Inconvenientes:

- Implica un parto medicalizado.
- Mayor incidencia de partos instrumentalizados.
- La mujer tiene que estar todo el tiempo monitorizada (TA, pulso y saturación de O2).
- Suele requerirse el sondaje vesical para vaciar la vejiga.
- Puede provocar pérdida de movilidad de las piernas.
- Pueden aparecer temblores, parestesias, hormigueos, calambres o prurito.
- Disminuye la sensación de pujo y retarda la 2ª etapa del parto, pudiendo incrementar la incidencia de partos instrumentados.
- Si se produce una hipotensión arterial, se reduce el aporte de sangre a la placenta y el suministro de O2 al bebé.
- No todas las epidurales son eficaces.

#### Contraindicaciones:

- Infección local en el punto de punción.
- Alteraciones de la coagulación.
- Falta de colaboración de la mujer.
- Patología materna.

# Complicaciones:

- Inyección intravascular de anestésicos locales.
- Hipotensión arterial, nauseas y vómitos.
- Lumbalgia postpunción.
- Fallo completo por mala colocación del catéter.
- Bloqueo irregular o parcheado.
- Bloqueo epidural extenso con dificultad respiratoria.
- Bloqueo motor intenso por sobredosificación, inyección o migración al espacio intradural.
- Colocación del catéter encima de una raíz nerviosa (más efecto en un lado del cuerpo).
- Cefaleas postpunción dural.
- Hematoma o absceso epidural.

- Aparición de dolor debida a un fallo en la perfusión continua, bien por desconexión o acodamiento del equipo, por migración del catéter o distensión vesical.

Estas situaciones no suelen darse con frecuencia y el control cuidadoso y estricto por parte de los profesionales, permite prevenir y tratar los efectos no deseados.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Alexander J, Levy V, Roch S. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona, 1998.
- Fabre González, editor. Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Zaragoza: Wyeth-Lederle, 1995.
- Kitzinger S. El nuevo gran libro del Embarazo y del parto. Barcelona. Ed Medici, 1998.
- Nilsson L, Hamberger L. Nacer. Barcelona: Salvat, 1990.
- Olds SB, London ML, Ladewwig PA. Enfermería Materno-Infantil. Un concepto Familiar Integral. Madrid: Interamericana-McGraw Hill, 1988.
- Stoppard M. Embarazo y Nacimiento. Madrid: Debate, 1987.

# FICHA 1 (EL PARTO)

#### **NORMALIZA TUS VIVENCIAS**

# **OBJETIVOS**

- Conocer las vivencias de distintas mujeres respecto a su parto.
- Normalizar el parto como una experiencia más en la vida de la pareja.

# **MATERIAL**

- Pizarra, tiza o rotuladores, sillas.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

# **METODOLOGÍA**

- Se invita a las parejas que ya han tenido un hijo/a, a que cuenten las vivencias de su parto.
- La matrona diferencia lo acontecido en cada una de las fases del parto y lo anota en la pizarra.
- Se invita al resto del grupo a que realicen todas las preguntas que deseen al respecto.
- La matrona aclara los términos y situaciones que describen los padres.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Esta actividad podrá realizarse cuando en el grupo haya parejas que ya han sido padres.
- La matrona dinamiza el grupo, fomentando la participación.

# FICHA 2 (EL PARTO) VISUALIZACIÓN

# **OBJETIVOS**

- Capacitar a la mujer para imaginarse como protagonista de su parto.
- Conocer la secuenciación de las fases del parto, a través de la visualización.

# **MATERIAL**

- Colchonetas, almohadas, reproductor musical y cintas con música adecuada, Anexo 1.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

# **METODOLOGÍA**

- Se pide a las mujeres que se tumben en las colchonetas en una posición que les resulte cómoda y se les informa que van a visualizar su parto.
- Se comienza con un ejercicio de relajación y tras él, se realizará una visualización de un parto guiado (Anexo 1).
- Al finalizar la visualización se realizan 5 minutos de comentarios sobre lo experimentado en la sesión.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Dadas las características de esta sesión, la actividad de la misma va dirigida a las mujeres, aunque sus parejas podrán permanecer a su lado y acompañarlas en la relajación.

#### **ANEXO 1 (PARTO)**

# **VISUALIZACIÓN DE UN PARTO**

Cuando la mujer se encuentre relajada, se comienza el ejercicio. El monitor/a adecuará el tono de su voz a la narración, haciendo aumentar la intensidad y la velocidad a medida que se intensifican las contracciones.

#### Comenzamos:

Imagina a tu bebé dentro de tu abdomen, está flotando en las aguas mecido por tu respiración y acompañado por el latir de tu corazón.

De la misma forma que tu cuerpo sabe como nutrir, proteger y ayudar a desarrollarse al bebé, conoce cómo dar a luz. Confía en él.

Ahora imagina ese día especial en que por fin conocerás a tu bebé, en que podrás verlo y abrazarlo. Es la meta tanto tiempo esperada. Habla con tu bebé y dile que no se preocupe, que estáis juntos en ésta aventura y que juntos lo vais a conseguir.

Notas una contracción y la reconoces, ya que últimamente has notado esa rigidez en la zona del bajo vientre. Al sentir que ahora es más intensa comienzas a respirar acompañándola, para después continuar con tus actividades cotidianas.

Al llegar las siguientes contracciones, permites que crezca la sensación viviendo su dureza, y fuerza, como un signo que te confirma que muy pronto llegarás a la meta deseada y tendrás el encuentro piel con piel con tu bebé.

Va aumentando la intensidad y duración de las contracciones y respiras acompasadamente. No te opongas a ellas, acompáñalas imaginando cómo el cuello de tu útero se abre y percibes los esfuerzos que tu bebé está realizando para llegar a tu encuentro.

Los intervalos entre contracciones se hacen más cortos sin darte mucho tiempo para recuperarte y respiras con fuerza, acompasadamente con la contracción, ya falta poco.

En la siguiente contracción sientes deseos de defecar, pero en realidad es tu bebé que empuja para salir. En esta contracción fuerte y potente diriges tu energía hacia abajo y hacia fuera, ayudando con tu esfuerzo al impulso natural del útero y dándole un mensaje de ánimo a tu bebé.

Sientes como tu bebé poco a poco está saliendo de tu vientre y alargas tus manos para tocarle. El bebé ya reposa en tu pecho. Al contemplar los ojos de tu niño o niña por primera vez, piensas con emoción en todas las cosas que a partir de éste momento podréis compartir juntos. Abrázale y háblale de todo tu amor por él/ella.

# FICHA 3 (EL PARTO)

#### TORMENTA DE IDEAS EN TORNO AL PARTO

#### **OBJETIVOS**

- Identificar ideas erróneas en torno al parto.
- Eliminar miedos relacionados con el proceso del parto.

#### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza o rotuladores, sillas.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se pide al grupo que se sienten en círculo.
- Se invita a los asistentes a que, por turno, expresen la primera idea que se les ocurra, en relación a inseguridades, dudas o miedos en torno al parto.
- Se van anotando en la pizarra, todas las ideas que vayan surgiendo en dos o tres vueltas de turnos de palabra, hasta que se agoten las ideas.
- Se agrupan las ideas anotadas por similitud.
- Se realizan aclaraciones con respecto a las dudas expresadas.
- Se desmitifican ideas que tradicionalmente se han transmitido en nuestra sociedad y que son causa de ansiedad para afrontar el parto.

#### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Confeccionar un listado con los mitos e ideas erróneas más frecuentes en nuestro medio, en torno al parto.

ya somos tres, o cuatro...: el puerperio

M<sup>a</sup> Asunción Obio Amparo Albiñana

# Puerpuerperio



## **JUSTIFICACIÓN**

El puerperio es la etapa que comienza inmediatamente tras el parto, en ella la mujer va a experimentar importantes cambios físicos y psicológicos, que pueden repercutir tanto en su salud como en la relación con su pareja, de ahí la importancia de conocerlos y no minimizarlos.

Tradicionalmente, el mandato social de "buena madre", conllevaba que la mujer se situara en un segundo lugar y pospusiera sus necesidades a las del bebé. Esta creencia ha llevado a menudo a la mujer a sentimientos de malestar ante la responsabilidad y las expectativas que se depositaban en ella.

La nueva situación familiar que aparece con el puerperio, va a implicar un reajuste en su organización para alcanzar un nuevo equilibrio, en el que el padre asuma protagonismo como cuidador y responsable de la crianza compartida.

#### **OBJETIVOS**

- Informar de los cambios físicos, psicológicos y familiares que van a acontecer en la etapa del puerperio.
- Conocer los cuidados que se requieren específicamente en esta etapa.
- Resaltar la importancia de que ambos miembros de la pareja, compartan la responsabilidad de la nueva situación familiar.

#### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

Los cambios físicos y psicológicos.

#### 1. CAMBIOS FÍSICOS EN LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

#### Puerperio inmediato

Se denomina puerperio inmediato a las 24 horas transcurridas postparto y su importancia viene determinada por el reajuste del organismo después del parto. Tras el alumbramiento se produce una contracción brusca del útero que evita la hemorragia, palpándose el útero como una masa de consistencia dura y móvil dos traveses de dedo por debajo del ombligo. En este momento es importante la vigilancia de los siguientes aspectos:

- Aunque en las primeras 24 horas la temperatura puede aumentar a 37-37,5 °C, lo normal es que se mantenga alrededor de los 36,5 °C. La existencia de ligera febrícula los dos primeros días, puede ser debida a la absorción de detritus y pequeños coágulos, si se produce una elevación significativa, mantenida o progresiva, debe considerarse como signo de infección.
- La frecuencia cardíaca tiende a disminuir, siendo normal entre 60-70 latidos/minuto, y las cifras de tensión arterial deben mantenerse dentro de los intervalos de normalidad. La taquicardia, sobre todo asociada a hipotensión, debe alertar sobre un proceso hemorrágico y en las mujeres normotensas puede alertar sobre procesos infecciosos incipientes. Las elevaciones de tensión arterial son siempre anómalas, debiéndose corregir, ya que su persistencia en las primeras 48 horas puede desembocar en eclampsia.
- Es importante favorecer el inicio precoz de la lactancia materna, tanto si el parto ha sido por vía vaginal como si ha sido cesárea. Si las condiciones lo permiten debe iniciarse dentro de la primera hora, lo más pronto posible tras el parto, en el llamado período sensitivo inicial en el que el bebé está más alerta, ya que después suele pasar a un estado de aletargamiento. Este comportamiento, facilitará la expulsión de la placenta, disminuyendo la hemorragia y acelerarando la involución uterina. Además el contacto físico precoz entre madre e hijo/a facilita el establecimiento del vínculo afectivo y contribuye a lactancias de mayor duración en el tiempo.
- La diuresis espontanea debe producirse antes de las seis horas postparto, a fin de prevenir una sobredistensión vesical. Cuando se ha utilizado anestesia general permanecerá el sondaje vesical las primeras horas y en los casos de anestesia epidural a menudo se precisará su realización. En estos casos existe riesgo añadido de que aparezca cistitis e infecciones del tracto urinario por la manipulación del periné y los sondajes. Es importante, la valoración de la disuria y/o febrícula, así como recomendar la ingesta abundante de líquidos.
- Los entuertos son contracciones que favorecen la involución uterina y evitan las hemorragias postparto y que en ocasiones pueden resultar dolorosas. Estos se ven favorecidos con la movilidad y la lactancia materna, suelen desaparecer alrededor del séptimo día y mejoran con el reposo y la administración de analgesia.
- Si el parto ha sido vaginal se recomienda la deambulación precoz y el inicio temprano de ejercicios circulatorios para prevenir accidentes tromboembólicos. En las primeras 24 horas es conveniente levantarse despacio para evitar el síndrome decúbito hipotensivo e ir acompañada en los desplazamientos.

En el caso de que la vía del parto sea cesárea, las características propias de una intervención quirúrgica condicionarán la recuperación de la madre, así como la movilidad, ya que se mantiene el aporte de líquidos en perfusión venosa y la sonda vesical durante 24 horas.

Cuando se haya administrado anestesia epidural, la mujer no deberá levantarse hasta pasado el efecto de la anestesia y haber recuperado la movilidad y sensibilidad en las piernas.

- En el caso de que la madre opte por la lactancia artificial, puede ser necesaria la administración de tratamiento inhibidor de la secreción láctea. Si es así, se debe evitar la succión del bebé y utilizar un sujetador ajustado.



# Puerperio precoz

Se denomina "puerperio precoz" al periodo transcurrido desde el 2º al 10º día postparto. En esta etapa prosigue el reajuste corporal siendo necesario vigilar los siguientes aspectos:

- El control de la involución uterina, se realiza por medio de la palpación del fondo de útero y se expresa en referencia a la posición umbilical en término de traveses de dedo, por encima o debajo del mismo. A las 24 horas postparto se encuentra a la altura del ombligo, descendiendo a razón de un través de dedo al día, recuperando su posición intrapélvica sobre el 10º día postparto.
- Valorar la hemorragia vaginal o "loquios" que hasta el tercer día suelen ser de aspecto sanguinolento, generalmente más abundantes que una regla. La existencia de un olor fétido debe alertar sobre procesos subinvolutivos o infecciosos. Entre el tercer y cuarto día los loquios se tornan sonrosados y son similares en cantidad a una regla, a partir del sexto día suelen ser más blanquecinos, desapareciendo generalmente alrededor de la primera quincena. Sin embargo, estas pérdidas varían de unas mujeres a otras, persistiendo a veces un spotting hasta incluso seis semanas, de ahí surgió el término "cuarentena".
- El estreñimiento está frecuentemente asociado al reacoplamiento de las vísceras abdominales, al dolor perineal, a los procesos hemorroidales favorecidos por los pujos y al temor por la afectación de la episiorrafia si la hay. El tratamiento de los procesos hemorroidales se realizará aplicando frío local sobre el periné, en forma de hielo envuelto en una compresa, teniendo una higiene esmerada tras las deposiciones y con tratamiento antinflamatorio si se precisa. Debe recomendarse el aumento del consumo de fibra en la dieta y una hidratación adecuada.
- La deambulación frecuente sigue siendo importante en esta etapa.
- Las curas de la episiorrafia serán diarias hasta la cicatrización. Se aconseja siempre un lavado previo con jabón en dirección vulvo-anal y desde la zona central hacia los laterales, secando bien la herida y administrando en la misma dirección un antiséptico adecuado: preferentemente clorhexidina, evitando la povidona yodada en caso de estar con lactancia materna. Durante las curas se observarán los posibles signos inflamatorios, dehiscencias o la aparición de secreciones anormales fétidas. Como cualquier herida, para su correcta cicatrización debe permanecer limpia y seca, por ello es recomendable el cambio frecuente de compresa.
- La sutura de la cesárea se retira generalmente en el Centro de Atención Primaria de referencia, durante la visita puerperal. En caso de parto vaginal con episiorrafia, la sutura es reabsorbible, pero si hay reacción a la misma, suele mejorar la cicatrización con la retirada del hilo, por ello es conveniente la revisión puerperal por la matrona en la primera semana de postparto.

- Se recomienda la ducha diaria evitando los baños de inmersión.

# Signos de alarma en este periodo:

- Aparición de fiebre (más de 38°C).
- Aparición de dolor que no cede con reposo y analgesia.
- Hemorragia vaginal profusa.
- Presencia anormal de grandes coágulos o membranas.
- Olor fétido de los loquios.

# Puerperio tardío

Se denomina "puerperio tardío" al periodo comprendido entre los días 10° y 40° postparto durante este periodo:

- Se produce una disminución paulatina del sangrado y en la primera quincena la involución intrapélvica uterina. A veces en la tercera semana de postparto se produce una pequeña pérdida hemática por la eliminación de restos deciduales.
- Con la cicatrización de la episiorrafia, generalmente se produce un queloide y esta zona permanece endurecida y más sensible durante los primeros meses del postparto. Las curas con antiséptico cesarán una vez se haya cicatrizado la zona del periné.
- Se puede producir una afectación del patrón del sueño por los cuidados especiales que requiere el bebé, por lo que es importante que la madre descanse durante el día a la vez que el bebé, compartiendo sus ritmos circadianos, evitando así la acumulación de cansancio.
- Hay que evitar el coito durante varias semanas después del parto, siendo la recuperación de la mujer la que marca el momento adecuado para reiniciarlo.
- No es recomendable el uso de fajas postparto ya que favorecen el estreñimiento y la aparición de hemorroides, produce atrofia de los músculos rectos del abdomen y en general retrasa la recuperación abdominal. También se desaconseja el uso de estimuladores eléctricos en la zona abdominal.
- Es aconsejable comenzar la recuperación física con los ejercicios recomendados para este periodo, que ayudaran a prevenir el prolapso uterino y la incontinencia urinaria.
- En este momento hay que destacar la importancia de fomentar la comunicación y la ternura entre los padres, ya que a menudo el cansancio y la modificación del núcleo familiar entre otros factores, pueden favorecer el deterioro de las relaciones entre la pareja.

- Se aconseja un control ginecológico puerperal entre el primer y tercer mes postparto. En él, se efectuará una exploración y la citología cérvico-vaginal postparto, un control de las mamas y una analítica para valorar el estado de salud general.

# 2. ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

A lo largo del embarazo la mujer convive con una idea imaginaria de su bebé, es en el puerperio, cuando la madre tiene contacto con el hijo/a real y necesita un tiempo para poder reconocerlo y asumir la diferencia con ese niño/a imaginado. Este tiempo necesario es variable de una mujer a otra, pero es indispensable.

El puerperio es un momento en el que la mujer no se encuentra en su mejor estado físico, debido al esfuerzo del parto, las molestias de los puntos de sutura, la posible anemia, los cambios hormonales y la falta de un sueño continuo reparador, pudiendo sentirse a menudo superada por los acontecimientos. Esto puede manifestarse con llanto, irritabilidad, ansiedad, etc. que puede llevar si no hay respuesta a sus demandas a la depresión.

La depresión puerperal, se encuentra relacionada con el esfuerzo que supone para la madre, el realizar el trabajo de atención al bebé, los propios de ama de casa y la atención a los familiares y amigos que acuden a visitarlos. Para prevenir la sobrecarga que la mujer puede experimentar y darse un tiempo de adaptación al nuevo núcleo familiar, éste sería el



momento idóneo para que el padre tuviera sus vacaciones laborales anuales, y así disponer de más tiempo para compartir y organizar los requerimientos de este momento.

Por otro lado, la presión social hacia la madre le induce a dejar de lado sus propias necesidades, para volcarse junto al resto de la familia en las del bebé. El mandato social de "buena madre" puede ser vivido como el comienzo de una serie de renuncias personales, esto le puede producir sentimientos ambivalentes sobre su propio futuro y a la vez ser causa de angustia e inestabilidad emocional.

La prevención de una posible melancolía postparto pasa por el hecho de que ambos padres tengan el deseo de comprometerse en una crianza compartida, que supone responsabilidades, pero también conlleva disfrutar juntos de ver crecer y madurar a una persona, gracias al apoyo que se le ha dado.

#### 3. DERECHOS ANTE LA MATERNIDAD/PATERNIDAD

La legislación española regula derechos laborales ante la maternidad/paternidad, entre otras, en las siguientes normas:

#### Prevención de riesgos laborales

LEY 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. JEFATURA DEL ESTADO (BOE nº 269 de 10/11/1995).

LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. JEFATURA DEL ESTADO (BOE nº 266 de 6/11/1999).

REAL DECRETO 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (BOE nº 276 de 17/11/2001)...

Tiene como objetivo evitar la exposición de la embarazada a factores de riesgo para su salud y/o la del feto. Regula la adaptación de las condiciones de trabajo, el cambio de puesto o la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo. Reconoce el subsidio por riesgo durante el embarazo del 75% de la base reguladora. Se tramita a petición de la interesada.

# Derecho a la asistencia sanitaria para extranjeras

DECRETO 26/2000 de 22 de febrero del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y que crea la Tarjeta Solidaria. GOBIERNO VALENCIANO (DOGV nº 3697 de 28/2/2000).

"Las extranjeras embarazadas que se encuentren en la Comunidad Valenciana, tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y puerperio".

# Permisos por maternidad/paternidad

REAL DECRETO legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 75 de 29/03/1995).

DECRETO 34/1999, de 9 de marzo, del Gobierno Valenciano, por el que se regulan las condiciones de trabajo del personal al servicio de la administración del Gobierno Valenciano (DOGV nº 3477 de 20/04/1999).

LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. JEFATURA DEL ESTADO (BOE nº 266 de 6/11/1999).

REAL DECRETO 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (BOE nº 276 de 17/11/2001).

LEY 33/2002, de 5 de julio, de modificación del artículo 28 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 161 de 6/7/2002)...

Establece el derecho a ausentarse del trabajo para los exámenes prenatales y la preparación al parto (remunerado) si se justifica la necesidad de asistir durante la jornada laboral.

Reconoce el subsidio por maternidad equivalente al 100% de la base reguladora, durante un descanso de 16 semanas en caso de parto simple, ampliable a 2 semanas por hijo en caso de parto múltiple. Se disfrutará de forma ininterrumpida distribuido a opción de la interesada, siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto.

En caso de que el padre y la madre trabajen al iniciarse el período de descanso por maternidad, ella podrá optar por transferir al padre una parte determinada e ininterrumpida del período de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre. Existe garantía del puesto de trabajo.

Se reconocen subsidios en caso de adopción y acogimientos preadoptivos y permanentes.

Se establece permiso retribuido para el padre de 2 días por nacimiento o adopción de hijo/a, si hay desplazamiento será de 4 días.

El personal al servicio de la administración del Gobierno Valenciano y sus organismos autónomos, a excepción de instituciones sanitarias, personal docente y personal de los cuerpos de la administración de justicia, el padre tendrá permiso de 3 días hábiles por paternidad, que será de 5 días si hay desplazamiento superior a 100 Km.

#### Permiso de lactancia

DECRETO 34/1999, de 9 de marzo, del Gobierno Valenciano, por el que se regulan las condiciones de trabajo del personal al servicio de la administración del Gobierno Valenciano (DOGV nº 3477 de 20/04/1999).

LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. JEFATURA DEL ESTADO (BOE nº 266 de 6/11/1999).

LEY 33/2002, de 5 de julio, de modificación del artículo 28 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 161 de 6/7/2002)...

Reconoce el derecho a ausentarse del trabajo para la lactancia de los hijos menores de nueve meses. Las ausencias del trabajo pueden ser de una hora durante la jornada, que bien puede fraccionarse en dos medias horas durante la misma, o bien puede sustituirse este derecho, a voluntad de la mujer, por una reducción de la jornada en media hora, con la misma finalidad. La concreción horaria y la determinación del período de disfrute del permiso de lactancia y de la reducción de jornada, corresponderá al trabajador/a, quien deberá preavisar al empresario con quince días de antelación respecto a la fecha en que se reincorporará a su jornada ordinaria.

La mujer que lacta tiene la misma protección legal que durante el embarazo ante los riesgos derivados de su puesto de trabajo, a excepción del derecho a la suspensión de contrato.

El personal al servicio de la administración del Gobierno Valenciano y sus organismos autónomos, a excepción de instituciones sanitarias, personal docente y personal de los cuerpos de la administración de justicia, tendrán el permiso por lactancia en los menores de 12 meses.

El permiso de lactancia es un derecho de la madre trabajadora, aunque puede disfrutarse indistintamente por la madre o por el padre si ambos trabajan.

Este permiso puede ser disfrutado, tanto en los casos de hijos biológicos como adoptados y en el caso de parto múltiple la jurisprudencia interpreta que este derecho se multiplica.

#### Excedencia por cuidado de hijos/as

REAL DECRETO legislativo 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE nº 154 de 29/06/1994).

REAL DECRETO legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 75 de 29/03/1995).

DECRETO 34/1999, de 9 de marzo, del Gobierno Valenciano, por el que se regulan las condiciones de trabajo del personal al servicio de la administración del Gobierno Valenciano (DOGV nº 3477 de 20/04/1999).

LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. JEFATURA DEL ESTADO (BOE nº 266 de 6/11/1999)...

Reconoce el derecho a un período de excedencia por cuidado de cada hijo/a con edad no superior a tres años a contar desde el nacimiento. La excedencia puede solicitarse en cualquier momento durante el período máximo de los tres años a partir de la fecha del nacimiento, o en caso de adopción desde la fecha de la resolución judicial o administrativa.

Se garantiza la reserva del mismo puesto de trabajo durante el primer año de excedencia y la reserva de un puesto del mismo grupo profesional o categoría equivalente para el período restante de la excedencia.

Se trata de un derecho que pueden ejercitar indistintamente el padre o la madre, biológicos o adoptivos, pero cuando ambos trabajen sólo puede tenerlo uno de ellos.

Todo el período de excedencia para el cuidado de hijos, es computable a efectos de antigüedad.

#### Reducción de la jornada por motivos familiares

REAL DECRETO legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE nº 75 de 29/03/1995).

LEY 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. JEFATURA DEL ESTADO (BOE nº 266 de 6/11/1999)...

Derecho a reducir la jornada de trabajo entre un tercio y la mitad de la duración de la misma, con disminución proporcional del salario, cuando por razón de guarda legal tenga a su cuidado directo un menor de seis años. Se trata de un derecho que pueden ejercitar indistintamente el padre o la madre, biológicos o adoptivos.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Carrera Macia JM. Protocolo de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus. 3ª edición. Barcelona: Masson, 1996.
- Fabre Gonzalez. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: Fabre González, 1995.
- Gallo Vallejo E, González Batres G. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Ciudad: Fabre González, 1996.
- González Merlo J, Del Sol JR. Obstetricia. Barcelona: Salvat, 1998.
- González NL, González de Agüero C, González Bates C y al. Manual de asistencia al parto y puerperio patológico. Zaragoza: Fabre Gonzalez, 1999.
- Guerra JH, Lizárraga S, Navarro AL. Puerperio normal y patológico. En: Protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia de la SEGO. Tomo 1, protocolo 4. Madrid: Comunicación y servicio, 1994.
- Lombardia J, López de Castro F. Problemas de salud en el embarazo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo. Madrid: Ergon, 2000.
- Álvarez González D, Álvarez de Sotomayor León M, y al. Sociedad Española de Contracepción. Manual de anticoncepción hormonal oral. Cap 11. Zaragoza: Ed. Carlos Buil Rada, 1997.
- Monleón J, Grifol R. Unidad de preparación al parto. Hospital Universitario La Fe. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. Valencia: Consejo Valenciano de Enfermería. CECOVA, 1995.
- Vidart Aragón JA, Jimeno Gracia JM. Pregrado. Obstetricia y Ginecología. Tomo 1. Madrid: Luzán, 1988.

#### **FICHA 1 (PUERPERIO)**

#### **NEGOCIEMOS LAS TAREAS**

#### **OBJETIVOS**

- Identificar las nuevas tareas que aparecerán con la llegada de un bebé.
- Proponer que se negocie el reparto de tareas y responsabilidades antes del nacimiento del hijo/a.

#### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza o rotuladores, sillas, papel y bolígrafo, Anexo 1.

#### **TIEMPO**

+/- 25 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se forman grupos de 4-5 personas del mismo sexo, de entre los que se elige un portavoz.
- La monitora formula la pregunta nº 1 del Anexo 1.
- Se dan 5 minutos para el debate dentro del grupo y llegar a un acuerdo.
- Se sigue el mismo método con el resto de preguntas del Anexo 1.
- Se pide a los portavoces que expongan sus conclusiones y se van anotando en la pizarra.
- Se debate sobre las conclusiones que se han expuesto.

#### La monitora deberá incidir en:

- Tras el nacimiento de un hijo/a, aparecen nuevas tareas en la familia que no hay que dejar a la improvisación.
- Es importante para la convivencia, realizar un reparto de tareas justo y no en función del sexo.
- La negociación como forma de prevenir conflictos y desavenencias entre la pareja.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Fomentar que la sesión sea rica en debate pero evitar que no se convierta en una guerra de intereses por sexo.
- Proponer la negociación como herramienta para la resolución de conflictos.

# **ANEXO 1 (PUERPERIO)**

- Hacer un listado con las tareas que pensáis que habrá que realizar cuando llegue vuestro hijo/a.
- ¿Cuáles de estas tareas estás dispuesto/a a asumir?
- ¿Crees que es un reparto justo?
- ¿Se te ocurre alguna propuesta para mejorar el reparto de las cargas familiares?

# FICHA 2 (PUERPERIO)

#### **CONTANDO UNA EXPERIENCIA**

#### **OBJETIVOS**

- Escuchar y analizar cómo se vivió una experiencia real del puerperio.
- Elaborar respuestas personales anticipándose a la nueva situación.

#### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza o rotuladores, sillas y Anexo 2.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se solicita la colaboración de alguna pareja que ya haya pasado por el puerperio, para que relate como fue su experiencia.
- La monitora realiza preguntas concretas referidas a este período (Anexo 2).
- El resto del grupo pregunta y opina.

#### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Procurar que se traten todos los aspectos a destacar en este periodo.
- Evitar que se hagan juicios de valor.

# **ANEXO 2 (PUERPERIO)**

- ¿Te costó mucho establecer un vínculo con tu hijo/a?
- Tras el nacimiento de tu hijo/a, ¿te sentiste sola?
- ¿Se cumplieron tus expectativas respecto a tu pareja como padre/madre, compañero/compañera...?
- ¿Cuánto aumentaron tus tareas en la casa?
- ¿Tuviste algún tipo de apoyo y ayuda en estos primeros momentos?
- ¿Te agobiaron las visitas familiares?
- ¿Cómo viviste tu responsabilidad sobre la salud y desarrollo del bebé?

#### **FICHA 3 (PUERPERIO)**

#### LOS REGALOS DE LA VIDA

#### **OBJETIVOS**

- Reflexionar sobre las ganancias y pérdidas personales que implica la crianza en nuestra sociedad.
- Analizar qué cambios concretos se producen en los distintos ámbitos: personal, familiar, social, laboral...

#### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza o rotuladores, sillas.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se pide en una lluvia de ideas que cada asistente diga el primer pensamiento que se le ocurra como ganancia, consecuencia de la crianza.
- Se anotan en la pizarra agrupadas por similitud.
- Se pide en una lluvia de ideas que cada asistente diga el primer pensamiento que se le ocurra como pérdida, consecuencia de la crianza.
- Se anotan en la pizarra agrupadas por similitud.
- Una vez enumeradas las ganancias y las pérdidas que valora el grupo, debatir sobre cuales de ellas son inamovibles y cuales susceptibles de modificar con actitudes personales, etc., basándonos en los cambios sociales que permiten flexibilizar conductas y desmitificar la crianza como función asignada fundamentalmente a la madre.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

Se pueden entre otros muchos, resaltar los siguientes aspectos:

- Aspectos poco modificables: menor disponibilidad del tiempo propio, mayor trabajo y responsabilidad...
- Aspectos fácilmente modificables: compartir la crianza, flexibilizar funciones...

# la lactancia materna, lo natural

Rosario Rozada Amparo Fraile Inmaculada Romero Isabel Bertomeu Salomé Laredo la lactancia

#### **JUSTIFICACIÓN**

La lactancia materna supone una elección llena de posibilidades tanto para la madre como para el bebé, porque al mantener un contacto íntimo y continuado, se propicia establecer un vínculo afectivo profundo y de calidad.

La lactancia materna proporciona protección, cercanía, la alimentación más completa y adecuada para el desarrollo del bebé, así como contribuye a capacitarle afectiva y socialmente para una mejor relación con el entorno.

Amamantar, es una experiencia positiva y placentera cuando se trata de una elección deseada, que además puede ser gratificante si recibe el apoyo tanto familiar como social.

Desde la OMS se han tenido en cuenta todos estos aspectos a la hora de formular sus objetivos para el año 2005, concretándose éstos en conseguir que el 50% de las madres amamanten a sus hijos al menos durante 6 meses.

La lactancia materna es la mejor manera de alimentar al recién nacido, por ser:

- La única natural.
- La más económica.
- La prevista por la naturaleza.
- La que tiene mejor presentación.
- La que está siempre a punto.
- La que confiere protección inmunológica al bebé contra virus y bacterias del entorno.
- La que tiene una composición ideal.

#### **OBJETIVOS**

- Capacitar a las madres para que puedan hacer una elección informada sobre cómo alimentar a sus hijos.
- Promover el inicio temprano de la lactancia natural.
- Promocionar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida.
- Fomentar la formación de talleres y grupos de apoyo para la promoción y mantenimiento de la lactancia materna.

#### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

#### 1. VENTAJAS Y BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche humana es especie específica, por lo tanto, todos los alimentos usados para sustituirla son inferiores en calidad y ventajas. Se adapta a las necesidades del recién nacido, siendo diferente su composición según lo requiera el bebé, y por su aportación inmunológica, contribuye a disminuir la incidencia y/o la gravedad de enfermedades infecciosas como las diarreas, infecciones respiratorias, infecciones de orina y otitis media. Protege también de las enfermedades alérgicas y otras enfermedades digestivas crónicas.

Las ventajas para la madre que amamanta también son varias, ya que el inicio precoz de la lactancia acelera la involución uterina, disminuye la hemorragia postparto y favorece la recuperación de su peso. Dar de mamar contribuye a remodelar la figura porque moviliza grasa de depósito. La duración de la lactancia se relaciona también con la reducción del riesgo de padecer cáncer de mama.

La Educación para la maternidad/paternidad, supone un espacio óptimo para transmitir a la mujer y a su pareja una información amplia de los distintos aspectos relacionados con la lactancia materna. La aceptación de la lactancia dependerá en gran medida de la información que la mujer tenga sobre sus ventajas.

El profesional sanitario es uno de los principales referentes en la promoción de la lactancia natural, ya que dispone del marco adecuado para proporcionar una información concreta, accesible y actualizada, dosificada en el tiempo y coherente. Los mensajes que den los distintos profesionales sanitarios deben ser los mismo, con el fin de no generar contradicciones.

A dar de mamar se aprende.

#### 2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

La mama es uno de los órganos diana endocrinos más complejos del cuerpo. Se prepara durante la gestación y responde a la liberación de prolactina produciendo los componentes de la leche.

El tamaño de la mama es muy variable y la capacidad de amamantar no depende de ello. Al final del embarazo cada mama habrá aumentado de 200 a 400 gramos.

#### Lactogénesis

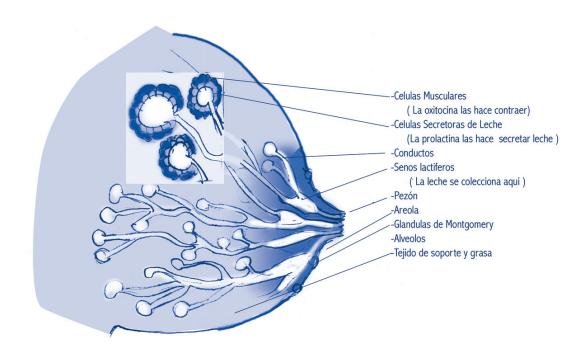
La lactogénesis es el proceso por el cual se inicia la producción láctea en la mama. Ésta comienza aproximadamente 12 semanas antes del parto y continua durante todo el periodo de amamantamiento.

La producción láctea se encuentra regulada a nivel central por las hormonas hipofisarias prolactina y oxcitocina, y a nivel periférico por una proteína segregada por las células secretoras mamarias denominada FIL (Factor Inhibidor de la Lactación).

La desaparición de las hormonas sexuales placentarias, junto a la succión del bebé, produce una depresión del PIF (Factor Inhibidor de la Prolactina), una estimulación del factor o factores liberadores de prolactina, o ambos efectos a la vez.

El inicio y mantenimiento de la producción láctea depende principalmente de dos hormonas, una proteína y la succión:

- **Prolactina**: se origina en la hipófisis anterior y estimula la producción láctea a nivel del alvéolo en la glándula mamaria. Su efecto lactogénico está modulado por la compleja interacción de hormonas hipofisarias, ováricas, tiroideas, suprarrenales y pancreáticas.
- Oxitocina: se produce en la hipófisis posterior, causa la contracción de las células mioepiteliales permitiendo que la leche producida y almacenada pueda salir.
- El FIL actúa inhibiendo la síntesis de la leche a nivel celular. A medida que la leche es drenada, la concentración del FIL disminuye y por tanto permite de nuevo la producción de leche. La presencia del FIL explica el por qué si un niño no succiona de un seno, éste deja de producir leche.



#### Galactopoyesis

Es el mantenimiento de la secreción láctea. Cuando el bebé succiona estimula las terminaciones nerviosas de los pezones, las cuales envían señales a la hipófisis para que continúe produciendo prolactina. La succión es el estímulo fisiológico más potente para la secreción de prolactina y oxitocina, que determinan la contracción de las células mioepiteliales que exprimen la leche hacia los conductos galactóforos.

Una vez establecida la lactancia, su continuación depende del drenaje eficaz de los alvéolos, por ello si se dejan los pechos demasiado llenos, se puede dificultar la succión, siendo el vaciado el "sine qua non" de lactar con éxito. En éste sentido una buena postura del bebé es vital para el vaciado completo.

#### Composición de la leche materna

- Calostro: es la leche que produce la mama al principio de la lactancia, de aspecto espeso y amarillento. Su valor energético es mayor que el de la leche madura. Su volumen varía entre 2 y 20 ml por toma en las primeras 24 horas y forman parte de su composición: sodio, potasio, cloro, proteínas, vitaminas y minerales, en cantidades superiores a la leche madura. Es muy rico en inmunoglobulinas, especialmente la IgA secretora, facilita el establecimiento de la flora bífida en el tracto digestivo y la expulsión del meconio, es rico en anticuerpos, y su escasez en grasas están en consonancia con las necesidades y reservas del recién nacido.
- Leche de transición: es la producida hasta aproximadamente la segunda semana post-parto. Su concentración de inmunoglobulinas y proteínas disminuye respecto al calostro, aumentando las grasas, la lactosa y las calorías totales.
- Leche madura: cuando la lactancia ya está establecida, hablamos de una leche que en su composición tiene agua en un 88% y proteínas en un 8%. También contiene grasas poliinsaturadas, monoinsaturadas y saturadas que tienen un importante papel como fuente energética y para el desarrollo del sistema nervioso. Además, está compuesta por minerales (sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, magnesio), vitaminas liposolubles (A, B-caroteno, D, E) y todas las vitaminas hidrosolubles. Dado su escaso contenido de hierro y de vitamina K, es necesario suplementar la dieta del lactante con aportes con hierro oral y administrar vitamina K intramuscular en la propia maternidad.



#### 3. ACOPLAMIENTO Y PUESTA EN MARCHA DE LA LACTANCIA MATERNA

# Puesta al pecho precoz

Si las condiciones lo permiten, la lactancia materna debe iniciarse lo más pronto posible tras el parto, preferentemente dentro de la primera hora, en el llamado periodo sensitivo inicial, ya que en este período el bebé está más alerta, estando después aletargado.

El contacto físico precoz entre madre e hijo/a, es importante para el establecimiento del vínculo afectivo y la succión precoz, contribuyendo a lactancias de mayor duración en el tiempo. Además, facilita a la madre la expulsión de la placenta, disminuye la hemorragia y acelera la involución uterina.

#### Duración y frecuencia de las tomas

El pecho no tiene horario, se debe alimentar al bebé a demanda, sin establecer un horario entre las tomas. Poco a poco será el bebé el que marque el ritmo y el intervalo de las tetadas (en los primeros días suelen ser entre 8 y 12 al día), por lo tanto no deben establecerse restricciones horarias, ya que se ha demostrado que tienen un efecto negativo en cuanto al éxito de la lactancia.

Al comienzo de la toma, el bebé absorbe una leche inicial baja en calorías y es al final de la misma cuando esta leche es más rica en grasas y más nutritiva, de ahí la importancia de mantener el niño/a al pecho hasta que lo haya vaciado. Hay que respetar los diferentes ritmos de los bebés, ya que algunos mamaran con gran avidez y otros necesitarán más tiempo. Una vez vaciado el primer pecho, se le puede ofrecer el otro por si desea seguir mamando.



Los neonatos se alimentan mucho mejor cuando se respetan sus propios ciclos de sueño y vigilia. Sólo es necesario despertarlos durante las primeras semanas si maman menos de 8 veces al día.

Por último recordar que el pecho tiene también una función de consuelo, dar el pecho para dormirle o calmarle es completamente normal.

#### Postura

La postura adecuada es uno de los factores determinantes para el éxito de la lactancia, ya que facilita el adecuado vaciamiento de la mama, lo que aumentará la producción de leche y evitará la aparición de las grietas del pezón, consiguiendo además la satisfacción del bebé.

La nariz del bebé estará a nivel del pezón, de manera que la boca le quede más abajo. El pezón debe orientarse hacia la parte superior de la cavidad bucal.

El bebé tendrá la boca abierta, el labio inferior alejado de la base del pezón y doblado hacia fuera abarcando con su bocado gran parte de la areola inferior. Hay que acercar la barriga del bebé a la de la madre lo más posible.

Al principio, es probable que la madre esté más cómoda para lactar en la cama, acostada de lado con la cabeza apoyada en la almohada. También puede hacerlo sentada, con la espalda recta apoyada bien en el respaldo y los pies elevados sobre un taburete, o con una almohada en el regazo para elevar al bebé.

La postura que adopte la madre dependerá de sus preferencias y de las circunstancias en las que se alimenta al niño/a, pero en cualquier caso el pecho debe estar péndulo.

#### 4. PROBLEMAS EN LA LACTANCIA

#### Problemas de las mamas

- Pezones planos o invertidos: no son inconveniente para dar lactancia natural, ya que el bebé no se coge sólo al pezón, sino a toda la areola. En el momento de la toma se estimularán los pezones con los dedos, con el sacaleches o con el dedal formador. Normalmente basta con hacerlo unos días. Los ejercicios de preparación de los pezones durante el embarazo son ineficaces.

Si en un primer momento el bebé no fuera capaz de coger el pecho, se inicia la lactancia con sacaleches, mientras se van realizando nuevos intentos.

Cuando el problema es de un solo pecho y el bebé no consigue succionar de él, puede continuarse la lactancia exclusivamente con el otro pecho.

- Grietas: su causa más común es la mala posición del bebé. Además, para evitar su aparición, es conveniente no lavar los pezones en cada toma y no utilizar protectores impermeables, ni pezoneras, porque la humedad las favorece. Es mejor secar los pezones al aire y no limpiar la leche que queda tras la toma. Es conveniente exprimir algo de leche con la mano antes de cada toma para ablandar la areola.

Si han aparecido grietas, podemos recomendar comenzar la toma por el pecho menos afectado y si fuera necesario, tomar una dosis de Paracetamol 30 minutos antes de cada toma. En cualquier caso, siempre hay que revisar si la postura es la adecuada.

Si se sospecha sobreinfección, habrá que derivar para establecer tratamiento.

- Ingurgitación: las molestias en las mamas entre los dos a cuatro primeros días, se deben a una congestión vascular y linfática, y no a un exceso de leche. Se aconseja aplicar compresas frías o hielo entre las tomas sobre la zona, y utilizar una sujeción adecuada. Sin embargo, para facilitar el vaciado de la mama, se dará un masaje antes de cada toma, aplicando calor local para favorecer el reflejo de eyección.

La ingurgitación se ve favorecida por una mala postura del bebé, horario rígido de tomas o una limitación en la duración de las mismas, que impiden el vaciado.

Si al finalizar la toma, la mama no está blanda, hay que completar el vaciado a mano o con sacaleches. El problema se suele solucionar en unos días.

- Obstrucción canicular: se debe a la inflamación local de un canículo y suele ser unilateral y afebril. Las causas pueden obedecer a la mala postura del bebé, una compresión local del sujetador o la posición de la mano en la mama que impide un buen vaciado (no utilizar la pinza con los dedos sobre la mama).

Se recomienda vaciar bien el pecho y cambiar de postura al niño/a o de la madre para facilitarlo, ya que la parte que mejor se vacía es la que está en contacto con la mandíbula inferior del bebé.

- Mastitis: es un proceso inflamatorio, no siempre infeccioso, cuyas causas son el aumento de la presión intraalveolar, una ingurgitación láctea o una obstrucción canicular. Suele ser unilateral y cursar con fiebre y malestar general.

Se debe continuar amamantando de los dos pechos, comenzando con el pecho sano para iniciar el reflejo de eyección.

Es importante vaciar adecuadamente el pecho afectado, recurriendo si fuera necesario a extracción manual o al sacaleches, se aplicarán bolsas de hielo para aliviar el dolor y se utilizará un sujetador que sostenga bien pero sin presionar. Para su tratamiento se indica reposo y antibioterapia.

- Absceso mamario: se trata de una complicación de la mastitis que requiere drenaje quirúrgico. Sin embargo, la lactancia puede continuar ya que suele mejorar la evolución del proceso.
- Candidiasis: la candidiasis del pezón no es fácil de identificar. Ocasiona un gran dolor punzante que la mujer puede referir como agujas clavadas desde el pezón hacia dentro, que aumenta conforme va mamando el niño/a y que no cesa cuando termina de amamantar. El pezón y la areola pueden estar ligeramente hinchados y de color violáceo.

Es importante controlar si hay cándidas en boca o periné del niño/a y/o prurito o flujo vulvar en la madre. Hay que examinar el pezón para detectar posibles manchas blancas o lesión eritematosa, aunque puede no verse nada si son intracaniculares.

El tratamiento debe ser conjunto madre-hijo/a y prolongarse mas de 14 días aunque desaparezcan los síntomas. Se aplicará nistatina en la boca del lactante de 6 a 8 veces al día y también en el pezón y la areola después de cada toma. Los pezones deben mantenerse secos entre las tomas.

- Hipogaláctia: es la producción insuficiente de leche, que suele aparecer de forma transitoria en cualquier momento de la lactancia, pero sobre todo aparece en los tres primeros meses.

Suele ser el motivo más frecuente de abandono precoz de la lactancia.

Para superar este bache se debe amamantar de forma frecuente y no limitar la duración de la toma, evitar el empleo de biberón (en caso de que sea necesario un suplemento de leche, dárselo con jeringa o cuchara), no utilizar chupetes y reducir factores que inhiben el reflejo de eyección (tabaco, alcohol, alimentos o medicamentos).

Para aumentar la secreción de la leche aconsejaremos a la madre que asocie el momento de la lactancia con una situación de tranquilidad, descanso y placer, ya que el cansancio y el estrés pueden disminuir la secrección láctea. Es importante que aprenda a dormir cuando lo haga el niño/a y que tome alguna bebida nutritiva cuando da el pecho.

#### Problemas en el bebé

El bebé que no se coge, puede ser debido a interferencias en el inicio de la lactancia por:

- Anestesia o separación de la madre.
- Confusión entre tetina y pezón, en niños que ha tomado biberón o usado chupete.
- Ansiedad materna.
- Establecimiento de un horario rígido.
- Que el bebé sea perezoso o esté excitado.
- Obstrucción nasal.

En estos casos hay que revisar todos los aspectos relacionados con la técnica de amamantar, y si no hay defectos en ella, hay que tener paciencia ya que poco a poco el bebé se irá acoplando.

El bebé que se coge pero no mama, hay que tener en cuenta como causas, las siguientes circunstancias:

- Enfermedad del niño/a.
- Anestesia general de la madre.
- Cambio del sabor de la leche, por determinados alimentos o medicamentos.
- El pezón al ser muy grande, se le escapa.
- Mala posición del niño/a.
- Hipotonía del bebé.
- Ingurgitación mamaria.

#### El bebé que se coge de un solo pecho, puede ser por:

- Pezón distinto del otro.
- Fractura de clavícula.
- Otitis unilateral.
- Vacunación reciente.

Se debe intentar con los dos, si no se puede, dar un solo pecho y vigilar el otro.

Rechazo tardío: puede ocurrir que un niño/a que mama bien, de repente deje de hacerlo. Esto generalmente está asociado a situaciones de cambio en el ambiente familiar (incorporación de la madre al trabajo, cambio en la rutina, etc.). Es importante que la madre esté tranquila y relajada, ya que suele ser una situación transitoria. En estos casos se puede sacar leche y volver a intentarlo con paciencia después.

Ictericia: para que la lactancia actúe minimizando la ictericia, debe ser exclusiva, con más de 8 tomas al día y sin suplementos de suero glucosado ni agua.

#### 5. LACTANCIA EN SITUACIONES ESPECIALES

#### Cesárea

La cesárea no supone ningún problema para la madre que ha decidido amamantar, ya que no tiene efecto sobre el momento de la subida de la leche, ni sobre su composición.

El tipo de anestesia condicionará el momento de poner al niño/a al pecho. En caso de anestesia epidural, la conducta a seguir será la misma que en un parto vaginal. Si la anestesia ha sido general, se pondrá al bebé al pecho cuando la madre esté despierta. En estos casos la posición de la madre para amamantar, será en decúbito y puede colocar al bebé a su lado para darle el pecho.

Si no es posible poner al bebé al pecho por motivos médicos, la madre puede sacarse leche con sacaleches, cada 3 horas durante el día.

Para los días siguientes, la mujer irá adoptando aquellas posturas que le resulten más cómodas.

#### Toxemia

Es un proceso que cursa con hipertensión grave, que puede ocasionar complicaciones neurológicas y darse incluso 24 a 48 horas después del parto.

En estas circunstancias la lactancia materna puede ser imposible en el post-parto inmediato, ya que la madre requiere unos cuidados especiales. No obstante, tras la recuperación de la madre, si lo desea puede iniciar la extracción mecánica o manual de la leche.

#### Retención de placenta e inhibición de la lactancia

La hemorragia que se presenta en las primeras semanas después del parto es el síntoma más claro de la presencia de restos placentarios, sin embargo LA AUSENCIA DE VOLUMEN de leche puede ser un preaviso. El fracaso de la lactogénesis y lactopoyesis, puede ser un síntoma precoz de la retención de placenta, que debe tenerse en cuenta.

#### Embarazo múltiple

Es posible dar el pecho a gemelos y a trillizos. El principal obstáculo para dar el pecho en un parto múltiple no suele ser la cantidad de leche, sino el tiempo que exige el amamantamiento. Es aconsejable enseñar a la madre a dar el pecho a los dos bebés a la vez.

La lactancia con gemelos exige un gran esfuerzo para la madre, que necesitará a alguien que le ayude durante las tomas, también es fundamental que pueda descansar y alimentarse adecuadamente.

La edad gestacional y el peso al nacimiento de los bebés condicionarán el modo de instaurar la lactancia. El apoyo del personal sanitario resultará fundamental en estos casos.

#### Diabetes mellitus

Cuando el hijo/a de una madre diabética evoluciona normalmente después del parto, no hay ninguna contraindicación para la lactancia materna.

La dosis de insulina, así como la dieta de la madre diabética, deberán revisarse para adaptarse a la nueva situación.

#### Contraindicaciones para la lactancia

Existen pocas patologías de la madre que contraindiquen la lactancia materna. En este caso se encuentra la galactosemia, los hijos de madres drogadictas, la tuberculosis activa materna no tratada, la infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y algunos fármacos administrados a la madre.

#### 6. MEDICAMENTOS Y OTRAS SUSTANCIAS A TENER EN CUENTA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

La mayor parte de los medicamentos, aunque pueden pasar a la leche, no producen efectos secundarios en el niño/a y por lo tanto no contraindican la lactancia materna. De todas formas el tratamiento ha de ser individualizado y prescrito por su médico, haciendo especial hincapié en evitar la automedicación.

Es importante elegir aquel tratamiento que:

- Implique menos efectos secundarios o que sea mejor tolerado por los niños/as.
- Sea la alternativa más segura con efecto terapéutico similar.

Existen algunos medicamentos necesarios para la madre que pueden obligar a suspender transitoriamente la lactancia materna, entre ellos se encuentran los isótopos radioactivos, los antimetabolitos, los agentes quimioterápicos anticancerosos y un pequeño número de otros fármacos.

Durante la lactancia se debe evitar sustancias como el tabaco, el alcohol y el café, pero si ocasionalmente se consumen, debe hacerse con moderación y siempre después de las tomas.

#### 7. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

La extracción de la leche puede ser necesaria en diversas situaciones:

- Para facilitar la estimulación que permitirá mantener un flujo regular de leche.
- Tras el parto cuando por algún problema, madre e hijo/a están separados o el bebé padece algún problema que le impide lactar.
- En los primeros días tras el parto en los que el bebé no es capaz de vaciar el pecho.
- Cuando por diferentes causas, el pecho aparece congestionado y endurecido (prolongación entre tomas, mastitis...)
- Por la incorporación de la madre al trabajo.

Aunque el método preferente recomendado por la OMS es la extracción manual, en ocasiones puede ser útil la bomba de extracción manual o la bomba de extracción eléctrica. El método dependerá de las propias necesidades y preferencias de cada mujer, pero en todos ellos hay que tener en cuenta la higiene de:

- Las manos que deberán lavarse antes de cada extracción con agua y jabón.
- Los pechos y pezones que se limpiarán únicamente con agua. Antes de comenzar la extracción, exprimir el pezón y desechar unas gotas de leche, para reducir el riesgo de contaminación.
- Los utensilios. Si la utilización de la leche va a realizarse dentro de las 48 horas siguientes a su extracción, no es necesaria la esterilización de biberones, tetinas y equipos de bombeo, basta con lavarlos cuidadosamente. Cuando se haya de transportar o congelar la leche, los recipientes y equipos de bombeo se han de esterilizar mediante ebullición o esterilizador eléctrico a vapor. No son recomendables los productos químicos para su esterilización.

#### Condiciones para la extracción

El momento tiene que estar rodeado de tranquilidad, con una posición cómoda y relajada. Se recomienda respirar profundamente y pensar en algo agradable o imaginar que se tiene el bebé al pecho. Se puede acariciar los pezones con los dedos para estimular la salida de la leche. La aplicación de paños calientes también la favorece.

Se humedecerá el seno con agua para crear una capa protectora entre la piel y el reborde del extractor.

Se exprimirá rítmicamente imitando la forma en que el bebé succiona el pecho, hasta que el flujo vaya disminuyendo. La operación debe durar entre 15-20 minutos.

También podemos extraer de un pecho mientras el bebé toma del otro, ya que al mamar provoca la salida de la leche y la extracción será más fácil.

Las primeras horas de la mañana son las más recomendables (entre la 7 y las 13 h) siendo las peores las de la tarde y primeras de la noche.

#### Tipos de extracción

- Manual: es el método más natural y barato, aunque consume más tiempo y es menos efectivo que la extracción con bomba.
- Técnica Marmet: masajear el seno firmemente con las yemas de los dedos contra la pared del pecho. Actuar en espiral empezando por arriba hacia la areola. Inclinarse hacia delante para que la gravedad ayude a la expulsión de la leche.
- Drenado de las reservas de leche: colocar el pulgar (encima del pezón) y los dos primeros dedos (debajo del pezón) en forma de C sobre la areola. Evitar tomar el seno en todo el hueco de la mano. Empujar directamente contra la pared del pecho (hacia las costillas). Evitar separar los dedos.

Apretar hacia delante con el pulgar y los demás dedos al mismo tiempo.

Repetir rítmicamente para drenar completamente las reservas (unos 10 minutos cada pecho o 15 los dos a la vez).

Rotar el pulgar y los dedos para eliminar otras reservas, usando las dos manos en cada pecho.

- Mecánica: se realiza con la ayuda de una aparato que generalmente se puede encontrar durante la estancia en la maternidad.
- Bombas de extracción manual: como ventajas, resaltar que la leche tiene un mayor contenido en grasas cuando se obtiene con una bomba mamaria, que cuando se exprime en forma manual. Además se obtiene un mayor volumen y un menor potencial de contaminación.

Como desventajas decir que son métodos más caros y tienen mayor posibilidad de traumatismo del pezón por el uso incorrecto y las presiones altas.

Existen diferentes tipos y modelos de bombas mamarias.

#### Almacenamiento y conservación de la leche

Los mejores recipientes para guardar la leche extraída son los biberones de plástico pequeños o las bolsas desechables que se acoplan a los biberones. Es preferible el plástico al cristal, ya que hay menos adhesión de los leucocitos al plástico y además no se rompe.

La leche materna recientemente extraída se puede conservar de 6 a 10 h a temperatura ambiente, 72 h en refrigerador (4 °C) y 6 meses en congelador (-18 °C).

#### Normas a seguir:

- Si se ha de congelar colocar en un recipiente estéril, enfriar rápidamente durante 30 minutos en refrigerador y congelar a -18 °C.
- Identificar los recipientes (nombre, fecha...).
- No llenar los recipientes hasta su capacidad total, ya que al congelarse aumenta de volumen.
- Si la cantidad extraída es pequeña, se pueden guardar las diferentes extracciones en la nevera y al final del día se juntan en un recipiente y se congelan una vez refrigerada.

#### Normas para la descongelación

- No descongelar la noche anterior.
- Sacar el recipiente media hora antes de la toma y colocarlo debajo del chorro de agua tibia, aumentando progresivamente la temperatura o bien calentarlo al baño María.
- No calentarla al fuego ya que un exceso de calor destruye anticuerpos y nutrientes.

No calentar al microondas por que reduce su contenido en IgA, lisozima y vitamina A, y favorece el crecimiento de E. Coli.

- Agitar el biberón suavemente para disolver la nata que se ha separado.
- Mantenerla un máximo de 24 horas en refrigerador y nunca volver a congelarla.
- Tirar la leche sobrante de la toma.

#### Transporte de la leche extraída

Para el transporte de la leche congelada o refrigerada, utilizaremos un medio frío y rápido: termo, termo para biberones, nevera portátil, bolsa nevera con acumulador de frío, entre paquetes de hielo...

#### 8. DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA/ DESTETE

En 1995 la OMS reiteró su recomendación de lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 meses. No obstante madre y bebé son quienes deben decidir durante cuanto tiempo amamantar, ya que no hay un mínimo de tiempo para hacerlo, ni una edad determinada para destetar al bebé. Cada madre puede elegir el ritmo que desee y atender las señales del bebé.

Cuando se decide el destete, debe realizarse de forma gradual, ya que de esta manera se produce una mejor adaptación tanto en la madre como en el bebé. Por lo general las tetadas que suelen continuar durante más tiempo, son las de la hora de la siesta, la hora de dormir y las primeras de la mañana.

La incorporación de la madre al trabajo no tiene porqué significar el fin de la lactancia. Hay un amplio abanico de posibilidades para dar solución a esta situación concreta:

- Si se sigue la lactancia materna exclusiva, es conveniente comenzar a extraerse la leche en casa unas semanas antes de volver al trabajo, para almacenarla.
- Si la incorporación se realiza con lactancia mixta, las tomas serán de pecho cuando la madre este en casa y de leche adaptada cuando este ausente.
- Si la incorporación es con alimentación complementaria se mantendrán las tomas de pecho más importantes. Cuando la madre este ausente se harán con la alimentación complementaria que corresponda a la edad del bebé.

El número de biberones y la cantidad de leche que el bebé necesite dependerá de su edad, de sus hábitos alimenticios, y del tiempo que la madre esté ausente, no hay reglas fijas.

A veces el destete se convierte en un problema para la madre que tiene un bebé algo mayorcito (más allá del primer año). Se les suele sugerir un método basado en el registro sistemático de la hora, lugar y circunstancias en la que el niño/a demanda el pecho. Una vez identificadas las recurrencias, la madre propone una actividad anticipatoria o planes alternativos al amamantamiento. La atención del niño/a se dirige así hacia el nuevo acontecimiento y no hacia la perdida de una actividad conocida y entrañable como mamar.

#### 9. TRABAJO Y LACTANCIA. LEGISLACIÓN

La legislación que apoya a la mujer trabajadora en la maternidad y lactancia, está en continua evolución y adaptación a los cambios sociales. Actualmente queda recogida en el Estatuto de los Trabajadores, la Ley General de la Seguridad Social, la Ley 39 /1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, así como en la Directiva 96/34 del Consejo de la CCEE.

# 10. GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA / FORMACIÓN DE TALLERES DE MADRES LACTANTES

La creación de estos grupos, es uno de los pasos que establece la OMS/UNICEF en "Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural" que surgen de la Declaración de Innocenti (1991) y que se concretó en una meta operacional de la 45ª Asamblea Mundial de la Salud en 1992.

La formación de talleres de lactancia o de grupos de apoyo, tienen una probada eficacia en el amamantamiento prolongado. Existen una serie de actitudes sociales y de la práctica sanitaria, que favorecen la instauración y permanencia de la lactancia materna. Entre éstas se encuentran:

- No distribuir, difundir, ni exponer material publicitario de sucedáneos de la leche materna.
- Impulsar la creación de talleres de madres lactantes y darles apoyo físico y formativo.
- Capacitar al personal sanitario en contacto con gestantes, mediante una formación especializada en el manejo de la lactancia materna, para dar apoyo pleno y eficaz a las madres que han dado a luz.
- Establecer protocolos de apoyo en lactancia materna en cada lugar de atención a la madre gestante / lactante.
- Elaborar materiales informativos y formativos con bases científicas, según las últimas aportaciones de los expertos en lactancia materna.
- Garantizar un plan de formación en lactancia materna, tendiendo a la necesidad de contar con personal experto y personal promotor en lactancia.

Estos grupos tienen como objetivo la promoción y protección del amamantamiento del recién nacido, fomentar la lactancia natural exclusiva hasta los 6 meses y apoyar lactancias más allá de los 6 meses hasta que la familia informada lo desee (objetivo OMS-UNICEF para 2004).

El taller de lactancia y los grupos de apoyo a la lactancia son fruto de la participación y actividad de madres lactantes, que se reúnen de forma periódica para disfrutar de la experiencia de amamantar. Obtienen con esto un espacio para compartir dudas, aprender técnicas y resolver problemas. Buscan y logran juntas, mantener la lactancia materna de forma satisfactoria todo el tiempo que deseen.

#### ¿Qué se hace en un taller?

- Se impulsa la lactancia natural a demanda sin normas preestablecidas.
- Se promueve el inicio precoz, dando el pecho inmediatamente después del parto.
- Se practican y comparten posturas para dar de mamar.
- Se aprende a evitar mediante el uso de técnicas correctas, los problemas más frecuentes del inicio de la lactancia: grietas del pezón, ingurgitación mamaria, mastitis, etc.
- Buscan conjuntamente soluciones a los problemas de: pezón plano, baches de hipogalactia, cólico del lactante, curvas de peso detenidas..."no tengo suficiente leche", "no se coge bien", "mi leche no es buena", etc.
- Se aportan ideas para compaginar lactancia y vuelta al trabajo.
- Se aprenden y transmiten técnicas de extracción y conservación de la leche.
- Se colabora con la educación para la maternidad-paternidad mediante charlas, demostraciones a los grupos de gestantes, madrinas de lactancia (esta actividad consiste en que una madre del taller que esté dando el pecho y se sienta preparada para dar apoyo a otra mamá, "apadrine" a una gestante dándole apoyo teórico-práctico), etc.



#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Lawrewnce Ruth A. La lactancia materna. Madrid: Doyma, 1996.
- OMS. Pruebas científicas de lo diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS, 1998. Informe técnico nº WHO/CHD/98.9.
- Wen Gotsch G. Amamantar sencillo y puro. Ilinois: Liga internacional de la leche, 1995.
- Marvin S. Eiger, Sally Wendkos Olds. El gran libro de la lactancia. N. York: Medici, 1989.

#### **FICHA 1 (LACTANCIA MATERNA)**

#### **VÍDEOFORUM**

#### **OBJETIVOS**

- Normalizar la lactancia materna dentro del ámbito cotidiano.
- Eliminar mitos y creencias erróneas que tradicionalmente han rodeado la lactancia.
- Promover la lactancia materna como una elección en libertad.

#### **MATERIAL**

- Sillas y vídeo.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se pasa la cinta de vídeo Lactancia materna: lo natural.
- La monitora pregunta las dudas que les han surgido y va aclarándolas basándose en los conocimientos actuales.
- La monitora normaliza la posibilidad de amamantamiento en cualquier ambiente, resaltando las actitudes sociales que a menudo han sido un handicap para amamantar en público.
- La monitora refuerza el hecho del amamantamiento como una elección libre por parte de la mujer entre otras posibilidades de alimentar a su hijo/a.
- Se invita al resto del grupo a que realicen todas las preguntas que deseen al respecto.
- La matrona aclara las dudas planteadas.

#### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- La monitora garantizará el respeto ante las opciones personales que expresen los miembros del grupo.

# FICHA 2 (LACTANCIA MATERNA)

#### **CONTANDO UNA EXPERIENCIA**

#### **OBJETIVOS**

- Conocer las vivencias de distintas mujeres respecto a la lactancia.
- Elaborar respuestas personales anticipándose a los acontecimientos que pueden rodear la lactancia.

#### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza o rotuladores, sillas.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Se invita a las mujeres que ya han dado de mamar, a que cuenten las vivencias que rodearon el amamantamiento.
- La monitora realiza preguntas concretas para evidenciar los cambios producidos respecto a la lactancia en los últimos años (Anexo 1).
- El resto del grupo pregunta y opina.

#### **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Cuando no haya en el grupo ninguna mujer que haya dado de mamar, se puede invitar a la sesión a una pareja de las que participan en el taller de lactancia del centro.

#### **ANEXO 1**

- ¿Sabías la importancia de comenzar lo más pronto posible la lactancia?
- ¿Cada cuánto te decían que había que ponerse el niño/a al pecho? ¿Durante cuanto tiempo?
- ¿Se cogió bien el niño/a?
- ¿Hacías la pinza con los dedos?
- ¿Crees que todas las leches son buenas para la crianza?
- -¿Qué tipo de higiene crees que es necesaria con las mamas cuando se da de mamar?
- ¿El aumento de peso de tu hijo/a, fue el adecuado?
- ¿Tuviste grietas o algún otro problema en las mamas? ¿Cómo se resolvió?
- ¿Tomaste alguna medicación por algún proceso durante el amamantamiento? ¿Afectó en algo a la lactancia?
- ¿Cómo hiciste el destete?

# la comunicación: un elemento clave para el desarrollo armónico del niño/a

Carmen Barona Amparo Albiñana M<sup>a</sup> Luisa Carpio Consuelo Calvo

# la comut nicación elementó Clave

#### **JUSTIFICACIÓN**

El desarrollo psicomotor del niño/a constituye un proceso continuado desde la vida intrauterina, a través del cual, éste va adquiriendo control y conocimiento de su cuerpo y estableciendo una progresiva relación con el entorno físico y humano que le rodea. Se trata de un proceso complejo y dinámico, fruto de una maduración neurobiológica en continua interrelación con aspectos psicológicos y sociales.

El desarrollo del niño/a pequeño depende de la maduración de su sistema nervioso, del mundo que le rodea que le proporcionará en mayor o menor medida lo que vaya necesitando para su crecimiento personal y del proceso interno de estructuración de su pensamiento y personalidad. Todo este proceso se produce en continua interrelación y acoplamiento progresivo.

Para favorecer este desarrollo, es importante que el bebé sea estimulado, y no nos referimos a la estimulación temprana en niños con problemas especiales que necesitarán la ayuda de profesionales, sino más bien a buscar formas prácticas de ayudarle a "crecer" en todo sentido.

La comunicación entre padres e hijo/a es fuente fundamental de estimulación y supone la implicación y el compromiso con el desarrollo óptimo de ese niño o niña, que le transmitirá seguridad e influirá positivamente en el desarrollo de su personalidad.

#### **OBJETIVOS**

- Transmitir a los padres la importancia de establecer una comunicación temprana con el bebé y las formas para conseguirla.
- Conocer el desarrollo psicomotor de los niños/as y cómo reforzarlo en los distintos momentos evolutivos.
- Desarrollar habilidades para la realización del masaje y gimnasia del bebé.

#### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

#### 1. ESTIMULACIÓN PRENATAL

La estimulación sensorial durante el primer año de edad, se considera un aspecto de gran importancia en el crecimiento y desarrollo cerebral, y por consiguiente, de la inteligencia. Si el bebé antes de nacer puede sentir, ver y oír, ¿por qué esperar a su nacimiento para comenzar a relacionarse con él?. En el período intrauterino, palabras y canciones transmitidas con cariño afianzan el amor hacia el bebé. Aunque su presencia sea todavía poco percibida, él está ahí y debe ser reconocido. Es recomendable que los padres y sus otros hijos si los tienen, canten y hablen al hermanito/a que no ha nacido, para fortalecer los lazos familiares y generar un ambiente seguro para el desarrollo del futuro niño/a.

La voz de la madre es percibida cada vez que habla, y frecuentemente es más melodiosa que la del padre, la cual es escuchada en un tono más bajo y lejano. Por eso, si es el padre el que habla al bebé, deberá colocar su boca pegada al abdomen de la madre. Asimismo, el sonido del latido del corazón materno es un recuerdo tan importante de la vida antes del nacimiento, que el recién nacido colocado al brazo izquierdo de la madre, volteará la cabeza para estar más cerca de ese sonido.

La música es el más poderoso de los sonidos no verbales y al parecer los bebés tienen una respuesta muy positiva frente a ella. El feto reacciona a los tonos musicales puros, incluso aunque la música no esté en contacto inmediato con el abdomen, sino en el ambiente. De ahí la importancia de que la madre se tome tiempo para relajarse y escuchar música, preferentemente clásica (Vivaldi, Mozart...), de ese modo el bebé sentirá los beneficios y también se sentirá calmado. Existen programas de estimulación prenatal con diferentes orientaciones. Entre ellos, la haptonomía, que se basa en favo-

Existen programas de estimulación prenatal con diferentes orientaciones. Entre ellos, la haptonomía, que se basa en favorecer la comunicación a través del tacto y las técnicas de relajación. Al tocar el abdomen materno, la piel se ablanda y la musculatura abdominal se relaja, dejando más espacio y libertad de movimientos al bebé dentro del útero. El hecho de que la pareja participe en esta técnica, le lleva a involucrarse más, tanto en la gestación como en la relación con su hijo/a no nacido, suponiendo uno de los elementos importantes en el establecimiento temprano del vínculo familiar.

Uno de los procedimientos que puede utilizarse es el masaje a través de la piel del abdomen de la gestante, realizado por la pareja, con el fin de que ambos padres contacten con el bebé. Para realizar esta técnica, la gestante puede estar echada sobre el costado y la pareja situada cómodamente detrás de ella, utilizando toda la mano para percibir la situación y los movimientos del bebé, empleando una presión suave y uniforme.

También puede realizarse con la mujer de rodillas y que el padre se sitúe por la espalda pegado a ella, de manera que

acune a madre e hijo/a entre sus brazos y empiece a masajear suavemente el vientre, sintiendo con las manos los movimientos del niño/a.

El útero es un universo sensorial en el cual el bebé se desarrolla y adapta a todos los estímulos, que de forma tamizada le llegan del exterior.

# 2. ESTIMULACIÓN POSNATAL

En el momento de nacer, la cantidad e intensidad de los estímulos se multiplica. La mayoría de los bebés en nuestro entorno suelen nacer en centros hospitalarios, su primer contacto con el mundo va a estar mediatizado por este hecho, que va a suponer un gran contraste con el ambiente cálido y seguro que hasta ese momento le facilitaba el útero materno (frío, luz intensa, exploraciones, ruidos, tratamientos preventivos...). Para contrarrestar los efectos de tantos estímulos a la vez, serían deseables actitudes tendentes a que la madre colabore de forma más efectiva en el nacimiento de su hijo/a, así como que los patrones de actuación sanitaria se humanizasen. De esta forma, se conseguirá convertir este momento en un acto más íntimo y natural, favoreciendo el contacto piel con piel, el abrazo de la madre como protección frente al frío, de tal forma que estos estímulos nuevos puedan ser vividos de forma más gozosa.

El contacto con su madre-padre desde el primer momento del nacimiento y a lo largo de su desarrollo, va a significar además de alimentación, protección, seguridad, amor y cuidado. Por ello es importante que los padres establezcan lo más pronto posible vínculos afectivos con sus hijos y que valoren y conozcan la importancia de estimularlos, como una actuación positiva para el desarrollo del bebé.

Es conveniente conocer cual es el desarrollo psicomotor normal, para seguir una pauta de estimulación acorde con él, no obstante hay que tener en cuenta que cada niño/a tiene un desarrollo personal y propio en función de sus factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. Algunos empiezan a caminar a los nueve meses y otros lo hacen a los quince meses, algunos hablan antes, otros dejan los pañales más temprano, pero nada de esto es índice de que unos sean más inteligentes que los otros, no se trata de establecer una competición con los de otros niños de su edad, sino de comprobar que la evolución es la adecuada. Para saber si todo marcha bien, lo importante es que el niño/a tenga un buen control pediátrico y reciba toda la atención que necesita de los padres. Además es conveniente incorporar ejercicios prácticos para favorecer la estimulación en cada etapa madurativa, y que éstos pueden ser aplicados por cualquier miembro de la familia, por lo que no sólo debe formar parte de la vida del niño/a, sino también de todo el grupo familiar.

Se deben aprovechar especialmente los estados de alerta del bebé, cuando está despierto, tranquilo y dispuesto a relacionarse, ya que estos momentos son los más apropiados. Hay que dar muestras de reconocimiento cada vez que logre una respuesta adecuada y recordar su necesidad de sentir contacto físico, de ser acariciado...

A continuación vamos a describir el grado de desarrollo observado en la mayoría de la población, de acuerdo con las diferentes edades, tal como se refleja en el libro de Bras.

#### 3. RECIÉN NACIDO Y PRIMER MES DE VIDA

La motricidad general del recién nacido está condicionada por los reflejos arcaicos, predomina la posición fetal con flexión de extremidades y la hipotonía de la cabeza y tronco. En decúbito prono, el bebé hace movimientos de reptación y en supino patalea alternativamente. Al mes, el tono muscular ha mejorado, al tiempo que lo han hecho la succión y deglución. La motricidad es aún primaria y condicionada por los reflejos arcaicos, hay inestabilidad cefálica y una actitud corporal en flexión. Los movimientos son bruscos e incoordinados. En decúbito supino mantiene las extremidades en flexión y puede mantener la cabeza en la línea media por unos segundos. En posición vertical aún no controla la cabeza. La manipulación está dominada por el reflejo de prensión palmar. Las manos permanecen cerradas la mayor parte del tiempo. Al mes, puede llevarse la mano a la boca de manera involuntaria.

La función visual permite que fije su mirada en nuestra cara y presenta respuesta palpebral a los cambios de luz. Al cumplir un mes mira a la madre/padre intensamente cuando le hablan, mostrando especial interés por la cara humana. La función auditiva permite que sea muy sensible a los sonidos intensos. La voz de los padres le tranquilizan. No localiza el sonido, pero lateraliza la cabeza hacia el mismo en determinadas condiciones.

Su forma de expresión ante necesidades y sensaciones desagradables, será a través del llanto. Al mes emite sonidos guturales de carácter emocional. Se consuela y deja de llorar cuando la madre/padre lo coge en brazos o le habla. Puede emitir sonidos vocálicos entre "a" y "e" y guturales asociados a la "j" suave.

A nivel adaptativo-social, el bebé se tranquiliza al cogerlo en brazos, mecerlo, acariciarlo o darle el pecho. Sus habilidades perceptivas están más desarrolladas que las motrices. Al mes ya disfruta de actividades como el baño y traduce su satisfacción cuando se le proporciona bienestar esbozando una sonrisa. Durante gran parte del día duerme.

# ¿Cómo podemos estimularle en esta etapa?

Después de nueve meses en un ambiente que le brindaba seguridad y todo lo que necesitaba para subsistir, al nacer comenzará a percibir sensaciones totalmente nuevas para él/ella, como hambre, frío o calor, ruidos... En principio no podrá expresar lo que siente, salvo por el llanto, necesita aprender a relacionarse con lo que le rodea. El vínculo con la madre es fundamental en esta etapa, el contacto físico resulta tan importante como la leche que le alimenta. El momento de alimentarlo permite que el hijo/a reconozca a su madre, por ello es importante que ésta se tome su tiempo para hacerlo, mirándolo a los ojos y hablando con él/ella. Si se opta por la lactancia artificial el padre podrá participar de todo ello.

Cantarle, acariciarlo, jugar con él, son actividades que resultan fundamentales para el bebé. Es recomendable convertir el baño diario en una experiencia placentera, colocando juguetes de colores vivos en el agua, cantándole mientras lo bañan, permitiendo que mueva brazos y piernas. La música de los compositores barrocos como Vivaldi o Mozart ejercen una influencia tranquilizadora sobre los bebés, ya que siguen una cadencia similar al latido del corazón de la madre.

#### 4. EL BEBÉ HASTA LOS 3 MESES

Dentro de la motricidad general, la motilidad refleja se va integrando en la voluntaria. En decúbito prono, va levantando la cabeza cada vez con mayor facilidad y por más tiempo, de forma que al tercer mes la cara alcanza un ángulo de 45 a 90° con el plano de la cama, produciéndose una extensión armónica del tronco y se mantiene

apoyado en los antebrazos. En decúbito supino patalea de forma simétrica y alternante y al tercer mes puede girar pasivamente del decúbito lateral al dorsal. Progresa el control de la cabeza de manera que al tercer mes la mantiene erguida durante bastantes segundos y la cifosis dorsolumbar va disminuyendo. Con respecto a la manipulación, las manos permanecen generalmente abiertas, con prensión al contacto o bien involuntaria al colocar un objeto en contacto con la mano. Ello provoca que la abra, la cierre y lo retenga por unos instantes. Tiene mucho interés por sus manos, que mira y puede llevarse a la boca.

En cuanto a la **función visual**, ya mira los objetos que están en su campo visual y puede hacer un seguimiento incompleto. Mira prolongadamente la cara de sus padres, se mira sus manos. A los tres meses puede desplazar la mirada de un objeto a otro y hacer una persecución óptica vertical hacia arriba.

La función auditiva madura. Se interesa por diferentes sonidos y reacciona a la voz humana suave. A los tres meses busca con la mirada el lugar de origen de un sonido que está dentro de su campo visual y presta gran atención al lenguaje humano.

En cuanto al lenguaje, emite vocalizaciones que son conjuntos de vocales, que traducen habitualmente un estado de bienestar. Son sonidos universales, que se van ampliando al tercer mes con gritos de alegría o de mal humor, al tiempo que llora menos y comunica más cuando se interesan por él. También comienza a utilizar consonantes, es la edad del balbuceo en forma de vocalizaciones prolongadas. Refleja placer ante sus producciones verbales.

El nivel adaptativo-social va siendo cada vez más sensible a su entorno inmediato, volviéndose más despierto, activo y expresivo. Aparece la primera sonrisa intencional como respuesta cuando le miran y le hablan los padres. Puede estar más tiempo despierto si se comunican con él, busca las caras y aprecia mucho la compañía. Recibiendo una atención continuada y cariñosa, va adquiriendo confianza en el entorno. Al tercer mes los hábitos de sueño suelen estar bien organizados, aunque puede despertarse aún por las noches.

# ¿Cómo podemos estimularle en esta etapa?

El comportamiento descrito para el bebé de esta edad puede ser reafirmado con las siguientes actividades señaladas, ó facilitar su aparición en el caso de que aún no esté presente.

#### Ejercicios de estimulación

- Acostado boca arriba coloca un juguete u objeto llamativo a un lado de su cuerpo. Trata de llamar su atención con él, para que intente agarrarlo. Si no voltea su cuerpo, ayúdalo empujándolo suavemente por las caderas para que aprenda a voltearse solo, de un lado a otro.
- Acostado boca arriba, coloca móviles u objetos que suenen al moverlos y que estén al alcance de su mano. Lleva sus manos hasta tocarlos para que él los haga sonar. Así mejorará la coordinación de sus movimientos con relación a lo que oye y ve.

- Acostado boca arriba, colócale sobre su pecho un juguete de tamaño mediano que pueda llevar a la boca sin ningún riesgo. Deja que lo agarre, si no lo hace, guía sus manos hacia él, procurando que lo haga. Permítele examinarlo libremente para que aprenda a diferenciar los objetos a través de su boca al chuparlos y morderlos, y de sus manos, al moverlos. Colocale otro que anteriormente no haya manipulado.
- Dale de comer semisentado entre almohadones, o en el coche, o en un porta bebé. En esta posición ve mejor lo que le rodea y se interesa más por su ambiente.
- Imita los ruidos que él/ella hace con su boca, para que se dé cuenta de que se comunicará a través de esos sonidos. Nómbrale con claridad los objetos que estén a su alrededor, y cuéntale lo que ocurre, cada vez que le des de comer, lo bañes o lo cambies. Aunque el niño/a no entienda lo que se le dice, poco a poco irá identificando las voces y las palabras. Por eso es importante hablarle con voz natural y clara y no aniñada como se le suele hablar a los bebés.
- Cuando llore porque tiene hambre, o se sienta sucio, o no quiera estar solo, tranquilízalo y háblale con tono de preocupación. Después, cambia y háblale con alegría. Así irá aprendiendo que las personas tienen distintas expresiones en su rostro y en su voz, dependiendo de las circunstancias.



- Juega al escondite con él/ella tapándote el rostro con una tela o sabanita. Enséñale que estás detrás, quitando y poniendo la tela. Si aprende a quitarla, apláudelo. Si no lo hace, toma su mano y enséñale hasta que la agarre y la quite. Ríe con él/ella cada vez que lo logre, así aprenderá que aunque no te vea, tu estás ahí, pues todavía no sabe que las personas y las cosas existen, aun cuando no las vea.
- Ponle calcetines de colores vivos y llévale los pies frente a los ojos para aumentar su interés en ellos a fin de que se los agarre.

#### 5. EL BEBÉ HASTA LOS 6 MESES

Respecto a la motricidad general, el bebé boca abajo, apoya los antebrazos para levantar la cabeza y el tórax hasta llevar la cara a un ángulo recto con la cama. A los 5 meses levanta también el tronco y a los 6 parte del abdomen, apoyado por momentos en sus manos y llevando la cabeza hacia atrás. En la posición de sentado, a los 4 meses mantiene la cabeza en vertical de manera continuada, a los 5 participa activamente avanzando la cabeza con respecto al cuerpo y a los 6 meses puede mantenerse sentado con un mínimo de soporte y comienza a apoyarse en sus manos puestas delante. La sedestación le permite cogerse los pies e ir profundizando en el conocimiento de su cuerpo. Si lo ponemos de pie, a partir de los 5 meses mantiene ya una gran parte de su peso.

En cuanto a la **manipulación**, al 4º mes junta las manos e inicia el acercamiento vacilante y conjunto de las dos manos al objeto, que al 5º mes se convierte en la prensión voluntaria al ser capaz de coger con dificultad los objetos próximos, que se lleva a la boca. La prensión voluntaria con toda la mano queda establecida al 6º mes, en que además palpa superficies con la palma de la mano.

La función visual al 4º mes le posibilita ver objetos a diferentes distancias y percibir sus pequeños detalles. La convergencia ocular le permite la visión binocular. Mantiene más el interés y los períodos de observación son más largos. Puede observar un juguete que tenga en la mano. Alcanza los 180º en la persecución óptica horizontal.

La función auditiva al 4º mes ya está bien adquirida. Identifica ruidos familiares girando la cabeza hacia la dirección adecuada. Al 6º localiza con seguridad un sonido girando la cabeza y dirigiendo la mirada.

En el lenguaje, el balbuceo va ampliando las consonantes utilizadas, pueden aparecer sonidos fricativos, como la "v" y labiales explosivos, como la "m" y la "b". Ríe sonoramente, a carcajadas. Mira con interés las bocas y escucha atentamente los diferentes sonidos. Va asociando el lenguaje y la comunicación a un proceso de afectividad, de bienestar.

# ¿Cómo podemos estimularle en esta etapa?

- Agárrale por debajo de los brazos sosteniéndole de pie frente a ti. Ayúdale a subir diciéndole "aúpa" y a bajar, hasta que se convierta en un juego que podáis disfrutar ambos. Muéstrale tu alegría por sus progresos. Con este ejercicio va fortaleciendo los músculos de sus piernas para cuando comience a mantenerse de pie.
- Llévale frente a un espejo haciendo que mire hacia él y lo toque, si no lo hace espontáneamente agárrale la mano y llévasela hasta la superficie del espejo.
- Si está boca abajo enséñale un juguete llamativo y mientras lo mira muévelo lentamente hacia un lado y arriba para obligarlo a voltearse si quiere seguir viéndolo.
- Manténle sentado a ratos con apoyo en un porta bebé o con almohadas, anímalo a explorar el medio que lo rodea.
- Deja cerca del niño/a objetos o juguetes que pueda agarrar fácilmente y hacerlos sonar. De esta manera asocia lo que ve y lo que agarra con lo que oye, lo cual le divierte mucho porque se da cuenta que ese ruido lo está produciendo él/ella.
- Acuéstale boca abajo y cerca de él cubre un juguete con una tela o sabanita dejando fuera una pequeña parte para que el niño/a lo reconozca. Anímale a buscarlo y muestra tu alegría si lo descubre. Así aprenderá que los objetos existen aunque no los vea.
- Acostado boca arriba agárrale por ambos brazos y haz como si lo fueras a levantar varias veces para que vaya fortaleciendo sus músculos abdominales. Si se esfuerza anímale con tu reconocimiento.
- Enséñale figuras grandes o fotos de revistas o libros diciéndole su nombre y permite que las toque.
- Acuéstale varias veces al día sobre una sábana o colchoneta en el suelo.
- Cuando lo bañes coloca en el agua juguetes de plástico que floten para que juegue con ellos.
- Sigue estimulando su sentido del gusto variándole diariamente el sabor de los cereales, compotas y sopas que pueda comer según las indicaciones del pediatra.
- Sigue estimulando su sentido del oído con música o los sonidos de otros objetos que ya has utilizado como campanitas, trompetitas, pitos, etc.
- Ayuda a su aprendizaje si sigues pautas repetitivas con respecto a los horarios (alimentación, higiene, sueño) y se establecen rituales antes de dormir, pero si el niño se niega hay que actuar con calma, no obligarle y esperar un rato para insistir de nuevo. Si se actúa con paciencia, se le estará respetando como persona. No hay que desesperarse cuando llore, pues esa es la forma de comunicarse, se trata de entender qué le pasa.
- Juega con tu hijo/a frecuentemente, como una forma de comunicaros y conoceros, de esta manera se establecerá una relación muy estrecha con tu hijo/a, lo cual es muy importante para su desarrollo.

#### 6. EL MASAJE INFANTIL

El masaje, supone una forma especial de interacción entre los padres y el hijo/a, que favorece la aproximación. Es especialmente adecuado en los primeros meses de vida, porque además estimula el sistema circulatorio y favorece el ritmo cardiaco, la respiración y la digestión del bebé. Debe realizarse cuando el bebé esté receptivo, no tenga hambre, ni esté irritable, y que la persona que lo vaya a realizar esté relajada. Puede ser un momento adecuado después del baño, cuando el niño/a esté desnudo. La habitación debe estar caldeada, y a una temperatura constante. Es aconsejable acompañarlo de una música tranquila. La postura que se adopte debe ser cómoda para ambos.

Para favorecer el deslizamiento sobre su piel, suele utilizarse un aceite especial para bebés mezclado con un poco de crema hidratante. Se empieza con toques ligeros con las yemas de los dedos, para ir incrementando poco a poco la presión a medida que el bebé se acostumbra al masaje.

Antes de comenzar es importante pedir permiso al bebé, por ejemplo mediante la preparación previa de un ritual, como frotarse las manos para calentarlas delante de él, hablarle y acercársele mostrando respeto hacia la respuesta que se obtenga.

#### A continuación comenzaremos siempre repitiendo la misma secuencia.

#### Las piernas

Masajear primero una y luego la otra, realizando movimientos de ordeño, sirven para mejorar la circulación y son de dos tipos:

- a) Vaciado Indú: son movimientos simultáneos de las manos desde la cadera hacia el tobillo.
- b) Vaciado Sueco: igual pero en dirección contraria, desde el tobillo hasta la cadera
- Movimientos de compresión y retorcido: sirven para tonificar los músculos, los movimientos de rotación de una mano se oponen a los de la otra.
- Movimientos de enrollado: con ambas manos, desde la rodilla al tobillo se aplica un movimiento giratorio a la pierna.

#### Los pies

- Apretar la planta del pie con los pulgares, desde el talón hacia los dedos, y un pie después del otro.
- Comprimir suavemente uno a uno los dedos del pie.
- Apretar suavemente con el pulgar toda la planta del pie.
- Empujar con los pulgares la parte superior del pie hacia los tobillos.
- Describir con los pulgares pequeños círculos en torno al tobillo.

#### El abdomen

- Movimientos circulares en el sentido de las agujas del reloj, tomando como centro el ombligo.
- Rueda hidráulica", se desliza la parte exterior de las manos sobre la tripita del bebé, una tras otra, como si se estuviera recogiendo arena con una pala.
- Caricia "I love you":
- a) Movimientos en "I", con el borde externo de la mano derecha y realizado sobre la parte izquierda del vientre del niño/a, dirección de arriba hacia abajo.
- b) "Love", se describe una L invertida de derecha a izquierda, y de arriba abajo siguiendo la dirección del colon.
- c) "You", se realiza una U invertida siguiendo el recorrido completo de apéndice a recto.
- Caminar con las puntas de los dedos sobre la tripita.

# El pecho

- "Libro abierto": se colocan ambas manos abiertas apoyadas sobre el pecho del bebé con los pulgares juntos se presiona desde el centro hacia los costados, siguiendo la caja torácica, como si se estuviera alisando las hojas de un libro abierto.
- "Mariposa": se colocan ambas manos en la base del tórax, cada mano se dirigirá desde la base del tórax hasta el hombro del lado contrario de manera alternativa.

#### Los brazos

Primero se levanta el brazo y se acaricia la axila varias veces, masajeándole los nódulos linfáticos de esta zona, después se levanta el brazo en vertical y se envuelve con las dos manos desde el hombro para presionar y estrujar suavemente. A

otra, con movimientos rotatorios hacia delante y hacia atrás, desde el hombro a la mano y apretando suavemente mientras se realiza este movimiento. Son los equivalentes a los realizados en piernas y pies.

continuación se mueve una mano en dirección contraria a la

#### Las manos

Al final del masaje en ésta zona, el niño/a conseguirá abrir y relajar sus manitas, aunque no hay que obligarle sino lo hace.

- Abrir las manos del bebé con los pulgares sin forzarles y hacer girar sus deditos entre el índice y el pulgar.



- Acariciar el dorso de la mano.

 Dar un pequeño masaje en la muñeca, dibujando círculos pequeños alrededor de la misma.

# La cara

En el rostro del bebé se acumulan tensiones debidas a la succión, la dentición y el llanto.

- Se comenzará por la frente y desde el centro de la misma, las puntas de los dedos se deslizan hacia las sienes.
- Desde la base de la nariz, deslizar las puntas de los dedos hasta los pómulos e incluso llegar a las sienes.
- Cerrar los ojos del bebé con los pulgares en un movimiento suave y deslizarlos en un movimiento vertical desde los ojos hasta la base de los pómulos.

- Estirar primero el labio superior con ayuda de los pulgares como para dibujar una sonrisa en su cara, igual para el labio inferior.

# La espalda

Suele ser la zona preferida de los bebés y es la parte más relajante del masaje.

- "Atrás y adelante": se colocan ambas manos planas en la parte superior de la espalda, estas se deslizarán simultáneamente y en sentido contrario hacia delante y atrás, bajando por la espalda hasta las nalgas y luego subiendo hasta los hombros sucesivamente.
- Manteniendo la mano derecha sobre las nalgas del niño/a, la mano izquierda se deslizará por la espalda desde el hombro hasta encontrar la mano derecha.
- Trazar círculos pequeños con los dedos a lo largo de toda la espalda.
- Con la mano derecha abierta y los dedos separados se "peina" la espalda desde el cuello hasta las nalgas haciendo cada movimiento más suave cada vez, para hacer comprender al niño/a que el masaje ha concluido.

#### 7. LA GIMNASIA PARA EL BEBÉ

La gimnasia para el bebé es una buena herramienta para que comience a desarrollar su psicomotricidad y a tener consciencia de su esquema corporal. No hay que forzarle, sino ayudarle en su desarrollo, adaptándose a su temperamento.

La educación motora no solo contribuye a prevenir deformaciones y corregir vicios posturales, sino que además resulta un factor de equilibrio físico y psíquico para el bebé.

Cada niño/a tiene su propio ritmo evolutivo. No se trata de obtener niños muy estimulados, sino niños armoniosamente formados que se sientan a gusto con su cuerpo.

Desde las primeras semanas, es imprescindible que el niño/a se sienta atraído por todos estos ejercicios. Los movimientos realizados en un ambiente de calma y serenidad, irán acompañados de palabras, canciones y ritmo.

#### Gimnasia hasta los tres meses

Los ejercicios de relajación son los más importantes en esta edad. El cuerpo del bebé está contraído, los brazos y las piernas encogidos y los puños cerrados. Bastarán unos cuantos ejercicios generales y particulares de relajación para que el tronco y las extremidades adquieran flexibilidad. Una música suave y agradable contribuirá a mejorar la sesión, que será suficiente con que tenga una duración de 5 a 10 minutos.

Tal vez parezca impropio hablar de gimnasia, porque esos "movimientos" son en realidad reflejos musculares que responden a un estímulo exterior. Pero si cada estímulo va acompañado de una palabra de aliento, y si a cada reacción favorable del niño/a le manifiestas alegría con la mirada, el gesto, la sonrisa o la voz, el bebé comprenderá enseguida lo que se espera de él, y se establecerá un diálogo entre ambos.

Al realizar los ejercicios hay que evitar movimientos bruscos, rápidos, ya que sólo se conseguirá que el bebé se relaje si nos percibe relajados. Hay que buscar la ocasión propicia para realizar los ejercicios, pues no se trata de un trabajo, sino de un juego.

A continuación se sugiere la secuencia que puede seguirse:

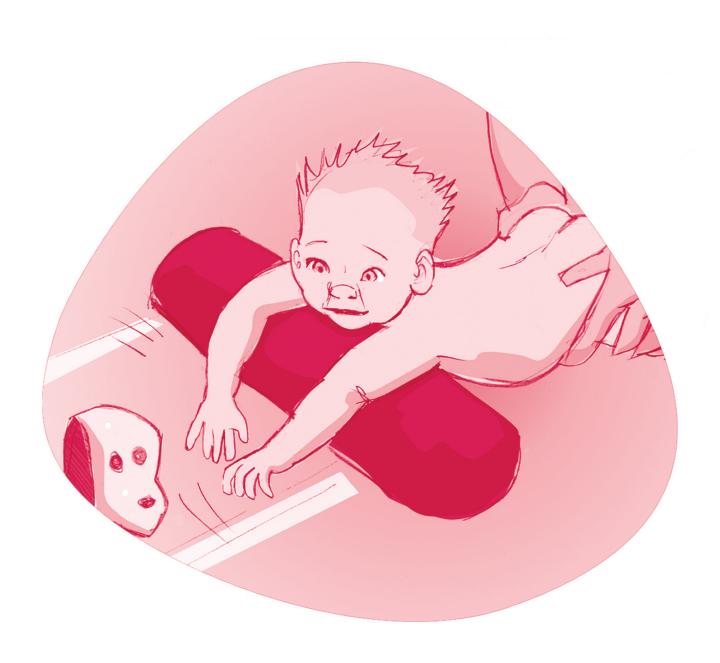
- Con el bebé tumbado sobre la cama o cambiador, de forma que quien vaya a realizar la gimnasia también se encuentre cómodo, iniciar la distensión por el hombro e ir bajando poco a poco hasta la mano, dándole palmaditas rítmicas y de oscilaciones muy suaves del brazo hasta que se consiga que abra la mano.
- Cuando lo consiga, repetir lo mismo con el otro brazo.
- Después hacer que el niño/a se acaricie su cuerpo, su cara, tu cara, tu mano... El objetivo es conseguir que el bebé abra la mano por sí sólo mediante la relajación del hombro y como consecuencia de la relajación del brazo.

- La madre o padre, con los brazos cruzados, toma entre sus manos los antebrazos del niño/a; luego mediante movimientos de relajación se llevan con suavidad las manos del bebé hacia los hombros opuestos. El bebé debe sentir el contacto con su propio cuerpo, tiene que acariciarse los hombros, el pecho, la cara...
- Hacer que el niño/a os coja los dedos pulgares o sujetarle los antebrazos y atraer sus brazos hacia delante, bajándolos lateralmente en cruz. El objetivo es conseguir la extensión completa de los brazos.
- Sostener ambas piernas del bebé por debajo de la articulación de las rodillas y hacerlas oscilar ligeramente. Alternando palmaditas y oscilaciones, llevarle una rodilla hacia el pecho y luego la otra. El objetivo es conseguir que el bebé extienda las piernas y estire los músculos.
- Con una mano en las pantorrillas y la otra en las rodillas del bebé, se induce lenta y suavemente la extensión de las piernas hasta la horizontal.
- Con la palma de la mano apoyada en la planta de los pies del bebé (tobillo en ángulo recto) y la otra mano en las rodillas, extenderle poco a poco las piernas y moverlas de abajo arriba sin que lleguen a tocar la superficie de apoyo.
- Con las rodillas del niño/a, ejercer una ligera presión sobre el vientre (pocos segundos) provocándole así una contracción de abdomen. Espera a que realice una espiración para soltar las piernas. Repetirlo 4-5 veces, con ello se aumentará la capacidad pulmonar, se amplia la respiración torácica y la función del diafragma.
- Estando el bebé boca abajo, agarrar sus manos a tus dedos y estimularle con suaves tironcitos a que levante la cabeza y la espalda.
- El bebé boca abajo, en el suelo o sobre la mesa, con los brazos por encima del rodillo pequeño (puede ser una toalla enrollada), sujétale por los muslos y la pelvis y empújale suavemente con un movimiento de vaivén. Haz que fije su atención en un juguete. El objetivo es conseguir desentumecer los brazos.
- Boca arriba, en el suelo o sobre la mesa, toma con la mano abierta, suave pero firmemente, toda la masa abdominal. Debes notar que el bebé contrae el vientre: retira la mano inmediatamente, anímale con la voz y la expresión a que colabore. Felicítale cuando lo haga. El objetivo es la regulación de las deposiciones y tonificar la musculatura abdominal.
- Boca arriba, provocale un estímulo a lo largo de la cara externa de la pierna con un dedo; pasar el dedo por detrás del tobillo para producir el acto reflejo de enderezamiento y rotación del pie hacia fuera. Haz lo mismo con la otra pierna. El objetivo es hacer que el niño/a se sienta los pies y tonificar los músculos del pie.
- Levanta al bebé con una mano en las rodillas y la otra en el pecho. El espejo te permitirá observar la posición de tus manos y las reacciones del bebé. Inclínale con relación a su fuerza. Suscita su interés para que enderece la espalda. El objetivo es reforzar los músculos de la nuca y de la espalda.



# **BIBLIOGRAFÍA**

- Janine Levy. El despertar a la vida. Barcelona: Ediciones Darmon, 1981.
- Leboyer F. Shantala, un arte tradicional, el masaje de los niños. Argentina: Edicial S.A, 2001.
- Pérez Olarte P. El desarrollo psicomotor. En: Bras J; de la Flor JE; Masvidal RM. Pediatría en Atención Primaria. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997; pp. 79-86.



# FICHA 1 (COMUNICACIÓN PADRES-HIJO/A) EL MASAJE DEL RECIÉN NACIDO

# **OBJETIVOS**

- Adiestrar en la técnica para la realización del masaje.
- Ensayar técnicas de comunicación con el bebé.

#### **MATERIAL**

- Muñeco, colchoneta, música relajante, aceite, crema.

# **TIEMPO**

+/- 15 minutos.

#### **METODOLOGÍA**

- Sentarse cómodamente en la colchoneta, dejando un espacio delante para colocar al muñeco/bebé.
- Imagínar que se está ante el hijo/a y comunicarle a través de los gestos, palabras y mirada, los sentimientos de cariño que despierta.
- Pedirle permiso al muñeco/bebé para realizarle el masaje, siguiendo un ritual (frotarse las manos, hablarle...).
- Seguir las indicaciones de la matrona, que irá describiendo la técnica de forma progresiva.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Se puede pedir permiso a algunos padres, de los que estén en los grupos del puerperio del Centro de Salud, para grabar a su hijo/a en un vídeo, ya que de ésta forma, se ve más clara la técnica, para mostrarla a otras parejas.
- Invitar a las parejas que estén en los grupos del puerperio del Centro de Salud a que vengan con sus bebés, para que realicen ésta técnica, como demostración ante el grupo de futuros padres/madres.

# FICHA 2 (COMUNICACIÓN PADRES-HIJO/A) GIMNASIA DEL BEBÉ

#### **OBJETIVOS**

- Adiestrar en la técnica para la para la realización de la gimnasia del bebé.

#### MATERIAL

- Muñeco, colchoneta, música relajante.

#### **TIEMPO**

+/- 10 minutos.

# **METODOLOGÍA**

- Sentarse cómodamente en la colchoneta, dejando un espacio delante, para colocar al muñeco/bebé.
- Imaginarse, que el muñeco/bebé es tu hijo/a.
- Pedirle permiso al bebé (con la mirada, voz...).
- Seguir las indicaciones de la matrona, que irá describiendo la técnica de forma progresiva.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Se puede pedir permiso a algunos padres de los que estén en los grupos del puerperio del Centro de Salud, para grabar a su hijo/a en un vídeo, ya que de ésta forma, se ve más clara la técnica, para mostrarla a otras parejas.
- Invitar a las mujeres que están en el puerperio a que vengan con sus bebés, para que realicen ésta técnica, como demostración ante el grupo de futuros padres/madres.

crecer juntos: comprender y atender al bebé

Ana Mª Fullana Mª Luisa Carpio Consuelo Calvo Carmen Barona Amparo Albiñana

# comprender y atender al pepé

# **JUSTIFICACIÓN**

Los cuidados del bebé no son complicados ni difíciles, pero aprender a conocer a esa nueva persona que se integra en la familia, supone un esfuerzo por parte de los padres para comprender las demandas y dar las respuestas más adecuadas. Muchas de las costumbres establecidas por la pareja en su vida de relación, van a tener que cambiar para atender de forma continuada los cuidados que requiere el recién nacido.

Conocer la secuencia de los acontecimientos que se desarrollan tras el nacimiento del bebé, ayudará a la pareja a vivir la nueva situación de forma más tranquila y autónoma, sabiendo que además disponen de un apoyo en el sistema sanitario, a través de los profesionales de atención primaria en el marco de los Programas de Salud.

Es importante que la pareja consensue una línea de actuación con respecto a su futuro hijo/a, para no tener que recurrir a la improvisación, evitando de esta forma mensajes y actuaciones contradictorias. De este modo, ni la dinámica de la pareja, ni el desarrollo madurativo del bebé se verán resentidos.

# **OBJETIVOS**

- Que las madres/padres estén informados de las actuaciones sanitarias que se van a realizar sobre sus hijos desde el momento del nacimiento en la maternidad y en el Centro de Atención Primaria.
- Que las madres/padres adquieran conocimientos sobre las necesidades del recién nacido y cómo responder ante las mismas.

#### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

# 1. ASPECTO Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO

El cuerpo del bebé tiene unas características particulares que, a pesar de ser reconocidas por la cultura popular, no vendrá mal recordar a los padres en este momento de máxima receptividad, ante la proximidad de asumir las responsabilidades como actores principales en la crianza y cuidado de su hijo/a.

El recién nacido presenta una **postura corporal** en flexión conocida como postura fetal. Las extremidades se encuentran flexionadas y la cabeza y el tronco en hipotonía. La motricidad es primaria y está condicionada por los reflejos arcaicos con inestabilidad cefálica.

Su actividad es escasa ya que permanece durmiendo la mayor parte del tiempo.

La piel del bebé nacido a término suele estar enrojecida y recubierta de una sustancia blanquecina y grasa denominada vermix, que desaparecerá en los primeros días de vida. Su función es fundamentalmente hidratar y contribuir a mantener la temperatura corporal. Así mismo pueden aparecer unas manchas rojizas alrededor de la nariz, párpados o nuca, que se hacen más evidentes con el esfuerzo y el llanto y que desaparecerán de forma espontánea.

Las glándulas de la piel están hiperactivas en los primeros meses y son la causa de la aparición de la llamada costra láctea en el cuero cabelludo o el milium en la cara. La costra láctea puede limpiarse reblandeciéndola con aceites para bebé y luego lavando la cabeza con agua y champú, pero en sí misma no supone ningún problema, al igual que el milium que no deben tocarse y que desaparecerán espontáneamente.

Algunos recién nacidos pueden presentar un vello suave localizado en diversas partes del cuerpo, que se denomina lanugo y que cae espontáneamente en unas semanas.

La cabeza de un recién nacido por parto vaginal tiene una forma ovalada, que irá desapareciendo en el transcurso de los días siguientes y que se debe a su acoplamiento para el paso por el canal del parto.

En ocasiones, sobre todo cuando se ha utilizado la ventosa en el parto, aparece una mayor deformación de la cabeza, debida a pequeñas hemorragias en los vasos superficiales del cráneo o en las capas profundas de la piel, que reciben el nombre de cefalohematoma y de "caput sucedáneum". Estos desaparecerán en las primeras semanas de vida.

La falta de soldamiento de los huesos del cráneo en el recién nacido, se aprecia en las suturas y fontanelas. Existen dos fontanelas: la anterior entre los huesos parietales y frontal que tardará hasta poco más de un año en cerrarse y la posterior, situada hacia el occipucio y que se cerrará a los pocos días del nacimiento. Cuando se exploran se aprecia una ligera tensión.

El cuerpo del recién nacido, parece pequeño en comparación con su cabeza de mayor tamaño, con un abdomen prominente y las piernas cortas y arqueadas. Los pies son planos, ya que su arco plantar todavía no se ha desarrollado. Estas características, consecuencia de la postura fetal, se irán modificando con el paso del tiempo y pueden encontrar un buen aliado en algunas técnicas como la gimnasia y el masaje del recién nacido.

La mayoría de los recién nacidos a término pesan entre 2.500 y 3.500 gramos y miden entre 48-53 cm. Su perímetro craneal oscila entre los 33 y los 35 cm. Durante la primera semana de vida se produce una pérdida de peso considerada fisio-

lógica, que se va recuperando en la siguiente semana. Aunque se suelen dar valores de referencia para el aumento de peso semanal (125-200 gr durante los 3 primeros meses) no existe una regla fija, ya que cada bebé tendrá su propio ritmo de crecimiento y desarrollo. Lo importante es que cada uno evolucione de acuerdo con su percentil (peso y talla).

Como consecuencia del paso de hormonas de la madre al feto, el recién nacido tanto si es niño como niña, puede presentar manifestaciones hormonales del tipo de la hipertrofia mamaria durante los días siguientes al parto, que incluso puede acompañarse de secreción. Desaparecerá espontáneamente en unos días, sin que haga falta ningún tipo de intervención.

Las niñas también pueden tener, por la misma acción hormonal, flujo vaginal y a veces incluso un pequeño sangrado similar a una regla.

El centro termorregulador del bebé no se encuentra totalmente desarrollado al nacimiento, por lo que tiene tendencia a enfriarse, y es importante abrigarlo en las primeras horas. El abrazo de la madre supone una forma natural de transmitirle calor.

La primera micción del recién nacido se produce el primer día de vida, muchas veces en el mismo paritorio. Del mismo modo los dos primeros días de vida se producen las primeras deposiciones que son de color negro y viscosas y se denominan meconio. Luego se irán volviendo verdosas y más tarde amarillas.

En el momento del nacimiento, el bebé tiene desarrollados todos los sentidos, en mayor o menor grado, por ello es importante que una vez finalizadas las intervenciones sanitarias que se le realizan en el paritorio, se le coloque lo antes posible junto a su madre, para que comience a recibir los estímulos que le proporcionan el contacto del abrazo de los padres, el consuelo de su voz, el encuentro con el rostro materno, así como el olor de la piel y la búsqueda del pecho materno para iniciar la succión.

El paso del útero materno al exterior, supone en si mismo un momento de estrés para el bebé, que se ve aumentado por la serie de intervenciones sanitarias a las que se le somete. Ante ello, establecer una pronta comunicación padres/hijo/a será fundamental para conseguir un estado de alerta-tranquilo en el bebé que le dispondrá favorablemente al descanso y al aprendizaje.

# 2. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

#### En la maternidad

Tras el nacimiento y durante la estancia en la maternidad, se efectúan una serie de intervenciones sanitarias, dirigidas a valorar el estado general del recién nacido y a iniciar una serie de medidas preventivas.

# Cuidados y valoración del estado en general

- Pinzamiento del cordón umbilical.
- Aspiración de mucosidades.
- Secarle.
- Valoración del test de Apgar.
- Mantenerle caliente.
- Medición de parámetros antropométricos.
- Valoración funcional.

# Medidas preventivas

- Profilaxis ocular de la conjuntivitis neonatal.
- Profilaxis antihemorrágica con vitamina K.
- Vacunación contra la Hepatitis B.
- Detección precoz de alteraciones metabólicas congénitas (hipotiroidismo y fenilcetonúria).
- Detección precoz de la hipoacusia.

Todas estas intervenciones quedarán reflejadas en la Cartilla de Salud Infantil, que les será entregada a los padres en la maternidad y en la que se reflejarán las sucesivas revisiones del equipo pediátrico incluidas en el Programa de Supervisión de la Salud Infantil.

La vida fuera del claustro materno supone para el bebé el inicio de nuevas vivencias, que hacen necesario un proceso dinámico de adaptación al medio y que requieren a su vez, que los padres conozcan las formas que tiene su hijo/a de manifestar sus necesidades. La relación será la base de éste conocimiento mutuo, para lo cual los padres deben aprove-

char los periodos de vigilia-alerta que tiene el bebé para comunicarse con él, hablarle, cantarle, mirarle... con el objetivo de establecer un buen vínculo.

El llanto es una forma de comunicación de las que dispone el recién nacido para manifestar el hambre, la incomodidad, el frío o el calor, la inseguridad... Es importante que los padres lo afronten de manera sosegada y vayan descartando los posibles motivos, ya que en caso de que lo vivan con ansiedad, ésta le será transmitida al bebé. El conocimiento mutuo que ahora se inicia, facilitará que los padres sean capaces con el tiempo de identificar las demandas de su hijo/a.

Durante las primeras semanas de vida, la actividad del bebé se suele limitar básicamente a la alimentación y el sueño, que en el periodo neonatal es de alrededor de 16-18 horas diarias sin ningún tipo de ritmo horario.

Entre las necesidades básicas del recién nacido se encuentra la alimentación. Tras el estrés que supone en sí mismo el parto, el bebé se encuentra en una fase de alerta que conviene aprovechar para iniciar la

seguridad). La leche materna es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida, ya que le proporciona los nutrientes que necesita para su crecimiento y desarrollo adecuado, a la vez que se adapta perfectamente a su función digestiva. La leche de los primeros días o calostro es suficiente para alimentar al niño/a y le aporta gran cantidad de inmunoglobulinas, confiriéndole inmunidad natural. El pecho no tiene horario, hay que ofrecérselo al bebé cuando lo pida. La postura es muy importante para garantizar el éxito de la lactancia, así, el pecho de la madre debe estar péndulo, el bebé se colocará vientre con vientre con su madre y se le ofrecerá el pecho, el niño/a lo buscará y espontáneamente se cogerá. Es necesario que el bebé introduzca en su boca el pezón y la mayor parte de la areola, ya que es en ésta donde se realiza la verdadera succión. El pecho además de alimentar ejerce en

el bebé una función de consuelo.

primera puesta al pecho, que además favorece la subida de la leche y proporciona al

niño/a una sensación placentera al contacto con la madre (calor, protección y

Los bebés sanos no necesitan tomar suero los primeros días de vida. La utilización del biberón interfiere el aprendizaje de la succión del pecho materno. El niño/a que ha tomado biberón tiene menos hambre y mama menos, y la falta de estímulo provocará una menor producción de leche en la madre. Los niños/as alimentados al pecho no necesitan nada más y no es necesario darles agua, sueros, zumos, infusiones ni leches artificiales.

Si por razones médicas el recién nacido necesitara algún líquido suplementario, lo mejor es dárselo en vaso, cucharilla o cuentagotas en lugar de utilizar biberón.

No es recomendable usar **chupete** las primeras semanas, y especialmente hasta que la lactancia se haya establecido adecuadamente.

La lactancia artificial es otra opción para alimentar a un recién nacido, que también proporciona la oportunidad de establecer un vínculo afectivo de calidad entre los padres y el bebé aprovechando estos momentos de contacto estrecho.

Las leches que se utilizan son leches adaptadas, derivadas de la leche de vaca. El pediatra será quien recomiende la más adecuada en cada caso y la forma de administración será mediante el biberón.

Los biberones deben estar graduados, siendo preferibles los de plástico a los de cristal y los altos a los anchos.

La preparación del biberón requiere de unos pasos a seguir de obligado cumplimiento. En relación con la higiene, es necesario lavarse las manos antes de empezar a prepararlo. El biberón y la tetina deben esterilizarse (una forma sencilla de hacerlo consiste en hervirlo durante 10 minutos). Preparar un biberón supone diluir la leche en polvo con agua tibia en una proporción que siempre debe ser de un cacito raso de leche en polvo por cada 30cc de agua. Una leche muy diluida no alimentará correctamente al bebé y excesivamente concentrada puede provocar problemas digestivos y de deshidratación.

En la mayor parte de la Comunidad Valenciana, las características del agua de la red de abastecimiento público presentan un exceso de sales minerales y en ocasiones de nitratos, que la desaconsejan para su uso en la preparación de biberones. Por ello se utilizará agua mineral con baja concentración de sales, que sólo requiere ser calentada (no hace falta hervirla).

Es aconsejable preparar el biberón inmediatamente antes de cada toma. No obstante, si se precisa, puede prepararse con antelación y mantenerse en la nevera durante un periodo no superior a 12 horas. En el momento en que haya que utilizarlo se calentará al baño de María. Hay que evitar el uso de microondas para calentar la leche, ya que pueden quedar pequeños grumos que son puntos de mayor calor y pueden quemar al bebé.

Las tomas se espaciarán 2-4 horas durante el primer mes y de 3-5 horas a partir del segundo, siendo frecuente que el bebé a partir del primer mes realice una pausa nocturna de unas 6 horas. Hay que comprobar siempre la temperatura de

la leche antes de ofrecerle el biberón al bebé, esto puede realizarse dejando caer unas gotas sobre el dorso de la mano de quien lo prepare para asegurarse de que no quema.

La leche sobrante de cada toma no puede volver a utilizarse.

Tras finalizar cada toma, la tetina y el biberón se lavarán bien con agua y jabón, utilizando una escobilla específica para ello.

El pediatra indicará la conveniencia de administrar algún tipo de suplemento que complemente a la lactancia (hierro, flúor...) así como el aporte de líquidos entre tomas en caso necesario.

#### La vuelta a casa

La vuelta a casa supone perder el contacto con el personal sanitario que de forma continuada proporcionaba su apoyo durante la estancia en la maternidad. A partir de estos momentos, aunque los padres asumen la responsabilidad de los cuidados del bebé, siguen estando apoyados por los profesionales sanitarios de atención primaria, a través de los programas de recuperación puerperal de la madre, supervisión de la salud infantil, talleres de lactancia, estimulación infantil, masaje infantil...

La vuelta al domicilio con un nuevo miembro de la familia, habrá requerido de una preparación previa, para la cual será conveniente que los padres conozcan aspectos como los siguientes:

- La habitación del bebé conviene que sea soleada y con buena ventilación. La temperatura más adecuada oscilará entre los 20-24°C. En ella deben evitarse las estufas de gas butano y aquellas que tienen libre la fuente de calor (como las eléctricas de infrarrojos) por el peligro que suponen, así como las bolsas de agua caliente para caldear la cuna. Cuando se utilice calefacción, es conveniente humidificar el ambiente, por ejemplo colocando un recipiente con agua sobre el radiador que se renovará diariamente.

# No debe permitirse que se fume en el entorno del niño/a, por ser perjudicial para su salud.

Al principio resultará más cómodo tener al bebé por la noche en la habitación con los padres, pero si se dispone de una habitación para él/ella, será mejor que permanezca en ella durante el día.

- La cuna es mejor que sea fija, amplia para que el niño/a se mueva con libertad y que la separación entre los barrotes, cuando estos existan, sea mínima para que no pueda pasar la cabeza del bebé entre ellos. El colchón debe ser firme para que no se hunda y no deben utilizarse almohadas. No está aconsejada la utilización de pinzas para la sujeción de la ropa

de cama, ya que dificultan la movilidad del bebé y suponen un riesgo de asfixia. Se recomienda acostar al bebé boca arriba y cambiarlo de postura con frecuencia.

- Durante la mayor parte del día el bebé suele **dormir**, pero el ritmo horario lo irá adquiriendo poco a poco con el paso del tiempo y se verá favorecido si se le proporciona una vida regular en la que las distintas actividades del día y en especial las que preceden al sueño nocturno sigan un orden.

- El cordón umbilical requiere unos cuidados especiales. Debe mantenerse seco y limpio para evitar infecciones. Tras el baño y cada vez que se moje con la orina, habrá que limpiarlo con alcohol de 70 grados, moviendo la pinza y llegando al fondo de las hendiduras. Una vez el cordón haya caído, es conveniente seguir curándolo hasta su completa cicatrización.

No deben utilizarse fajas ni polvos de talco.

- El baño ha de plantearse como un momento especial del día que merece toda la tranquilidad posible para que los padres y el bebé disfruten juntos. La habitación donde se realice el baño, debe estar caldeada y sin corrientes de aire. Debe preverse todo lo que se va a necesitar y dejarlo preparado antes de empezar.

Es importante que se compruebe siempre la temperatura del agua antes de meterlo en la bañera, un método tradicional es sumergir el codo en el agua. Ésta deberá estar tibia y se introducirá en ella al bebé muy despacio. Utilizar un jabón neutro y lavarle con la mano, con ello se conseguirá sumar a la higie-

ne de su piel, un efecto acariciador y relajante en todo el cuerpo. A conti-

nuación hay que secarle cuidadosamente sin restregar y tener especial cuidado en el secado de pliegues y axilas.

Se puede aprovechar este momento en que el niño/a está limpio y desnudo con la habitación caldeada, para aplicar una crema hidratante o aceite para bebé, y realizar la técnica del masaje, siempre y cuando el bebé esté receptivo.



- Para la limpieza de los ojos, se utilizará una gasa empapada en agua templada para cada ojo, que se desechará en cada ocasión. El arrastre se hará siempre desde el ángulo interno hacia el externo.
- Del mismo modo, la parte externa de los oídos se limpiará con una gasa distinta para cada oído. Se desaconseja el uso de bastoncillos.
- Las uñas deben cortarse con unas tijeras romas, sin apurar por los lados y en sentido recto, tanto las de las manos como las de los pies. Si se precisa, pueden cortarse desde el primer día.
- Se aconseja que la **ropa** del bebé sea ligera, de fibras naturales, de fácil manejo y sin adornos, como puntillas o lazos que puedan molestarle o suponer un peligro. Del mismo modo se evitarán las prendas que suelten pelo. Hay que tener en cuenta que el niño/a no necesita más abrigo que un adulto, no obstante, dada la inmadurez de su sistema circulatorio periférico, suele tener las manos y los pies fríos, por lo que es conveniente abrigarle los pies con calcetines, o botines blandos, en función de la época del año.

- Es aconsejable lavar la **ropa** del bebé aparte de la del resto de la familia, utilizando un jabón neutro para que los restos que puedan quedar de éste no irriten su piel. Hay que evitar suavizantes y lejías.

Un consejo práctico es que no se compre un exceso de ropa, puesto que el bebé crece rápidamente y se le queda todo pequeño muy pronto.

- El cambio de **pañales** en el recién nacido debe realizarse frecuentemente para evitar irritaciones en la piel (de 6-8 veces/día durante los primeros meses) y en cualquier caso siempre que se encuentre sucio y después del baño. Debe elegirse un lugar cómodo y seguro para realizar el cambio, tanto para quien lo realice como para el niño/a y tener preparado a mano todo lo necesario, con el fin de no tener que dejarlo solo en ningún momento.

Hay que utilizar agua templada y jabón neutro para la higiene de la zona y realizar la limpieza siempre desde los genitales hacia el ano. Es importante que la zona quede bien seca y es eficaz contra las irritaciones dejar el culito al aire un rato antes de colocarle de nuevo el pañal.

Cuando se requiera realizar el cambio de pañal fuera de casa, son de gran utilidad las toallitas húmedas desechables. Durante el cambio del pañal se observará la posible aparición de cualquier irritación o marca roja en la piel, con el fin de tratarla lo antes posible.

- El apetito es uno de los aspectos que más preocupa a los padres y es causa de frecuentes consultas al pediatra. Debe partirse de la premisa de que el bebé come bien. Algunos comen más que otros, pero lo importante es que la cantidad sea suficiente y que se vea reflejada en el aumento de peso. Si el niño/a se manifiesta despierto, vivaz y activo fuera de horas de comida, no existe motivo de preocupación. La mejor actitud de los padres es no forzarles y dejar que sigan su propio ritmo. La ansiedad de muchos padres es determinante en la falta de apetito de sus hijos/as, sobre todo cuando convierten la comida en el principal parámetro para valorar la actitud general del niño/a.

Cuando un bebé asocia la alimentación a una situación gratificante, está sentando las bases para que su futura relación con la comida se establezca de forma adecuada.

- En los lactantes suele ser frecuente la aparición de pequeños trastornos digestivos como las regurgitaciones, se trata de la salida de leche del estómago, generalmente con el eructo, tras una toma. Cuando sale con mayor fuerza se llama vómito, que no debe inquietar si la cantidad de leche es escasa o aparece de forma ocasional. Como norma no debe preocupar, siempre que el niño/a gane peso de forma adecuada. Otro trastorno frecuente es el llamado cólico del lactante que se manifiesta por un llanto repentino, episódico, prolongado e inconsolable, de unas 2-3 horas de duración al día, más habitualmente por la tarde/noche. Suele ir acompañado de ruidos intestinales, expulsión de gases, abdomen tenso y flexión de los miembros inferiores sobre el abdomen. Los cólicos pueden presentarse tanto si la alimentación del bebé

es con lactancia natural como con leches artificiales. Si son muy frecuentes, puede ser de ayuda mecerlo, pasearlo, bañarlo, darle masajes haciendo pequeños círculos alrededor del ombligo y siguiendo la dirección de las agujas del reloj, hacerle pedaleos con las piernas, flexionarle ambas piernas a la vez sobre el abdomen... Lo más importante en estos casos es que los padres mantengan una actitud serena e intentar ayudarle a tranquilizarse.

- Las deposiciones tienen grandes variaciones en relación con la consistencia, color y frecuencia dentro de la normalidad. Si el bebé está tranquilo y gana peso adecuadamente, no deben ser motivo de preocupación.
- El paseo diario, desde la vuelta a casa, es beneficioso tanto para el bebé como para la madre, ya que para el bebé supone un estímulo a la vez que suele relajarlo y a la madre le ayudará a recuperar el tono muscular.

Debe procurarse que el paseo se realice por lugares tranquilos, alejados de ruidos y humos, aprovechando las horas de sol en invierno y evitando las horas centrales del día en verano, así como la exposición directa al sol. Con ello se favorecerá la síntesis de vitamina D que permite la fijación del calcio en los huesos.

# En los bebés menores de 6 meses no se recomienda la utilización de cremas con protección solar.

- El juego y la comunicación oral con el bebé son aspectos fundamentales para su desarrollo, por ser elementos importantes para el proceso de maduración del niño/a, por ello es conveniente iniciarlo lo antes posible.

Cuando el bebé esté despierto conviene hablarle, repetirle su nombre, no importa tanto lo que se le diga como el tono con el que se haga. Las canciones sirven para relajar, tranquilizar y transmitir seguridad al niño/a, por ello las madres han rescatado intuitivamente las nanas de sus recuerdos para transmitirlas. Éstas, están compuestas por elementos perfectamente coordinados, como el pulso, la melodía y la letra. Son lentas, sencillas, sin variaciones imprevistas y con melodías y mensajes reiterativos. Se cantan en tono bajo y comunican tranquilidad y armonía.

- El primer juguete del bebé es su propio cuerpo, a través de él tiene sus primeras experiencias táctiles y visuales, favoreciéndose éstas a través de la gimnasia y el masaje del recién nacido.

Es conveniente colocar al alcance del niño/a juguetes sencillos, fáciles de lavar, sin bordes ni aristas, de colores vivos, sin pinturas tóxicas y que estimulen el tacto, el oído y la vista con lo que se consigue potenciar la habilidad de manos y pies, ya que cuando estimulamos dos sentidos al mismo tiempo, se favorece la capacidad de concentración y aumentamos su curiosidad.

Por medio del tacto se percibe la aspereza o la suavidad, la dureza o la blandura, el frío o el calor. Todas estos conocimientos se irán almacenando para formar parte de la propia experiencia. El bebé acumula experiencias a través de su cuerpo gracias al movimiento y a las relaciones afectivas y emocionales vividas. Ambas experiencias motoras y emocionales, influyen de forma decisiva en su evolución.

- La prevención de accidentes en la infancia debe iniciarse desde que el bebé nace, ya que van a realizarse múltiples actuaciones sobre él para su cuidado y atención. Los padres deberán estar atentos a toda una serie de medidas cuando lleguen al hogar.

Para evitar posibles caídas nunca debe dejarse al niño/a solo en alturas, tales como cambiadores, camas, etc, aunque se crea que todavía no se da la vuelta solo.

El uso de adornos, como cadenas, anillos, imperdibles, etc, pueden ser causa de arañazos, heridas, asfixia...

Para evitar quemaduras hay que prestar especial atención a la temperatura del agua de la bañera, del biberón, así como a la exposición al sol. No utilizar nunca almohadillas eléctricas para calentar la cuna.

Para la seguridad del bebé mientras permanezca en su habitación, hay que considerar el tipo de calefacción que se utiliza, ya que algunas de ellas consumen el oxígeno del aire, creando un ambiente nocivo para el niño/a, además las sábanas de la cuna es conveniente que sean ajustables para evitar los pliegues y la posibilidad de que el niño/a se asfixie. No utilizar almohadas por el mismo riesgo y vigilar la postura del bebé, y las regurgitaciones.

Aunque se piense que tener a la vista al bebé garantiza su seguridad, no siempre es así, por ejemplo la cocina es un lugar potencialmente peligroso en el que no debe tenerse al niño/a.

Cuando hay otros niño/as pequeños en la casa, no es conveniente que se queden solos con el bebé, puesto que a esas edades no son conscientes de los peligros que pueden derivarse de algunos de sus comportamientos.

> Tampoco dejar nunca a los niño/as solos con animales.

En caso de que el bebé utilice chupete, hay que tener en cuenta algunas recomendaciones para su seguridad, tales como que sea de una sóla pieza y no atarlo con cadena, lazos, imperdibles o cordones.

En el automóvil, los niño/as nunca deben llevarse en brazos, ya que en caso de accidente sería imposible retener al pequeño/a. Utilizar sistemas de sujeción específicos y homologados en función del peso del niño/a. Los recién nacidos podrán ir en el cuco para recién nacidos o con el arnés de seguridad para capazo.

Los cucos para recién nacidos son totalmente rígidos y van provistos de una red antiproyección o de un cinturón de tres puntos de anclaje. Se coloca en el asiento trasero y en posición transversal. Se sujeta con los cinturones del propio vehículo o con cinturones suplementarios que se venden con el cuco. Su principal ventaja es la comodidad del niño/a, al ir tumbado en su habitáculo normal, y la desventaja, que ocupa todo el asiento trasero.

El arnés de seguridad para capazo es una estructura que se vende aparte, normalmente en tiendas de equipamientos infantiles y sirven para anclar el capazo del cochecito de paseo. Tiene las mismas ventajas y desventajas que el anterior. A partir de los 9 Kg de peso, el bebé podrá ir en una silla para el asiento trasero en el sentido de la marcha.

En ningún caso se colocará el dispositivo de retención infantil en un asiento que disponga de air-bag.

Los adultos deben utilizar en todo momento el cinturón de seguridad para dar ejemplo a los niños/as.

El Ministerio del Interior edita folletos divulgativos sobre medidas de seguridad vial, destinadas a los profesionales sanitarios y a la población en general y que pueden conseguirse a través de los Departamentos de Educación Vial de las Jefaturas Provinciales de Tráfico.

# **BIBLIOGRAFÍA**

- Behrman RE, Kliegman RM, Hal BJ. Nelson. Tratado de pediatría. Madrid: Mc Graw-Hill- Interamericana, 2000.
- Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública. Programa de supervisión de la salud infantil. Valencia: Generalitat Valenciana, 1997.
- Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Guía dirigida a profesionales sanitarios sobre dispositivos de seguridad infantil dentro del automóvil. Salamanca: Junta de Castilla y León, 1999.
- Santos L, Benlloch MJ, Beseler B, Fernández A, Ferriol M, Lucas ML, "et al.". Los consejos de tu pediatra. Dénia: Ayuntamiento de Dénia, 2000.
- Sears M, Sears W. Los 25 principios de la nueva madre. Barcelona: Ediciones Medici, 1998.
- Villelabeitia JA. Manual de consulta para enfermería. 100 problemas más comunes en el cuidado de los niños. Barcelona: Novartis Nutrition S.A, 1998.

LA AVENTURA DE SER PADRES guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio

# FICHA 1 (CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO)

# TORMENTA DE IDEAS EN TORNO A LOS CUIDADOS DEL BEBÉ

# **OBJETIVOS**

- Identificar creencias y actitudes sobre la crianza que responden a criterios diferenciadores según sexo, tópicos, etc.
- Dar información veraz sobre las necesidades del bebé para facilitar su desarrollo armónico.

# **MATERIAL**

- Sillas, pizarra, tiza.

#### **TIEMPO**

+/- 20 minutos.

# **METODOLOGÍA**

- Se pide al grupo que se sienten en círculo.
- Se invita a los asistentes a que, por turno, expresen la primera idea que se les ocurra, en relación a inseguridades, dudas o miedos en torno a los cuidados del recién nacido.
- Se van anotando en la pizarra, todas las ideas que vayan surgiendo en dos o tres vueltas de turno de palabra, hasta que se agoten las ideas.
- Se agrupan las ideas y se anotan por similitud.
- La monitora realiza aclaraciones respecto a las dudas expresadas.
- La monitora resalta entre las ideas expresadas aquellas que responden a: los tópicos, las actuaciones estereotipadas según sexo y rutinas.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

- Es importante desentrañar entre los comentarios habituales, aquellos que responden a los tópicos, actitudes sexistas, que conlleven violencia, etc, para lo cual se aconseja hacer una escucha crítica.

la anticoncepción en el puerperio: una necesidad

Joaquín García Ma José Nebot Jorge Perpiñá

# anticon ce Pción en el Plerperio

#### **JUSTIFICACIÓN**

Después del parto, el cuerpo de la mujer necesita que transcurra un periodo de tiempo que permita la recuperación y la readaptación de su anatomía y fisiología.

Aunque las relaciones coitales pueden reiniciarse pasadas 4-6 semanas tras el parto, es necesario espaciar un nuevo embarazo en dos años como mínimo, para reducir la morbi-mortalidad materno-infantil. Por ello la necesidad de utilizar de forma temprana los métodos anticonceptivos.

La recuperación de la fertilidad tras el parto varía en función de las peculiaridades y circunstancias de cada mujer, por lo que el consejo contraceptivo debe individualizarse para cada una de ellas, debiendo tenerse en cuenta para ello la circunstancia de que la madre esté lactando o no.

#### **OBJETIVOS**

- Conocer los cambios fisiológicos de la mujer en el puerperio que van a influir en la fertilidad.
- Informar de las características de los diferentes métodos anticonceptivos, matizando los aspectos relacionados con su utilización en esta etapa.
- Contribuir a que las parejas decidan el método anticonceptivo más adecuado en este periodo y de acuerdo con sus preferencias.

#### **DESARROLLO DE CONTENIDOS**

#### 1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO Y RECUPERACIÓN DE LA FERTILIDAD

El puerperio comprende el periodo de tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta la aparición de las primeras menstruaciones. Durante este periodo, el organismo femenino sufre una serie de cambios fisiológicos importantes y rápidos con los que retorna al estado físico previo al embarazo. La duración es variable, siendo la media de seis a ocho semanas para las mujeres que no lactan y alrededor de seis meses para las que lactan.

El puerperio se divide en dos etapas: el puerperio anatómico, en el cual el organismo de la mujer vuelve a recuperar la normalidad, con una duración de unos 40 días y el puerperio fisiológico que finaliza con la aparición de las menstruaciones. La vagina recupera su forma y tamaño anterior en tres semanas, concluido ya el proceso de cicatrización de la episiotomía. La mucosa vaginal suele permanecer atrófica en las mujeres lactantes amenorreicas, siendo en ocasiones causa de dispareunia. El útero vuelve a su tamaño previo a la gestación hacia el final de la sexta semana, momento en el que ya ha finalizado la expulsión de los loquios.

Clásicamente se contraindicaba la actividad coital en las primeras seis semanas tras el parto. En la actualidad no existe un tiempo definido ya que la desaparición de los loquios y la conclusión del proceso de cicatrización de la episiotomía no tienen una duración específica. Por otra parte, tras el parto se producen una serie de cambios psicológicos en la mujer que influyen en el deseo sexual.

La recuperación de la fertilidad (ovulación) será diferente en las mujeres que lactan de las no lactantes. En las mujeres que no amamantan se restablece el ciclo ovárico normal a las cuatro o seis semanas del parto, apareciendo la menstruación que puede estar precedida de ovulación. En las primeras seis semanas el 40% de estas mujeres han menstruado y la mitad de estas menstruaciones ocurre con ciclos ovulatorios, que ya pueden producirse a los 25 días tras el parto. En las mujeres a las que se les inhibe la lactancia tras el parto mediante fármacos antidopaminérgicos, la ovulación puede presentarse antes.

En las mujeres que amamantan, la prolactina (PRL) actúa a nivel central suprimiendo la secreción pulsatil de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y con ello de hormona estimulante del folículo (FSH), hormona luteinizante (LH) y la síntesis de progesterona. Esta inhibición hormonal es la que puede conferir un cierto valor anticonceptivo a la lactancia.

A la vista de todos estos datos sería recomendable que se realizara una visita de consejo anticoncepcional alrededor de las tres semanas tras el parto.

# 2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL PUERPERIO

Tabla I. Clasificación y eficacia (real y teórica) de los métodos anticonceptivos

MÉTODO ANTICONCEPTIVO		I.P Teórico*	I.P. Real**
Métodos naturales	Naturales: Ogino-Knaus	10-14	20-40
	Temperatura basal	2-10	20
	Moco cervical	0,06-2,8	20
	Sintotérmico	0,5	20
	Lactancia prolongada	2	4-10
	Coitus interruptus	5	18-40
	Diafragma y capuchón cervical	2,6-3,8	18
Métodos barrera	Preservativo: Masculino	2	12-14
	Femenino	2,6	13-18
	Espermicidas	5	21
	Inertes	0,6-2	0,6-2
Métodos intrauterinos(DIU)	Liberadores de iones	0,6-2	0,6-2
	Medicados	<0,1	0,8
	Orales: Combinados	0,12-0,34	3-8
	Sólo gestágeno.	0,5	3
Métodos hormonales	Intramusculares: Combinados	1	2-17
	Sólo Gestágeno	0,3-1,2	1,5-16,
	Implantes	0,05	0,05
Métodos quirúrgicos	Esterilización tubárica	0,4	0,4
	Vasectomía	< 0,1	<0,1

Índice de Pearl: se define como la cantidad de fracasos por 100 mujeres-años de uso; y viene dado por el cociente entre el número de fallos de un método determinado, multiplicado por 1200 y dividido por el número de meses de exposición.

Índice de Pearl teórico: tasa de embarazos por 100 mujeres en un año de utilización ideal del método anticonceptivo.

<sup>\*\*</sup> Índice de Pearl real: tasa de embarazos por 100 mujeres en un año al utilizar un método anticonceptivo.

# Métodos naturales

Definidos por la OMS como "las técnicas para evitar el embarazo o planificar su instauración, a través de la observación de los síntomas y signos que se producen de forma natural en las fases fértil y estéril del ciclo menstrual". Suponen el conocimiento de los cambios fisiológicos del ciclo femenino normal para identificar la ovulación. Entre ellos cabe destacar: el método de la temperatura basal corporal, el del moco cervical, los sintotérmicos, el del calendario (Ogino-Knaus) y los actuales que aplican las nuevas tecnologías para detectar la ovulación (detección del pico de LH o del glucorónido de estrona).

Tabla II. Descripción de los métodos naturales

MÉTODO NATURAL	DESCRIPCIÓN	
Temperatura basal corporal	Cálculo de la ovulación detectando el ascenso térmico tras la misma.  Tomar y registrar la temperatura a la misma hora por la mañana antes de levantarse.	
Moco cervical (Billings)	Cambios en la cantidad y filancia del moco cervica que aparecen antes de la ovulación. Adiestramiento en apreciar estos cambios por parte de la propia mujer	
Sintotérmicos	Detección de la ovulación combinando la temperatura basal y el moco cervical	
Ritmo o calendario (Ogino-Knaus)	Registro de doce ciclos menstruales y cálculo de los días fértiles al restar 19 al ciclo más corto y 10 al ciclo más largo.	
Nuevas tecnologías	Sistemas y aparatos que detectan el ascenso de pico de LH o de glucorónido de estrona en orina	

Dado que en la puérpera no se han instaurado de forma regular los ciclos menstruales y la baja efectividad de los métodos naturales, no se suelen recomendar como método anticonceptivo.

# Método de la lactancia y amenorrea (MELA)

Ya se ha descrito el efecto de la lactancia en la recuperación de la fertilidad. Con cada succión del lactante, se produce un aumento de beta endorfinas que disminuye la liberación de GnRH y por consiguiente se inhibe el eje hipófisis-ovario. Esta acción se ve reforzada por la inhibición de la dopamina que causa un aumento de secreción de prolactina la cual refuerza la inhibición de la ovulación.

Con lactancia exclusiva, aparece menstruación a los seis meses en el 50% de las mujeres, aunque la ovulación puede ocurrir en el 5% de estas mujeres a las seis semanas del parto y en el 25% a las doce semanas. Tras interrumpir la lactancia materna la ovulación suele producirse en los siguientes 15 a 30 días.

Este método llamado de la amenorrea de la lactancia (MELA) consiste en que el bebé tome lactancia exclusiva y con frecuencia, tanto de día como de noche, que el bebé sea menor de 6 meses y que la madre permanezca en amenorrea. Para aumentar su eficacia se aconseja la utilización añadida de un método de barrera.

# Coito interrumpido

Pese a que no se recomienda como método anticonceptivo, la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación, es un procedimiento ampliamente utilizado en nuestra sociedad (entre el 5 al 70%), con una tasa de fallos variable entre el 10 al 20%, relacionada con la posible presencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio y un bajo autodominio por parte del varón.

# Diafragma y capuchón cervical

Son dispositivos semiesféricos de goma fina con un aro metálico flexible que se adaptan a la vagina (diafragma) o al cuello uterino (capuchón) y dificultan el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina. Se recomienda su asociación a cremas espermicidas para aumentar su eficacia. Existen diferentes tamaños para una mejor adaptación a la anatomía de cada mujer y para su utilización se debe realizar una revisión de la vagina y cuello uterino, tomar las medidas desde fondo de saco de Douglas hasta pubis y adiestrar a la mujer en la colocación y retirada. Su eficacia anticonceptiva llega hasta el 95-97% cuando su utilización es adecuada. Si la mujer usó el diafragma antes del embarazo es probable que el tamaño anteriormente utilizado no le sirva por los posibles cambios en su anatomía.

# Preservativo masculino

Se trata de una funda de látex que se adapta al pene en erección, con un reservorio en el extremo ciego que sirve para recoger la mayor parte del eyaculado. En la actualidad es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados por su papel preventivo, no sólo del embarazo, sino de las infecciones de transmisión sexual (ITS), principalmente el Sida. Tiene una elevada eficacia anticonceptiva si se utiliza de forma adecuada, con un índice de fallos teórico del 2% y real del 12%. Las alergias al látex y la posibilidad de filtración de partículas víricas han condicionado la búsqueda de nuevos materiales en su fabricación: poliuretano, elastómero termoplástico y tactylon.

En el puerperio es un método muy recomendable ya que no interfiere en la producción de leche materna. Se debe informar sobre el uso correcto proporcionando instrucciones escritas. Dado que es probable el uso de cremas lubricantes, habida cuenta de la sequedad vaginal, se orientará sobre el uso de cremas en base hidrosoluble que no alteran los preservativos. La asociación a cremas u óvu-

# Preservativo femenino

Funda de poliuretano cerrada por un extremo, con dos anillos flexibles: uno fijado en el extremo abierto situado sobre la vulva y otro libre en el interior que sirve para fijar el extremo ciego en el fondo de la vagina cubriendo el cérvix igual que el diafragma. Presenta una tasa de fallos del 2,6 al 12,4% y proporciona además protección frente a ITS. Debe instruirse en su utilización, para un uso adecuado.



# Espermicidas

Son sustancias químicas (hexacloruro de benzalconio y nonoxinol-9) con acción lesiva sobre los espermatozoides, comercializados en forma de crema y minióvulos (en este caso se colocan dentro de la vagina unos 10 minutos antes del coito). Pueden servir como barrera para el paso de los espermatozoides hacia el cuello uterino. No se debe lavar la vagina tras la relación coital y se colocará una nueva dosis ante un nuevo coito.

El nonoxinol posee in vitro acción bactericida y virucida, especialmente sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se ha asociado a disminución de la neoplasia cervical intraepitelial.

La eficacia de los espermicidas se señala entre el 79 al 95%, cuando se utilizan unidos a otros métodos anticonceptivos (preservativo, diafragma, capuchón o dispositivo intrauterino), siendo de baja efectividad si no se utiliza asociado a otro método. Ya se ha comentado la acción lubricante que puede proporcionar.

# Dispositivo intrauterino (DIU)

La colocación de un cuerpo extraño intraútero con fines anticonceptivos ya la describió Hipócrates, pero no es hasta el año 1960 cuando se comercializan los dispositivos intrauterinos. Inicialmente estos dispositivos son de poliuretano (recubiertos de bario para poder ser detectados mediante rayos X) a los que se les añaden metales que eliminan iones (cobre y/o plata) para aumentar la eficacia anticonceptiva y es más reciente la introducción de dispositivos medicados con gestágenos.

Según su composición los DIUs pueden clasificarse en:

- Inertes (de polietileno)
- Liberadores de iones (cobre, plata u oro)
- Medicados (progesterona o levonorgestrel)

Los mecanismos de acción de los DIUs inertes y liberadores de iones no está del todo clara. No existe evidencia científica que demuestre que la eficacia del DIU se deba a la capacidad de interferir la implantación del huevo fecundado, siendo el posible mecanismo de acción principal los efectos lesivos que produce en el óvulo y en los espermatozoides, reduciendo así las posibilidades de fecundación. El gestágeno de los dispositivos medicados producen cambios en el endometrio (atrofia o pseudoatrofia) creando un endometrio hostil a los espermatozoides, a su migración y a la implantación del huevo fecundado.

La duración de la actividad anticonceptiva en los DIUs liberadores de iones está en función de la carga, habitualmente entre 3 a 5 años.

Las contraindicaciones absolutas para la utilización del DIU son: embarazo, sangrado uterino no filiado, anomalías de la cavidad uterina, infección genital aguda, enfermedad de Wilson y terapia anticoagulante. Como contraindicaciones relativas se describen, alto riesgo de infecciones de transmisión sexual (no pareja estable), dismenorrea, hipermenorrea, estenosis cervical, anemia ferropénica, coagulopatías, valvulopatías, inmunodepresión y antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria. La eficacia de los DIUs es muy alta con un Indice de Pearl de 0,6 al 2%, siendo muy superior la de los dispositivos medicados.

La inserción de un DIU en el postparto puede realizarse:

- Postplacentaria: a los diez minutos del alumbramiento de la placenta.
- En el puerperio inmediato: a las 48 horas del parto.
- En el puerperio tardío: entre las cuatro y las seis semanas tras el parto.

Se ha asociado a mayor tasa de complicaciones (perforación, infección, expulsión y embarazo) cuando el DIU se inserta tras la expulsión de la placenta y en el puerperio inmediato. Los estudios realizados para investigar estos problemas no encuentran mayor riesgo de infección y de perforación en el postparto que en otro momento. Si que se ha evidenciado una mayor tasa de expulsión, no relacionada con el modelo de DIU, y quizá por ello una mayor tasa de embarazo.

Para la inserción del DIU en el puerperio tardío es recomendable esperar a la involución uterina y al cese de los loquios. Aunque lo ideal es esperar al retorno normal de las menstruaciones, dado que las primeras suelen ser abundantes y suele existir disminución de las reservas de hierro en la puérpera. Podrá insertarse tras realizar las exploraciones que confirmen la normalidad uterina y la ausencia de embarazo.

A la mujer se le informará sobre signos o síntomas que debe consultar, caso de que aparezcan, especialmente aquellos relacionados con enfermedad inflamatoria pélvica.

# Anticoncepción hormonal oral combinada (AHO)

Entre los años 1930 a 1940 se describe la inhibición de la ovulación mediante la administración de altas dosis de progesterona. Con posterioridad se le añadió un estrógeno para evitar o reducir las metrorragias y a finales de 1959 se comercializa el primer AHO combinado que contenía 10 mg de noretinondrel y 150 microgramos de mestranol.

Tras su utilización se publican efectos secundarios cardiovasculares importantes, en relación a las altas dosis de estrógenos y gestágenos, por lo que se investigó la reducción de las dosis de ambos componentes y el desarrollo de nuevos gestágenos. En la actualidad están comercializados preparados desde 15 microgramos de etinilestradiol (EE) y 60 microgramos de gestágeno.

Los esteroides de los actuales AHO son sintéticos, obtenidos por modificación de la molécula natural, el estradiol en los estrógenos y la progesterona o la testosterona en el caso de los gestágenos. El estrógeno utilizado en los AHO comercializados en nuestro país es el etinilestradiol (EE), que se obtiene mediante adición de un grupo etinil al estradiol, modificación que le permite su absorción en el intestino.

Los gestágenos de los actuales AHO son el acetato de ciproterona (derivado de la progesterona natural), levonorgestrel, gestodeno y desogestrel (derivados del anillo del gonano de la testosterona). El acetato de ciproterona realiza además de su acción gestagénica una potente acción antiandrogénica, por lo que su uso se recomienda en mujeres con manifestaciones de hiperandrogenicidad. El levonorgestrel posee una actividad androgénica no despreciable, con acciones negativas en el metabolismo lipoproteico. El gestodeno y el desogestrel no poseen esta acción androgénica.

# Mecanismo de acción

El efecto anticonceptivo de los AHO viene determinado por una acción múltiple en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y en el aparato genital femenino:

- El principal efecto anticonceptivo de los AHO es la supresión de la ovulación: el componente gestagénico inhibe la secreción de la LH y el estrógeno inhibe la FSH. Aunque se produzca desarrollo folicular, no se produce pico endógeno de LH que desencadene la ovulación.
- Alteración del moco cervical provocando un medio hostil para el ascenso de los espermatozoides.
- Inactividad funcional del endometrio con cambios deciduales que dificultarían la implantación.
- Alteración de la mucosa tubárica (sólo comprobado en animales de experimentación).
- Desensibilización del ovario a las gonadotropinas.

En la actualidad existen disponible en nuestro país formulaciones con 21 o con 24 comprimidos, donde cada uno contiene estrógeno (EE) y gestágeno (acetato de ciproterona, levonorgestrel, gestodeno o desogestrel). Se han comercializado tabletas que añaden 4 o 7 comprimidos sin hormonas, para no realizar semana libre de toma. Las combinaciones pueden ser monofásicas (misma dosis todos los comprimidos) o trifásicas (distintas dosis).

# Eficacia

La eficacia teórica es muy alta, con un índice de Pearl entre 0,12 a 0,34, aunque la eficacia real (de uso) puede ser menor, con un índice de fallos del 3 al 8%, relacionados con olvidos, interacciones farmacológicas y alteraciones digestivas.

# Cambios metabólicos inducidos por los AHO

Con los actuales preparados de bajas dosis, los cambios en el metabolismo no tienen repercusión clínica significativa. En la coagulación, el EE crea un estado de hipercoagulabilidad pero también de fibrinolisis, que salvo en mujeres con déficits congénitos de factores de coagulación no incrementa el riesgo de tromboembolismo. La tolerancia a la glucosa y la respuesta a la insulina, se modifican de forma tan discreta que permite la prescripción de AHO con bajas dosis a mujeres con diabetes insulino-dependiente sin vasculopatía y con seguimiento estricto. En el metabolismo de los lípidos, el EE produce efectos beneficiosos al incrementar el colesterol HDL y disminuir el colesterol LDL, efecto contrarrestado por los gestágenos androgénicos, pero no por los nuevos gestágenos no androgénicos. A nivel hepático producen aumento de la síntesis de proteínas transportadoras de esteroides sexuales, cortisol, tiroxina y otras. A nivel de tensión arterial se describe un incremento prácticamente despreciable.

## Efectos adversos de los AHO

Los primeros preparados AHO con dosis muy elevadas de esteroides, se relacionaron con un incremento de enfermedad cardiovascular (trombosis venosa, cardiopatía coronaria isquémica y



accidentes cerebrales vasculares). La disminución de las dosis, los nuevos gestágenos y la adecuada valoración de las mujeres con factores de riesgo (tabaco, edad, dislipemia, obesidad, hipertensas) minimizaron de forma considerable estos efectos secundarios. La introducción del gestodeno y el desogestrel se asoció en diversos estudios publicados en los años 1994 y 1995 con incremento de trombosis venosa, aspecto posteriormente no confirmado y pese a todo, motivo de controversias.

La relación del consumo de AHO y cáncer de mama continúa siendo confuso por la contradicción de los resultados publicados. Los últimos metaanálisis no encuentran un incremento de riesgo o este es muy pequeño (entre 1.3 a 2), asociando el riesgo a mujeres que inician la toma antes de los 20 años o en los primeros 5 años tras la menarquia, factores que no constituyen una contraindicación en la actualidad. En el cáncer de cérvix o las lesiones precancerosas son tan numerosos los factores de confusión, que no puede señalarse una relación entre consumo de AHO y estas neoplasias. En el carcinoma hepatocelular, los últimos estudios ecológicos no encuentran incremento en la mortalidad por esta enfermedad desde que se inicia el consumo de los AHO.

Se ha descrito un gran número de efectos secundarios menores asociados al consumo de los AHO (náuseas y/o vómitos, aumento de peso, cefalea, mastalgia, acné, hirsutismo, depresión, cloasma y cambios en la líbido). En la actualidad con las formulaciones de bajas dosis hormonales estos efectos son mínimos. Existen también muchas creencias erróneas por una inadecuada información. Es muy importante proporcionar a la futura usuaria, información veraz avalada por los estudios científicos.

# Efectos beneficiosos no contraceptivos de los AHO

Se ha señalado una disminución entre 50 a 80% del riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de endometrio, que se incrementa con la duración de uso y se mantiene hasta 10 ó 15 años tras el cese de uso. Disminuye el riesgo de quistes de ovario, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, patología benigna de la mama, produce un adecuado control del ciclo menstrual y mejora la dismenorrea. Se ha relacionado el consumo de AHO con retraso del inicio de artritis reumatoide.

# Contraindicaciones

Tabla III. Contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales orales (AHO)

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS*	<ul> <li>Hipertrigliceridemia grave (&gt;1000 mg/dl)</li> <li>Diabetes mellitus con vasculopatia asociada (retinopatia o nefropatia) y neuropatia.</li> <li>Antecedentes personales de TEV</li> <li>Trombofilia familiar diagnosticada.</li> <li>Ictus cerebral.</li> <li>Episodio de TEV en familiar mientras se determina si tiene componente familiar.</li> <li>Trombofilia, inmovilización prolongada, cirugía abdominal o traumatológica, etc.</li> <li>Tabaquismo en mujeres mayores de 35 años.</li> <li>Antecedente o presencia actual de cáncer de mama.</li> <li>Embarazo.</li> <li>Hemorragia genital no diagnosticada.</li> <li>Hipertensión.</li> <li>Hepatopatía activa</li> </ul>
CONTRAINDICACIONES RELATIVAS (SITUACIONES QUE REQUIEREN UNA VALORACIÓN ESPECIAL)	- Presencia de más de un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular:  Tabaquismo Sobrepeso Dislipemia leve - Valvulopatía Enfermedades que cursan con mala absorción intestinal - Mal cumplimiento previo

<sup>\*</sup> Recomendaciones de la Conferencia de Consenso "Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales" de la Sociedad Española de Contracepción. TEV: tromboembolismo venoso

# AHO en el puerperio

En el tercer trimestre del embarazo existe un incremento de la síntesis y catabolismo de los derivados del fibrinógeno, que alcanza los niveles más altos en el puerperio. Se produce un estado de hipercoagulabilidad que no desaparece hasta pasadas tres semanas del parto vaginal y seis semanas del parto por cesárea. Por este motivo el inicio de AHO en el puerperio, será a partir de 21 dias del parto, tras la realización de una revisión obstétrica en la que no se encuentren hallazgos patológicos.

Aunque no están contraindicados durante la lactancia, es más aconsejable la utilización de anticonceptivos hormonales solo con gestágenos

# Anticoncepción hormonal sólo con gestágeno. Minipíldora. Pill only progestagen (POP)

Durante años se han utilizado diversos preparados hormonales cuyo contenido era exclusivamente un gestágeno (noretisterona, levonorgestrel, norgestrel, linestrol o diacetato de etinodial), aunque nunca se comercializaron en España. En la actualidad contamos en nuestro país con una formulación libre de estrógeno y que contiene 75 microgramos de desogestrel en cada comprimido. Este hecho permite una anticoncepción hormonal en mujeres con contraindicaciones para el uso de los AHO por su componente estrogénico y que puede usarse en el puerperio.

El desogestrel es un gestágeno derivado del anillo del gonano de la testosterona, con alta afinidad para el receptor de la progesterona y una débil actividad androgénica. Tras la administración oral se absorbe y se transforma en su metabolito activo, el etonogestrel, responsable de sus efectos hormonales.

El mecanismo de acción principal es la inhibición de la ovulación que junto al espesamiento del moco cervical, consiguen una alta eficacia anticonceptiva con un índice de Pearl 0,14. Se produce una reducción significativa de los niveles máximos de LH, de producción de hormonas ováricas y del desarrollo folicular. Se evidencia ausencia de ovulación en el 97% de mujeres con 75 microgramos de desogestrel. Puede existir cierto grado de desarrollo folicular, con folículos que pueden alcanzar diámetros de 10 a 30 mm en los primeros meses de tratamiento, que tiende a disminuir con el uso continuado.

El impacto sobre el metabolismo lipídico y en los hidratos de carbono es mínimo y sin repercusión clínica. No se han evidenciado efectos en la coagulación, tensión arterial u otros sistemas fisiológicos. No se han descrito embarazos ectópicos a diferencia de lo referido a otros POP.

Pueden utilizar este tipo de preparado en mujeres con contraindicaciones para los AHO con estrógenos: fumadoras, hipertensión mal controlada, lupus, migrañas con aura o valvulopatías.

# Utilización en el puerperio

La administración de esta minipíldora en la mujer lactante no se asocia a modificaciones en la cantidad y calidad de la leche. Puede administrarse tras el parto o en el transcurso de las primeras cuatro semanas. Se recomienda esperar tres días tras el parto para que los niveles de estrógenos y progesterona del embarazo disminuyan y se establezca la lactancia. Si la mujer no lacta puede iniciar la toma en los primeros siete días tras el parto.

# Anticoncepción hormonal inyectable

Se trata de una anticoncepción hormonal de depósito administrada cada mes o cada tres meses, que pretende incrementar la eficacia de la anticoncepción hormonal oral al mejorar el cumplimiento. Disponemos de dos preparados comercializados en nuestro país:

- Depoprogevera inyectable (150 mg de acetato de medroxiprogesterona en suspensión acuosa de microcristales), cada 3 meses.
- Topasel (150 mg de acetofénido de algestona y 10 mg de enantato de estradiol) en inyección mensual.

La inyección mensual estroprogestativa presenta las mismas características que los AHO combinados, produciendo ciclos de 24 a 30 días. Debe inyectarse el 8º día del ciclo menstrual (entre el 7º al 10º) en inyección intramuscular profunda y jeringa de 2 cc.

La inyección trimestral cuenta con una gran utilización a nivel mundial, principalmente en países subdesarrollados. Su mecanismo de acción es el descrito en los POP y su principal inconveniente son las alteraciones menstruales en forma de sangrado irregular y amenorrea que se presentan hasta en el 70% de las usuarias, produciendo amenorrea en el 50% de usuarias en el primer año. Las consideraciones descritas para los POP sirven para este método. En mujeres epilépticas se describe una disminución de la frecuencia de las convulsiones por las propiedades sedantes de los gestágenos y la elevación del umbral de las convulsiones.

Aunque sin evidencia científica, se recomienda acortar el tiempo entre las dos primeras dosis a 30 ó 45 días para disminuir los sangrados.

# **Implantes**

Se trata de cápsulas de material plástico impregnadas de un gestágeno, las cuales se insertan de forma subcutánea en la piel y liberan cantidades constantes del mismo, con lo que provocan una acción anticonceptiva por las alteraciones en el moco cervical y en el endometrio, con una supresión ovárica en el 50% de las mujeres. Se ha utilizado levonorgestrel en preparados con 6 y 2 cilindros (Norplant) y está próxima la comercialización de un nuevo implante (Implanón) de una sola varilla conteniendo etonogestrel (el metabolito activo del desogestrel). Puede retirarse cuando produzca problemas o se desee el retorno de la fertilidad.

Con el uso del Implanón se describe menor incidencia de sangrado irregular y mayor de amenorrea. Las características son las referidas a los POP, con posibilidad de uso en el puerperio incluida la lactancia.

#### Vasectomía

Método anticonceptivo quirúrgico considerado irreversible, que consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes por vía escrotal, realizada de forma ambulatoria con anestesia local. Su alta eficacia, sencillez, escasos efectos secundarios a corto y largo plazo y la facilidad de la técnica, ha posibilitado el incremento y popularidad de este método anticonceptivo en la actualidad. Al seccionar y ligar los conductos deferentes se bloquea el paso de los espermatozoides, por lo que en el eyaculado sólo aparecerá líquido seminal. La tasa de fallos es menor del 0,1%, siempre y cuando se haya realizado un espermiograma a los tres meses de la intervención, en el que se observe azoospermia.

Pese a considerarse irreversible, pueden reanastomosarse los conductos deferentes mediante técnicas de microcirugía, aunque la fertilidad posterior nunca alcanza el 100%, dependiendo del tiempo transcurrido desde la intervención y de la cantidad de conducto deferente resecado. Se relacionó la vasectomía a un mayor riesgo de cáncer de próstata, aspecto descartado con posterioridad, asociado a un sesgo de selección.

# Ligadura u oclusión tubárica

Se trata de otro método quirúrgico considerado irreversible que consiste en la oclusión o sección de las trompas de Falopio, bloqueando el paso del espermatozoide para fecundar al óvulo y el del óvulo para ser fecundado. Existen diferentes vías de abordaje (laparotómicas, laparoscópicas, transcervicales y colpotómicas) y se han descrito diversas técnicas quirúrgicas laparotómicas (Pomeroy, Irving, Uchida, Kroener). Para la oclusión se han descrito el uso de diversos dispositivos mecánicos (Hulka, Filshie, Yoon...), aunque la técnica más utilizada en la actualidad es la electrocoagulación bipolar mediante laparoscopia.

La necesidad de anestesia general incrementa la morbimortalidad de este método, al que se asocian una serie de secuelas tales como trastornos menstruales post-intervención, necesidad de cirugía posterior y problemas psicológicos.

Puede realizarse en el puerperio inmediato, aprovechando la estancia de la mujer en el hospital. El acceso a la cavidad uterina puede hacerse por minilaparotomía periumbilical dado el tamaño uterino.



# LA AVENTURA DE SER PADRES quía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio

La eficacia anticonceptiva es alta, con una tasa de fallos del 0,4% que es menor cuando mayor es la experiencia del cirujano y se realiza resección de las trompas. La repermeabilización tubárica puede realizarse mediante microcirugía pero se asocia a un incremento de embarazos ectópicos y a un mayor coste económico que el uso de técnicas de reproducción asistida.

# 3. ELECCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL PUERPERIO

Con frecuencia la anticoncepción en el puerperio no ha sido considerada de forma prioritaria, debido a la gran sucesión de cambios y adaptaciones que durante esta etapa experimenta la dinámica familiar y la relación de la pareja. Sin embargo, la posibilidad de un embarazo no puede descartarse, ni dejarse la anticoncepción a la improvisación. El planteamiento previo de la pareja sobre planificación para poder elegir un método anticonceptivo que sea aceptado por ambos, supone una garantía respecto a la efectividad del mismo y posibilita unas relaciones más gratificantes, que respondan a las expectativas de ambos.

# **BIBLIOGRAFÍA**

- Bajo Arenas JM, González de Aureo Laborda R. Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio. En Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio normales. Zaragoza: Wyet-Lederle, 1995; 367-380.
- Bajo Arenas JM, Martínez Pérez O. Métodos de anticoncepción en el postparto. En Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio normales. Zaragoza: Wyet-Lederle, 1995; 527-539.
- Dexeus S, Pellicer A, Simón C. Contracepción en el siglo XXI. Cuadernos de medicina reproductiva. Madrid: Editorial Panamericana, 2001; 7 (2).
- Pérez Campos E, García Cervera J, Alvarez de Sotomayor M. y Bernabeu Pérez S. Normas de uso II: pautas de actuación en situaciones concretas. En Buil Rada C. Manual de anticoncepción hormonal oral. Zaragoza: Wyet-Lederle, 1997; 165-185.

LA AVENTURA DE SER PADRES guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio

# FICHA 1 (ANTICONCEPCIÓN) ELEGIR VUESTRO MÉTODO

# **OBJETIVOS**

- Conocer los diferentes métodos anticonceptivos y su efectividad.
- Identificar el método anticonceptivo más adecuado para este momento según sean las circunstancias personales.
- Comprender la importancia de instaurar un método anticonceptivo de forma temprana tras el parto.

#### **MATERIAL**

- Pizarra, tiza y/o rotuladores, sillas, muestras de métodos anticonceptivos.

#### **TIEMPO**

+/- 50 minutos.

# **METODOLOGÍA**

La monitora explica al grupo los distintos métodos anticonceptivos:

- Los métodos naturales y su efectividad.
- Muestra los métodos barrera, explica su forma de uso, aplicaciones, contraindicaciones y efectividad. Se van pasando de uno a otro las muestras para conocerlas.
- Los distintos métodos hormonales, sus diferentes indicaciones, contraindicaciones y efectividad.
- Los métodos intrauterinos, tipos, indicaciones, contraindicaciones y efectividad.
- La vasectomía y la ligadura tubárica, la técnica para su realización, indicaciones, contraindicaciones y efectividad.
- Se realiza un turno de preguntas para que la monitora pueda aclarar todas las dudas que se hayan planteado en la exposición.
- Se resaltan los métodos más adecuados para esta etapa.

LA AVENTURA DE SER PADRES guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio

- Se explica el proceso por el cual la mujer vuelve a ser fértil, aclarando creencias erróneas, que en ocasiones han llevado a embarazos no deseados y no recomendables para la salud de la mujer.

# **NOTAS PARA LA MONITORA**

Tener muestras de los métodos anticonceptivos.







