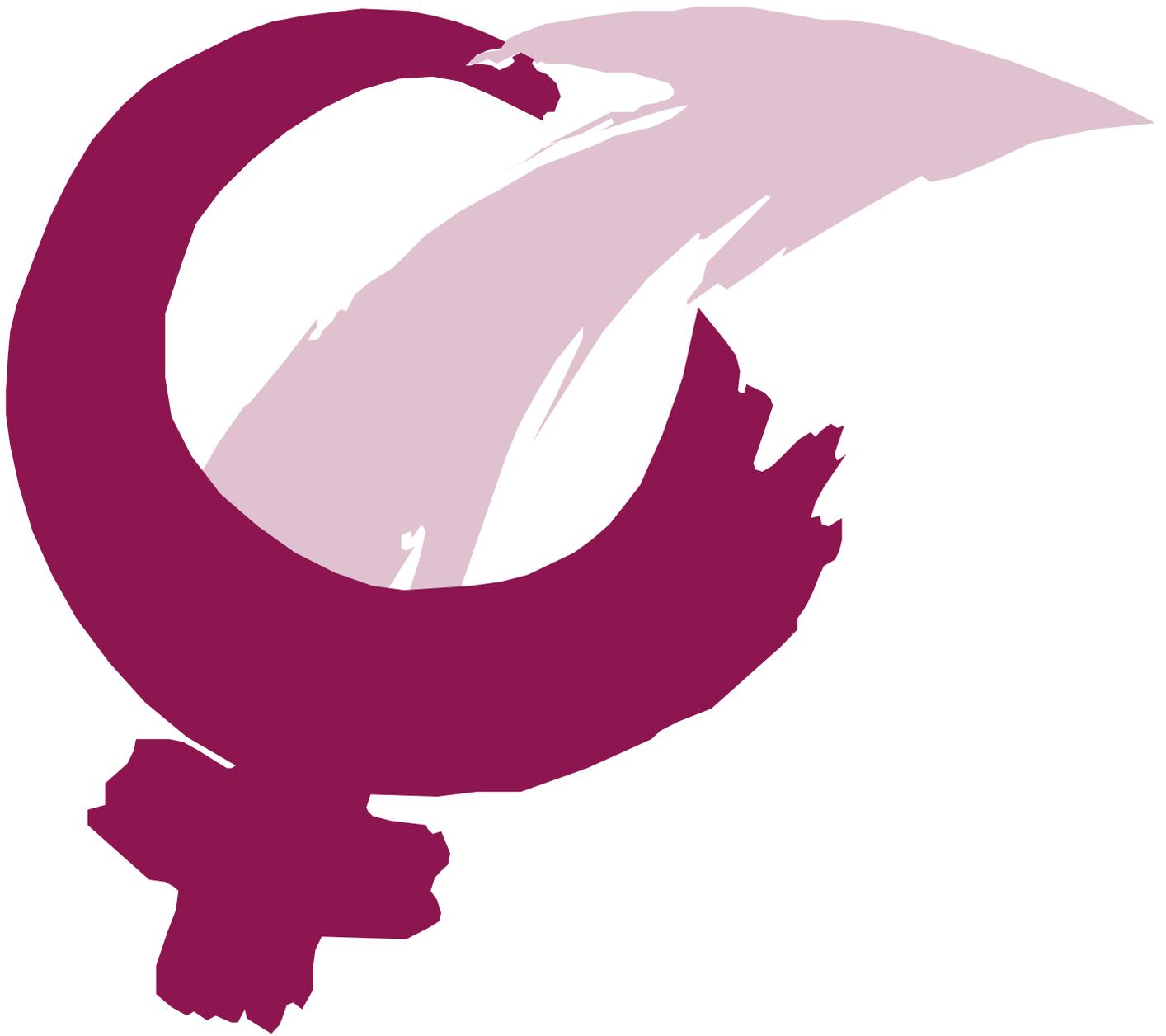


Preparación a la maternidad y paternidad

Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva
(P.A.S.A.R.)



Preparación a la maternidad y paternidad

Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva

(P.A.S.A.R.)

COORDINACIÓN GRUPO DE TRABAJO PASAR:

Rita Tristancho Ajamil.

*Jefa de Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación
de la Dirección General de Programas Asistenciales.*

M^a. Regla Hernández Gallego.

Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Teresa Barata Gómez.

Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales.

AUTORAS (GRUPO DE TRABAJO PREPARACIÓN A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD):

M^a. Regla Hernández Gallego

Teresa Barata Gómez

Marian Tadeo López

María Nieves Alonso Docampo

Rosaura Hurtado Rodríguez

Montserrat Alviani Rodríguez-Franco

Luisa Celedón

Lila Damas Plasencia

Felisa Expósito Mendoz

Carmen Célida González González

Asunción González Ramos

Ofelia Marrero Marrero

María Rosa Olabarrieta Serrano

MECANOGRAFÍA Y CORRECCIÓN DE ESTILO:

Alejandrina Hernández Albertos

*Auxiliar Administrativa del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General
de Programas Asistenciales.*

MAQUETACIÓN Y REALIZACIÓN:

Daute Diseño, S.L.

EDICIÓN:

Gobierno de Canarias

Consejería de Sanidad

Servicio Canario de la Salud.

Dirección General de Programas Asistenciales.

DEPÓSITO LEGAL:

G.C. 758 - 2009

ISBN: 978-84-692-3910-0

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, NOVIEMBRE 2009.

PRESENTACIÓN

La preparación de las mujeres para la maternidad ha sido históricamente un proceso de transmisión de conocimientos entre las propias mujeres y, sobre todo, de madres a hijas, lo que se denomina adiestramiento informal, que aún tiene importancia en la sociedad actual. La educación para la salud en forma de programas estructurados de educación prenatal incorpora las recomendaciones basadas en la evidencia científica.

La atención a la salud en el embarazo, parto y puerperio es una prestación que se garantiza desde el sistema sanitario público a todas las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma Canaria, incluyendo dos tipos de actuaciones: una asistencial, dirigida a vigilar la salud de la mujer durante todo el proceso y otra de promoción de la salud que incluye la preparación a la maternidad y paternidad.

La educación para la salud en el embarazo, parto y puerperio, tanto a nivel individual en la consulta como grupal, contribuye a la preparación física y psicológica de la madre para afrontar el embarazo y los cambios que se van a ir presentando, el parto, su recuperación en el puerperio y a que la vivencia de todo el proceso sea lo más armonioso posible, tanto para la madre como para su pareja, a la vez que se transmite la importancia de fortalecer el vínculo afectivo con su futuro hija o hijo.

En la elaboración de este documento se han tenido en cuenta tanto los avances sanitarios como los cambios sociales que influyen en la forma de vivir la maternidad y paternidad en nuestros días. Entre los cambios sociales están la disminución de la tasa de fecundidad y el retraso en la edad del primer embarazo, sin duda condicionados por el mayor acceso de la mujer al mercado laboral y su mayor autonomía para la toma de decisiones sobre su proyecto vital. También hay, en la actualidad, menor apoyo de las redes sociales tradicionales como familia, amistades, vecinales, y una mayor implicación y participación de la pareja en la crianza de los hijos e hijas.

Esperamos que el contenido de esta guía de actuación sirva de orientación a los y las profesionales sanitarios que realizan, en su labor diaria, atención a la salud de las mujeres en esta etapa de su vida.

Finalmente, quiero aprovechar estas líneas para agradecer la colaboración de todos los/las profesionales que, con su experiencia y conocimientos, han participado en la elaboración de esta guía, cuya finalidad es contribuir a que la maternidad y la paternidad se vivan de una forma sana y satisfactoria.

Mercedes Roldós Caballero

Consejera de Sanidad

Gobierno de Canarias

PRÓLOGO

Para una adecuada atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio es necesario desarrollar la preparación maternal y paternal desde la promoción de la salud, con estilos de vida saludables. También resulta esencial contar con un enfoque biopsicosocial y con actuaciones tanto de forma individual, en la consulta de control del embarazo, como en grupos. Esto último favorece un mejor entendimiento de los cambios que se van a producir y una mejor comprensión sobre la maternidad y paternidad.

El Servicio Canario de la Salud, desde la Dirección de Programas Asistenciales, se ha propuesto la actualización del antiguo subprograma de Preparación a la Maternidad como parte del desarrollo del Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva.

Los cambios sociales y los avances científicos acontecidos en este campo en los últimos años, hacen necesaria la revisión de los contenidos de la educación para la salud que se venía ofertando a las embarazadas en nuestro sistema de salud, con el fin de actualizar los existentes, a la luz de nuevas evidencias científicas e incluir otros contenidos nuevos, que den respuestas a las nuevas necesidades detectadas, impulsando la participación e implicación de la pareja o persona que la mujer embarazada sugiera, a lo largo de este proceso vital.

Se incorpora también en este programa el enfoque de género ya que los servicios de salud deben incorporar este enfoque en sus políticas y acciones y es necesario concienciar, sensibilizar y formar en esta perspectiva a todo el personal de salud que atiende a la población para estar en condiciones de satisfacer plenamente las necesidades de salud específicas que presentan mujeres y hombres, necesidades que están siendo desatendidas en gran medida con lo que ello implica de negativo para su salud, bienestar y longevidad.

Esta guía, basada en la última evidencia científica disponible, espera facilitar a los/las profesionales el abordaje de los cambios que afronta la pareja durante el embarazo, parto y puerperio, ayudando para que la maternidad y paternidad sean vividas de forma sana, tanto física como emocionalmente, para que sea un acontecimiento vital positivo, transmitiendo que cada mujer es protagonista de su propio embarazo, parto y puerperio, y además, que cada embarazo, parto y puerperio es único y puede vivirse de maneras diferentes, aunque todas igualmente satisfactorias.

En el documento se incluye información sobre los cuidados físicos y psíquicos durante el proceso del embarazo, así como técnicas y ejercicios para que la mujer y su pareja o acompañante, adquieran los conocimientos y habilidades para la buena adaptación y evolución de su maternidad, incluyendo la paternidad y el entorno familiar. Asimismo se recogen los recursos sociales relacionados con este periodo.

Gloria Julia Nazco Casariego

Directora General de Programas Asistenciales

ÍNDICE DE TEMAS

PRESENTACIÓN	3
PRÓLOGO	5
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
INTRODUCCIÓN	11
SITUACIÓN DE CANARIAS	12
POBLACIÓN DIANA	12
OBJETIVOS	13
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	15
• Difusión y captación	17
• Información y Orientación	17
• Sesiones educativas / Talleres grupales	17
SESIONES EDUCATIVAS	21
• Módulo 1 (antes de la 20 semana)	23
• Módulo 2 (después de la 28 semana)	24
• Módulo 3 (en el posparto)	32
GÉNERO Y SALUD	33
• Identidad de género, roles de género y problemas de salud	35
• El sistema Sexo-Género	35
• División Sexual del Trabajo. Los Roles de Género	36
• Identidad masculina y problemas de salud	37
• Roles, género y salud de las mujeres	39
• La implicación paterna y la salud del padre y de la madre	42
• Expansión de roles versus, conflicto de roles y salud de las mujeres	44
EL EMBARAZO	45
• Anatomía y fisiología del aparato genital femenino	47
• Desarrollo embrionario y fetal	48
• Manifestaciones clínicas y autocuidados	50
• Alimentación y embarazo	56
• Ejercicio físico y embarazo	61
• Seguimiento del embarazo: controles durante la gestación	62
• Aspectos psicológicos en el embarazo	63
• Factores Sociales de Riesgo y Factores de Protección	66
EL PARTO	77
• Conceptos	79
• Elementos del trabajo de parto	79

• Tipos de parto	79
• Signos y señales del trabajo de parto	80
• Etapas del parto espontáneo	82
• Cuidados en el parto normal	83
• Elaborar un plan de parto (EAPN)	87
• Aspectos psicológicos	87
EL PUERPERIO	89
• Conceptos	91
• Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio	92
• Vuelta a casa	93
• Autocuidados	93
• Signos de alarma en el puerperio que la mujer debe conocer	95
• Aspectos psicológicos en el puerperio	96
• Vínculo afectivo	98
LA LACTANCIA	105
• La lactancia materna	107
• La lactancia mixta	116
• La lactancia artificial	117
LA CRIATURA	121
• Características de la criatura normal	123
• Cuidados de la criatura	124
• Signos de alarma	127
• Revisión hospitalaria y seguimiento en Atención Primaria	128
TÉCNICAS DE APOYO TEÓRICO-PRÁCTICAS	131
• Dinámica de grupos	133
• Ejercicio físico en el embarazo	135
• Masaje perineal	138
• Posiciones durante el parto	139
• Ejercicio físico de recuperación en el puerperio	141
• Ejemplos de tablas de ejercicios para cada trimestre	144
• Respiración	146
• Pujos	148
• Relajación	150
• Otras técnicas para el manejo del dolor y la ansiedad	159
• Estimulación del recién nacido y masaje infantil	160
• Masaje de los pies de la criatura	161
RECOMENDACIONES	165
• Niveles de evidencia y grados de recomendación	167
• Recomendaciones para parto normal	167
• Recomendaciones para lactancia materna	170
RECURSOS EN CANARIAS Y BIBLIOGRAFÍA	173
• Recursos de información	175
• Recursos de Información y Asociaciones para mujeres	177
• Bibliografía consultada	178

ANEXOS

Anexo 1.	Hoja de evaluación de las sesiones de preparación a la maternidad y paternidad .	163
-----------------	--	-----

ÍNDICE DE LAS TABLAS

Tabla 1.	Datos de población adscrita a TSI en canarias. Febrero de 2009	12
Tabla 2.	Población ocupada según tipo de ocupación por principales características demográficas	40
Tabla 3.	Desarrollo embrionario, fetal y cambios uterinos en el primer trimestre de gestación	49
Tabla 4.	Desarrollo fetal y cambios uterinos en el segundo trimestre de gestación	49
Tabla 5.	Desarrollo fetal y cambios uterinos en el tercer trimestre de gestación	50
Tabla 6.	Manifestaciones clínicas durante la gestación y abordaje	51
Tabla 7.	Medidas de prevención en Salud Bucodental	55
Tabla 8.	Coste energético del embarazo por día y trimestres	57
Tabla 9.	Nutrientes necesidades y fuentes durante la gestación	58
Tabla 10.	Dieta equilibrada por raciones durante el embarazo	59
Tabla 11.	Alimentación en situaciones especiales	60
Tabla 12.	Suplementos dietéticos en la gestación	61
Tabla 13.	Aspectos psicológicos y emocionales en el embarazo	64
Tabla 14.	Las Medidas de Protección en el ámbito laboral por embarazo, parto, lactancia y cuidado de hijo/a y por otras circunstancias familiares.	71
Tabla 15.	Prestaciones económicas familiares del Sistema de la Seguridad Social	73
Tabla 16.	Ayudas y Prestaciones Económicas por Circunstancias Especiales	74
Tabla 17.	Atención y cuidados a las personas en Situación de Dependencia	75
Tabla 18.	Signos preliminares del parto	80
Tabla 19.	Signos positivos de parto	81
Tabla 20.	Características de las contracciones del trabajo de parto	
Tabla 21.	Manifestaciones psicológicas que acompañan a las distintas fases del parto	90
Tabla 22.	Cuidados en el puerperio hospitalario	93
Tabla 23.	Etapas en la formación del vínculo afectivo. Tipos y Patrones	104
Tabla 24.	Ventajas de la lactancia materna para la madre	112
Tabla 25.	Ventajas de la lactancia materna para la criatura.	112
Tabla 26.	Tiempo de conservación de los distintos tipos de leche materna	117
Tabla 27.	Signos de alarma en la criatura	130
Tabla 28.	Ejercicios para realizar en el embarazo	137
Tabla 29.	Indicaciones sobre el masaje perineal..	140
Tabla 30.	Posiciones para la dilatación, expulsivo y alumbramiento	141
Tabla 31.	Ejercicios de recuperación en el posparto	143
Tabla 32.	Ejercicios respiratorios de aplicación durante la dilatación y el parto	150
Tabla 33.	Otras técnicas para el manejo del dolor y la ansiedad (terapias alternativas)	161
Tabla 34.	Masaje a la criatura	162
Tabla 35.	Grupos de apoyo a la Lactancia Materna en la Provincia de Las Palmas	177
Tabla 36.	Grupos de apoyo a la Lactancia Materna en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife	178

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La Pelvis y genitales externos	47
Figura 2. Genitales internos	48
Figura 3. Pirámide de Alimentación Saludable	59
Figura 4. Fases del parto	83
Figura 5. Lactancia	111
Figura 6. Ejemplo de ejercicios a realizar en el embarazo	136
Figura 7. Ejemplo de ejercicios en el postparto	143
Figura 8. Ejemplo de ejercicio de respiración	149
Figura 9. Diagrama del pie.	151

INTRODUCCIÓN

El embarazo representa una experiencia trascendental para la mujer y un periodo de vital importancia en la vida de la pareja. En general, es una etapa de plenitud y felicidad, aunque existen innumerables mitos y mensajes contradictorios que, en muchas ocasiones, pueden crear una percepción negativa de esta etapa. Por todo ello, adquiere especial importancia la preparación para conseguir una vivencia de la maternidad-paternidad de una forma armónica y placentera, que posibilite el vínculo afectivo con la futura criatura.

El embarazo, provoca en la embarazada, una oleada de emociones contradictorias que pueden ir desde el júbilo y la alegría, a la duda, la inseguridad y el miedo. Se producen cambios físicos, psicológicos y sociales acompañados de interrogantes e incertidumbres que hacen del embarazo una posible situación de estrés. **Físicamente**, se producen cambios que pueden crearle molestias, malestar, alteraciones en su estática y en su imagen corporal. **Psicológicamente**, el desconocimiento y el miedo, además de las características de la propia personalidad, pueden suponer una dificultad para la adaptación a la nueva situación. **Socialmente**, el papel de la mujer variará en todos los niveles: familiar, de pareja, amistades, laboral y de ocio, estando en función de lo que se espera de ella, ya que existe una estrecha correlación entre lo que se espera de cada cual y el comportamiento que es adoptado según los mandatos de género preponderantes en la sociedad y los asumidos por ambos miembros de la pareja y su entorno familiar. Para dar respuesta a estas posibles causas de estrés, en una etapa vital de satisfacción, los servicios sanitarios incorporan programas, protocolos y guías que intentan ayudar a que la maternidad y paternidad puedan ser vividas de la forma más sana y plena posibles.

La preparación prenatal intenta ayudar a futuras madres y padres a prepararse ante los cambios que se presentan. Las parejas, esperan que esta educación les proporcione información importante sobre temas como las decisiones sobre y durante el trabajo del parto, habilidades para el trabajo del parto y el alivio del dolor, la lactancia materna y experiencias como madres y padres. Existen diversas formas de educación prenatal y algunas pueden ser más efectivas que otras, no existen estudios sobre los efectos de la educación prenatal general, aunque sí refieren que disminuyen el estrés y la angustia. Las encuestas realizadas a las mujeres en nuestro medio, coinciden en que las gestantes que habían asistido a las clases de preparación maternal, acudían para el parto con menos miedo y más colaboradoras.

Debe enfatizarse la educación a todos los niveles, tanto directamente, como a través de los medios de comunicación, en valores de igualdad y transformación positiva de los roles tradicionales femenino y masculino. Es necesario democratizar la vida familiar, en base a compartir autoridad y compartir el poder de madre/padre, dividiendo responsabilidades y deberes y conciliar, ofreciendo para madres y padres posibilidades de trabajo flexible, centros de atención a menores y mayores, bajas paternas, entre otras medidas.

El **Objetivo General** de esta Guía es ofrecer a la mujer y acompañante, la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio en esta etapa de la vida, favoreciendo el óptimo desarrollo del embarazo y la vivencia positiva de la maternidad y paternidad, a través de la promoción de hábitos de vida saludable y la adquisición de habilidades básicas que permitan afrontar esta etapa de la vida de la mujer y de su pareja en su caso.

SITUACIÓN EN CANARIAS

En Canarias, los datos de población adscrita a tarjeta sanitaria en febrero del 2009 se reflejan en la **tabla 1**.

Tabla 1. Datos de población adscrita a tarjeta sanitaria en Canarias. Febrero 2009.

	POBLACIÓN TOTAL	TOTAL MUJERES	MUJERES DE 15 A 19 AÑOS	MUJERES DE 20 A 44 AÑOS
FUERTEVENTURA	92.697	44.731	2.433	22.839
GRAN CANARIA	792.422	400.065	21.455	166.774
LANZAROTE	131.292	64.196	3.438	30.147
EL HIERRO	16.968	8.357	402	1.524
LA GOMERA	8.925	4.426	225	3.101
LA PALMA	74.421	37.652	1.965	13.488
TENERIFE	814.356	414.262	21.364	174.015
CANARIAS	1.931.081	973.689	51.282	411.888

Fuente: Base de datos de Tarjeta Sanitaria. Febrero 2009.

POBLACIÓN DIANA

Este Programa va dirigido a todas las mujeres gestantes y sus parejas, o en su caso, persona que cada una de ellas elija.

Debe hacerse especial énfasis en ofertarlo a las mujeres que presenten factores clínicos de riesgo (embarazo no deseado, embarazo de alto riesgo por causa médica...) y/o sociales como:

1. Embarazo en la adolescencia.
2. Discapacidad física o psíquica.
3. Dependencia del alcohol u otras drogas.
4. Aislamiento social o apoyo social insuficiente.
5. Situación de violencia de género en el ámbito doméstico.
6. Problemas laborales relacionados con el embarazo y/o la lactancia o futuro/a menor (actividad de riesgo, cambio de puesto de trabajo, abandono del empleo...).
7. Responsabilidad en los cuidados de persona dependiente.
8. Dificultades en las relaciones entre los miembros de la unidad de convivencia relacionadas con los cuidados, deberes parentales...
9. Previsión de hospitalización de la criatura recién nacida tras el parto.
10. Cualquier otra situación que se considere potencialmente de riesgo (dificultad para cubrir las necesidades básicas, problemas de vivienda...).

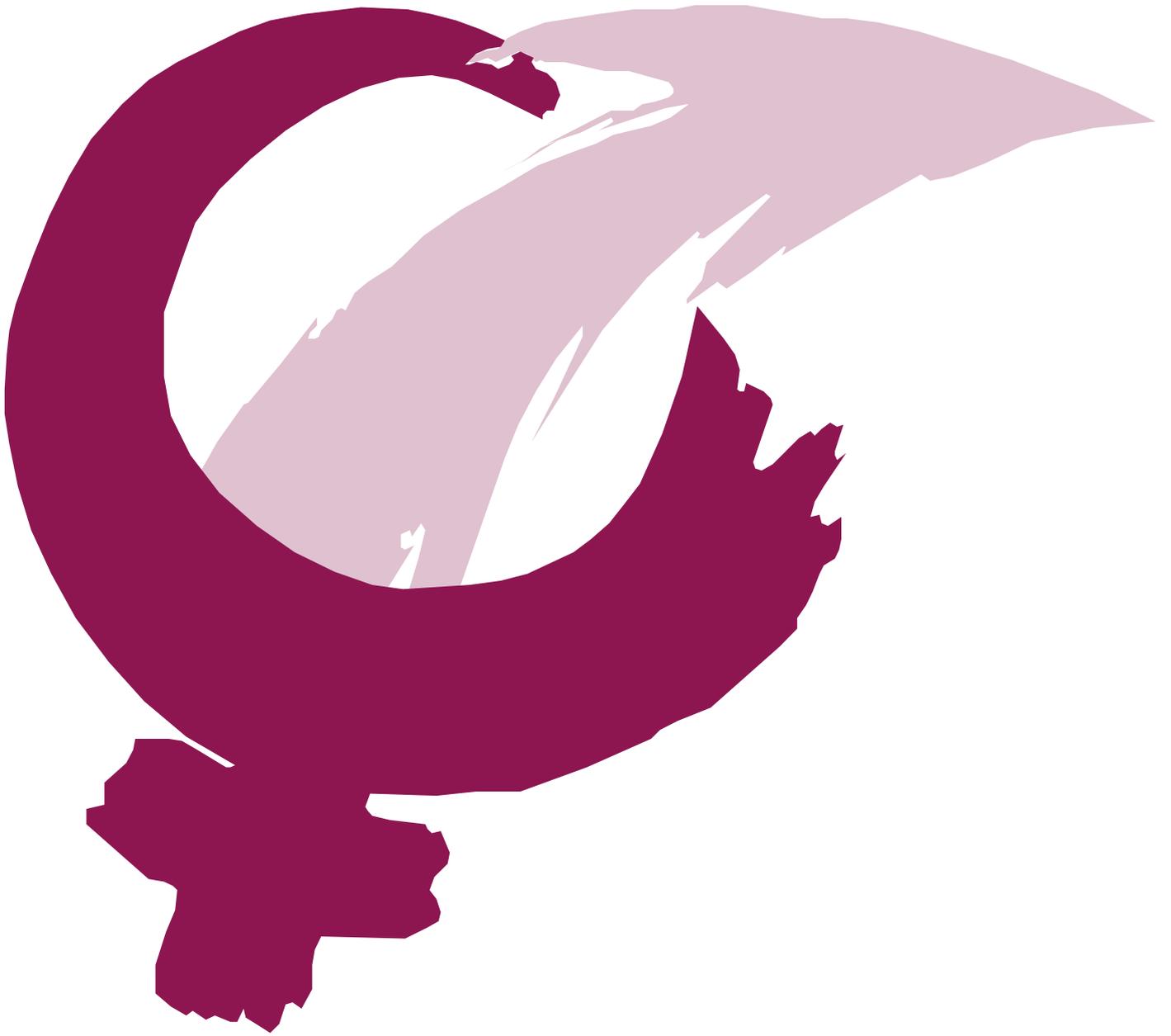
OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Ofrecer a la mujer y acompañante, la información y atención necesaria que facilite su protagonismo en el proceso de cambio en esta etapa de la vida, favoreciendo el óptimo desarrollo del embarazo y la vivencia positiva de la maternidad y paternidad, a través de la promoción de hábitos de vida saludable y la adquisición de habilidades básicas que permitan afrontar esta etapa de la vida de la mujer y de su pareja en su caso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar y sensibilizar sobre los aspectos de género, la violencia contra las mujeres y sus repercusiones en la salud.
- Adquirir conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología y desarrollo embrionario y fetal.
- Conocer las modificaciones debidas a la gestación y los cuidados a seguir, identificando y disminuyendo los miedos y ansiedades generados por la gestación y el parto.
- Conocer las manifestaciones clínicas y los signos de alarma que pueden aparecer.
- Conocer el significado de la maternidad y la paternidad así como los aspectos psicológicos y sociales del embarazo.
- Adquirir conocimientos básicos sobre la alimentación y el ejercicio físico en esta etapa.
- Conocer las medidas de protección social y de apoyo a la maternidad, a la paternidad y a la familia existentes.
- Conocer la Estrategia recomendada por la OMS de Atención al Parto Normal.
- Elaborar el Plan de Parto incorporando la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas.
- Adquirir conocimientos sobre los cuidados maternos durante el puerperio.
- Reconocer las ventajas de la lactancia materna. Cuidados de las mamas.
- Adquirir habilidades básicas para el cuidado de la criatura y sus necesidades.
- Reconocer las ventajas de los controles del Programa de Salud Infantil.
- Favorecer la recuperación física y psíquica de la mujer.



**Actividades
a desarrollar**

DIFUSIÓN Y CAPTACIÓN

1. DIFUSIÓN

- 1.1. **En los centros de salud**, dando a conocer este documento a los equipo de atención primaria.
- 1.2. **Carteles y folletos**, dando a conocer a la población la preparación a la maternidad y paternidad, en centros de salud, asociaciones vecinales, asociaciones de mujeres, escuelas de adultos, institutos de enseñanza secundaria, ayuntamientos...
- 1.3. **En los medios de comunicación**, radio, televisión, periódicos...

2. CAPTACIÓN

- Petición propia.
- Inclusión por parte de la matrona.
- Derivación de otros/as profesionales.
- Derivación de otras instituciones o servicios extrasanitarios.

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

Todos los/las profesionales de atención primaria y especializada deben ser capaces de informar y orientar a las parejas sobre la importancia de acudir a las sesiones de preparación a la maternidad y paternidad.

SESIONES EDUCATIVAS / TALLERES GRUPALES

Un elemento de suma importancia para la salud es poder mantener un comportamiento activo, respecto al mantenimiento de ésta, en condiciones óptimas. Las sesiones educativas permiten proporcionar los conocimientos necesarios, fomentar actitudes positivas y desarrollar habilidades que permitan la toma de decisiones con respecto a la maternidad y a la paternidad, de forma libre, responsable y saludable.

A lo largo de las sesiones educativas es importante fomentar actitudes que favorezcan:

- La autonomía personal.
- La aceptación de sí misma (cambios físicos en el cuerpo y su adaptación).
- Pedir ayuda y compartir los cuidados y responsabilidades.
- Tiempo para sí mismas.
- Valoración, disfrute y cuidado del propio cuerpo.

Se aconseja el inicio de las sesiones educativas antes de la 20 semana de edad gestacional.

1. FORMACIÓN DE LOS GRUPOS

Los grupos podrán ser abiertos o cerrados, incluyendo a mujeres con edad de gestación similar o próxima. El tamaño debería estar entre 15 y 20 mujeres por grupo, y el horario dependerá de la

demanda y de la disponibilidad de las/os profesionales, teniendo en cuenta que se facilitará la mayor cobertura posible.

Se fomentará la participación de la pareja, o persona de apoyo de la gestante, que deberán acudir con ropa cómoda para la realización de los ejercicios prácticos.

2. SESIONES EDUCATIVAS

Las sesiones tendrán un orden cronológico, con un abordaje multidisciplinar siempre que sea posible. Se desarrollarán en el centro de salud, en un espacio físico adecuado y se debe ofrecer la posibilidad de visitar las maternidades, así como realizar actividades fuera del aula como ejercicios en piscinas, playas, excursiones o paseos por la zona. En el caso de grupos abiertos, se adaptarán a las necesidades del grupo.

Las sesiones serán teórico-prácticas y se distribuirá:

- Ejercicio físico: higiene postural y ejercicios que favorezcan la elasticidad, la circulación sanguínea, el drenaje, el fortalecimiento del suelo pélvico... Duración de 45 minutos.
- Ejercicio teórico-práctico de las técnicas de respiración. Duración entre 10-15 minutos.
- Exposición teórica de los contenidos con una metodología variable. Duración entre 30-45 minutos, incluyendo el coloquio-debate.
- Exposición teórico-práctica de técnicas de relajación. Duración entre 10-15 minutos.

La realización de las sesiones se agrupará en tres módulos diferentes:

2.1. Primer módulo: aconsejable antes de las 20 semanas

- ▶ Se realizará en 1 ó 2 sesiones, donde la mujer y/o su pareja expongan sus dudas, incertidumbres y expresen sus temores y expectativas ante esta nueva situación y mejoren sus conocimientos sobre los cambios físicos y psicológicos que van a ocurrir, sobre los recursos de los que disponen y los hábitos de vida saludables que deben mantener.
- ▶ Contenidos teóricos:
 - Socialización, transmisión de roles y desigualdad: aspectos de sensibilización y detección de la violencia.
 - Aspectos psicológicos del embarazo/pareja.
 - Anatomía y fisiología.
 - Desarrollo embrionario y fetal.
 - Alimentación y ejercicio.
 - Seguimiento del embarazo: controles durante la gestación.
 - Manifestaciones clínicas y cuidados durante la gestación.

2.2. Segundo módulo: aconsejable después de las 28 semanas

- ▶ Se podrán realizar un mínimo de una sesión a la semana, 9 a 12 sesiones, con una duración de entre una hora y media y dos horas.
- ▶ Los contenidos teóricos se agrupan en:
 - Reforzar el objetivo de la sesión anterior en sensibilización de género: definición, clasificación, origen, manifestaciones y prevención.
 - Medidas de protección social y de apoyo a la maternidad, la paternidad y la familia.
 - Seguimiento del embarazo: controles durante la gestación.
 - Refuerzo del autocuidado, alimentación y ejercicio.
 - El parto: signos y señales. Cuidados.

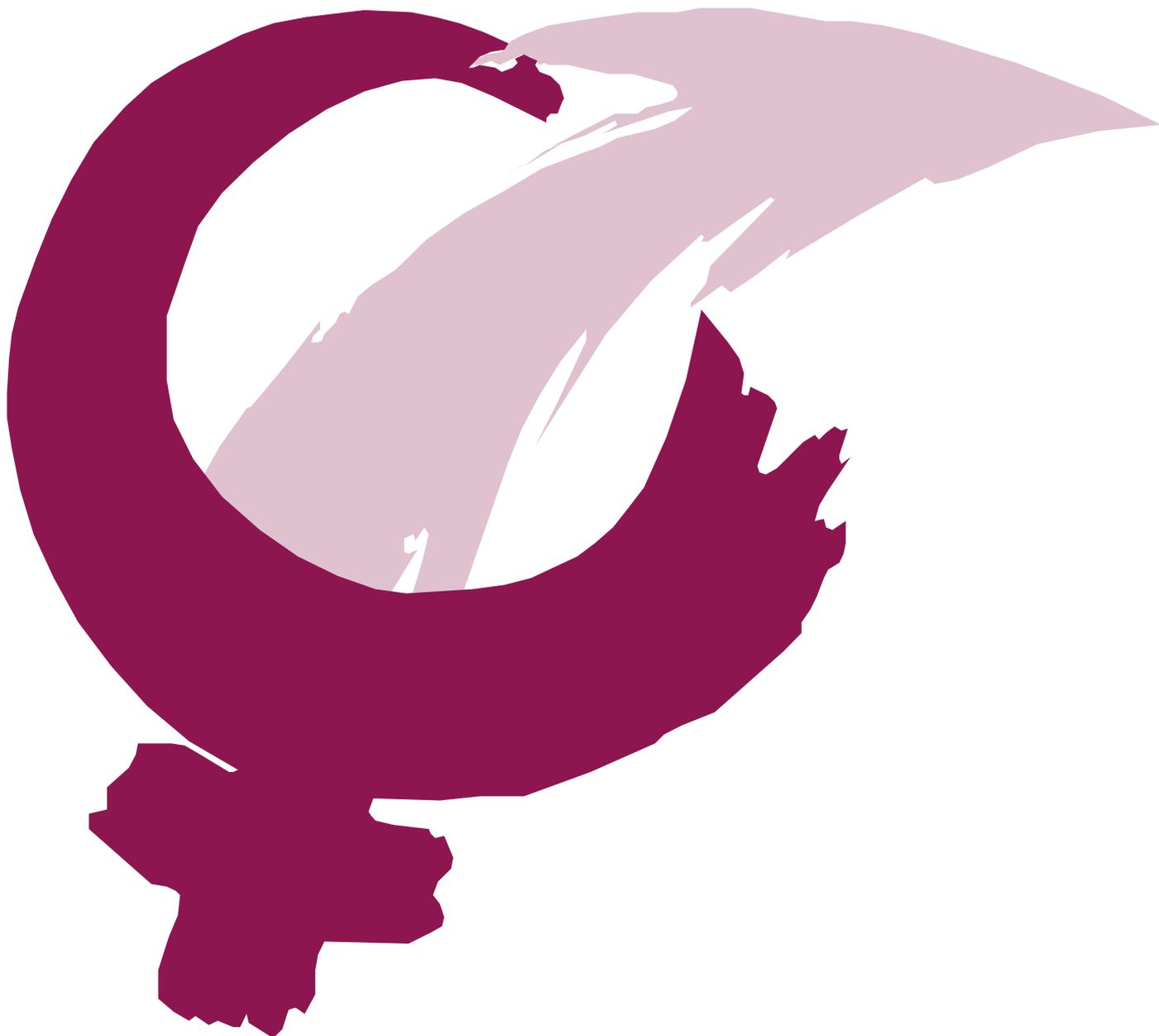
- El puerperio: precoz, tardío y la vuelta a casa. El vínculo afectivo. Anticoncepción en esta etapa.
- Lactancia.
- Cuidados de la criatura.
- Sexualidad.

2.3. Tercer módulo: aconsejable acudir con la criatura y pareja a partir de la tercera semana tras el parto

- ▶ Se realizan de dos a cuatro sesiones donde mujeres y/o parejas exponen sus dudas, temores con respecto a:
 - Cuidados de la criatura recién nacida: alimentación, masajes.
 - Cuidados a las madres: recuperación del suelo pélvico y de la imagen.
 - Afectividad.
- ▶ Contenidos teóricos:
 - Resolución de dudas sobre cuidados de la criatura, alimentación y técnica de masaje.
 - Cuidados maternos en el puerperio con ejercicios de recuperación posparto.
 - Refuerzo de lactancia, vínculo afectivo y paternidad.
 - Importancia del ejercicio para la recuperación del suelo pélvico.
 - Refuerzo de métodos anticonceptivos.
 - Sexualidad.

3. RECURSOS

- 3.1. Humanos:** En cada equipo de atención primaria la responsable del servicio de Preparación a la Maternidad y a la Paternidad será la matrona y en caso de que en alguna zona básica de salud no cuenten con esta profesional, se designará un/a responsable con la formación adecuada. Es importante, la participación de todas las profesiones que conforman el EAP en el desarrollo de las sesiones: trabajo social, odontología, higienista, pediatría, enfermería de pediatría, medicina de familia.
- 3.2. Materiales:** Espacio físico adecuado para el trabajo en grupo, mobiliario (sillas, mesa, pizarra,...), recursos audiovisuales (televisión y video o DVD, ordenador y cañón, retroproyector,...), colchonetas, pelotas de fitball, maqueta de la pelvis y muñeco anatómico, y a este material básico se añadirá el específico de cada sesión.



**Sesiones
educativas**

MÓDULO 1 (ANTES DE LA 20 SEMANA DE GESTACIÓN)

Se organizarán 1 ó 2 sesiones dependiendo de los grupos y la situación particular de cada centro, con los siguientes objetivos, metodología, medios y distribución de contenidos.

OBJETIVOS

- ▶ Adquirir habilidades para:
 - Significado de la maternidad /paternidad.
 - Los cuidados prenatales.
 - Alimentación y ejercicio físico en esta etapa.
- ▶ Adquirir conocimientos básicos sobre:
 - Socialización, transmisión de roles de género, desigualdad y violencia contra las mujeres.
 - Aspectos sociales en el embarazo.
 - Aspectos psicológicos asociados a la gestación.
 - Cambios maternos asociados a la gestación.
 - Anatomía y fisiología del embarazo.
 - Desarrollo embrionario y fetal.

METODOLOGÍA

- ▶ Conocimiento del grupo y de sus expectativas con una presentación o juegos (tipo cesta de frutas, pelota, auto-presentación).
- ▶ Clases expositivas.
- ▶ Torbellino de ideas.
- ▶ Grupos de trabajo.

MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)

- ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos).
- ▶ Maqueta de la pelvis.
- ▶ Pizarra, papel y lápiz.
- ▶ Pelotas, sillas y colchonetas.
- ▶ Sets de alimentos simuladores.

DISTRIBUCIÓN

45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Higiene postural. Posiciones, dinámica del movimiento. Ejercicios circulatorios. Juegos con pelotas y ejercicios	Reconocimiento de la propia respiración.	1. Roles de género y sensibilización y detección de la violencia. 2. Aspectos psicológicos del embarazo/ pareja. 3. Aspectos sociales. 4. Anatomía y fisiología. 5. Desarrollo embrionario y fetal. 6. Manifestaciones clínicas y autocuidado. 7. Alimentación y ejercicio. 8. Seguimiento del embarazo: controles durante la gestación.	Significado de la relajación. Ejercicio 1 de respiración

MÓDULO 2 (DESPUÉS DE LA 28 SEMANA DE GESTACIÓN)

1ª SESIÓN. REFUERZO DE CONTENIDOS DEL MÓDULO I: SENSIBILIZACIÓN DE GÉNERO Y DE AUTOCUIDADOS. ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO 1.

OBJETIVOS

- ▶ Conocer los aspectos psicológicos del embarazo.
- ▶ Repasar los cambios maternos y cuidados prenatales.
- ▶ Reforzar los hábitos alimentarios y la práctica de ejercicio físico.
- ▶ Prevención de complicaciones: HTA y DM.

METODOLOGÍA

- ▶ Clases participativas.
- ▶ Grupos de trabajo, elaboración de dietas.

MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)

- ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos).
- ▶ Pizarra.
- ▶ Papel y lápiz.

DISTRIBUCIÓN

45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios dirigidos a: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad. Suelo pélvico.	Conciencia de nuestra propia respiración.	1. Aspectos psicológicos del embarazo/ pareja. 2. Cambios durante la gestación: modificaciones y cuidados a seguir. 3. Autocuidados. 4. Alimentación y ejercicio.	Técnicas de relajación Schultz. Vínculo afectivo: visualización.

2ª SESIÓN. REFUERZO DE LOS CONTENIDOS DEL MÓDULO 1 SENSIBILIZACIÓN DE GÉNERO Y DE AUTOCUIDADOS. ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO 2

Esta sesión mantiene los mismos objetivos, metodología, medios y distribución que la sesión anterior, continuando el desarrollo de los contenidos que no se pudieron abordar previamente. Recomendar a las gestantes que acudan acompañadas con la pareja o con la persona que elija.

3ª SESIÓN. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO: CONTROLES DURANTE LA GESTACIÓN. ROLES DE GÉNERO

OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reforzar aspectos de roles de género. ▶ Reforzar la información sobre los controles obstétricos durante la gestación. ▶ Reconocer los signos de alarma. ▶ Conocer las diferentes pruebas de valoración fetal.
METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Clases expositivas- participativas. ▶ Demostración de las técnicas del control final de gestación (registro...).
MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos). ▶ Material de apoyo: representación de un cardiotocógrafo, electrodos, amnioscopio, trompetilla, ultrasonido. ▶ Pizarra, papel y lápiz.

DISTRIBUCIÓN			
45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios dirigidos a: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad.	Prácticas de las respiraciones.	1. Socialización, transmisión de roles y desigualdad. 2. Seguimiento del embarazo: controles durante la gestación.	Ejercicio de visualización.

4ª SESIÓN. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE APOYO A LA FAMILIA. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

OBJETIVOS

- ▶ Reforzar roles de género e informar sobre la prevención de la violencia.
- ▶ Facilitar información sobre:
 - Las medidas de protección social a la maternidad y la paternidad.
 - Las medidas de apoyo a las familias.
- ▶ Orientar sobre las gestiones y los trámites administrativos relacionados con el nacimiento, la maternidad y la paternidad.

METODOLOGÍA

- ▶ Clases expositivo-participativas.
- ▶ Folletos informativos.
- ▶ Torbellino de ideas.
- ▶ Grupos de trabajo.

MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)

- ▶ Medios audiovisuales (TV, video, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos).
- ▶ Pizarra.
- ▶ Papel y lápiz.
- ▶ Material informativo.

DISTRIBUCIÓN

45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios dirigidos a: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad.	Conciencia de nuestra propia respiración. Prácticas de las respiraciones.	1. Origen y manifestaciones de la violencia. 2. Refuerzo sobre factores sociales de riesgo. 3. Medidas de protección en el ámbito laboral. 4. Medidas de apoyo a las familias. 5. Gestiones y trámites administrativos.	Técnicas de relajación Schultz. Vínculo afectivo mediante visualización de la criatura.

5ª SESIÓN. SIGNOS Y SEÑALES DEL PARTO

OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conocer la estrategia recomendada por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) de Atención al Parto Normal. ▶ Informar sobre el proceso del parto. ▶ Identificar y disminuir los miedos y ansiedades generados por la gestación y el parto. ▶ Fomentar la participación activa en su trabajo de parto. ▶ Conocer la actuación de las /los profesionales sanitarios en un parto normal. ▶ Desarrollar habilidades para los pujos. ▶ Conocer el plan de parto. Elaboración.
METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Clases expositivas-participativas. ▶ Exposición de vídeos y láminas. ▶ Demostración con maquetas. ▶ Torbellino de ideas y grupo de discusión.
MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos). ▶ Maqueta. ▶ Pizarra.

DISTRIBUCIÓN			
45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad. Pujos. Ejercicios de suelo pélvico.	Prácticas de las respiraciones.	1. Estrategia para el parto normal recomendada por la O.M.S. 2. Recuerdo de anatomía y fisiología para el parto. 3. Signos y señales del parto. 4. Etapas del parto espontáneo. 5. Tipos de parto. 6. Pujos. 7. Aspectos psicológicos del parto. 8. Elaboración del plan de parto.	Relajación de Schultz Conciencia del dolor y miedo al dolor. Visualización del inicio del parto. Control del dolor.

6ª SESIÓN. CUIDADOS DEL PARTO

Esta sesión mantiene los mismos objetivos, metodología y medios a utilizar que la sesión previa. Puede ofrecerse, de modo opcional, realizar una visita a la maternidad de referencia. A diferencia de la anterior, se explicará la técnica del masaje lumbar para aliviar el dolor durante el parto y se desarrollarán los siguientes contenidos:

1. Cuidados del parto.
2. Abordaje del dolor en el parto. Métodos farmacológicos y no farmacológicos.
3. Reforzar aspectos psicológicos del parto y papel de la persona que acompaña.
4. Informar de las posiciones para la dilatación y el nacimiento.
5. Informar de los distintos tipos de pujos.

7ª SESIÓN. PUERPERIO HOSPITALARIO

OBJETIVOS

- ▶ Conocer los roles de género en esta fase en mujeres y hombres.
- ▶ Adquirir conocimientos sobre los cambios de la mujer durante el puerperio.
- ▶ Adquirir habilidades para los cuidados básicos en el puerperio.
- ▶ Reconocer los signos de alarma asociados a esta etapa.
- ▶ Incluir al padre en los cuidados de la madre y de las criaturas
- ▶ Informar sobre la primera visita puerperal.

METODOLOGÍA

- ▶ Clase expositivas.
- ▶ Roll-playing.
- ▶ Trabajos en grupo.
- ▶ Demostración práctica de cuidados.
- ▶ Folletos informativos.

MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)

- ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos)
- ▶ Pizarra.
- ▶ Muñeco.

DISTRIBUCIÓN

45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad. Pujos. Ejercicios de suelo pélvico.	Prácticas de las respiraciones.	1. Afectividad y roles. 2. Cambios de la mujer en el puerperio. 3. Inclusión del padre o pareja en los cuidados. 4. Autocuidados. 5. Signos de alarma puerperales 6. Complicaciones.	Técnicas de relajación tipo Schultz. Visualización "cuidando a la criatura".

8ª SESIÓN. VUELTA A CASA. EL VÍNCULO AFECTIVO Y LA PATERNIDAD

OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vínculo afectivo y roles de Género. ▶ Reconocer los cambios psicológicos tras el parto. ▶ Valorar el apoyo familiar en la nueva situación. ▶ Reconocer la importancia del significado de la paternidad y maternidad. ▶ Reconocer la formación de los vínculos de apego. ▶ Sexualidad y Anticoncepción: Programa del P.A.S.A.R.
METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Torbellino de ideas. ▶ Discusión sobre situaciones de relación con el bebé. ▶ Debate sobre la paternidad. ▶ Roll-playing.
MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos). ▶ Pizarra.

DISTRIBUCIÓN			
45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad. Pujos. Ejercicios de suelo pélvico.	Prácticas de las respiraciones.	1. Vínculo afectivo. 2. Cambios psicológicos. 3. Maternidad / Paternidad / roles de Género. 4. Vuelta a casa. 5. Dar a conocer los distintos métodos anticonceptivos.	Relajación de Schultz. Visualización.

9ª SESIÓN. LACTANCIA 1

OBJETIVOS

- ▶ Apoyar la decisión de la mujer respecto a la lactancia.
- ▶ Reconocer las ventajas de la lactancia materna.
- ▶ Conocer el autocuidado de las mamas.
- ▶ Identificar los signos de alarma.
- ▶ Conocer las técnicas del amamantamiento.
- ▶ Conocer las técnicas de lactancia artificial.

METODOLOGÍA

- ▶ Torbellino de ideas.
- ▶ Clase demostrativa con simuladores (muñeco).
- ▶ Proyección de películas.
- ▶ Trabajar en grupos.
- ▶ Roll-playing.

MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)

- ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos).
- ▶ Material de apoyo (sacaleches, discos absorbentes, sujetadores de lactancia...).
- ▶ Muñecas- simuladores.

DISTRIBUCIÓN

45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad. Pujos. Ejercicios de suelo pélvico.	Prácticas de las respiraciones.	1. Lactancia materna. 2. Lactancia mixta. 3. Lactancia artificial. 4. Problemas tempranos de las mamas.	Relajación de Schultz. Visualización de ellas mismas dando el pecho.

10ª SESIÓN. LACTANCIA 2

Esta sesión mantiene los mismos objetivos, metodología, medios y distribución que la sesión anterior, continuando el desarrollo de los contenidos que no dio tiempo a abordar previamente (extracción manual y destete, lactancia artificial...). Reforzar el conocimiento de los grupos de apoyo a la lactancia materna. Recomendar que acudan con la persona que va a prestar cuidados a la mujer y a la criatura tras el parto.

CUIDADOS DE LA CRIATURA

OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conocer las características de la criatura. ▶ Identificar las necesidades de la criatura. ▶ Adquirir habilidades para su cuidado. ▶ Identificar los signos de alarma. ▶ Informar de los controles de la criatura: Programa de Salud Infantil. ▶ Reforzar la prevención de la violencia de género.
METODOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trabajar en grupo los cuidados. ▶ Clases teórico-demostrativas. ▶ Folletos informativos. ▶ Material de apoyo para higiene y cuidado de la criatura. ▶ Roll-playing.
MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos). ▶ Material de apoyo: bañera, muñecos...

DISTRIBUCIÓN			
45 minutos	10-15 minutos	30-45 minutos	10-15 minutos
Ejercicio físico	Respiración	Contenido teórico	Relajación / Respiración
Tabla de ejercicios: Circulatorios. De drenaje. Flexibilidad. Pujos. Ejercicios de suelo pélvico.	Prácticas de las respiraciones.	1. Características de la criatura normal. 2. Cuidados del RN. 3. Signos de alarma en el RN. 4. Revisión hospitalaria y seguimiento en Atención Primaria. 5. Modelos educativos para la prevención de la violencia.	Relajación de Schultz. Visualización de ellas mismas dando el pecho, bañando o cuidando al RN para trabajar el vínculo afectivo.

MÓDULO 3 (EN EL POSTPARTO)

Se organizarán de 2 a 4 sesiones, dependiendo de los grupos y la situación particular de cada centro. Recomendar a la madre que acuda con la criatura y su pareja.

OBJETIVOS

- ▶ Favorecer la recuperación física de la mujer.
- ▶ Reforzar temas de autocuidados (alimentación, suelo pélvico, episiotomía, mamas, signos de alarma, anticoncepción, sexualidad).
- ▶ Incluir en el programa de anticoncepción.
- ▶ Aclarar dudas de cuidados del recién nacido y verificar que se han iniciado los controles del Programa Salud Infantil (detección precoz de enfermedades metabólicas).
- ▶ Reforzar la lactancia.
- ▶ Apoyar a la madre y a su pareja en la adaptación a la nueva situación.
- ▶ Roles de género y desigualdad.
- ▶ Adquirir habilidades en el masaje infantil.
- ▶ Reforzar la prevención de la violencia de género.

METODOLOGÍA

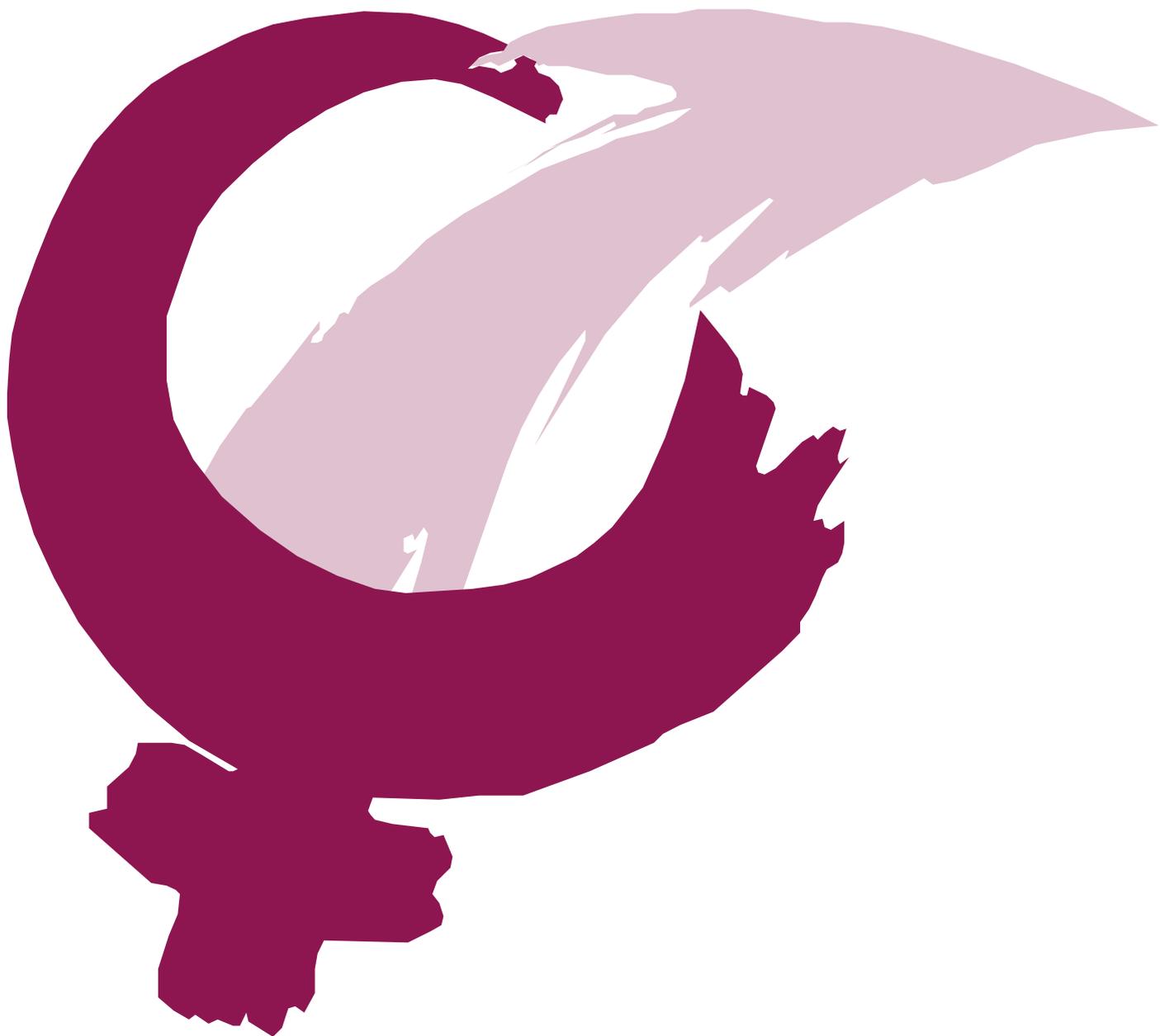
- ▶ Autopresentación.
- ▶ Torbellino de ideas.
- ▶ Los contenidos serán entregados de forma teórico/práctica.
- ▶ Técnica demostrativa y devolución de procedimiento.

MEDIOS A UTILIZAR (SIN DESCARTAR OTROS)

- ▶ Medios audiovisuales (TV, vídeo, DVD, ordenador, cañón, transparencias, láminas y folletos).
- ▶ Material de apoyo: muñecos- simuladores, crema.
- ▶ Sala de educación maternal con la dotación básica.
- ▶ Entrega de tríptico y guía de ejercicios y estiramientos, con el bebé (ver anexos).
- ▶ Guía masaje de los pies. Gráfico de los pies.
- ▶ Lápices de colores.

DISTRIBUCIÓN

30-45 minutos	25 minutos	20 minutos
Contenido teórico	Ejercicio físico	Masaje
1. Cuidados maternos en el puerperio. 2. Dudas de cuidados del RN. 3. Refuerzo de la lactancia, vínculo afectivo, apoyo familiar y paternidad. 4. Roles de género y desigualdad. 5. Modelos educativos para la prevención de la violencia de género.	Ejercicio físico de la madre con la criatura (sobre todo suelo pélvico).	1. Estimulación del RN. 2. Masaje infantil.



**Género
y salud**

IDENTIDAD DE GÉNERO, ROLES DE GÉNERO Y PROBLEMAS DE SALUD

Antes de la década de los 80 no se tenía en cuenta el concepto de género para analizar los problemas de salud de la población femenina y masculina. Se consideraba que las diferencias que presentaban en tipos de enfermedades, causas de muerte, etc. se debían a las diferencias biológicas de sus organismos, a sus hormonas, etc.

Sin embargo, paulatinamente, el enfoque de género se fue incorporando para intentar comprender por qué hay diferencias en las formas de enfermar de hombres y mujeres, ya que el análisis exclusivamente biológico no explicaba estas diferencias.

Actualmente es reconocido que el género influye en la promoción de la salud y en la presencia y manifestación de problemas de salud.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud en España 2006, la esperanza de vida al nacer es de 76,9 años para los hombres y 83,48 para las mujeres (2005). Hay, por tanto, una mayor esperanza de vida para la mujer, aunque éstas *enferman más de*: migrañas, cefaleas, hipertensión arterial, hemorroides, estreñimiento, osteoporosis, dolores cervicales y lumbares, depresión, ansiedad, anemia, incontinencia urinaria. Así mismo, se informa que las mujeres tienen más restricciones y limitaciones por síntomas a partir de los 65 años.

Con relación a los problemas de salud de los hombres: éstos tienen más muertes por suicidio y homicidio y sufren más accidentes.

Las mujeres consumen más analgésicos, laxantes, tranquilizantes, antirreumáticos y antidepresivos y los hombres más fármacos para el corazón.

En la Encuesta Nacional de Salud de España del 2006 también se encontró:

- ▶ Una percepción de salud más positiva en los hombres.
- ▶ Hábitos nocivos más frecuentes en los hombres.
- ▶ Más funcionalidad en los hombres mayores.
- ▶ Más obesidad en las mujeres.
- ▶ Más búsqueda de ayuda médica en las mujeres.
- ▶ Más hospitalización en los hombres.

¿Por qué las mujeres perciben peor su salud, padecen más síntomas, enfermedad y limitaciones que los hombres y buscan más ayuda médica? ¿Por qué, a pesar de ello, los hombres son menos longevos, perciben mejor su salud y se hospitalizan más? ¿Se debe esto a diferencias de **sexo** (biológico) o a diferencias de **género** (social)?

EL SISTEMA SEXO-GÉNERO

La asignación de género es el proceso mediante el cual se asocia a las personas con una serie de características, de expectativas y de oportunidades particulares -dependiendo de su *sexo biológico*-, así como la apropiación que cada persona hace de éstas (identificación).

Desde el nacimiento, por el hecho de ser biológicamente hombre o mujer, es decir, según la persona pertenezca al sexo masculino o femenino, la sociedad establece una definición sobre lo debido, lo requerido, lo deseable, lo posible, que se aprende para llegar a ser hombre o ser mujer. Se va conformando así el género masculino y femenino. La familia, la escuela, el grupo de iguales, los medios de comunicación, van transmitiendo "**los mandatos de género**": las normas sociales que prescriben lo que es adecuado para cada sexo y se establecen las prohibiciones y formas de rechazo social cuando se violan dichos mandatos.

La categoría «género», abarca, entonces, el conjunto de características, de oportunidades y de expectativas que un grupo social asigna a las personas, y que éstas asumen como propio, basándose en sus características biológicas, en su sexo.

El género de una persona es, esencialmente, **una construcción social** -no natural- que varía de un grupo social a otro y de una época a otra. Se construye mediante procesos sociales de comunicación y a través de manejos de poder, y es transmitido a través de formas sutiles, durante los procesos de crianza, socialización y educación.

Las características del **sexo** son **biológicas**, es decir, hereditarias, genéticas. Las características de **género** son **determinadas socialmente** y pueden modificarse: por ejemplo, las mujeres deben cuidar de los hijos y los hombres deben trabajar fuera del hogar.

El género es cultural, aprendido, puede cambiarse y establece las diferencias entre lo "femenino" y "lo masculino". Lo que un grupo social permite, promueve y espera de las mujeres, siempre estará relacionado con lo que permite, promueve y espera de los hombres, y viceversa. La categoría "género", aborda esta dinámica de interdependencia y posibilita comprender si en un grupo social determinado estas relaciones son de complementariedad, de subordinación o de equidad.

Tradicionalmente, a la **identidad femenina** se le atribuyen características como dependencia, sensibilidad, emocionalidad, capacidad de sacrificio, abnegación, un 'yo' en función de los demás, donde se acentúa el deseo de agradar y donde priman los aspectos afectivos sobre los intelectuales.

De modo diferente, a la **identidad masculina** se le atribuyen características de fuerza, independencia, decisión, predominio de los aspectos intelectuales sobre los afectivos, una construcción del 'yo' como protagonistas de su vida.

LA DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO. LOS ROLES DE GÉNERO

Asimismo, históricamente, por la división sexual del trabajo se determinó que los hombres participaran en la **esfera pública**, en las **tareas productivas** y las mujeres en la **esfera privada**, en las **tareas reproductivas**, conformándose así los **roles de género masculino y femenino**, dentro de unas relaciones de poder desiguales. El **rol masculino** está asociado al mantenimiento y sustento económico, dentro del ámbito público, mientras que el **rol femenino** se relaciona con la reproducción, crianza de hijo/as, cuidados, sustento emocional y está inscrito en el ámbito doméstico, fundamentalmente.

Tradicionalmente, la actividad de las mujeres se circunscribe entonces a la esfera doméstica, es una actividad no reconocida socialmente e invisible. La actividad de los hombres se desempeña en la esfera pública, es una actividad reconocida socialmente y con prestigio.

IDENTIDAD MASCULINA Y PROBLEMAS DE SALUD

Es a partir de los años noventa que comienza el interés científico en países desarrollados occidentales por indagar sobre la influencia de género en la salud y en la enfermedad de los hombres, si bien en los años 70 ya aparecieron publicaciones que proponían que **la conformidad con las masculinidades tradicionales suponía a menudo un incremento de los riesgos para la salud física y un empobrecimiento de las vidas emocionales de los hombres.**

Según el Dr. Will Courtenay (2000), los guiones de masculinidad tradicional de los hombres podrían contribuir a sus comportamientos poco saludables: “Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género, debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física, como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. Debe terminar por depender de la estimulación intensa y activa de sus sentidos. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad.”

1. CREENCIAS Y COMPORTAMIENTOS EN SALUD. Los hombres son más proclives a adoptar creencias y conductas que aumentan sus riesgos y tienden menos a adoptar conductas que están vinculadas a la salud y la longevidad.

2. COMPORTAMIENTOS PROMOTORES DE SALUD. Los hombres y los chicos, en general, presentan menos estilos de vida sanos que las mujeres y las chicas, y se implican en menos conductas promotoras de salud. Por ejemplo, tienden a elegir alimentos que no son sanos, tienen poca cultura alimentaria y nutricional, tienden a no utilizar cremas protectoras solares y a no emplear cinturones de seguridad.

3. COMPORTAMIENTOS ARRIESGADOS. Comparados con las mujeres, los hombres consumen más tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas y tienen patrones más dañinos de consumo, una forma de conducir más temeraria e ilegal, conducen embriagados más a menudo que las mujeres y que las chicas adolescentes. También tienen más parejas sexuales que las mujeres. Se involucran mucho más en actividades físicas de alto riesgo, como deportes peligrosos y actividades del tiempo de ocio, así como en peleas físicas.

4. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA A LOS RIESGOS. Los hombres en todas las edades perciben significativamente menos riesgo asociado con el consumo de cigarrillos, alcohol y otras sustancias que las mujeres, se perciben a sí mismos menos susceptibles al cáncer de la piel que las mujeres y las chicas y subestiman los riesgos asociados a la exposición solar. También se ha encontrado en algunos países que los hombres no están preocupados por contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) u otras enfermedades de transmisión sexual, aún cuando sus experiencias y conductas sexuales los colocan en un elevado riesgo.

Los hombres también tienden menos que las mujeres a subestimar los riesgos asociados con implicarse en actividades físicamente peligrosas, incluyendo riesgos asociados con el conducir peligrosamente.

5. EL APOYO SOCIAL Y LA MASCULINIDAD. Las investigaciones indican, de modo consistente, que los hombres que presentan una masculinidad tradicional tienen redes sociales mucho menores que las mujeres. Las redes sociales restringidas de los hombres limitan sus niveles de apoyo social, tan

necesario para afrontar las vicisitudes de la vida. Este aislamiento social de los hombres disminuye de modo significativo su probabilidad de sobrevivir después de la enfermedad cardíaca, el cáncer y el accidente vascular encefálico. Los hombres con mayores niveles de apoyo social mantienen también prácticas de salud más positivas y tienden más a modificar la conducta perjudicial a la salud y a cumplir el tratamiento médico.

6. RESPUESTAS COMPORTAMENTALES AL ESTRÉS. Los hombres responden al estrés de forma menos saludable que las mujeres. Es más probable que empleen estrategias de afrontamiento de evitación (tales como negación, distracción y consumo aumentado de alcohol) y es menos probable que empleen estrategias de afrontamiento vigilantes y que reconozcan que necesitan ayuda. Contrariamente, los hombres pueden negar su malestar físico o emocional o intentar esconder sus enfermedades o discapacidades.

7. LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES Y DEL MALESTAR FÍSICO. Los hombres reportan menos temor o malestar emocional que las mujeres y son menos inclinados que las mujeres a llorar. La inexpresividad de los hombres puede tener tanto efectos directos, como indirectos, en su salud y bienestar. La renuencia a reconocer o reportar malestar físico o emocional, puede tener implicaciones a largo plazo para la salud de los hombres: puede influir sobre las decisiones de buscar ayuda, demorar la intervención y socavar el diagnóstico y el planeamiento del tratamiento.

8. CONOCIMIENTOS EN SALUD. Las revisiones recientes de estudios indican que los hombres y los chicos saben menos que las mujeres y las chicas sobre la salud en general y sobre enfermedades específicas, como cáncer, enfermedades de transmisión sexual y enfermedad coronaria y sus factores de riesgo.

9. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Los datos epidemiológicos indican consistentemente que los hombres acuden menos a los servicios de salud que las mujeres y que asisten con menos frecuencia al médico. Aunque las diferencias de género en buscar ayuda a menudo desaparecen frente a un problema de salud serio. Se ha visto que los hombres están menos predispuestos y tienen menos intención que las mujeres de buscar ayuda cuando la necesitan.

Sin embargo, como hemos constatado al analizar la Encuesta Nacional de Salud de España (2006), en las edades posteriores a la edad reproductiva, los hombres utilizan más los servicios hospitalarios que las mujeres, debido, en gran medida, a su poca conducta preventiva en etapas anteriores de su vida y a la reticencia y renuncia a buscar ayuda médica precoz frente a síntomas y problemas de salud, como consumidores poco frecuentes que son de los servicios de atención primaria.

A modo de resumen, puede señalarse que en la bibliografía sobre el tema se concluye que en esas conductas perjudiciales a la salud, los chicos y los hombres demuestran formas idealizadas de masculinidad tradicional, que les comporta desatender sus necesidades de salud y correr riesgos; con ello, los hombres se legitiman como el sexo "más fuerte".

Los estudios muestran de modo consistente que, al parecer, las mujeres adoptan creencias y prácticas personales en salud más saludables que los hombres. Se supone que ello puede tener mucho que ver con la mayor longevidad de las mujeres con respecto a los hombres.

Sin embargo, afortunadamente, cada vez más hombres se alejan de este patrón perjudicial de ejercicio de la masculinidad tradicional y optan por cuidarse su salud, no practicar hábitos nocivos, reconocer sus síntomas y buscar ayuda médica.

ROLES, GÉNERO Y LA SALUD DE LAS MUJERES

Si bien el análisis de género nos muestra que el ejercicio de la masculinidad tradicional puede exponer a los chicos y hombres a riesgos para su salud, para las mujeres, el desempeño de múltiples roles dentro de relaciones de desigualdad frente al hombre, puede exponerla a riesgos para su salud y bienestar y explicar su sintomatología, malestar e incapacidades.

Este enfoque de género nos facilita la comprensión de las diferencias en patrones de morbilidad, mortalidad y utilización de servicios médicos de mujeres y hombres.

1. ESTRÉS DEL ROL MARITAL. A partir de los años 90 los estudios han encontrado que la *relación matrimonial* puede llegar a tener un vínculo tan fuerte con la morbilidad y la mortalidad, como el vínculo que poseen el hábito de fumar, la tensión sanguínea y la obesidad.

Aunque se admite que, si bien las personas casadas exhiben mejor salud que las no casadas, no se trata de que cualquier matrimonio sea mejor que ningún matrimonio, cuando se habla de beneficios para la salud. *La calidad de la relación está también vinculada a la salud.*

Entre las personas casadas, se ha encontrado que, aquéllas en matrimonios estresantes tienen una salud peor que las que están en matrimonios no estresados y las personas en matrimonios de baja calidad tienen un riesgo para la salud aún mayor que las personas divorciadas. La calidad matrimonial es aún más importante para la salud cuando las personas van adquiriendo más edad.

Se ha demostrado que, aunque la pérdida de la pareja por muerte o divorcio puede provocar cambios adversos en la salud psicológica y física, la simple presencia de un cónyuge no es necesariamente protectora; *un matrimonio problemático en sí mismo es una fuente de estrés, además de que simultáneamente limita la capacidad de buscar apoyo en otras relaciones.*

El impacto negativo de un matrimonio turbulento sobre la salud es sustancial según se recoge en la literatura científica; estudios epidemiológicos han demostrado que el vivir en matrimonios infelices es un potente factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor; confiere 25 veces más probabilidad de padecerlo, si se compara con vivir en matrimonios sin problemas. También tiene repercusiones fisiológicas fundamentales como, perjudica la respuesta inmune y que el conflicto matrimonial aumenta la reactividad cardiovascular. *El impacto acumulado de la exposición prolongada al estrés crónico y la respuesta fisiológica correspondiente, pueden entonces socavar a la larga el estado general de salud: como quedó demostrado en la investigación "El Estrés Marital Empeora el Pronóstico de las Mujeres con Enfermedad Cardíaca Coronaria. El Estudio de Estocolmo de Riesgo Coronario Femenino" (Orth-Gomér, K, Wamala, S., 2000).*

2. ESTRÉS DEL ROL LABORAL. En la Comunidad Autónoma Canaria, el 30,64% de la población ocupada son mujeres.

Como puede observarse, en Canarias, en particular y en España en general, existe un mayor número de mujeres que de hombres concentradas en las ocupaciones de administrativas y de trabajadoras no cualificadas. Las cifras más altas de mujeres en personal directivo y técnico que se observa en esta tabla no significa que el sexo femenino predomine sobre el masculino en puestos ejecutivos, sino que, al parecer, están más representadas en el nivel técnico, ya que sabemos que muchas mujeres han accedido a estudios superiores. Por lo tanto, como ambas ocupaciones aparecen juntas, no se aclara la situación real. De todas formas, al observar la tabla, vemos que casi la mitad de las mujeres en Canarias ocupa puestos administrativos y de servicios (no cualificadas), mientras que solamente una cuarta parte de los

hombres ocupan dichos puestos, los cuales tienden a desempeñar trabajos de mayor cualificación, con todo lo que implica en beneficios salariales, prestigio, desarrollo de habilidades, etc.

Tabla 2. Población ocupada según tipo de ocupación por principales características demográficas. Nº absolutos/1000 personas.

	% Mujeres	% Hombres
Personal Directivo y Técnico	82,62	76,03
Administrativas	50,36	28,63
Trabajadoras Cualificadas	101,53	209,11
Trabajadoras no cualificadas	70,25	60,36
Fuerzas Armadas	0,65	5,01

Fuente: Instituto Canario de Estadística. 1T-2009. Absolutos en cien personas.

Los estresores ocupacionales son las condiciones de trabajo que desbordan las capacidades adaptativas y de recursos de la persona, pudiendo resultar en reacciones agudas psicológicas (depresión, ansiedad) o físicas (tensión sanguínea elevada). Una exposición prolongada a condiciones de trabajo estresantes puede llevar a la enfermedad.

El modelo de tensión laboral de Karasek postula que una combinación de *elevadas demandas psicológicas con un bajo control en el trabajo* lleva a enfermedades psíquicas y físicas. Se ha relacionado la tensión laboral con hipertensión, enfermedad cardiovascular, hábito de fumar, síntomas psicósomáticos y depresión. *El Análisis del Estrés del Rol Laboral a Través del "Modelo de Tensión Laboral Demanda- Control de Karasek."* (Karasek, Thorell, 1990).

Para conocer las demandas del trabajo y el control en el trabajo de los diferentes puestos de trabajo hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ▶ **Demandas del trabajo.**
 - Cantidad y volumen de trabajo excesivo.
 - Demandas en conflicto.
 - Insuficiente tiempo para trabajar.
 - Ritmo rápido.
 - Interrupciones imprevistas.
- ▶ **Control del trabajo.**
 - a. Desarrollo de habilidades.
 - Aprender cosas nuevas.
 - Desarrollar nuevas habilidades.
 - Variedad en las tareas.
 - Trabajo no repetitivo.
 - Trabajo creativo.
 - b. Autoridad para decidir.
 - Libertad para tomar decisiones.
 - Libertad para cómo realizar la tarea.
 - Tener mucha participación.

Las personas con elevadas demandas ocupacionales se describen como "trabajando muy rápido", "trabajando muy duro" y no teniendo "suficiente tiempo para terminar el trabajo". A las personas

con poco control en el puesto laboral se las describen como con falta de capacidad y/o autoridad para tomar decisiones, o para tener impacto sobre su trabajo.

Por el contrario, aquellas ocupaciones que, aún produciendo elevadas demandas, sin embargo, puede controlarse su ritmo del trabajo, o requieren desarrollar habilidades, aplicar conocimientos y posibilitar la creatividad, se denominan trabajos activos, o bien trabajos relajados (si es que las demandas son bajas). Estas ocupaciones, lejos de producir tensión laboral, producen gratificaciones y realización personal.

Ejemplos de trabajos activos o relajados son los de diferentes profesiones universitarias, técnicos, artistas, músicos, personal ejecutivo, ciertas especialidades de medicina y enfermería, etc.

Existen diferencias de género por tipo de ocupación: los hombres disponen con más frecuencia que las mujeres de un alto grado de control sobre la realización de sus tareas. En las mujeres se da una correlación negativa entre el margen de toma de decisiones y las demandas: las mujeres con escaso control de su tarea tienen también más exigencias, al ocupar más puestos de trabajo de baja cualificación y status. Por el contrario, los hombres con mayores demandas, tienen mayor control, por ejemplo, en el caso del personal ejecutivo o dirigentes políticos, que tienden a ser mayoritariamente del sexo masculino. Esto significa que hay mayor proporción de mujeres ocupando puestos de trabajo con mayor nivel de tensión laboral, es decir, de estrés.

Otros Estresores Laborales Específicos de Género que Afectan a la Mujer:

a) Prácticas Discriminatorias en el Mercado Laboral.

Es el trato desigual basado en el sexo e incluye prácticas discriminatorias de contrato y promoción, diferenciales salariales entre hombres y mujeres igualmente cualificados, oportunidades limitadas de avance profesional.

Las mujeres que son objeto de prácticas discriminatorias de contratación o promoción reportan niveles más elevados de conflicto laboral y son más proclives de considerar dejar o cambiar de trabajo.

Las barreras para avanzar a posiciones de dirección más elevadas -el "techo de cristal"- están muy extendidas, con un 60% de mujeres en una encuesta reportando que tenían muy poca o ninguna oportunidad para avanzar. Las barreras al avance financiero y profesional han sido relacionadas con más frecuencia de síntomas físicos y psicológicos y más visitas frecuentes al médico.

b) El Acoso Sexual.

El acoso sexual se define como: "la situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado, de índole sexual, con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo".

El acoso sexual en el trabajo se produce con más frecuencias en las mujeres y les trae repercusiones físicas y psicológicas, tales como la apatía y desgana (10,5%), la baja autoestima (8,2%) y otros síntomas relacionados con el sueño como las pesadillas (7,5%) o el insomnio (7,6%). Las palpitaciones (10,4%) junto con las dificultades para respirar (6,5%) o el aumento de enfermedades en general (7,2%) son ejemplos de graves consecuencias del acoso sexual. (INMARK. Instituto de la Mujer, 2006).

3. EL ESTRÉS DE LA SOBRECARGA Y EL CONFLICTO DE ROLES. El conflicto de roles se refiere a las presiones simultáneas de los ámbitos laboral y familiar que son mutuamente incompatibles en algún sentido, de manera que, satisfacer las demandas de un rol hace difícil satisfacer las demandas del otro.

A pesar de que la mujer está incursionando plenamente en el ámbito público, debido a las relaciones de desigualdad que aún persisten, los hombres no han asumido en la misma medida responsabilidades en el ámbito privado, por lo que las mujeres continúan con el mayor peso en la responsabilidad de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos e hijas.

Según la encuesta nacional de salud de 2006, la proporción de horas que emplean en España mujeres y hombres en labores de cuidado a otras personas y tareas del hogar es mucho mayor en mujeres que en hombres.

Estudios de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 31 países muestran que las mujeres trabajan de un 10% a un 30 % más horas que los hombres. Dos tercios del trabajo que es realizado por la mujer no es pagado, no se valora y tradicionalmente ha sido invisible (ONU, 1995). El trabajo doméstico permanece aún siendo una responsabilidad predominantemente femenina. En Europa Occidental las mujeres emplean 31 horas a la semana en trabajo doméstico. Los hombres emplean 10 horas.

Está bien establecido que la carga total de trabajo de las mujeres que están empleadas a tiempo completo es mayor que la de los trabajadores a tiempo completo, particularmente cuando tienen responsabilidades familiares.

Las elevadas responsabilidades familiares, en combinación con elevada tensión laboral, se asociaron con aumentos significativos en la tensión sanguínea diurna sistólica y diastólica como quedó reflejado en el *“Estudio del Efecto de las Responsabilidades Familiares y la Tensión Laboral sobre la Presión Sanguínea de Mujeres Administrativas, Profesionales y Ejecutivas”*. (Brisson C. et al. 1999).

El estrés afecta a las mujeres más que a los hombres y tienden significativamente a reportar en mayores proporciones el “quemarse” (burnout), enfermedades relacionadas con el estrés o un deseo de abandonar los trabajos como se puede observar en el trabajo *“Estrés y Carga de Trabajo en Mujeres y Hombres en Posiciones Ejecutivas”* de Lundberg, y Frankenhaeuser. (1999).

Los científicos de diferentes países coinciden en afirmar que el estrés de la sobrecarga laboral y de los conflictos de roles podría ser un importante factor causante de un mayor número de problemas de salud en las mujeres que en los hombres (Lundberg, U. 1999).

Sin embargo, según los estudios, el conflicto de roles es mínimo, cuando los maridos comparten equitativamente las responsabilidades familiares y la mujer está satisfecha con el cuidado infantil. (Lundberg, U. 1999).

LA IMPLICACIÓN PATERNA: LA SALUD DEL PADRE Y DE LA MADRE

Se han definido tres tipos de implicación de los padres:

- ▶ **Compromiso** (interacción, contacto directo con el hijo/a, jugar, darle de comer, etc.).
- ▶ **Accesibilidad** (puede o no interactuar, pero está disponible, física y psicológicamente).
- ▶ **Responsabilidad:** Asume su responsabilidad en el bienestar y el cuidado del niño/a (participación en decisiones clave, cuidado de hijos/as enfermos, manejo y selección de atención).

Muy recientemente se ha comenzado a estudiar cómo afecta en la salud de los hombres la implicación plena en el rol paterno. En este sentido, se debe destacar que se ha encontrado que no solo disminuye el estrés que los múltiples roles le ocasiona a la mujer cuando las relaciones son desiguales y el padre no participa, sino que la propia salud de los hombres mejora cuando se implican activamente en el cuidado de sus hijos e hijas.

En efecto, la Dra. Gunilla Ringback Weitoft (2003), encontró resultados positivos en padres suecos que participaban activamente en el cuidado de sus hijos e hijas, en términos de un riesgo inferior de mortalidad prematura, menos comportamientos negativos en salud, tales como el abuso de drogas, menos malestar emocional y menor riesgo de depresión.

En este sentido, los estudios que se dirigen más específicamente a la relación entre una igualdad de género en aumento, en cuanto a compartir responsabilidades familiares y la salud, muestran una relación positiva. Los hombres que toman un período más largo de baja paternal, están orientados a la familia y en igualdad con su pareja demuestran mejor salud que otros hombres (Mansdotter, 2006). Es decir, que las relaciones de igualdad, en cuanto a las responsabilidades frente a los hijos e hijas mediante una mayor implicación del padre en su atención, puede constituir una base importante para la promoción de salud de ambos progenitores y no solamente un alivio para la mujer.

Sin embargo, los estudios de los países nórdicos muestran también que, aún cuando a los padres se les ofrece baja paternal pagada, no la emplean en gran medida (Plantijn et al, 2003). Las razones que dan son especialmente razones económicas, actitudes negativas de los empleadores y un punto de vista tradicional que perdura acerca de las tareas en la vida familiar de las madres y de los padres.

Estos puntos de vista tradicionales se refieren básicamente a que, a pesar de los cambios positivos en las relaciones de igualdad entre mujeres y hombres, y una redefinición de los roles femenino y masculino que está sucediendo, todavía puede existir rechazo por ambas partes e, inclusive por las propias mujeres, a una mayor implicación del padre en el cuidado infantil.

Una madre con actitudes tradicionales hacia los roles de género, que piense que el trabajo familiar es principalmente para las mujeres, puede estar reticente a estimular una implicación paterna y aumenta la probabilidad de que limitará la implicación de su pareja. Tal como han cambiado las actitudes de los padres, las actitudes de las mujeres hacia la implicación paterna también han cambiado lentamente.

En las encuestas se encuentra, tanto que los hombres desean estar más implicados, como que hay un número de mujeres que no desea que sus parejas estén más implicados de lo que actualmente están.

Puede haber muchas razones de por qué las madres se resisten a cambiar los roles paternos. Se han publicado estudios que muestran cómo las madres presentan un cierto grado de ambivalencia hacia una mayor implicación masculina en el cuidado y educación de los niños y las niñas: el gate-keeping (portera o guardabarrera):

- a) Establecimiento de normas rígidas por parte de la madre por su reticencia a delegar responsabilidad en cuestiones familiares para así proteger su autoridad en la familia.
- b) Confirmación de la Identidad Materna. Es más probable que ella se resista a la implicación de su pareja, puesto que ello la desmeritaría ante los demás en el cumplimiento de su rol materno ideal. Algunas madres pueden sentir que sus maridos son incompetentes, o temen que una implicación paterna creciente puede amenazar la dinámica fundamental de poder dentro de la familia.

Los roles de madre y de directora del hogar son dos roles en que la autoridad de la mujer no ha sido cuestionada; juntas constituyen la única área en donde las mujeres han disfrutado tradicionalmente un poder real y un control. La implicación paterna aumentada puede amenazar este poder y esta preeminencia.

EXPANSIÓN DE ROLES *VERSUS*, CONFLICTO DE ROLES Y SALUD DE LAS MUJERES

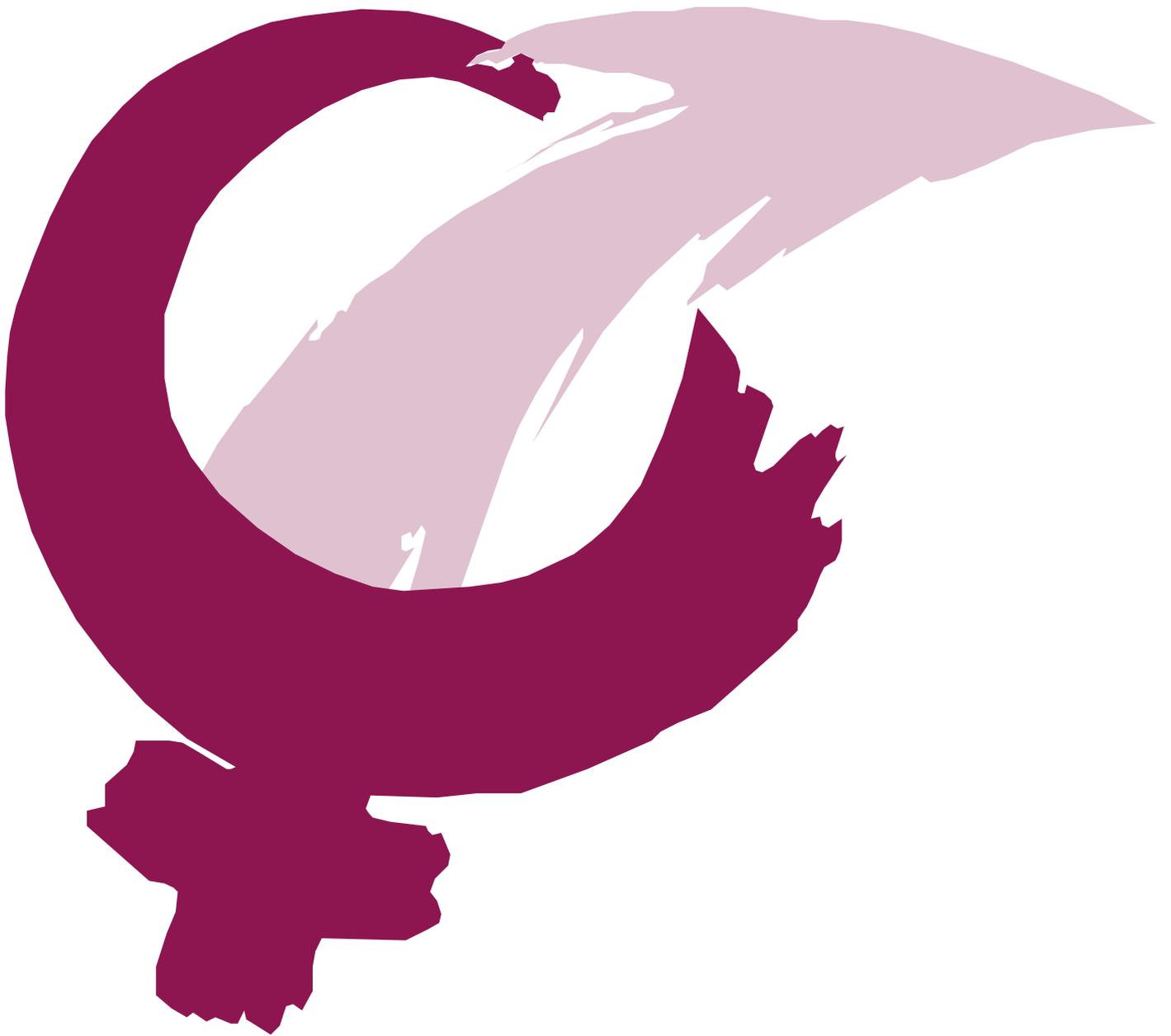
Si bien la sobrecarga y el conflicto de los múltiples roles pueden afectar la salud y bienestar de las mujeres, cuando no hay conflicto de roles, sino, lo que en la literatura científica se ha dado en llamar '*expansión de roles*', el trabajo le trae a la mujer recompensas, tales como elevada auto-estima, reconocimiento, prestigio y remuneración financiera.

Los múltiples roles pueden ser considerados beneficiosos para la salud. Las identidades de roles (ser profesora, secretaria, enfermera, trabajadora de la limpieza, etc.) pueden ser fuentes importantes de bienestar psicológico, porque los requerimientos asociados a cada rol, dan, en mayor o menor medida, propósito, significado y dirección en la vida de la persona.

El desempeño de múltiples roles puede mejorar la vida ofreciendo fuentes adicionales de apoyo social, habilidades aumentadas y una elevación de la autoestima y del bienestar. Se ha encontrado que mujeres con múltiples roles (madre, esposa, trabajadora) estaban menos deprimidas y tenían una autoestima más elevada que mujeres que tenían menos roles en la vida.

Sin embargo, es la calidad de los roles lo que es importante. Es decir, mientras mayor la calidad de los múltiples roles de una persona (tener un trabajo interesante, desafiante y una vida hogareña feliz) mayor será su autoestima.

Estos cambios en la forma de ejercer el género masculino y femenino, traerán consecuencias muy positivas sobre la salud de los hombres y las mujeres. Sin embargo, debe hacerse hincapié en estos aspectos de género en la crianza y educación de niños y niñas, así como en labor educativa en salud



El embarazo

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

El aparato genital femenino se divide en genitales externos e internos. Los órganos internos se encuentran situados en el interior de la pelvis ósea, formada por los huesos coxales, el sacro y el cóccix. Ambos coxales se unen hacia delante en la sínfisis del pubis y hacia atrás en el sacro. Todos estos huesos están unidos por fuertes músculos y ligamentos.

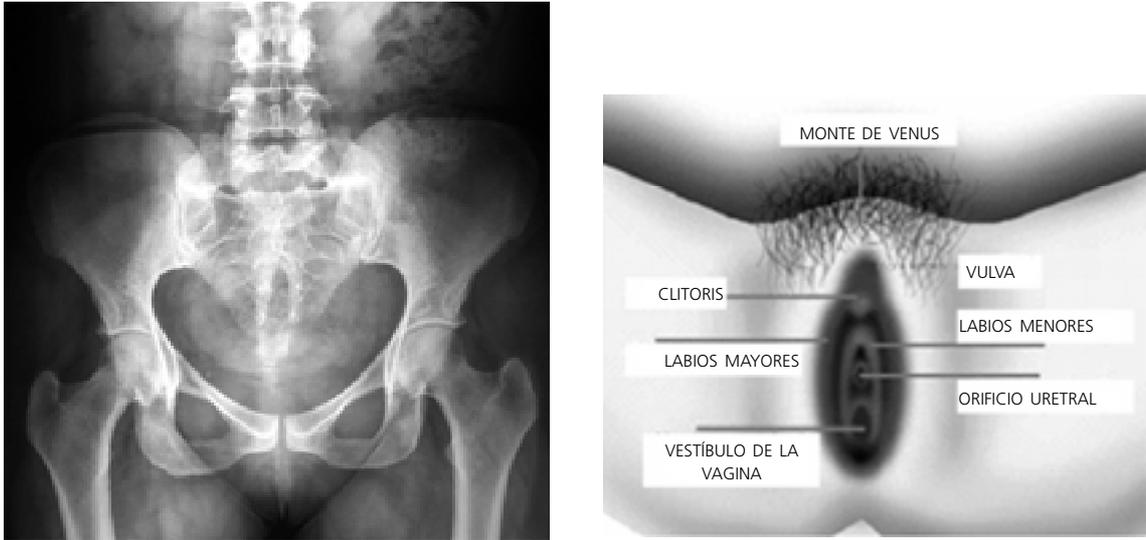


Figura 1. La Pelvis y Genitales Externos.

1. GENITALES EXTERNOS O VULVA

Los forman el **monte de Venus**, de forma triangular y cubierto de vello, que se extiende para formar los **labios mayores**, también cubiertos de vello en su parte externa. Los **labios menores** se encuentran en el interior de los labios mayores, sin vello, uniéndose en la parte superior para formar el **clítoris**, es un órgano eréctil muy vascular y con muchas terminaciones sensitivas. El **vestíbulo de la vagina** es una zona comprendida entre los labios menores y en el que se sitúa el orificio de la uretra y el de la vagina, cerrado parcialmente por una membrana denominada **himen**, que se rompe con el coito.

2. GENITALES INTERNOS

La **vagina** es una estructura tubular que comunica la vulva con el cuello uterino, situada entre la vejiga y el recto. Está recubierta por una mucosa rugosa con pliegues transversales, tiene una inclinación hacia arriba y atrás, formando un ángulo de 90° con el útero, recibe el semen durante el coito y tiene una gran capacidad de distensión para convertirse en el canal blando del parto y permitir la salida del feto.

El **útero** es un órgano hueco y único también situado entre la vejiga y el recto. Se divide en cuerpo, istmo y cuello o cerviz. Las Trompas de Falopio se localizan una a cada lado de la cavidad uterina, comunicando ésta con los ovarios y la cavidad abdominal. Su principal función es transportar los óvulos hacia el útero.

Los **ovarios** son los órganos responsables de la producción de óvulos y hormonas femeninas, estrógenos y progesterona y se encuentran situados a cada lado de la pared lateral de la pelvis.

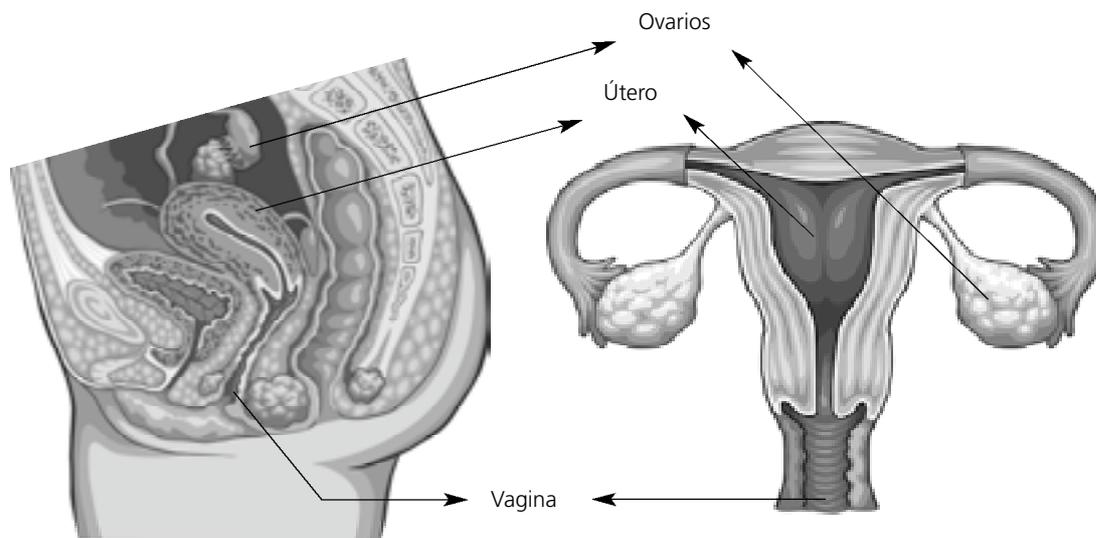


Figura 2. Genitales internos.

3. FECUNDACIÓN

El óvulo tiene una vida media de 24 horas tras la ovulación, y los espermatozoides de 48 horas tras la eyaculación en la vagina. La fecundación se produce en el tercio externo de la trompa, con la penetración de la cabeza de un espermatozoide en el ovocito y la unión de los núcleos para formar el huevo o cigoto de 46 cromosomas que se implantará en el endometrio entre el 5º y 6º día después de la ovulación.

DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL

La duración del embarazo es aproximadamente de 40 semanas, a partir del primer día de la última menstruación. Clínicamente, se divide en tres trimestres (**tablas 3 ,4 y 5**).

El desarrollo embrionario comprende los primeros 60 días (8 semanas) y aunque el embrión humano se protege bien en el útero materno, el primer trimestre de la gestación es el periodo más crítico por el mayor riesgo de anomalías congénitas, cuyas causas suelen dividirse en:

- Factores genéticos, como anormalidades cromosómicas.
- Factores ambientales (teratógenos), como fármacos y virus a las que hay exposición materna.
- Combinación de factores genéticos y ambientales que actúan en conjunto (herencia multifactorial).

Tabla 3. Desarrollo embrionario, fetal y cambios uterinos en el primer trimestre de gestación.

PRIMER TRIMESTRE	0-8 SEMANAS	9-12 SEMANAS	13-16 SEMANAS
DESARROLLO EMBRIONARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Embrión. • Primer día fecundación en la trompa. • Séptimo día implantación en endometrio. • Se forman todos los órganos y sistemas del cuerpo destacando el cierre del tubo neural. • La cabeza es la extremidad que más abulta. • Hacia la quinta semana comienza a latir el corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feto. • La cara se perfila. • Se forman ojos y párpados, todavía fusionados. • Crecen brazos y piernas. Los órganos internos van desarrollándose. • Comienza la formación de orina que se elimina al líquido amniótico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feto. • Mueve brazos y piernas. Se alargan los miembros inferiores. • Se puede distinguir el sexo y se detecta latido cardiaco con Eco-Doppler. • La formación de los órganos es completa. • Hay movimientos oculares lentos.
CAMBIOS UTERINOS	<ul style="list-style-type: none"> • Útero del tamaño de un pomelo y lleno de líquido amniótico, con pared engrosada y más vascularizada. • Placenta y cordón umbilical empiezan a formarse. 		
TALLA / PESO	< de 1 centímetros / < 1 gramo	4 centímetros / 14 gramos	10 centímetros / 100 gramos

Tabla 4. Desarrollo fetal y cambios uterinos en el segundo trimestre de gestación.

SEGUNDO TRIMESTRE	17-20 SEMANAS	33-36 SEMANAS	37-40 SEMANAS
DESARROLLO FETAL	<ul style="list-style-type: none"> • Piel transparente y fina. Comienza a aparecer grasa subcutánea. • Intestino se llena de meconio. • Traga líquido amniótico y a veces tiene hipo. • Los dedos tienen uñas y huellas dactilares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su cuerpo se cubre de lanugo y vérmix caseoso. • Tiene pelo, pestañas y cejas. • Se chupa el dedo. • Comienzan los movimientos oculares rápidos y el parpadeo. • Duerme de 18 a 20 horas. • Hay un aumento de peso importante. • Aparato respiratorio aún inmaduro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su cara está casi formada y abre los ojos. • Cuando esta despierto se mueve mucho. • Aumento del depósito grasa subcutánea.
CAMBIOS UTERINOS	<ul style="list-style-type: none"> • El útero crece hasta alcanzar el ombligo y medir 20 cm. y el líquido amniótico llega a un litro. • La placenta cubre menos de la mitad de la pared uterina y las contracciones uterinas poco perceptibles. 		
TALLA / PESO	40 centímetros / 1600 gramos	45 centímetros / 2500 gramos	50-52 centímetros / 3000-3500 gramos

Tabla 5. Desarrollo fetal y cambios uterinos en el tercer trimestre de gestación.

TERCER TRIMESTRE	29-32 SEMANAS	33-36 SEMANAS	37-40 SEMANAS
DESARROLLO FETAL	<ul style="list-style-type: none"> • A pesar de la prematuridad cuenta con madurez pulmonar y neurológica suficiente para sobrevivir. • Tiene fugaces movimientos respiratorios. • Responde a ruidos exteriores con movimientos. • Capacidad de succión efectiva. • Algunos se colocan de vértice. 	<ul style="list-style-type: none"> • La piel es más gruesa y de tono rosáceo. • Los huesos de la cabeza son flexibles. • Se perfecciona la madurez pulmonar. • La mayoría se coloca de vértice. 	<ul style="list-style-type: none"> • El lanugo se desprende. • Los pulmones están preparados para respirar aire. • Su piel no está tan arrugada. • El punto de unión del cordón umbilical está en el centro del abdomen. • La placenta pesa en torno a 500 g. • El contenido del líquido amniótico es un litro.
CAMBIOS UTERINOS	<ul style="list-style-type: none"> • El útero crece hasta alcanzar el esternón y medir 36 cm. • El líquido amniótico disminuye. • La placenta mide unos 18 cm. • Aumentan las contracciones uterinas fisiológicas. 		
TALLA / PESO	40 centímetros / 1600 gramos	45 centímetros / 2500 gramos	50-52 centímetros / 3000-3500 gramos

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y AUTOCUIDADOS

Desde la concepción hasta el nacimiento, el cuerpo de la mujer presenta unos cambios anatómicos, funcionales y bioquímicos, de gran importancia, pues proporcionan las modificaciones necesarias para el parto y la lactancia.

1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CONDUCTAS A SEGUIR

Las manifestaciones o síntomas asociados a la gestación se describen en la **tabla 6**. Su conocimiento permite tranquilizar a la gestante y seguir la conducta adecuada en cada caso.

Tabla 6. Manifestaciones clínicas durante la gestación y abordaje.

APARATO DIGESTIVO	CONDUCTA
Alteraciones del gusto y olfato	<ul style="list-style-type: none"> • Informar que desaparece conforme avanza el embarazo. • Evitar alimentos de sabores u olores fuertes.
Náuseas y vómitos	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el estómago vacío o muy lleno, los alimentos de difícil digestión o repulsivos, el tabaco, café, grasas, bebidas gaseosas. • Comer 5-6 veces al día, de forma moderada y antes de levantarte (10-15 min) tomar algo sólido (tostadas, galletas) y llevar frutos secos, por si aparecen náuseas. • Mantener una buena postura corporal tras las comidas (semisentada). • Si persisten los vómitos tras tratamiento, valorar la hospitalización.
Caries	<ul style="list-style-type: none"> • Buena higiene bucodental. • Alimentación adecuada evitando sobre todo los azúcares simples. • Visita a la unidad de Salud Bucodental si fuese necesario.
Ptialismo o hipersialorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Masticar chicle, caramelos duros y enjuagues astringentes.
Gingivitis y Epulis	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la normalidad del sangrado e inflamación de encías y que desaparece tras el parto en uno o dos meses. • Evitar traumatismos e infecciones. • Dieta equilibrada rica en vegetales y frutos secos. • Buena higiene dental: utilizar cepillo de cerda media, pasta dentrífica con sal marina, mínimo dos veces al día, imprescindible en la noche. Utilizar hilo dental. Se puede masajear las encías. • Acudir al dentista antes del embarazo o en el 1º trimestre.
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica en fibra (cereales, vegetales, fruta...). Ir aumentando paulatinamente para evitar los gases. Aumento de líquidos. Masticar bien, despacio. • Ejercicio moderado. • Hábito regular de evacuación acudiendo a una hora fija al inodoro y estimulando el reflejo gastrocólico (un vaso de agua al levantarse). • Evitar enemas y laxantes sin previa indicación.
Hemorroides	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección del estreñimiento. • Evitar de la alimentación, especias, alcohol. • Evitar ropa muy ceñida, se aconseja ropa interior de algodón. • Evitar estar de pie o sentada mucho tiempo. Descongestionar la pelvis, realizando ejercicios de levantamiento o poner almohadas sobre las caderas. • Higiene local (baños de asiento con agua fría y asientos blandos) y consultar.
Pirosis	<ul style="list-style-type: none"> • Comer 5-6 veces al día, poca cantidad, evitando café, tabaco, grasa, bebidas gaseosas y/o con alcohol. Cenar al menos dos horas antes de acostarse. • Si reposo tras la comida hacerlo en posición semisentada. • Si no mejora, consultar.
Modificaciones del apetito: antojos, "pica" (alimentos no comestibles, tierra, cal)	<ul style="list-style-type: none"> • Informar de que es normal. Eliminar la creencia de que hay que comer por dos y que hay satisfacer todos los platos deseados. • Si se tiene poco apetito ayudar a elaborar una dieta apetitosa y nutritiva.

CARDIO-VASCULARES	CONDUCTA
Arañas vasculares	<ul style="list-style-type: none"> No existen medidas preventivas. Informar que desaparece o disminuyen tras el parto.
Edema de pies	<ul style="list-style-type: none"> Desaparece con el reposo. Evitar estar de pie o sentada mucho tiempo. Evitar el decúbito supino. Descansar en DLI. . Masajes de tobillos hacia pelvis. Evitar compresión en miembros inferiores.
Varices	<ul style="list-style-type: none"> Paseos cortos, ejercicios de tobillo, masajes de tobillos hacia caderas. Evitar estar mucho tiempo de pie o sentada. Reposo con las piernas en alto, levantar también las caderas si varices en periné/vulva. Duchas frías. Evitar la cera caliente.
Hipotensión de cúbito	<ul style="list-style-type: none"> Evitar el decúbito supino.
Mareo y síncope	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio moderado, evitar cambios bruscos de posición. Respiraciones profundas. Evitar lugares muy concurridos y periodos largos de ayuno. Tranquilizar a la mujer, no existe prevención. Remitir al cardiólogo si existen síntomas de descompensación cardiaca. No tóxicos y evitar el estrés. No existen medidas preventivas. Informar que es transitorio y que se restablece tras el parto.
RESPIRATORIOS	CONDUCTA
Congestión nasal	<ul style="list-style-type: none"> No hay prevención. Irrigaciones nasales con suero fisiológico. No utilizar antihistamínicos- descongestivos, efectos secundarios, y alivio mínimo.
Disnea del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> No hay prevención. Postura corporal correcta. Dormir con más almohadas. Ejercicio moderado y realizar ejercicios respiratorio profundas y relajadas. Evitar el decúbito supino, el estómago repleto y el tabaco.
URINARIOS	CONDUCTA
Polaquiuria (sobre todo en 1 ^{er} y 3 ^{er} trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> Informar que es normal y que no hay prevención. Informar de los signos de alarma de infección del tracto urinario(disuria, hematuria...).
Nicturia	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir la ingesta de líquidos o alimentos ricos en agua, a últimas horas de la tarde.
Incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio de suelo pélvico (ej. de kegel). Se desaconseja el uso de cafeína, alcohol, zumos de cítricos, bebidas gaseadas, algunos alimentos especiados y cigarrros.
Retención de orina	<ul style="list-style-type: none"> Vaciar la orina residual (cuando termine de orinar inclinarse hacia delante, para que el abdomen presione la vejiga). Higiene adecuada (de parte delantera hacia la trasera). Conocer signos de alarma.

NEUROLÓGICOS	CONDUCTA
Cefaleas	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar, para hacer diagnóstico.
Acondrodisestesias (insensibilidad y parestesias en brazos)	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios para fortalecer los hombros. • Sujetador adecuado.
Síndrome de túnel carpiano	<ul style="list-style-type: none"> • No medidas preventivas. Normalmente desaparece tras parto. • Dormir con la mano levantada, sobre una almohada. A veces es de ayuda inmovilizar la mano con una férula. • Inyección local de corticoides. • Evitar cirugía salvo afectación neurológica evidente.
Problemas en la atención y concentración	<ul style="list-style-type: none"> • Pasajero.
Dificultad para conciliar el sueño y se despierta con frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Pasajero.
SÍNTOMAS CUTÁNEOS	CONDUCTA
Mamas molestas y aumento de tamaño	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un sujetador adecuado día y noche. (tiras anchas, que no den de sí y copa que sujete).
Estrías	<ul style="list-style-type: none"> • No existe prevención ni tratamiento aunque se aconseja buena hidratación y un jabón suave y neutro.
Hiperpigmentación (línea negra o alba, en areola mamaria, pezones y doasma en cara)	<ul style="list-style-type: none"> • Cremas de protección solar. • Pueden desaparecer o disminuir tras el parto.
Aumento de sudoración	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda y holgada, tejidos de fácil transpiración como el algodón, el lino... • Evitar desodorantes con alcohol. • Higiene diaria con jabón suave.
Caída del cabello	<ul style="list-style-type: none"> • No hay prevención ni tratamiento. • Se puede lavar el pelo tantas veces se necesite evitando el secado eléctrico, el moldeado y los acondicionadores. • Informar que es transitorio y que se restablece tras el parto en 6-9 meses.
Hirsutismo en cara y abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Informar que es transitorio y que se restablece tras el parto.
Acné (sobre todo en cara)	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene piel con agua y jabón neutro.
Prurito y rash	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar para establecer el diagnóstico etiológico.
MUSCULOESQUELÉTICOS	CONDUCTA
Dolor lumbar	<ul style="list-style-type: none"> • Calzado de tacón medio e higiene postural. • Reposo en cama dura. • Ejercicio físico adecuado. Masaje y calor local.
Dolor en ligamento redondo	<ul style="list-style-type: none"> • Buena dinámica y mecánica corporal, para evitar sobredistenderlo. • Alivie el dolor doblando las rodillas hacia el pecho, o siéntese en cuclillas.

MUSCULOESQUELÉTICOS	CONDUCTA
Dolor a punta de dedo en sínfisis del pubis, y caderas (3 ^{er} trimestre). Andar de "pato"	<ul style="list-style-type: none"> • Cinturón prenatal, que ayuda a que el bebé no se apoye sobre pubis. • Evitar la aducción de las piernas más allá de la posición de reposo.
Dolor costal	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de fortalecimiento de la parte superior de la espalda, corrección postural y estiramientos.
Diástasis de los músculos rectos del abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Se aconseja tener una buena musculatura previa al embarazo. Cualquier separación superior a dos dedos, es una restricción para ejercicios de levantamiento o descenso de piernas. • Evitar ejercicios de rotación de tronco. • Faja abdominal.
Calambres (más frecuente en 3 ^{er} trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de posición. • Evaluar dieta. Restricción de fosfatos y aumento de calcio, sin fosfatos. • Estiramiento inmediato suave y pasivo, en caso de ser en zona de gemelos dorso del pie hacia la pierna. Calor al músculo afectado. • Levantarse despacio desde la posición de reposo. • Evitar cruzar las piernas y los tacones altos.
OTROS	CONDUCTA
Epistaxis	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar esfuerzos que aumenten la presión (ej. sonarse).
	<ul style="list-style-type: none"> • Presionar en tabique nasal en el momento del sangrado y en el caso de que éste no cese consultar (descartar HTA).
Calostro (último trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que es fisiológico. No manipular el pezón.
Fatiga y somnolencia	<ul style="list-style-type: none"> • Informar que es habitual. • Aconsejar la disminución de la actividad física y el reposo tras la comida.
Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar a la mujer. Aconsejar las medidas de higiene del sueño.
Leucorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene, evitando las duchas vaginales. • Si prurito o cambios en el color y olor, acudir al centro de salud.
Presión abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Reposo, relajación, buena postura corporal en bipedestación o en la deambulación.
Contracciones gestacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el patrón de normalidad en función de la edad gestacional. • Si aparecen frecuentemente, reposo en D.L.I, no masajear abdomen ni pezones, y en caso de que no cesen, consultar.

2. RECOMENDACIONES SOBRE AUTOCUIDADOS

2.1. Descanso y sueño: Unas 8 horas de sueño diarias sería lo adecuado y un descanso por la tarde, o cuando lo necesite

2.2. Alimentación: La alimentación durante el embarazo debe ser completa y variada, y debe adecuarse a los cambios físicos y fisiológicos con el fin de satisfacer las necesidades nutricionales de la madre y del bebé para afrontar mejor el parto y el coste de la producción de la leche materna.

2.3. Ejercicio: Es aconsejable si no hay contraindicación (A.P.P, C.I.R, sangrado...). Se recomienda realizarlo de 3-4 veces por semana, con una duración de 20 a 30 minutos, para incrementarlo progresivamente hasta una hora. Se interrumpirá si aparecen signos de fatiga o dolor. En general, no

son aconsejables los ejercicios en decúbito supino, ni aquellos de intensidad elevada. Se recomiendan la natación, bicicleta estática y caminar, realizando estiramiento previo y posterior de 5-10 min, limitando los movimientos de gran amplitud por la hiperlaxitud frecuente en la gestación por el aumento de relaxina.

2.4. Higiene personal y cuidado de piel y cabello: La sudoración y el flujo vaginal aumentan durante la gestación por lo que es recomendable la ducha diaria con jabón pH 5,5 e hidratar la piel. Exposición moderada al sol con fotoprotector adecuado. El tinte del pelo no es perjudicial para el bebé pero puede afectar al cuero cabelludo y causar irritación.

2.5. Aspectos de salud bucodental a considerar con las mujeres embarazadas. Se le debe informar sobre sus posibles cambios en hábitos dietéticos y el papel que estos pueden jugar en la aparición de nuevas caries o en la progresión de las existentes e instruirle en cuanto a las medidas que pueden permitirle evitar esta situación (**tabla 7**).

2.6. Es necesaria la derivación de toda mujer embarazada a la consulta de odontología, durante el primer trimestre, para:

1. Una revisión completa de la cavidad oral y diagnóstico de la patología existente.
2. Profilaxis oral con eliminación de cálculo y placa, y aplicación de gel de flúor.
3. Instrucciones de higiene oral, consejo dietético y recomendaciones para el cuidado del bebé.

Los tratamientos conservadores deben realizarse en el segundo trimestre del embarazo. La realización de radiografías orales durante el embarazo debe limitarse a aquellos casos en que se deban tratar situaciones agudas o tratamientos donde sea imprescindible realizar una radiografía para tener un diagnóstico acertado y se recomienda que se pospongan al segundo trimestre y se efectúen con protección radiológica por mandil plomado con protección tiroidea.

Tabla 7. Medidas de prevención en Salud Bucodental.

- Mantener una dieta equilibrada controlando la frecuencia y consumo de alimentos y bebidas azucaradas.
- Cepillar sus dientes con pasta dental con flúor después de las comidas.
- Utilizar el hilo dental o los cepillos interdentales para eliminar los restos de comida que quedan atrapados entre los dientes.
- Masticar chicle con xilitol 2-3 veces al día. Se ha demostrado que las madres que mastican chicle con xilitol tienen menor cantidad de bacterias cariogénicas en su boca y por lo tanto reduce la probabilidad de transmisión de la bacteria de la madre al bebé.
- Control odontológico anual.

2.8. Relaciones sexuales: Las relaciones sexuales no perjudican al bebé y salvo contraindicación médica (placenta previa, sangrando, amenaza de parto prematuro...), se recomienda practicar el sexo con normalidad. Algunos autores indican, no tener más coito después de las 36 semanas ya que puede aumentar el riesgo de rotura de la bolsa amniótica y elevar el riesgo de infección. Otros sin embargo plantean que se pueden tener hasta el final. No hay que olvidar que el coito no es la única forma de expresión sexual. No es cierto que el parto se adelante por mantener relaciones sexuales.

2.9. Postura correcta: Evitar estar mucho tiempo de pie y cambiar a menudo de posición.

- ▶ De pie: el punto de apoyo del cuerpo son los músculos de las nalgas, no los talones; los pies deben estar separados unos 30 cm. y las rodillas relajadas, los hombros caídos, la barbilla hacia arriba, el vientre suavemente hacia dentro y ligeramente contraído el periné.
- ▶ Sentada: situar la espalda recta, con las lumbares apoyadas.
- ▶ Acostada: evitar el decúbito supino, ponerse de lado, con la pierna de debajo estirada y la otra flexionada sobre un cojín. No cambiar bruscamente de posición y para levantarse utilizar los brazos y muslos, no el vientre, y desde decúbito lateral.

2.10. No consumir tabaco, alcohol u otras drogas:

- ▶ Si la mujer no puede dejar de fumar, tras tener toda la información, se le recomienda, que lo disminuya al menor nº de cigarrillos/día.
- ▶ En relación con el consumo de alcohol durante la gestación, no se ha demostrado que haya ningún nivel seguro, por lo tanto los expertos recomiendan abstenerse.
- ▶ En relación con el consumo de drogas ilícitas, se ha demostrado que su consumo produce malformaciones físicas y problemas mentales. En la bibliografía consultada no aporta datos sobre las dosis que puedan resultar nocivas, con lo que se recomienda el no uso.
- ▶ En caso de dependencia del alcohol o cualquier otra droga se indicará buscar ayuda.

2.11. Medicamentos: No automedicarse, y solo utilizar aquellos que sean prescritos por su médico/a.

2.12. Radiaciones y tóxicos ambientales: Evitar tener contacto con radiaciones, emanaciones de gases, metales pesados (mercurio, plomo), pesticidas, herbicidas y algunas sustancias químicas utilizadas en la industria (para más información se puede consultar la directiva 548 de CEE).

2.13. Actividad laboral: Se puede llegar hasta el final de la gestación trabajando, salvo que se requiera gran esfuerzo físico, que el abdomen interfiera, que suponga un cansancio excesivo, que plantee riesgos de toxicidad fetal.

2.14. Viajes: No hay limitaciones siempre que se utilice un medio que permita moverse con facilidad y a menudo. En caso de ir en coche, hacer paradas cada dos horas y deambular unos 10 minutos. No utilizar pastillas para el mareo. Si quiere ir al extranjero, es importante conocer si el lugar al que quiere ir requiere vacunas, si son compatibles con el embarazo, y si las enfermedades propias del lugar, pueden afectar negativamente al embarazo, en ese caso sería recomendable posponer el viaje.

ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO

1. MITOS SOBRE EMBARAZO Y ALIMENTACIÓN

1.1. Hay que comer por dos durante el embarazo.

1.2. Cuando hay acidez durante el embarazo, la criatura nacerá con mucho pelo.

1.3. Beber mucha agua no es recomendable porque aumentará demasiado el líquido amniótico.

1.4. Si no se satisface un antojo, el niño o la niña tendrá una mancha en la piel.

1.5. Las mujeres vegetarianas tienen que cambiar su dieta por el embarazo: Una dieta vegetariana puede ser saludable durante el embarazo si la ganancia de peso y la ingesta de vitamina B12, vitamina D, calcio, hierro y zinc son adecuadas. De ser necesario se puede tomar algún suplemento o multivitamínico.

1.6. La placenta protege a la criatura de las sustancias dañinas que la madre consume: La placenta protege al feto pero no de todas las sustancias dañinas.

1.7. El feto únicamente toma lo que necesita, sin importar la ingesta materna.

2. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES (tablas 8 y 9)

El estado nutricional anterior al embarazo es un factor de gran importancia tanto para la madre como para la criatura. La mejor dieta gestacional es la que empieza antes de la concepción. Los requerimientos nutricionales durante la gestación aumentan si los comparamos con los de la mujer en etapa no reproductiva. La mujer gestante almacena gran cantidad de energía, principalmente elevando sus reservas de grasa corporal, aumentando las necesidades de proteínas, vitaminas hidrosolubles, algunos minerales y energía.

El aporte energético diario nunca debería superar las 2.500 – 2.600 Kcal./día. En ningún caso se aconseja que la ración calórica sea inferior a 1.700 Kcal./día.

Tabla 8. Coste energético del embarazo por día y trimestres.

Estado	Kcal.
Mujer normal no gestante.	2.000 Kcal.
Gestante, primer trimestre.	2.100 Kcal.
Gestante, segundo trimestre.	2.200 Kcal.
Gestante, tercer trimestre.	2.300 Kcal.
Madre lactante.	2.500 Kcal.

Fuente: Modificado Academia Americana Ginecología. Enciclopedia de la Mujer. Enfermería 21: Alimentación durante el embarazo. Conchita Lladó Maideu, enfermera dietista. Páginas 185-205.

El aumento de peso en un embarazo a término aceptado para un resultado sano es aproximadamente de 9 a 13 Kg. para mujeres de peso normal y talla media. Si las gestantes son muy altas, el aumento de peso debe ser algo superior. En una mujer con peso deficitario es recomendable que gane alrededor de los 13 kg. Las mujeres con sobrepeso u obesas se deberían limitar a ganar de 6'5 a 7 kg.

1. ALIMENTACIÓN EQUILBRADA POR RACIONES

Es una propuesta muy sencilla para conseguir todos los objetivos anteriormente citados, por medio de la elaboración de una dieta por raciones. La ración es la cantidad o porción de alimento adecuada a la capacidad de un plato "normal", aunque a veces pueda representar una o varias unidades del alimento. Ejemplo: 1 manzana mediana = 1 ración, 2 mandarinas = 1 ración; 10 o 12 cerezas = 1 ración (**tabla 10**).

La ración alimentaria diaria debe dividirse en cuatro a seis comidas al día: es recomendable no pasar más de 4 horas entre cada comida, por lo que hay que acostumbrarse a comer menos cantidad, más frecuentemente. Por ejemplo: a las 8 horas, un primer desayuno variado; a las 11 horas, un segundo desayuno; a las 14 horas, almuerzo no muy abundante; a las 17 horas, una merienda ligera; a las 21 horas, la cena; y un suplemento de lácteos antes de acostarse (24 horas).

Tabla 9. Nutrientes, necesidades y fuentes durante la gestación.

Nutriente	Necesidades	Fuentes
Proteínas	Aporte extra de 6 g./día	Carne, aves, pescado, huevos, legumbres.
Carbohidratos	Ingesta de 60-80 g./día	Pan, cereales, patatas y pasta.
Calcio	Ingesta 1000–1300 mg./día	Lácteos, sardinas, espinacas.
Hierro	Ingesta de 30 mg./día	Carne roja, espinacas, mejillones, cereales, aves, pescados.
Vitamina A	Ingesta 70 mg./día	Zanahorias, verduras de hoja verde, batata.
Vitamina C	Aumentar en 10 mg./día	Cítricos, fresa, kiwi, pimiento, tomates, brócoli.
Vitamina B3 o niacina	Aumentar 4 mg./día	Levadura, hígado, aves, carnes sin grasa, fruta seca y legumbres.
Vitamina B6	Aumentar 4 mg./día	Hígado, carne de cerdo, cereales, plátanos.
Vitamina B12	Aumentar en 0,2 mg./día	Hígado, carne, pescado, aves, leche.
Ácido fólico	Ingesta de 0,4 mg./día	Verduras de hoja verde, frutas amarillas, hígado, legumbres, nueces.
Yodo	Ingesta de 200 mg./día	Sal yodada, mariscos, acelgas, rábanos, judías verdes, atún, sardinas en aceite.
Zinc	Ingesta de 15 mg./día	Marisco, carne de caballo o vacuno y membrillo.
Cobre	Aumentar en 1,5 a 3 mg/día	Carne de ternera, rábanos, guisantes, habas, harina de soja y frutos secos (sobre todo almendras, cacahuets y nueces).
Magnesio	Aumentar en 40 mg./día	Sal yodada, mariscos, papaya, limón, acelgas, rábanos y judías verdes.
Grasas	Ingesta de 80-125 g./día	Carnes, lácteos, mantequillas y margarinas, aceites vegetales, nueces.
Fibra	Ingesta de 30 g./día	Cereales, legumbres, verduras y frutas.

Fuente: Modificado Academia Americana Ginecología.

Los consejos útiles para esta alimentación equilibrada por raciones son:

- ▶ Comenzar el día con un desayuno variado.
- ▶ No saltarse ninguna de las comidas principales.
- ▶ No evitar las frutas que son fuente principal de vitaminas, minerales y fibra, ni sustituirlas por alimentos azucarados y muy ricos en grasas (pastelería, bollería, etc.).
- ▶ Evitar alimentos ricos en azúcares simples, grasas y aditivos (pastelería, bollería, etc.) de escaso contenido en nutrientes esenciales y muy calóricos.
- ▶ Moderar el consumo de alimentos con cafeína o teína (café, té, mate, colas...) sobretodo después de las comidas porque disminuyen la absorción de hierro.
- ▶ Masticar despacio y bien, esto no sólo ayuda a mejorar la digestión, sino que además mitiga el estímulo del apetito y evita los excesos.
- ▶ Tomar preferiblemente alimentos fácilmente digeribles y realizar cociones de fácil digestión con pocas grasas y no muy condimentadas.
- ▶ Presentación atractiva de los alimentos y tomarlos en un ambiente tranquilo y relajado.
- ▶ No se debe picar entre horas.
- ▶ No llevar ropa apretada al menos durante y después de las comidas.
- ▶ Después de las comidas no echarse, mantener una posición incorporada y mucho mejor realizar alguna actividad ligera; de esta forma la digestión es más rápida y fácil.
- ▶ Controlar el peso periódicamente.

Tabla 10. Dieta equilibrada por raciones durante el embarazo.

GRUPOS DE ALIMENTOS	RACIONES DIARIAS EMBARAZADAS Y LACTANDO	PRINCIPALES ALIMENTOS	MEDIDAS CASERAS POR RACIÓN
FARINÁCEOS	4 – 5	Pan Cereales integrales Pasta, arroz, legumbres Patatas	3 – 4 rebanadas o un panecillo 1 plato normal 1 plato normal individual 1 patata grande o dos pequeñas
VERDURAS Y HORTALIZAS	2 – 4	Gran variedad según el mercado. Incluir ensaladas variadas.	1 plato de ensalada variada 1 plato de verduras cocidas 1 tomate grande, 2 zanahorias
FRUTAS	2 – 3	Gran variedad según estaciones	1 pieza mediana 1 taza de cerezas, fresas 2 rodajas de melón
LÁCTEOS	3 – 4 embarazadas 4 – 6 lactando	Leche, yogur y quesos	1 taza de leche 2 unidades de yogur 1 porción individual/ 2 o 3 lonchas
ALIMENTOS PROTÉICOS	2	Carnes, aves, pescados. Huevos. Legumbres y Frutos secos	1 filete pequeño, 1/4 de pollo o conejo 1-2 huevos 1 plato normal individual 1 puñado o ración individual
GRASAS DE ADICIÓN AGUA,	3 – 6	Preferentemente aceite de oliva y/o semillas	10 ml. = 1 cucharada sopera
INFUSIONES, BEBIDAS SIN ALCOHOL	4 – 8	Agua de red, mineral, infusiones y bebidas con poco azúcar y sin alcohol	1 vaso o botellín = 200 ml.

Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC 2004).



Figura 3. Pirámide de Alimentación Saludable. SENC 2004.

2. ALIMENTACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES (tabla 11)

Cada una de las situaciones especiales, requieren en general un conocimiento individualizado de su estado nutricional, de sus hábitos alimenticios, actitudes, es decir, una información mucho más exhaustiva para poder analizar cuáles serán las posibles carencias y así efectuar las indicaciones pertinentes a cada caso y asesorar a la gestante correctamente.

Tabla 11. Alimentación en situaciones especiales.

RIESGOS	ADOLESCENTES	OBESAS	VEGETARIANAS
Valoración del estado nutricional	Control y asesoramiento individualizado de talla, peso, crecimiento... Anamnesis sobre hábitos alimentarios, número y horario de comidas, tipo de comidas, etc.	El control de peso en la mujer obesa embarazada debe ser muy preciso y frecuente, incluyendo en los datos su peso anterior a la concepción, para determinar el aumento de peso apropiado a cada caso.	Embarazada que no come carne, pescado, aves o productos que los contengan. Su alimentación esa base de cereales, verduras, frutos frescos y secos. La única leguminosa es la soja.
Características	Embarazos accidentales, en futuras madres que, no han terminado su crecimiento. Bajo peso anterior al embarazo. Estado nutricional poco correcto.	Embarazadas con IMC elevada.	Embarazadas con déficit de vitamina B12.
Necesidades nutricionales	Las específicas para su edad más las recomendaciones para las mujeres embarazadas adultas.	Su dieta será individualizada, analizando: ingesta alimentaria habitual, horario de comidas, lo que pica entre horas, actividad diaria, etc.	No existe ningún alimento de origen vegetal que contenga en sus proteínas los ocho aminoácidos esenciales.
Contenido energético	Entre 2.500 a 2.700 kcal. por día de 2.800 a 3.000 kcal. para las muy delgadas.	No caer en el error de prescribir una dieta muy hipocalórica que sería restrictiva en nutrientes esenciales.	2.400 Kcal. por día. Aumentan las necesidades de proteína.
Proteínas	Necesidades elevadas para cubrir todo el crecimiento.	Ingerir alimentos proteicos poco grasos.	Yodo ,Hierro, Zinc
Minerales y vitaminas	1.600 mg de calcio, 60 mg de hierro y Polivitamínico.	Yodo, Hierro.	Debe limitarse a 8- 10 kilos.
Ganancia de peso IMC= peso(kg)/talla (m ²)	El aumento que corresponde al crecimiento normal de la adolescente más el aumento correcto y deseable para el embarazo.	Debe limitarse a 6- 7 kilos	Anemia, bajo peso al nacer.
Problemas perinatales	Hipotrofia, anemia, prematuridad, bajo peso del feto al nacer, aumento de la mortalidad neonatal.	Mayor riesgo de: diabetes gestacional, hipertensión, preeclampsia, aumento de la necesidad de practicar cesárea, mortalidad perinatal, inducción del parto y disminución en la producción de leche materna.	

Fuente: Elaboración propia a partir del texto de Alimentación en situaciones especiales. Enciclopedia de la mujer. Enfermería 21.

3. SUPLEMENTOS DIETÉTICOS

Tabla 12. Suplementos dietéticos en la gestación.

PRECONCEPCIONAL	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
Ácido fólico 400 µg Yodo 200 µgramos	Ácido fólico 400 µg Yodo 200 µgr Hierro 0,9 mg	Aporte extra de energía de 250-300 kcal Yodo 200 µgr Hierro 0,9 mg	Calcio 200-250 mg Yodo 200 µgramos Hierro 0,9 mg

Fuente: Elaboración propia.

EJERCICIO FÍSICO EN EMBARAZO

1. RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL

A continuación se enumeran las recomendaciones para dar a la gestante en relación a:

- ▶ Procurar no estar **sentada** o **de pie y quieta** mucho tiempo.
- ▶ **Si tiene que estar de pie y quieta**, se adoptará una postura cómoda:
 - Separar algo los pies, flexionar ligeramente las rodillas y relajar los hombros.
 - Ayudará también, flexionar y extender los dedos de los pies, ponerse de puntillas.
 - Si tiene oportunidad, apoyarse en alguna superficie manteniendo la rodilla doblada apoyando el pie contra dicha superficie. Lo mismo con la otra pierna.
- ▶ **Si tiene que agacharse**, flexionar las rodillas manteniendo la espalda recta.
- ▶ **Cuando se siente**, apoyar la columna contra el respaldo y colocar, si es posible, un pequeño cojín en la parte inferior de la espalda. No cruzar las piernas.
- ▶ **Al levantarse**, que no lo haga bruscamente. Si está acostada, girar hacia un lado flexionando las rodillas, deslizar las piernas hacia afuera y, apoyarse sobre el hombro y el brazo, incorporándose, quedando sentada en el borde de la cama.
- ▶ **Si tiene que levantar un peso**, doblar las rodillas y, con la espalda recta, acércalo lo más posible al cuerpo. Luego levantarlo.
- ▶ **Al llevar algún peso**, es mejor repartirlo entre los dos brazos y, si no se puede, cambiar el peso de brazo cada poco tiempo.
- ▶ **Si va a hacer la compra**, es conveniente utilizar un carro, llevándolo siempre por delante, como el coche de bebé.

2. EJERCICIOS DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo es conveniente hacer ejercicio físico (siempre que no exista ninguna contraindicación,) para mejorar el tono muscular, la elasticidad y la circulación sanguínea, para controlar el aumento de peso y para facilitar el parto. Por ejemplo, pasear a diario durante media hora, además de mejorar el tono muscular, facilita las digestiones, evita el estreñimiento, mejora la circulación y ayudará a evitar un aumento excesivo de peso. También se deben buscar diferentes posturas para relajar la tensión muscular sin hacer movimientos bruscos.

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO: CONTROLES DURANTE LA GESTACIÓN

Es necesario que las mujeres estén informadas de las pruebas que son habituales en el seguimiento de su embarazo, así como del cronograma de actuación en las visitas de seguimiento.

1. PRUEBAS

1.1 Análisis de sangre y orina

En la **primera analítica** se realiza: bioquímica (incluye creatinina, urea y ácido úrico) con test de O'Sullivan (sobrecarga de glucosa con 50 gramos), hemograma, grupo sanguíneo, test de Coombs indirecto, serología (rubéola, LUES VIH y Hepatitis B, y se le añade Hepatitis C en población de riesgo, piercing recientes, Transfundidas, personal sanitario, etc), orina elemental con sedimento y urocultivo. En la **segunda analítica**, se realiza en la semana 24-28: bioquímica con test de O'Sullivan, hemograma, test de Coombs indirecto y sedimento orina. En la **tercera analítica**, 36 semanas: se realiza hemograma, bioquímica (incluye creatinina, urea y ácido úrico), (exudado vaginal y rectal, test de Coombs indirecto, VIH, urocultivo y orina con sedimento).

1.2. Ecografías

- ▶ 1ª: Se realiza entre la 11-13,6 semanas, para determinar edad gestacional, y vitalidad fetal; determinar si es gestación única o múltiple, existencia o no de patología ginecológica, realización de translucencia nucal con screening combinado del primer trimestre.
- ▶ 2ª: Semana 20-22: Screening de anomalías estructurales. Se harán tantas ecografías como sean necesarias en función de la evolución de la gestación.
- ▶ 3ª: Semana 32 - 36: Es optativa en función de la evolución de la gestación.

1.3. Screening de alteraciones cromosómicas

- ▶ Triple screening. Semana 11-14.
- ▶ Screening del 2º trimestre, semana. 15-16.

2. CRONOGRAMA DE LAS VISITAS

Se realizan un total de 11 visitas, incluyendo la inicial y la correspondiente a la semana 41 (final de gestación), coordinadas entre los y las profesionales del equipo de tocología (CAE-Hospital) y de atención primaria, con una organización mensual hasta la semana 36, a partir de esta es quincenal hasta la semana 40. En la semana 42 se finalizará la gestación.

3. CONTROL DE FINAL DE GESTACIÓN

La periodicidad de las pruebas resulta imposible de generalizar, aunque el intervalo semanal suele ser el más habitual. Se realizará:

- Toma de TA y peso.
- Exploración obstétrica: medición de altura uterina, realización de tacto vaginal y amniocopia.
- Ecografía: biometría, ILA y localización placentaria.
- Exploración de signos de insuficiencia venosa.
- Valoración del estado general de la gestante y del seguimiento del tratamiento pautado.

- Citar en Unidad de Fisiopatología Fetal en semana 42 para finalizar gestación.
- Información sobre signos de alarma ante los cuales deben acudir a su hospital.

El American College of Obstetricians and Gynecologist (1999), y la S.E.G.O refieren que no hay una sola "prueba ideal" para evaluar el bienestar fetal. Los tres sistemas de evaluación (pruebas sin contracción, con contracción y perfil biofísico) tienen criterios de evaluación diferentes que dependen de la situación clínica. Si estos revelan un problema, no siempre significa que el bebé esté en peligro, sino que indican que se necesita atención especial y otros estudios.

3.1. Ecografía: describe parámetros como la biometría fetal, localización de placenta, líquido amniótico.

3.2. Amnioscopia: Consiste en la introducción de un amnioscopio en el interior de la vagina y el endocérnix para visualizar las características del líquido amniótico (color, cantidad, integridad).

4. MOTIVOS PARA SOLICITAR CONSULTA URGENTE DURANTE EL EMBARAZO

Se debe consultar ante la aparición de:

- ▶ Sangrado.
- ▶ Pérdida de líquido.
- ▶ Contracciones regulares.
- ▶ Disminución de movimientos fetales.
- ▶ Dolor abdominal brusco.
- ▶ Aumento de la tensión arterial.
- ▶ Fiebre sin causa aparente.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

La gestación es un momento evolutivo de gran relevancia para la pareja y para la futura familia. Desde el punto de vista estructural la pareja va a tener que enfrentarse a grandes cambios funcionales y emocionales que van a suponer un cambio en la vida de la mujer, de su pareja y la familia. La gestación posiblemente sea el primer reto para la pareja, porque va a poner a prueba su cohesión, su independencia, intimidad y autonomía en relación a la familia extensa y su capacidad emocional para enfrentarse a esta nueva condición. Estos cambios frecuentemente pueden ir acompañados de estados de ansiedad, dudas, ambivalencias y confusión referente al que están sintiendo y sus capacidades para hacerle frente.

La maternidad/paternidad va a poner a prueba los cambios estructurales-emocionales necesarios para hacer frente a la nueva etapa, que es hacer un espacio para los hijos e hijas y su crianza y al mismo tiempo dejar un espacio para la pareja y un espacio funcional-adaptativo para cada uno de los miembros de pareja. Pueden verse afectadas las expectativas profesionales, la movilidad, las actividades sociales, las relaciones de pareja y las relaciones con la familia extensa.

Se debe prestar especial atención a:

- ▶ El estado emocional de la madre/padre. Las emociones que se pueden sentir son normales y varían de una pareja a otra en función de las características de personalidad, actitud, edad, experiencias previas, apoyos de la familia y grupo social.
- ▶ Asegurarse de que no se producen problemas durante la gestación (buenos controles de asistencia prenatal).

- ▶ La comunicación entre la pareja y aceptación de los cambios que produce la nueva situación.
- ▶ Trabajar la adaptación al cambio en la imagen corporal.
- ▶ Aclarar las expectativas reales.
- ▶ Eliminar en la medida de lo posible las incertidumbres.
- ▶ Favorecer el vínculo desde el inicio.

1. LA MADRE

Las características de personalidad son distintas para cada mujer y están mediatizadas por sus experiencias previas. Una mujer con una personalidad dependiente tenderá generalmente a que otras personas opinen o decidan por ella en este proceso. Sin apoyos se sentirá insegura y presentará alteraciones psicósomáticas que vivirá como enfermedades del embarazo. También sus experiencias vitales marcarán sus comportamientos. En su entorno las experiencias de sus madres, familias, conocidas, influirán en su vivencia y podrán incrementar sus miedos. En la experiencia de los/las profesionales que trabajan con mujeres estos aspectos, se pone de manifiesto que muchos miedos y comportamientos son aprendidos.

Cada mujer afronta su embarazo y se adapta a él de manera diferente. Las estrategias de afrontamiento (mecanismos o fórmulas que permiten afrontar situaciones que conllevan sobreesfuerzo, vulnerabilidad, cambios vitales estresantes) son diferentes en cada mujer y la elaboración de las mismas depende en gran medida de la información del proceso del embarazo.

En muchas embarazadas se pueden observar una serie de respuestas psicológicas y emocionales similares y que se describen en la **tabla 13**.

Tabla 13. Aspectos psicológicos y emocionales en el embarazo.

Hipersomnia o necesidad de dormir mucho más de lo habitual en los comienzos de la gestación.	Las horas que normalmente dedica no son suficientes y está con sueño todo el día.
Ambivalencia , en relación a: - Si es el momento más adecuado. - Si la gestación es real y cuál va a ser la evolución de la misma.	Aunque la gestación sea deseada en su fase inicial, la mujer suele tener sentimientos de ambivalencia ocasionada por: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios a nivel de las relaciones personales, en las proyecciones profesionales. • Conflictos no resueltos con la madre. • Miedos relacionados con el embarazo, el parto y a asumir la responsabilidad de ser madre.
Introversión. Centrada en sí y un poco desconectada de los demás.	A veces, la pareja puede vivir este proceso de introversión de la mujer como una exclusión y puede dificultar la comunicación. Es importante que la pareja conozca estos cambios para buscar nuevas formas de acercamiento y comunicación para superar los posibles bloqueos.
Cambios en la imagen corporal.	Son normales aunque a veces pueden generar gran tensión.

Tabla 13. Continuación.

<p>Aceptación. Muy relacionada con el grado de deseo o planificación del embarazo.</p>	<p>Primer trimestre: Si la gestación no es deseada, la mujer suele tolerar mal los cambios físicos y puede presentar depresión. En una gestación deseada la mujer tolera bien los cambios físicos, los vive con pocas molestias y, en general, se siente feliz.</p> <p>Segundo trimestre: El momento más importante en este segundo trimestre es la aparición de los movimientos fetales, alrededor de las veinte semanas de gestación. La mujer toma conciencia de su hijo o hija.</p> <p>Tercer trimestre: A medida que se acerca el parto, aparecen sentimientos de atracción –evitación hacia el parto. Quiere conocer a su criatura, pero al mismo tiempo teme la llegada del parto. Hacia al final de este periodo hay como un brote de hiperactividad para preparar el “nido” para la llegada de la criatura.</p>
<p>Cambios de ánimo. Pasar de estados de alegría a estados de profunda tristeza.</p>	<p>Está más sensible a las situaciones del entorno y a veces puede llorar sin saber muy bien cuál es la causa. Estas reacciones a veces pueden desconcertar a su pareja, haciendo que él no sepa como manejar la situación.</p>
<p>La embarazada adolescente. La mayoría suelen ser inmaduras emocionalmente para aceptar las responsabilidades de la maternidad.</p>	<p>La mujer durante la gestación necesita del soporte, comunicación y del amor de su pareja. La actitud de su entorno social en cuanto a la aceptación y apoyo en la gestación es fundamental para afrontar la situación. A veces esconden el embarazo para evitar la reacción de sus familiares, iniciando los controles de gestación tardíamente. Algunas, preocupadas por su aspecto físico hacen dietas restrictivas y poco equilibradas.</p>
<p>La embarazada primigesta mayor de treinta y ocho años.</p>	<p>La madurez de estas mujeres les genera una mezcla de sentimientos, relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los riesgos que supone asumir el embarazo. • El riesgo de malformaciones para el feto, asumir la responsabilidad hacia un nuevo ser, cambios en su mundo sobre todo, si la mujer no tiene pareja.

2. EL PADRE

Como en el caso de las mujeres, el vínculo de un padre con su hijo o hija, se ve influido por su propia experiencia infantil y las expectativas que se han puesto en ese hijo o hija. Igual que en la mujer las emociones son diversas y pueden ser emociones positivas, pero también pueden ser emociones marcadas por la confusión y la ambivalencia, que estos sentimientos, sean positivos ó negativos no son indicadores de disfuncionalidad, porque son temores “normales” de una nueva etapa. Posiblemente sean disfuncionales si el padre, en este caso, se perpetua en estos temores y no es capaz de responder a las nuevas exigencias emocionales, cognitivas, conductuales y estructurales propias de la paternidad.

El padre puede tener la sensación de exclusión y desplazamiento. La mujer empieza a centrar su atención en el bebé, en las sensaciones que experimenta, a medida que su cuerpo se modifica. Se convierte en el centro de atención del entorno, que se interesan por su estado de ánimo y de salud. La madre ya “toca”, siente, y habla a su bebe, emociones que al padre pueden ser extrañas y distantes y que pueden ir cambiando a medida que avanza la gestación, y empieza a participar y sentir las

sensaciones de movimientos fetales y escuchar los latidos del corazón. Además, la mujer puede presentar un estado de cansancio, tener molestias y posiblemente pérdida del interés sexual.

A medida que avanza la gestación la pareja puede poner en común las expectativas de cada uno referente a su criatura, comportamientos a tener en cuenta, el papel que cada cual desempeñará en el cuidado y crianza. La capacidad de la pareja para consensuar estos papeles es un importante mecanismo de adaptación. A final del embarazo, si la pareja ha compartido sus preocupaciones y sentimientos, el tercer trimestre suele ser muy gratificante. Por el contrario si se ha desentendido y no ha participado sea a nivel emocional sea en las decisiones, es poco probable que participe activamente y como consecuencia es muy probable que la mujer se vaya a sentir sola y no sienta el apoyo emocional y funcional de su pareja. Esto puede ocasionar la existencia de temores, ansiedad e inseguridad referente a todo el proceso del embarazo, parto y crianza.

El proceso del embarazo está muy influido por las actitudes del padre. El apoyo emocional que este aporta durante el embarazo contribuye a una adaptación más favorable de la mujer y su presencia durante el parto disminuye la ansiedad que la mujer experimenta en el alumbramiento.

3. LOS HERMANOS Y HERMANAS

La preparación de los hermanos y hermanas, en el supuesto de que haya más hijos e hijas, es fundamental. Es importante que no se sientan desplazados/as, y que participen a nivel emocional en todo el proceso, haciéndoles partícipes de las fases de los procesos y las expectativas. Se debe hablar con ellos del nuevo hermano/a que entrará a formar parte de su familia. Se les puede llevar a las visitas prenatales y hacerles partícipes de los preparativos. Tendrán la oportunidad de escuchar los latidos fetales que les ayudará a ver al bebé como algo real. El embarazo es un asunto familiar.

4. LOS ABUELOS Y ABUELAS

La figura de los abuelos y abuelas puede ser determinante, sea en el proceso del embarazo, sea en la crianza. El embarazo convierte a sus hijos e hijas en padres o madres, cómo lo han sido ellos, y de alguna forma implica que sus hijos e hijas estén listos para crear a sus propias familias. A los abuelos y abuelas esta nueva etapa les va a pedir que mantengan una distancia respetuosa con la nueva pareja y al mismo tiempo que sirvan de apoyo a la joven pareja. Los problemas muchas veces vienen de la dificultad en establecer el límite correcto y funcional entre apoyar y/o invadir las competencias de la pareja.

FACTORES SOCIALES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Embarazo, parto y puerperio pueden ser situaciones de vulnerabilidad en las mujeres, por razones relacionadas con su propio desarrollo físico y emocional, y con las características de su entorno familiar, laboral y social. Elementos como la estructura familiar, actualmente formada por grupos más pequeños que no garantizan los apoyos en los cuidados y la crianza de hace varias décadas; la incorporación progresiva de las mujeres al mundo laboral y las condiciones de inestabilidad y competitividad de éste; el aumento considerable de necesidades de cuidado de personas dependientes (mayores, menores, dependientes...); las limitadas condiciones de acceso a determinados servicios de apoyo; el trabajo doméstico, etc., pueden convertirse en verdaderos obstáculos tanto para el desarrollo del embarazo como para el ejercicio y disfrute de la maternidad y de la paternidad.

Las intervenciones realizadas desde los servicios sanitarios tienen una influencia significativa en las mujeres durante este período. El espacio y las condiciones en las que se desarrolla la educación

maternal grupal facilitan en gran medida, y a diferencia de espacios como en el que transcurre la consulta individual, el abordaje de los aspectos sociales.

1. LOS FACTORES SOCIALES DE RIESGO

Los Factores Sociales de Riesgo se asocian en general con una mayor probabilidad de aparición de enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Es preciso constatar la presencia de este tipo de factores de riesgo puesto que su identificación permitirá prevenir sus efectos potenciales. En este sentido, encontramos evidencias del efecto que algunos de éstos tienen en el embarazo, el puerperio y la lactancia:

- El embarazo en la adolescencia es considerado un factor de riesgo psicopatológico infanto-juvenil, conlleva en general un mayor riesgo de efectos adversos sobre la salud de la adolescente (control tardío de la gestación, complicaciones obstétricas, anemia e hipertensión, depresión y aislamiento, terminación del embarazo...) e hijos o hijas (muerte súbita, bajo peso, prematuridad, menor lactancia materna, negligencia...), así como importantes repercusiones socioeconómicas (familia monoparental, interrupción o abandono de estudios, menor oportunidad de empleo, bajo nivel económico, peor vivienda y nutrición...). Cuando los cuidados prenatales y el apoyo social son adecuados los resultados en salud son comparables, excepto en menores de 15 años, con los de mujeres de más edad.
- La discapacidad física y/o psíquica de la madre y las limitaciones temporales o definitivas que ésta conlleve condicionan en gran medida la organización de los cuidados y la necesidad de apoyo tanto durante el embarazo como en el puerperio y la lactancia.
- La situación de la embarazada o madre consumidora de drogas demanda claramente el apoyo social y sanitario tanto en su deshabituación como en el afrontamiento de su maternidad y del posterior cuidado del bebé.
- Las mujeres embarazadas sufren en mayor proporción el riesgo de la violencia de género y especialmente las adolescentes embarazadas. Se debe tener en cuenta que el embarazo es una situación de crisis que aumenta el estrés en situaciones de pareja ya sobrecargadas. Suelen presentarse abortos de repetición, partos prematuros, dolor pélvico crónico...
- El aislamiento social es considerado un factor de riesgo psicopatológico infanto-juvenil y se relaciona con las situaciones de maltrato infantil.
- Hay una evidencia creciente de que la falta de apoyo social se relaciona, entre otros, con un mayor riesgo de enfermar y con una mayor dificultad para recuperarse de trastornos de todo tipo, con la percepción (efecto modulador) que tienen las madres de su salud y de la de su bebé y con la modificación de la frecuencia de la petición de ayuda a los servicios sanitarios; con un aumento de los ingresos hospitalarios y un mayor uso de los servicios de urgencias por madres y bebés de clase social baja; con la depresión posparto como uno de los factores que contribuyen a su aparición y con la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna.
- El cuidado de otro/s miembros de la familia que presentan dependencia conlleva una sobrecarga importante que puede condicionar la salud y los cuidados durante el embarazo, el puerperio y la lactancia.
- En el puerperio es frecuente la aparición de trastornos adaptativos y la provisión de cuidados maternos requiere una disponibilidad afectiva y efectiva que difícilmente puede darse si existe un desequilibrio emocional en la madre o en el padre o si se generan conflictos de relación.
- El nacimiento de un hijo/a que precisa ingreso prolongado o que presenta problemas de salud limitantes, o la incapacidad ya existente o sobrevenida de la madre, suponen una dificultad añadida ante la que la familia ha de adoptar nuevas fórmulas en la organización de cuidados.
- La escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado en la legislación vigente y en los lugares de trabajo también es considerado uno de los factores que influyen

en la instauración y mantenimiento de la lactancia y, concretamente, el abandono de la misma se relaciona con la reincorporación al trabajo.

A diferencia de otros factores de riesgo, la presencia de uno o más factores sociales de riesgo no determina en sí misma una situación de riesgo necesariamente.

La falta o debilitamiento de factores de protección que contrarresten el efecto al que predispone la presencia de factores de riesgo, sitúan a la persona en una situación de vulnerabilidad y propician la aparición de un amplio abanico de problemas de salud.

2. LOS FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran, modificando, aminorando o alterando, la respuesta de una persona a los riesgos que predisponen a una consecuencia de inadaptación y pueden ser, al igual que los factores de riesgo, de carácter individual, familiares, sociales, económicos y ambientales. En este sentido, existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y factores de protección y sus vínculos con, entre otros, el desarrollo de los trastornos mentales o los buenos tratos en la infancia.

La provisión de apoyo informativo, material y emocional para el afrontamiento de la maternidad se apunta como estrategia de prevención en la medida que ofrece una atención adecuada a las necesidades individuales-familiares. La intervención del T. Social a nivel grupal se entiende en este contexto, como complemento al abordaje que desde la atención directa se realiza de los problemas psicosociales en los niveles individual y familiar.

2.1. Las medidas de protección social

El conocimiento tanto de las medidas de protección a la maternidad y a la paternidad como de las ayudas a las familias en general y a las que presentan situaciones de especial fragilidad en particular, contribuye a que se adopten como respuestas fórmulas adaptadas a cada situación personal y familiar. Una actividad grupal de estas características (interés, receptividad, interrelaciones, etc.) es una oportunidad inigualable para facilitar la información general sobre las medidas de protección social existentes y la identificación del profesional al que, en su caso, poder recurrir cuando se precisa información específica sobre el acceso a las mismas.

Las opciones entre las que pueden elegir la madre y/o el padre trabajadores según sus circunstancias personales y familiares relativas a los permisos parentales, a las prestaciones económicas que pueden percibir, etc. permiten planificar y organizar los cuidados durante todo el período perinatal. Las opciones existentes posibilitan además prever respuestas concretas ante la presentación de situaciones que, esperadas o no, suponen un riesgo o dificultad añadidos. Por ejemplo, una embarazada o madre trabajadora quizás pueda organizarse sin tener que renunciar a su actividad laboral si: en el caso de que su hijo/a precise ingreso hospitalario prolongado conoce la forma de posponer parte del permiso de maternidad hasta después del alta de éste o de acogerse a una maternidad a tiempo parcial; o en el caso de que tenga que asumir los cuidados de un familiar dependiente conoce la posibilidad de flexibilizar su jornada laboral o de acogerse a una excedencia, etc.

Resulta asimismo de suma importancia conocer otras medidas de apoyo existentes para todas las familias en general y en particular para aquellas que se encuentren en situaciones de especial dificultad por la que precisan apoyo externo para ejercer adecuadamente las funciones parentales.

La información a grupos de embarazadas sobre el papel de proveedor de apoyo que cumplen todos los profesionales del Centro de Salud, ayuda a las futuras madres y padres a comprender la dimensión social que tiene la salud y a facilitar el abordaje de los aspectos sociales después del nacimiento del niño o niña desde el Programa de Salud Infantil.

El fortalecimiento de la relación terapéutica entre los profesionales de la salud y la madre y el padre es uno de los factores de protección más relevantes en la medida que facilita por una parte la petición de ayuda y por otra la posible intervención posterior.

El fortalecimiento de la relación terapéutica entre los/as profesionales de la salud y la madre y el padre es uno de los factores de protección más relevantes en la medida que facilita por una parte la petición de ayuda y por otra la posible intervención posterior.

3. INFORMACIÓN SOCIOSANITARIA

3.1. El Registro Civil

La inscripción en el Registro Civil debe producirse en el plazo de 30 días después del nacimiento. Lo han de solicitar la madre o el padre si han contraído matrimonio o ambos en el caso de que no, independientemente de que convivan o no. Cualquier circunstancia que impida la misma debe comunicarse al Juzgado correspondiente que determinará el procedimiento concreto. La documentación que se exige es:

- DNI de los padres.
- Certificado de nacimiento.
- Libro de familia.

3.2. El Empadronamiento

El Registro Civil comunica al Instituto Nacional de Estadística el registro del recién nacido y éste a su vez al Padrón de Habitantes del Ayuntamiento correspondiente. También puede realizarse la inscripción directamente en el Ayuntamiento para lo que se exige el Libro de Familia.

3.3. La cobertura sanitaria

El organismo encargado de reconocer el derecho a la asistencia sanitaria es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). El Servicio Canario de Salud (SCS) es el encargado de tramitar el documento por el que se accede a la asistencia sanitaria. Las mujeres pensionistas o trabajadoras en activo o que estén percibiendo la Prestación o Subsidio por Desempleo o que se encuentren dentro de los tres meses posteriores al agotamiento de éstos, tienen derecho a la asistencia sanitaria. De la misma forma tienen derecho las mujeres que sean beneficiarias de una persona titular que cumpla las mismas condiciones.

Las mujeres que no se encuentren en cualquiera de estas situaciones, tanto de nacionalidad española o extranjera, pueden acogerse a:

- ▶ **La Asistencia Sanitaria para Personas sin Recursos Económicos** que se garantiza mientras las circunstancias laborales y económicas no varíen y para cuya tramitación se pide:

- N° de Seguridad Social que asigna la Tesorería de la Seguridad Social, con la presentación de su documento identificativo.
 - DNI o pasaporte.
 - Certificado de Empadronamiento.
 - Certificado negativo de Hacienda (si tiene más de un año de residencia);
- Si la embarazada no dispone de la documentación necesaria para acogerse a la posibilidad anterior se le prestará la **Asistencia Sanitaria durante el embarazo y hasta cuatro semanas después del parto**. El n° de afiliación se le asignará de igual forma en la **Tesorería de la Seguridad Social**.

En el caso de mujeres indocumentadas, se pide algún documento que acredite su identidad (Policía, Cruz Roja...) y en cualquier caso algún documento que acredite el embarazo. La solicitud se resuelve de forma inmediata.

Los menores, de nacionalidad española o extranjera, pueden acogerse:

- Como beneficiarios del padre, madre o tutor o acogente que sea titular con derecho efectivo para cuya inclusión se necesita el Libro de Familia;
- A la Asistencia Sanitaria para Personas sin Recursos Económicos con el n° de afiliación asignado por la Tesorería de la S.S. y la documentación ya mencionada, si dispone de ella.; en el caso de que aún no tenga n° de afiliación, en el momento de expedir una receta se hará constar "Ley 1/96".

En el caso de menores indocumentados se pide algún documento que acredite su identidad (Dirección General del Menor y la Familia, Policía...) y en cualquier caso la asistencia se garantiza hasta la mayoría de edad. También se resuelve la solicitud de forma inmediata.

3.4. Las familias numerosas

El reconocimiento de la Familia Numerosa tiene especial importancia en relación tanto a las medidas de protección a la maternidad y a la paternidad en el ámbito laboral como al acceso a las prestaciones y ayudas económicas por embarazo, parto, lactancia y cuidado de hijos e hijas así como por otras circunstancias familiares. De éste depende que en algunos casos se pueda por ejemplo prolongar el tiempo de disfrute de permisos, excedencias, etc. y que en muchos otros sea la única forma de acceder a determinadas prestaciones y recursos.

Según la legislación vigente en los **requisitos generales** para su reconocimiento se valoran aspectos personales y familiares como la presencia de discapacidad o incapacidad para trabajar tanto en los ascendientes como en los hijos/as y en los hermanos, las unidades familiares con hijos/as no comunes, la dependencia económica de los hijos/as, etc. Las categorías pueden ser **general** o **especial** dependiendo del n° de hijos/as, las características de sus nacimientos, la presencia de discapacidad o incapacidad y los ingresos económicos familiares.

El organismo encargado de su reconocimiento es la **Dirección General de Protección al Menor y la Familia**.

3.5. Las medidas de protección a la maternidad y paternidad en el ámbito laboral (tabla 14).

La conciliación de la vida familiar y laboral constituye un aspecto de especial interés y con múltiples repercusiones tanto en el embarazo como en el puerperio y la lactancia, y en el ejercicio de la maternidad y paternidad. Con la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y la Ley para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, se han establecido considerables mejoras respecto a las medidas protectoras que favorecen dicha conciliación. Además a través de la negociación colectiva pueden conseguirse mejoras en las condiciones laborales y favorecedoras de la conciliación.

También existen **otras medidas** que directa o indirectamente protegen las situaciones de maternidad y/o paternidad y que dependen de las directrices que anualmente se establecen a nivel estatal. Éstas pueden ser relativas al fomento de la **contratación** en determinadas condiciones (con carácter indefinido a tiempo completo o parcial en los 24 meses siguientes al parto, adopción o acogimiento de mujeres en demandantes de empleo, etc.) así como a la **reincorporación** a la actividad laboral (mujeres trabajadoras con contratos suspendidos por maternidad o excedencia por cuidado de hijo/a si se produce dentro del mismo período citado anteriormente, o transformación de sus contratos en indefinidos, con beneficios económicos en cualquier caso para las empresas durante los cuatro años siguientes a la reincorporación a la actividad laboral).

Tabla 14. Las Medidas de Protección en el ámbito laboral por embarazo, parto, lactancia y cuidado de hijo/a y por otras circunstancias.

	DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS (generales)	REQUISITOS (generales)
Por embarazo, lactancia y cuidado de hijo/a	Situación de Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural	Suspensión temporal de la actividad laboral (por embarazo y/o lactancia) y percepción de una prestación económica que corresponde al 100% de la base reguladora.	Condiciones laborales que suponen riesgo para la salud de la embarazada o lactante e imposibilidad de readaptar las condiciones laborales.
	Permiso por Examen Prenatales y Téc. de Preparación al Parto	Ausencia remunerada del trabajo.	Necesidad de su realización dentro de la jornada laboral.
	Permiso de Maternidad	Descanso laboral (por varios supuestos) cuya duración mínima es de 16 semanas (aumento de 2 ó más según nº hijos/as o menor/es adoptado o acogido, o discapacidad de éstos) que pueden disfrutarse a tiempo completo (6 ha de disfrutar obligatoriamente la madre después del parto y las 10 ó más restantes indistintamente por el padre o la madre, consecutiva o simultáneamente) o a tiempo parcial (también 6 obligatorias y las restantes extendidas al disfrutarlas sólo durante una parte de la jornada laboral), y cuya cuantía corresponde al 100% de la Base Reguladora de la madre y/o del padre o del 100% del IPREM vigente durante 42 días naturales cuando no se cumple carencia. Es incompatible con la reducción por lactancia, permisos por hijo/a prematuro y reducción de jornada o excedencia por cuidado de familiares. Existen supuestos específicos en los que la forma de disfrute y el cobro es diferente (maternidad no biológica, fallecimiento de la madre, necesidad de internamiento hospitalario del hijo/a, nacimiento, adopción o acogimiento múltiples, etc.).	Alta o Asimilada al Alta (supuestos específicos) y carencia dependiendo de la edad de la madre y/o del padre cubierta; delegación expresa de la madre en el padre salvo riesgo para su salud (para el disfrute de éste); acuerdo previo entre empresa y trabajadora para la Maternidad a Tiempo Parcial.

Tabla 14. Continuación.

	DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS (generales)	REQUISITOS (generales)
Por embarazo, lactancia y cuidado de hijo/a	Permiso de Paternidad	Descanso laboral (por varios supuestos) de duración mínima de 13 días ininterrumpidos (aumento de 2 ó más según nº hijos/s o menor/es adoptado o acogido) a disfrutar después del permiso por nacimiento o de la finalización del permiso de maternidad o resolución de adopción o acogimiento, a jornada completa o parcial, y cuya cuantía corresponde al 100% de la Base Reguladora. Es compatible con descanso por maternidad en su caso.	Alta o Asimilada al Alta (supuestos específicos) y carencia cubierta; acuerdo previo entre empresa y trabajador/a para disfrute a tiempo parcial.
	Reducción de la jornada por lactancia	Reducción de 1 h./día (con incremento proporcional si parto múltiple) sin reducción salarial y que pueden disfrutar indistintamente la madre o el padre y posibilidad de acumulación en jornadas completas según negociación colectiva.	Hijo/a menor de 9 meses.
	Reducción de jornada por necesidades especiales del hijo/a	Reducción de no más de 2 h./día con reducción salarial proporcional. Es compatible con la reducción por lactancia.	Nacimiento de hijo prematuro o que debe permanecer hospitalizado tras el parto.
	Excedencia por cuidado de hijo/a < 3 años	Permiso sin sueldo de hasta de 3 años con beneficios laborales (reserva del puesto de trabajo, antigüedad, cotizaciones en períodos que dependen de si familia numerosa, formación, etc.) con variantes en caso de familia numerosa y según categoría.	Relación laboral que lo permita.
	Permiso por nacimiento de hijo	Permiso de 2 ó 4 días si hay que desplazarse fuera del lugar de trabajo.	Nacimiento de hijo/a.
Por otras circunstancias familiares	Reducción jornada laboral por cuidado de menores y otros familiares.	Reducción de la jornada laboral (mínimo la 3ª parte y máximo la mitad) con reducción salarial proporcional y elección por parte del/la trabajador/a de la franja horaria a reducir. Cotizaciones incrementadas al 100% durante los dos primeros años, a efectos de futuras prestaciones.	Guarda legal o cuidado directo del hijo/a menor de 8 años, de la persona con discapacidad física, psíquica o sensorial o de familiar de 2º grado de consanguinidad o afinidad que, por edad, accidente, enfermedad o discapacidad, no pueda valerse por sí mismo y no realice actividad retribuida.
	Excedencia por cuidado de familiares.	Permiso sin sueldo de hasta dos años con beneficios laborales (reserva del puesto de trabajo, antigüedad, formación) para el cuidado de familiar.	Guarda legal o cuidado directo del familiar de hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad que, por edad, accidente, enfermedad o discapacidad, no pueda valerse por sí mismo y no realice actividad retribuida.
	Permiso por accidente, enfermedad grave u hospitalización o fallecimiento de familiar.	Permiso de 2 ó 4 días si hay que desplazarse fuera del lugar de trabajo.	Accidente, enfermedad grave, hospitalización, o intervención quirúrgica que precise reposo o fallecimiento de familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad.
	Permiso por matrimonio o por registro como pareja de hecho.	Permiso de 15 días por matrimonio y según convenio del sector por registro como pareja de hecho.	Matrimonio o registro como pareja de hecho.

Por otra parte, a efectos del IRPF se contemplan reducciones en el establecimiento del mínimo personal y el mínimo familiar en función de las características de la unidad familiar, entre otras, y la

deducción por el cuidado de hijos/as menores de tres años para las mujeres con derecho a aplicación del mínimo por descendientes que podrán deducir hasta 1200 € anuales por cada hijo/a menor de 3 años. También existen en esta Comunidad Autónoma deducciones en la Declaración del Impuesto sobre la Renta por invalidez o discapacidad y nacimiento y adopción de hijos/as.

En cuanto al acceso a la vivienda existen diferentes medidas de financiación dependiendo de si se trata de adquisición, alquiler o rehabilitación y de las condiciones familiares y económicas. El organismo encargado del reconocimiento del derecho es el Instituto Canario de la Vivienda.

3.6. Las prestaciones y ayudas económicas familiares (tablas 15 y 16)

La legislación vigente recoge diferentes prestaciones y ayudas económicas en función de las características de la unidad familiar, de sus ingresos, etc. En su gestión y reconocimiento interviene los diferentes niveles administrativos (estatal, autonómico, insular, local). También en este caso se contemplan mejoras importantes en el Anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre Mujeres y Hombres y en la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. En las **tablas 15 y 16** se recogen las Prestaciones Económicas Familiares de la Seguridad Social y las Ayudas Económicas Familiares por circunstancias especiales (destinadas a cubrir gastos de primera necesidad y/o facilitar la integración tanto familiar como sociolaboral y social), respectivamente.

Tabla 15. Prestaciones económicas familiares del Sistema de la Seguridad Social.

	DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS (generales)	REQUISITOS (generales)
Pago único	Por nacimiento o adopción.	Prestación de doble modalidad según condiciones laborales y/o económicas del solicitante a cargo de la AEAT: - Deducción fiscal en el IRPF (pago único de forma anticipada opcional), o - Prestación no contributiva (pago único). Posible aumento de cuantía en supuestos específicos (familia numerosa, monoparental o madre con minusvalía).	Alta en la S. Social, o contribuciones fiscales en el ejercicio anterior, para la deducción fiscal, y no derecho al mismo para la prestación no contributiva. Para los supuestos específicos: límite de ingresos y minusvalía > 65%. Tiempo mínimo de residencia para los solicitantes que carezcan de la nacionalidad española.
	Por nacimiento de 3º hijo/a o sucesivo.	Pago único por nacimiento o adopción de 3º hijo/a o sucesivo cuya cuantía integra depende de los ingresos de la unidad familiar.	Límites mínimo y máximo de ingresos establecidos (según nº hijos/as y familia numerosa).
	Por parto o adopción múltiples	Pago único cuya cuantía no depende de los ingresos del núcleo familiar.	Parto múltiple.
Pago semestral	Por hijos/as o acogidos a cargo < 18 años.	Pago semestral cuya cuantía integral mensual es variable según ingresos de la unidad familiar.	Límites mínimo y máximo de ingresos establecidos (según nº hijos/as y familia numerosa).
	Por hijo/a a cargo <18 años con minusvalía ≥ 33%.	Pago semestral cuya cuantía integral es invariable.	En cualquier caso.
Pago mensual	Por hijo/a a cargo >18 años con minusvalía ≥ 65%.	Pago mensual cuya cuantía íntegra es invariable.	Calificación de Minusvalía es de al menos 65% y no superación de límite establecido de ingresos propios (hijo/a).
	Por hijo/a a cargo < 18 años con minusvalía 75% con Ayuda de 3ª Persona.	Pago mensual cuya cuantía íntegra es invariable. El complemento de ayuda de 3ª persona es incompatible con algunas prestaciones reconocidas por el SAAD.	Calificación de Minusvalía de al menos el 75%, Ayuda de 3ª Persona reconocida y no superación de límite establecido de ingresos propios (hijo/a).

AEAT: Agencia Estatal de Administración Tributaria.

Tabla 16. Ayudas y Prestaciones Económicas por Circunstancias Especiales.

DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICAS (generales)	REQUISITOS (generales)	GESTIÓN
Prestación de Desempleo	Ayuda económica de nivel contributivo cuya cuantía y duración dependen de los períodos trabajados, bases de cotización, responsabilidades familiares...	Desempleo temporal o definitivo involuntario.	Servicio Canario de Empleo.
Subsidio de Desempleo	Ayuda económica del nivel no contributivo cuya cuantía y duración dependen de los períodos trabajados, bases de cotización, responsabilidades familiares...	Desempleo temporal o definitivo involuntario.	Servicio Canario de Empleo.
Sección 1.01 Ayuda por parto múltiple	Ayuda económica con límite máximo establecido y pago único cuya cuantía varía según nº de nacidos, renta per cápita familiar y posibles minusvalías o necesidades especiales que presenten los menores.	No superación del límite renta per cápita familiar anual establecido y 3 ò más hijos/as por parto múltiple.	Dirección General de Protección al Menor y la Familia.
Ayuda Económica Básica (Prestación Canaria de Inserción)	Ayuda económica de pago mensual durante tiempo limitado cuya cuantía con establecimiento de máxima y mínima, depende de la residencia, edad, unidad familiar, ingresos, minusvalías... y exige el compromiso en la ejecución de medidas de integración.	Carecer de recursos suficientes y otros relacionados con circunstancias de extrema necesidad.	Dirección General de Servicios Sociales.
Renta Activa de Reinserción para Mujeres Víctimas de Violencia de Género	Ayuda económica cuya cuantía es del 80% del IPREM (1) con duración máxima de 11 meses, compatible con ayuda suplementaria por cambio de residencia de 3 meses de renta activa en pago único.	Víctima de violencia de género con especiales necesidad económica y dificultad para encontrar empleo.	Servicio Canario de Empleo.
Ayuda para Mujeres Víctimas de Violencia de Género	Ayuda económica de pago único cuya cuantía dependerá de las personas a cargo y minusvalías básicamente y que oscila entre 6 y 24 meses de subsidio por desempleo.	Víctima de violencia de género, Ingresos económicos propios o rentas inferiores al 75% del SMI (2).	Instituto canario de la Mujer.
Ayuda de Emergencia para Mujeres Víctimas de Violencia de Género	Ayuda económica destinada a cubrir gastos relativos a necesidades fundamentales derivadas de situación de emergencia social cuya cuantía dependerá de la necesidad concreta.	Víctima de violencia de género, carencia de medios económicos.	Cabildos Insulares.
Ayuda a Cuidadores de Personas Mayores Dependientes	Ayuda económica de pago único que depende del grado de dependencia, nacionalidad, residencia, convivencia, ingresos económicos...	Prestación de cuidados a persona mayor con grave dependencia y no superación límite de ingresos tanto persona mayor como cuidador/a.	Dirección General de Servicios Sociales.
Ayuda a Personas Mayores o con Discapacidad	Ayuda económica de pago único (adaptación funcional del hogar, adquisición de prótesis, rehabilitación, asistencia especializada, movilidad...).	Carencia o insuficiencia de recursos económicos y otros establecidos.	Ayuntamientos.
Ayuda Emergencia	Ayuda económica de pago único que depende de la necesidad concreta.	Situación de extrema necesidad.	Ayuntamientos.
Otras	Ayudas complementarias para familias con menores a cargo, a familias para plazas de guardería...	Escasez o carencia de recursos económicos además de las condiciones específicas que se establezcan en cada caso.	Ayuntamientos.

(1) IPREM: Indicador Público de renta de Efectos Múltiples. 2009: 527,24 €/mes.

(2) SMI: Salario Mínimo Interprofesional. 2009: 624 €/mes.

3.7. La atención a la dependencia (tabla 17)

Las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o de otros apoyos para su autonomía personal en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, podrán acceder a determinadas prestaciones en forma de servicios o prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este dará cobertura a las personas dependientes en función del grado y nivel de dependencia que le sea reconocido a cada persona, según su autonomía y la intensidad del cuidado que requiere, conforme se desarrolle la implantación gradual del mismo. En cualquier caso, se prioriza la prestación de servicios frente a la prestación económica y la asignación de éstos se realizará teniendo en cuenta la idoneidad del servicio de acuerdo a las necesidades de cada persona y la conformidad de ésta, que además participará en la financiación de los mismos en función de su capacidad económica.

Tabla 17. Atención y Cuidados a las personas en Situación de Dependencia.

Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	
Condiciones de acceso	Reconocimiento de la Situación de Dependencia. Establecimiento del Plan Individual de Atención.
Catálogo de Servicios	De Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal. De Teleasistencia. De Ayuda Domicilio. De Centro de día y de noche. De Atención residencial.
Prestaciones económicas	Vinculada a un servicio. Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. De Asistencia personal.
Gestión	Dirección General de Servicios Sociales.

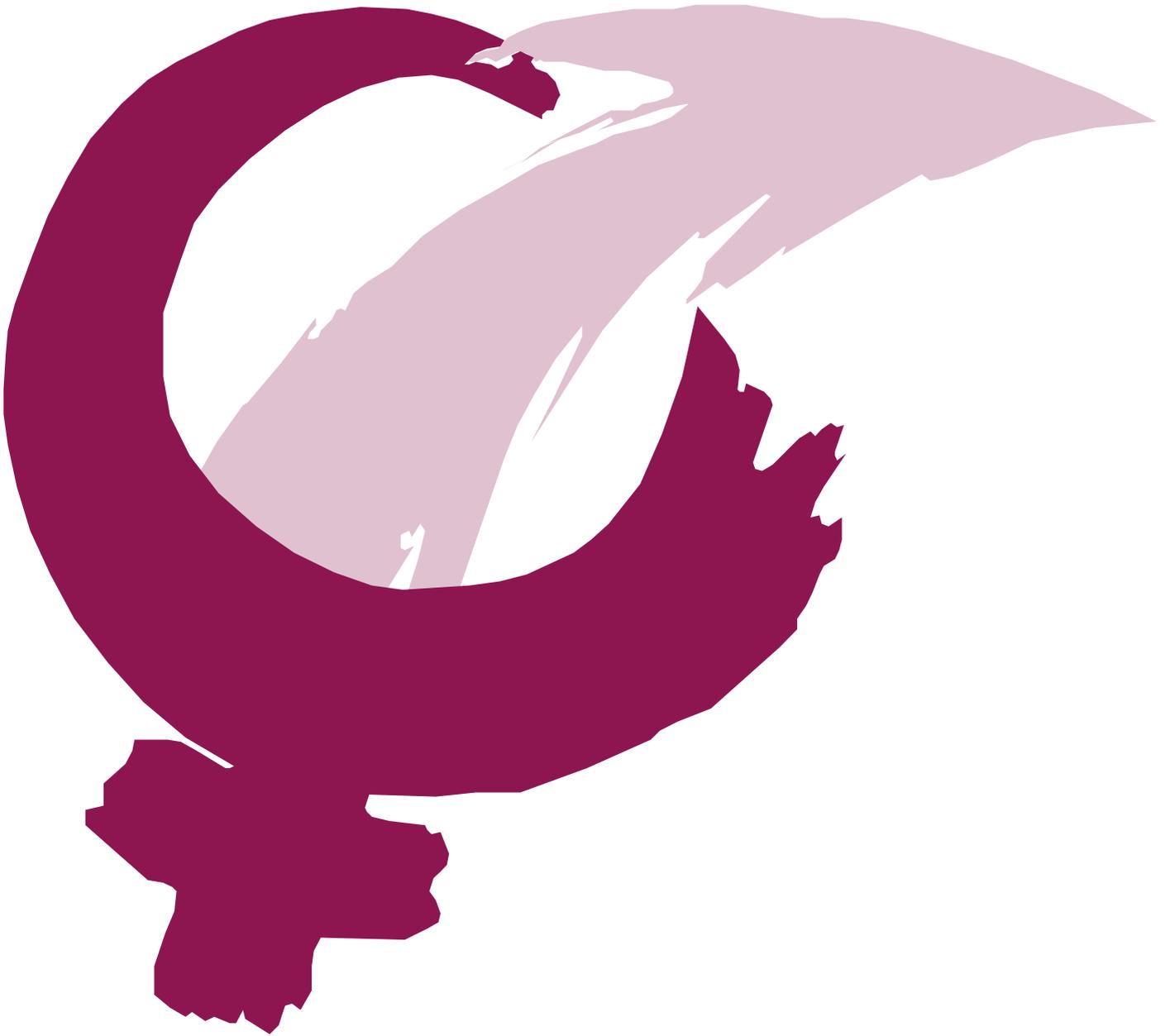
3.8. El apoyo a la familia en situaciones especiales

En el marco de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas y de éstas con las Administraciones Locales se cofinancian Programas de Apoyo a las Familias en Situaciones Especiales dirigido a las familias que sufran una situación especial de dificultad de diversa índole y que necesiten y apoyo externo para ejercer adecuadamente el cuidado de los menores a su cargo. Estos programas son:

- Educación Familiar y Atención a Familias Desfavorecidas o en Situación de Riesgo, y a Familias Monoparentales.
- Orientación y/o Mediación Familiar y Puntos de Encuentro (generalmente concertado con Entidades sin Ánimo de Lucro, ó O.N.G.).
- Apoyo a las Familias en cuyo seno se produce Violencia Familiar.

La intervención suscrita a los programas se realiza en los Ayuntamientos a través de sus Equipos de Atención Especializada a la Infancia (denominación que varía en función de la organización y la autonomía de cada Entidad Local).

La valoración social que realiza el/la trabajador/a social de las situaciones en las que se presentan algunos de los factores sociales de riesgo ya descritos permite la derivación oportuna hacia estos Programas y el adecuado aprovechamiento de los mismos.



El parto

CONCEPTOS

La preparación para el parto abarcará los diversos aspectos que afectan a la mujer en esta experiencia.

La educación, la información y el consejo son herramientas para ayudar a la mujer a desplazar el miedo y tener un entorno más confortable y relajado para el nacimiento de su criatura.

El **parto** se define como el proceso que conseguirá el tránsito del feto desde el interior de la cavidad uterina hasta el exterior del organismo materno, y al poco tiempo, la salida de la placenta y las membranas. Hasta ahora no se sabe qué es lo que provoca su comienzo, aunque se cree que es la interacción compleja de factores maternos, fetales y placentarios-deciduals, entre ellos: **cambios en los niveles de hormonas y distensión de la fibra muscular uterina**, lo que aumenta su excitabilidad.

La OMS define el **Parto Normal** como aquel que comienza de forma espontánea, es de bajo riesgo al comienzo y se mantiene como tal hasta el alumbramiento. La criatura nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño o niña se encuentran en buenas condiciones.

El **trabajo de parto** se define como la dilatación progresiva del cérvix uterino, en asociación con las contracciones uterinas repetidas, de forma regular con 2-3 contracciones cada 10 minutos. Produce una dilatación del cuello y la modificación de las características cervicales hacia la madurez del cuello: consistencia blanda, posición centrada y borramiento cervical.

ELEMENTOS DEL TRABAJO DE PARTO

Hay cuatro factores que influyen en el resultado del trabajo del parto.

- ▶ El canal de parto: la estructura ósea y muscular de la pelvis.
- ▶ El objeto del parto: El feto, con su presentación, tamaño y edad gestacional.
- ▶ Las contracciones uterinas: Serán necesarias para la dilatación del cérvix y el descenso de la presentación.
- ▶ La psique: Hace referencia al estado emocional, psicológico o condiciones socioculturales de la madre. El miedo y la tensión pueden enlentecer o incluso parar el parto.

TIPOS DE PARTO

Según el inicio, podemos hablar de parto espontáneo (con inicio espontáneo, sin necesidad de ningún acto médico) o de parto inducido (que requiere de un acto médico que intenta reproducir el periodo de latencia del parto y alcanzar el periodo activo).

Según su finalización, podemos hablar de parto eutócico o distócico. Además, los distócicos pueden ser instrumentales o quirúrgicos.

El **parto instrumental** es aquel por vía vaginal que necesita de ayuda para agilizar la salida del feto con alguno de estos instrumentos: **fórceps, ventosa o espátulas**. Las causas pueden ser maternas (problemas médicos u obstétricos que contraindiquen los pujos maternos, agotamiento, falta de

cooperación, analgesia excesiva...), fetales (riesgo de pérdida de bienestar fetal, alteraciones en la rotación o en el descenso, expulsivo prolongado, cabeza última...) o mixtas.

El **fórceps** es un instrumento formado por dos ramas independientes, derecha e izquierda, que se articulan entre sí tras aplicar la presa parietomalar a la cabeza fetal, con la finalidad de traccionarla y en ocasiones rotarla.

La **ventosa** es una cazoleta, metálica o de silicona, que se adapta a la cabeza fetal mediante un sistema de vacío para lograr la tracción. Puede usarse también para corregir actitudes deflexionadas de la presentación. Sus contraindicaciones son intolerancia fetal al trabajo de parto, cualquier presentación que no sea cefálica de vértice, la prematuridad.

Las **espátulas** son dos palancas independientes no articuladas que sirven para traccionar de la cabeza fetal por pulsión.

La **cesárea** es el procedimiento quirúrgico que, logra el nacimiento a través de una incisión de la pared abdominal (laparotomía media o transversal baja) y del útero (histerotomía). Sus indicaciones pueden ser:

- ▶ **Electivas:** cuando se decide antes del momento del parto.
- ▶ **Intraparto:** cuando se decide en el transcurso del parto sin que exista una urgencia vital.
- ▶ **Urgentes:** cuando se encuentran en peligro la vida del feto o de la madre.

Tras abrir el útero se extraen el feto y la placenta. Después de limpiar la cavidad uterina se procede al cierre por capas, tanto del útero como de la pared abdominal.

SIGNOS Y SEÑALES DEL TRABAJO DE PARTO

Existen una serie de señales que nos indican en que fase se encuentra la gestante en relación al trabajo de parto. Se pueden dividir en signos preliminares (tabla 18) y signos positivos del parto (**tabla 19**).

Tabla 18. Signos preliminares del parto.

Signos	Observaciones
Contracciones irregulares: Pueden durar poco rato o continuar durante horas antes de desaparecer o convertirse en las contracciones de parto.	Inician el borramiento y ablandamiento del cérvix.
Flujo vaginal viscoso, que puede estar acompañado de un veteado sanguinolento. (Tapón mucoso)	Se encuentra relacionado con el borramiento y la dilatación del cérvix. Puede tener lugar días antes de la aparición de los demás síntomas o bien una vez que han empezado las contracciones del parto. Estas pérdidas continúan a lo largo del parto.
Pérdida de líquido amniótico por la vagina. Provocada por una pequeña rotura de las membranas.	La pérdida de líquido amniótico en forma de goteo, ocurre en algunas mujeres, antes del inicio del trabajo de parto.

Tabla 19. Signos positivos del parto.

Signos	Observaciones
Contracciones: Se hacen más largas, más fuertes y/o más seguidas. Se pueden sentir en abdomen y/ o espalda.	Producen la dilatación del cérvix, más adelante el descenso de la presentación y finalmente la expulsión del feto, placenta y membranas. No disminuyen con la actividad materna, y no se detienen con los cambios de posición.
Rotura de las membranas con un chorro de salida del líquido amniótico por vagina.	Puede ir acompañado o seguido de las contracciones.
Dilatación del cérvix progresivamente hasta 10 cm de diámetro. (dilatación completa).	Este signo se valora por la exploración vaginal.

Es importante determinar si ha comenzado el verdadero trabajo de parto, para evitar intervenciones inapropiadas. Sólo se puede diagnosticar con examen vaginal que permita valorar la dilatación del cérvix, con las valoración única de las contracciones el diagnostico de trabajo de parto no es verdadero (**tabla 20**).

Tabla 20. Características de las contracciones del trabajo de parto.

Falso trabajo de parto	Verdadero trabajo de parto
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ocurren a intervalos irregulares, que no aumentan en frecuencia ni intensidad. ▶ Pueden ser dolorosas. ▶ El malestar es principalmente en el abdomen inferior. ▶ No se produce el triple gradiente descendente. ▶ Responden al tratamiento con analgésicos e hipnóticos. ▶ Pueden durar poco tiempo o mantenerse horas antes de desaparecer o convertirse en verdadero trabajo de parto. ▶ El cuello uterino no se dilata. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ocurren a intervalos regulares que aumentan en frecuencia e intensidad. ▶ Producen malestar en dorso y abdomen. ▶ No disminuyen con la actividad de la madre y no se detienen por los cambios de posición. ▶ Producen la dilatación del cuello. ▶ El malestar no se interrumpe por la sedación.

Existen otros factores que contribuyen a la evolución del trabajo de parto:

- ▶ **Paridad:** El primer parto es el más prolongado.
- ▶ **Contracciones:** Es necesario que las contracciones sean efectivas para que el parto progrese.
- ▶ **Presentación:** La cabeza es más efectiva que las nalgas para la dilatación mecánica del cuello.
- ▶ **Posición:** Cuando la posición de la presentación es posterior el parto suele ser más largo.
- ▶ **Estado de las membranas:** Si están rotas y la cabeza apoyada, se produce una mayor dilatación.
- ▶ **Diámetro céfalo pélvico:** La flexión de la cabeza es un factor importante en la duración del parto.
- ▶ **Músculos:** Los músculos del suelo de la pelvis excesivamente relajados por la anestesia epidural pueden producir expulsivos más largos.
- ▶ **Estado psicológico:** Las actitudes positivas favorecen una mayor predisposición al avance del parto.

ETAPAS DEL PARTO ESPONTÁNEO

1. PERIODO DE DILATACIÓN

Es el intervalo entre el comienzo del parto y la dilatación cervical completa (10 cm.). Básicamente podemos hablar de dos fenómenos: **dilatación del cérvix** y **descenso de la presentación fetal**.

Dentro de esta etapa podemos distinguir una **fase de latencia** y una **fase activa** con unas características fisiológicas y emocionales propias.

1.1. Fase de latencia: Es la parte inicial del parto: la fase más lenta y de mayor duración (una media de 8 horas en primíparas y 5 horas en múltiparas). Puede afectarse por estrés o sedación y se caracteriza por:

- ▶ Contracciones leves y tolerables.
- ▶ Modificaciones del cuello uterino: **Dilatación** lenta, ablandamiento y **borramiento**.
- ▶ La madre siente que puede tolerar las molestias. Podemos animarla a caminar, hablar sobre sus expectativas, ofertarle cambios de posición.

1.2. Fase activa: Comienza cuando la dilatación está entre 3-4 cm y a partir de aquí la dilatación es más rápida. Por lo general suele ser diferente en las primíparas que en las múltiparas ya que en estas la velocidad de dilatación puede ser mayor. Las contracciones son más frecuentes e intensas por lo que provocan diferentes grados de malestar. Aumenta la ansiedad, y la mujer comienza a dudar de su capacidad para controlar el proceso del parto.

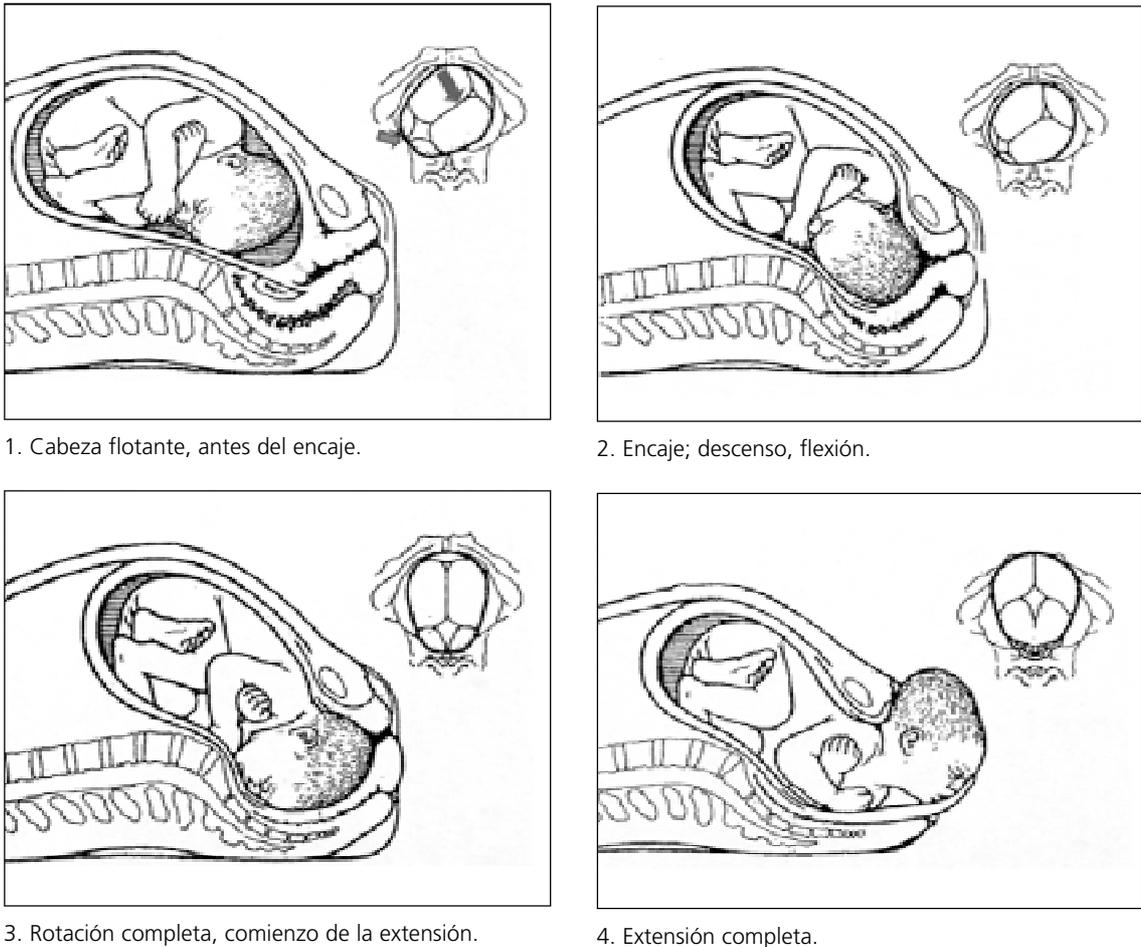
- ▶ Las sensaciones cambian a medida que el trabajo del parto avanza y la madre puede sentir:
 - Inquietud, irritación (no desea que la toquen) o sensación de aturdimiento.
 - Hiperventilación, eructos e hipo.
 - Náuseas y vómitos.
 - Necesidad de alivio del dolor.
 - Gotas de sudor, puede sentirse acalorada.
 - Mayor presión de la cabeza del feto sobre los nervios sacros.
 - Necesidad de empujar o sensación de querer defecar.
- ▶ Presencia de mucosidad sanguinolenta en introito vaginal.

2. PERIODO EXPULSIVO

Abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. La duración normal es de 2 horas en primíparas y de 1 hora en las múltiparas, sumándose una hora más a ambas si tienen analgesia epidural. Se caracteriza por la necesidad urgente de empujar que siente la mujer y mientras puja los músculos abdominales ejercen presión adicional que ayuda al feto a bajar. El perineo se abulta y aplana por el mayor descenso de la cabeza fetal.

Durante el periodo de pujos activos, es probable que la frecuencia cardiaca fetal se haga más lenta, pero debe recuperarse hasta el valor normal antes del siguiente esfuerzo expulsivo. Cuando el diámetro cefálico mayor está rodeado por el anillo vulvar se habla de coronamiento.

Figura 4. Fases del parto.



3. PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

Abarca desde la salida del feto hasta la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. El útero se contrae activamente y esto, junto con la disminución del contenido intrauterino, produce una disminución del sitio de implantación placentaria. Los signos que lo indican son: la salida de sangre por la vagina, la percepción de contracciones uterinas dolorosas, la sensación de peso y el descenso del cordón umbilical.

CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL

Según las recomendaciones de la OMS y de la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS del 2007, el objetivo es conseguir una madre y una criatura sana con el menor nivel posible de intervención y de la manera más segura. Esto implica que **en el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural**, y se concreta en:

1. Animar y asistir a la mujer y acompañantes durante el parto, el alumbramiento y el periodo posparto.
2. Observar a la parturienta y monitorizar la condición fetal; evaluar los factores de riesgo y detectar problemas de forma temprana.

3. Llevar a cabo intervenciones menores, sólo si son necesarias, como amniotomía y episiotomía.
4. Trasladar a la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado.
5. Explorar y cuidar del niño o niña después del nacimiento.

El bienestar materno físico y emocional debe evaluarse regularmente durante el parto. Esto incluye:

- ▶ Tomar la temperatura, pulso y tensión arterial.
- ▶ Vigilar la ingesta de líquidos y diuresis.
- ▶ Evaluar el dolor y la necesidad de apoyo.
- ▶ Prestar atención a la privacidad, respetando su elección de acompañantes y evitando la presencia de personas no necesarias en el paritorio.

1. PROCEDIMIENTOS DURANTE EL PARTO

La preparación para el parto desde el ingreso hospitalario incluye varios procedimientos que deben explicarse a la gestante y su acompañante:

- ▶ **Medición de la temperatura corporal, el pulso y tensión arterial:** Estos tres procedimientos pueden tener implicaciones en el desenlace del parto e influyen en la forma en que se maneja de parto.
- ▶ **Administración de un enema:** Se debe desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante. Solo aplicar, previa información, opcionalmente si la mujer lo desea por algún motivo.
- ▶ **Rasurado total o parcial del periné:** Se debe evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto, por las molestias que ocasiona. Opcionalmente, si se considera necesario, en el momento de realizar una sutura se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano.
- ▶ **Vía venosa periférica profiláctica:** No se debe colocar vía venosa de rutina.
- ▶ **Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos necesarios.**

2. NUTRICIÓN

Se debe evaluar el riesgo de requerir una anestesia general y una vez establecido, el parto natural puede llevarse adelante sin ayuno ni administración de antiácidos. Se permitirá la ingestión de alimentos líquidos según las necesidades de la gestante.

3. LUGAR DEL PARTO

Una mujer debería dar a luz en el lugar en que se encuentre segura y con el nivel de asistencia inferior capaz de asegurar un manejo correcto del parto. Para una gestante de bajo riesgo esto puede ser en su casa, en una maternidad pequeña o quizás en la maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se centren en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura. Si el parto va a ser domiciliario, deben existir planes de antemano para remitir a la mujer a un hospital si fuese necesario, y la mujer debe tener conocimiento de ello. Se deben potenciar entornos amigables.

4. APOYO EN EL PARTO

Estudios realizados acerca del apoyo ofrecido durante el parto demostraron que un apoyo continuado y físico supone grandes beneficios como partos más cortos, menor uso de medicación y anal-

gesia epidural, menor número de niños y niñas con Apgar inferior a 7 y menos partos instrumentales. Se debe permitir y alentar que las gestantes cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso, si lo desean y que ellas la elijan libremente.

5. DOLOR DURANTE EL PARTO

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente.

5.1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor

- ▶ **Posiciones para dilatación, expulsivo y alumbramiento:** Se debe ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera, lo que significa que no tiene que estar en la cama necesariamente o en posición supina, y que puede gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar, sin interferencia de la matrona, especialmente en la fase de dilatación. La posición para el nacimiento está relacionada con aspectos culturales, demográficos y sociales. Las diferentes posiciones se pueden ver en la Tabla 30 de Las Técnicas de Apoyo Teórico-Prácticas. Exponer las ventajas y/o inconvenientes de cada una de estas posiciones es necesario para que la gestante las conozca, desarrolle una actitud activa en el parto y pueda contribuir a que se desarrolle sin intervenciones innecesarias del proceso fisiológico y espontáneo. Diversos estudios sugieren que una posición vertical o lateral durante la segunda fase del parto ofrece muchas ventajas sobre la posición dorsal. La posición vertical produce menos incomodidades y dificultades al pujar, menos dolor de parto, menos trauma perineal y vaginal, y menos infecciones.
- ▶ **Alivio del dolor tomando una ducha o un baño,** es eficaz en muchas mujeres.
- ▶ **Técnicas para concentrar la atención,** como técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor. Se usan frecuentemente en combinación con otras como hipnosis, música y retroalimentación biológica. Las mujeres encuentran útiles estas prácticas, son inofensivas y pueden ser recomendadas.
- ▶ **Alivio del dolor del parto mediante el masaje lumbar:** Durante el trabajo de parto, muchas mujeres se sienten mejor si son tocadas, acariciadas o masajeadas, ya que por ser una fuente de contraestimulación, el tacto y el masaje pueden aliviar el dolor. El masaje consiste en aplicar presión, usando el puño, el talón de la mano, o ambas manos, con movimientos firmes y circulares, en la zona lumbar durante las contracciones para relajar los músculos, cuya tensión es, en parte, responsable de las molestias. Las manos deben estar tibias para favorecer la relajación y la utilización de aceite ayuda al movimiento sobre la piel. También es útil masajear el resto del cuerpo (la parte posterior de las piernas; la frente hacia las sienes, el cuello hasta los brazos) para estimular la secreción de endorfinas (hormonas analgésicas). Durante el embarazo, se debe practicar y explorar algunos de los masajes con la pareja, para determinar cuáles son cómodos para ambos.
- ▶ **Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. (TENS):** Método específico por el que se activan los receptores sensoriales periféricos. El carácter de auto-administración de esta técnica ha contribuido a su éxito entre muchas mujeres, pero su eficacia no ha sido demostrada en pruebas aleatorias.
- ▶ **Otras técnicas:** El uso de calor y frío de superficie, la acupuntura, la inmersión en el agua, el uso de hierbas y la aromaterapia con fragancias o las inyecciones intradérmicas de agua estéril en cuatro lugares de la zona más baja de la espalda, son métodos cuya efectividad no ha sido todavía establecida por ningún estudio. Deberían pasar por un proceso de revisión y crítica.

5.2. Métodos farmacológicos de alivio del dolor

En los países desarrollados, el alivio farmacológico del dolor ha ido ganando muchos adeptos. El efecto de las diferentes técnicas ha sido investigado en varios estudios clínicos; el beneficio del alivio del dolor está claro, pero los posibles efectos en la madre y el feto han recibido menos atención.

- ▶ **Fármacos:** Alivian el dolor los alcaloides opiáceos (petidina, el más popular), los derivados de la fenotiacina (prometacina), y otros. En algunos países se utiliza la inhalación de agentes anestésicos (el más frecuente es el óxido nitroso con 50% de oxígeno).
- ▶ **Analgesia epidural:** Es la más usada durante el parto. Diferentes estudios compararon los efectos de la epidural con otras técnicas de alivio del dolor. Proporciona un mejor y más duradero control del dolor que los agentes sistémicos, pero es necesario que el parto acontezca en un hospital bien equipado, el anestesista esté disponible constantemente y la mujer tenga una supervisión continua. No existen estudios acerca de los efectos de la epidural sobre la madre y el feto a largo plazo. Tampoco hay estudios que la comparen con los métodos no farmacológicos o sin alivio del dolor. El principal efecto medido en las pruebas fue el grado de alivio del dolor, pero no se midió la satisfacción materna con relación al parto.

6. MONITORIZACIÓN FETAL DURANTE EL PARTO

La monitorización del bienestar fetal es esencial durante el parto. Hay dos métodos de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal:

6.1. Auscultación intermitente: Se lleva a cabo un estetoscopio de Pinard, o con un apartado doppler manual. La Auscultación se realiza una vez cada 15 a 30 minutos durante la fase de dilatación y después de cada contracción en la segunda fase del parto. Si se considera necesario, el latido fetal se compara con el materno.

6.2. Vigilancia electrónica continua: Se usa durante el embarazo de gestantes de alto riesgo, y también durante el parto. Ésta normalmente se realiza por medio de un doppler externo, o por un electrodo interno (vaginal) adherido a la cabeza fetal después de la amniotomía. No se aconseja la amniotomía de rutina.

7. CUIDADOS DEL PERINÉ

El daño en el periné es uno de los traumas más frecuentes experimentados por las mujeres en el parto, incluso en el considerado parto normal. Existen varias técnicas y prácticas encaminadas a reducir este daño o reducirlo a unas proporciones aceptables.

7.1. Protección del periné durante el nacimiento: Con los dedos de una mano (generalmente la derecha) se protege el periné, mientras con la otra mano se presiona sobre la cabeza fetal con el fin de controlar la velocidad de salida de ésta, intentando con ello reducir el daño sobre los tejidos perineales. No hay estudios que comparen esta estrategia frente a no tocar el periné ni la cabeza durante esta fase del parto, así que es imposible determinar que estrategia es mejor.

7.2. Desgarros perineales y episiotomía:

- ▶ Los **desgarros** ocurren con frecuencia, especialmente en primíparas. Los de primer grado no necesitan ser reparados. Los de segundo grado generalmente pueden ser fácilmente suturados bajo anestesia local y cicatrizan sin mayores complicaciones. Los desgarros de tercer grado

pueden tener complicaciones más serias y deberían, siempre que fuera posible, ser reparados por un obstetra para prevenir la incontinencia y/o fístulas fecales.

- ▶ Las **episiotomías** están indicadas ante la amenaza de un desgarro de tercer grado (incluyendo desgarros de tercer grado en partos anteriores). Durante años se argumentó un uso liberal de la episiotomía sin que diversos estudios posteriores muestren evidencias que apoyen esta política. Una frecuencia de episiotomía superior al 20-30% es índice de práctica obstetra no adecuada. Se debe promover la episiotomía selectiva y no sistemática.

8. CONTACTO PRECOZ MADRE-CRIATURA

Tras el parto el recién nacido se debe colocar sobre el abdomen de la madre y así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo en estrecho contacto piel con piel con su madre.

ELABORAR UN PLAN DE PARTO

El empoderamiento de las mujeres supone que sean capaces de vivir su proceso de parto como protagonistas del mismo. La participación activa de las mujeres y la toma de decisiones en cuanto a su salud implica recibir previamente toda la información posible sobre su proceso reproductivo. Esta debe ser adecuada, suficiente y en el momento oportuno, acerca de las mejores prácticas existentes para lograr los mejores resultados. Con esta información la mujer adquiere autonomía para comentar con el personal sanitario las opciones existentes y así consensuar y decidir conjuntamente las que consideran mejores para ellas. Existen experiencias en elaboración conjunta de planes de parto durante la gestación.

La toma de decisiones conjunta implica asumir, por parte de la mujer, la responsabilidad de la elección y de los resultados de la misma.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PARTO

La literatura científica, en los últimos años, aporta evidencias que sugieren que el apoyo continuo durante el parto puede considerarse como una de las estrategias no farmacológicas más efectivas para el manejo del dolor en el parto y que ocurren menos intervenciones médicas como cesáreas, menos aplicación de oxitócicos, trabajos de parto más cortos, menos complicaciones obstétricas, menos depresión posparto, menos sentimientos maternos y satisfacción, menos lactancia más prolongadas. También se menciona que la madre responde durante la fase temprana del parto con inseguridad y esto depende también de la situación obstétrica en que se encuentra, no es lo mismo un prematuro, o un embarazo prolongado, o un patrón de contracciones muy lentas. Algunas veces la emoción lleva a las mujeres a apresurar el momento del parto, lo que provoca frustración y ansiedad al comprobar que el proceso va lento.

Durante la fase activa, la madre requiere un reajuste emocional, comienza a sentir que el proceso es largo, más doloroso, se siente cansada, desanimada al notar que apenas comienza lo difícil, su confianza disminuye ante la fuerza y frecuencia de las contracciones. Su conversación decae y las conversaciones ajenas le son molestas, se centra en ella misma y guarda silencio y es el momento en que se da cuenta de que no hay marcha atrás.

Las sensaciones físicas como temblores en las piernas, o por todo el cuerpo, náuseas, vómitos, calambres, deseo de evacuar, frío intenso o mucho calor, se combinan con contracciones muy intensas. Aparecen sollozos, sensaciones de no poder más, algunas pueden reaccionar con enojo ante

comentarios o intentos por consolarla. Puede ensimismarse, dormitar entre contracciones, lamentarse o terminar gritando durante ellas.

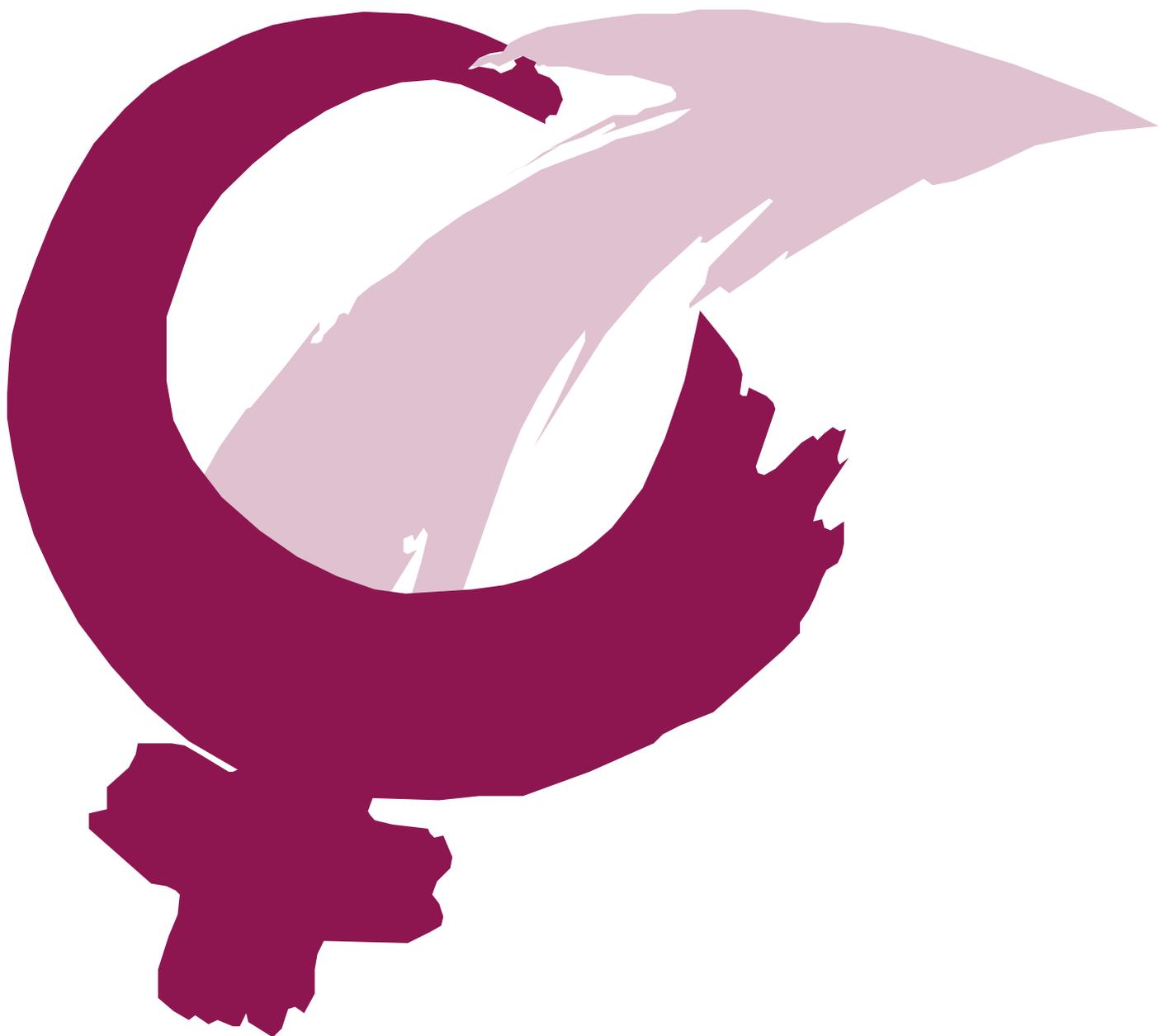
Al iniciarse el expulsivo la madre siente un descanso (esto se acaba), adquiere fuerza y recupera la claridad en su cabeza; se muestra optimista, comunicativa, durante el descenso del bebé, la madre encuentra fuerza y determinación, puede dudar sobre su desempeño y busca la confirmación de que todo va bien. Es receptiva a sugerencias y los elogios le dan ánimos. Algunas pueden sentir miedo de empujar y no querer la salida del bebé contrayendo los músculos del suelo pélvico. Si el descenso es rápido, se sobresalta, si es muy lento se desanima. Cuando el bebé corona, ya sabe que nace, incrementa su ansiedad por pujar y sacarlo, al mismo tiempo que siente la sensación de distensión y ardor.

Después del nacimiento posiblemente tarde algunos momentos en darse cuenta de que el parto ha culminado y entonces centra su atención en el recién nacido. Puede que ya no preste atención a la salida de la placenta. Sus sensaciones ahora son de alivio, alegría o puede estar preocupada por la salud de su hijo/a.

En la **tabla 21** se recogen las manifestaciones psicológicas que acompañan a las distintas fases del parto.

Tabla 21. Manifestaciones psicológicas que acompañan a las distintas fases del parto.

Fase temprana	Fase activa	Transición
<ul style="list-style-type: none"> • Excitación. • Estado de alerta. • Tranquilidad / ansiedad. • Normal / habladora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado mental más instintivo. • Inhibiciones reducidas. • Seriedad. • Pocas ganas de hablar. • Mayor concentración. • Deseos de estar acompañada. • Aprensión. • Labilidad emocional. • Incertidumbre. • Deseo de que nazca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritada, inquieta, ansiosa. • Cansada del trabajo de parto. • Temblor en muslos y piernas. • Temor. • Sensación de pérdida de control. • Dormitar entre contracciones.
Expulsivo	Alumbramiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de alerta. • Sensación de distensión. • Emocionada. • Cansada entre contracción y contracción. • Recupera la fuerza ante una nueva contracción. • Alegría al nacer. • Sensación de logro y éxito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviada, entusiasmada y curiosa. • Alerta cuando se habla del bebé. • Alegría, paz y gran felicidad. • Agradecimiento. • Sentimiento de logro y éxito personal. 	



El puerperio

CONCEPTO

El puerperio es el periodo que comprende desde la expulsión de la placenta hasta la sexta semana después del parto y generalmente se acepta su división en:

- ▶ **Inmediato u hospitalario precoz:** las 2 primeras horas tras el parto (las puérperas suelen permanecer en salas dentro de los paritorios).
- ▶ **Mediato u hospitalario tardío:** desde las 2 horas posparto hasta las 48 horas (momento en el suele darse el alta hospitalaria).
- ▶ **Tardío o vuelta a casa.**

En la **tabla 22** se recogen los cuidados a realizar durante la estancia hospitalaria de la puérpera.

Tabla 22. Cuidados en el puerperio hospitalario.

Controles en el puerperio hospitalario precoz	Controles en el puerperio hospitalario tardío
<ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales (temperatura, presión arterial y pulso). • Diuresis. • Valoración de hemorragia genital. • Características uterinas: involución, contractilidad. • Valoración del periné. • Dolor. • Mamas e inicio de lactancia materna. • Contacto precoz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales (temperatura, presión arterial y pulso). • Dolor (entuetos, cicatrización,...). • Involución uterina. • Características de los loquios: color, olor, cantidad, coágulos... • Valoración del periné. • Estado de las mamas. • Diuresis. • Evacuación intestinal. • Extremidades inferiores (varices, edemas). • Adaptación emocional. • Habilidades con la criatura. • Apoyo a la lactancia materna.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

1. GENITALES

- ▶ **Involución uterina:** Tras el parto, el fondo uterino se sitúa entre el ombligo y la sínfisis del pubis, con consistencia firme por la contractura muscular para comprimir los vasos sanguíneos. A los 7 días se palpará a la altura del pubis y en la cuarta semana recupera su tamaño previo.
- ▶ **Dolor en hipogastrio (entuetos):** son episodios de dolor intermitentes, más frecuentes en múltiparas y que se acentúan con la lactancia.
- ▶ **Loquios:** secreción posparto de la cavidad uterina. Se clasifican en:
 - Loquios rojos: 2-3 días, sangre casi exclusivamente con pequeños fragmentos de membrana y restos fetales como lanugo, vérmix y meconio.
 - Loquios rosados: 1-2 semanas, menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua.
 - Loquios blancos: aumento de leucocitos, moco, y microorganismos.

Se expulsan sobre todo durante la primera semana, pero no cesa totalmente hasta la 5ª semana. Su olor es peculiar y varía según la flora bacteriana.

- ▶ **La vagina, tras el parto** se encuentra blanda, flexible y distendida, con la mucosa edematosa y el introito laxo, abierto, con poco tono muscular y desgarros himeneales. En 3 semanas la vagina vuelve a su tono normal, aunque en la mujer lactante por falta de estrógenos puede producir una atrofia de la mucosa. El himen rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa.

2. MAMA

- ▶ La primera secreción es el **calostro** (más mineral y proteica que la leche, con menos azúcares y ácidos grasos). A partir de las 48 horas aumenta la concentración de lactosa y aparece la leche materna. (ácidos grasos, lactosa, proteínas y agua).
- ▶ Puede producirse **ingurgitación mamaria** entre el 3-4 días posparto, con aumento de la temperatura de manera transitoria con una duración de 4-16 horas.
- ▶ La succión del pezón provoca:
 - La liberación de **prolactina** (sus niveles descienden después del parto durante dos semanas si la mujer no lacta). Cuanto más frecuente es el estímulo de la succión **más leche** se produce. Las concentraciones elevadas de prolactina actúan a nivel ovárico y central **inhibiendo la ovulación**.
 - Secreción de oxitocina de manera pulsátil, que provoca la salida de la leche. El reflejo neuro endocrino de la secreción de oxitocina puede ser provocado incluso por el llanto del bebé e inhibido por el miedo o la ansiedad.

3. MUSCULATURA PÉLVICA

Los músculos de la pelvis y del abdomen se recuperan en 6-7 semanas, aunque la sobredistensión y los desgarros musculares imposibilitan la total recuperación y pueden dar lugar a diástasis de los rectos, hernias, prolapso, incontinencia urinaria de esfuerzo.

4. CAMBIOS GENERALES

4.1. Sistema urinario: El tono vesical está disminuido (menor sensibilidad a la presión) y por sobredistensión se produce incontinencia urinaria (IU) por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la vejiga. Hay un aumento de la diuresis (hasta 3 litros) durante los 4-5 primeros días tras el parto por aumento de la filtración glomerular. La IU o anal es transitoria y se presenta a veces hasta tres meses tras el parto, pero si persisten más de seis meses deben derivarse.

4.2. Cambios en el peso: Se pierde aproximadamente 5 Kg tras el parto y 4 Kg durante el puerperio. Al cabo de 6 meses posparto la mujer tiende a acercarse su peso corporal al que tenía antes.

4.3. Cambios metabólicos: El colesterol y los triglicéridos descienden en las primeras 24 horas posparto. La glucemia basal y la posprandial disminuyen los 3 primeros días del puerperio.

4.4. Cambios hematológicos: El volumen sanguíneo se normaliza alrededor de la 3ª semana.

4.5. Aparato digestivo:

- ▶ El tono y la motilidad se normalizan en dos semanas.
- ▶ Durante los primeros días la mujer puede estar sedienta, por la redistribución circulatoria y el incremento de la diuresis.

- El estreñimiento es frecuente y se complican por los enemas, los regímenes y las drogas recibidas durante el parto. Puede ocurrir al perder los hábitos de evacuación intestinal por cambios en horarios, sueño, comidas. También por las molestias perineales (dolor hemorroidal o el de la episiotomía) y el miedo a hacer fuerza para defecar. Puede asegurarse la normalización de la función intestinal por medio de laxantes suaves sin absorción intestinal.

4.6. Aparato respiratorio: Durante las primeras semanas persiste un aumento de la ventilación en reposo y del consumo de oxígeno, así como una respuesta menos eficaz a la actividad física.

4.7. Pelo: Su crecimiento se ralentiza en el puerperio. A menudo, refieren caída del pelo, ya que se pierde más pelo del que crece. Este es un fenómeno transitorio y se vuelve a la normalidad en unos meses.

4.8. Cambios en el hueso: tras el parto hay una disminución generalizada en la mineralización del hueso, con la lactancia y la amenorrea asociada, que es temporal y se resuelve a los 18 meses postparto.

VUELTA A CASA

Es un momento de cambios muy relevantes que implicará ajustes y reajustes de las expectativas, roles y funciones y que repercutirá en la mujer, en la pareja y en la familia. La calidad de vida de la mujer, de su hijo/hija y su pareja depende en cierta medida de los niveles de adaptación en este periodo.

Antes de dar el alta a la mujer, se le debe proporcionar información acerca de lo que puede ocurrir en este periodo. Se aconsejará acudir a la matrona, que la orientará en sus cuidados y los de la criatura durante el puerperio.

Es necesario que los/las profesionales contemplen los aspectos biopsicosociales que condicionan esta etapa para poder prestar una atención integral que permita apoyar la relación de pareja, el vínculo materno, el vínculo paterno, favorecer el autocuidado de la puérpera (ver aspectos psicológicos del puerperio) así como la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

AUTOCUIDADOS

1. CUIDADOS DEL PERINÉ

Las mujeres con episiotomía o laceraciones del periné y siempre que no se extiendan más allá del músculo transversal del periné, que no haya ningún hematoma o equimosis extensa y que se haya realizado una reparación correcta, necesitarán pocos cuidados además de la **higiene diaria** con agua y jabón, evitando la inmersión.

Se le recomienda no usar jabones irritantes, no tener miedo a tocarse la incisión y realizar un **buen secado** (se puede utilizar por ejemplo un secador con aire frío). Las compresas deben ser de celulosa o algodón para evitar reacciones alérgicas y es necesario su cambio frecuente. Evitar continuos lavados para poder permitir la cicatrización y caída de los puntos.

La zona de la episiorrafia puede estar endurecida y más sensible durante las siguientes semanas postparto. Si existiera inflamación o dolor, son adecuados el **frío local** o los **baños de asiento** con sal gorda, el agua será tibia tirando a fría.

La analgesia se consigue con fármacos antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno, considerándose un medicamento seguro para madres lactantes. Si presenta un dolor perineal mayor del normal hay que descartar un hematoma, una infección, o hemorroides. En el caso de las hemorroides, aparte de los baños se le recomendará evitar secarse con papel, usar supositorios con corticoides, evitar esfuerzo en las defecaciones y la dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento.

2. CUIDADOS MAMAS (VER LACTANCIA)

Es recomendable usar sujetadores de algodón para la lactancia, que ayuden a mantener las mamas y que no las compriman. La higiene necesaria es la del baño diario, evitando el lavado con cada toma. El uso de compresas frías alivia la hinchazón inicial del pecho y las compresas calientes facilitan la salida de la leche.

El mayor desafío para los y las profesionales que atienden a las puérperas es vigilar, apoyar y ayudar a las madres a solucionar las posibles situaciones que aparezcan para permitir a la mujer que continúe con éxito la alimentación al pecho de su hija o hijo. Sobre los cuidados de las mamas remitimos a los contenidos en el tema de la lactancia.

3. ALIMENTACIÓN (VER ALIMENTACIÓN)

No existen restricciones dietéticas y es necesaria una dieta equilibrada, normal, rica en fibra y de fácil digestión. El gasto energético durante la lactancia está aumentado y debe aumentar los lácteos, proteínas y calorías.

4. ROPA

Cómoda y de algodón. En caso de usar faja elegirla que sea tubular. No es recomendable las fajas posparto ya que favorecen el estreñimiento, la aparición de hemorroides y producen atrofia de los músculos del abdomen. El uso de estimuladores eléctricos tampoco se aconsejan.

5. APOYO FAMILIAR Y VISITAS

Antes del alta hospitalaria, los factores de cada centro, la situación de la puérpera (limitación física, cansancio, falta de sueño, alimentación y sueño de la criatura, estado emocional) y la presencia de otra/s puérperas hacen variar la frecuencia de las visitas. La compañía de la pareja o persona de apoyo es fundamental en todo el puerperio y sobre todo en la vuelta a casa, donde sería recomendable un tiempo de adaptación, pero cada mujer decide su ritmo.

6. SUEÑO Y DESCANSO

Se puede producir una afectación del sueño por el cansancio, multiplicación de tareas domésticas, cuidados de la criatura, la lactancia, la situación física que presente. Es muy importante que la madre duerma siguiendo los patrones de su hijo o hija. Y muy importante hacerla consciente de que puede pedir apoyo a la familia y/o a la pareja.

7. DEAMBULACIÓN PRECOZ Y EJERCICIO

En la actualidad las mujeres se incorporan al cabo de pocas horas del parto. Numerosos estudios bien controlados confirman las múltiples ventajas de ello. Las mujeres afirman que se sienten mejor y las complicaciones vesicales y el estreñimiento son menos frecuentes.

La actividad física se incrementará gradualmente. El ejercicio posparto no afecta a la lactancia y puede disminuir los niveles de ansiedad. La actividad física (pasear, subir escaleras o los ejercicios de recuperación del suelo pélvico) puede reanudarse cuando la puerpera lo desee si el parto ha sido normal, siempre de forma progresiva y evitando el aumento de la presión intraabdominal.

8. ACTIVIDAD SEXUAL

No está definido el momento "normal" para reanudar las relaciones coitales pero no se aconsejan antes de la 3-4 semanas posparto y casi todas las mujeres prefieren esperar a que desaparezcan los loquios. Es lógico recomendar que se puede iniciar cuando ambos lo desean y no cause molestias, aunque puede existir malestar por sequedad de la vagina, sobretodo en las mujeres que lactan, que se aliviará con lubricación adecuada. Si las relaciones son dolorosas 2-3 meses tras el parto hay que consultar. El entender la situación, la comunicación con la pareja y el conocimiento de las diversas formas de vivir y disfrutar de la sexualidad, independiente del coito, harán posible una satisfactoria adaptación.

9. ANTICONCEPCIÓN (VER GUÍA DE ANTICONCEPCIÓN)

Debe informarse a la mujer y a su pareja sobre las diversas opciones anticonceptivas para que tomen una decisión informada. La OMS considera grupo de riesgo de embarazo no deseado a las mujeres durante los doce primeros meses tras el parto. La decisión del método dependerá de la motivación, estado de salud, número de hijos/as, si está dando el pecho, creencias y actividad sexual:

9.1. Método de amenorrea en la lactancia (MELA): En las mujeres con lactancia materna completa, con amenorrea y dentro de los seis meses posteriores al parto tiene una efectividad superior al 98%. El riesgo de embarazo aumenta si la lactancia disminuye (especialmente si se suprime la toma nocturna), tras la primera menstruación o tras 6º mes posparto.

9.2. Preservativo: Es el método de elección por su alta seguridad, inocuidad, y protección frente a infecciones.

9.3. Diafragma: No se debe usar hasta la sexta semana posparto.

9.4. DIU: Se puede insertar en mujeres dando lactancia, insertándolo a las seis semanas posparto.

9.5. Anticoncepción Hormonal:

- ▶ Mujeres lactantes:
 - A partir de la 6ª semana la anticoncepción hormonal sólo de gestágenos puede ser utilizada con una eficacia superior al 99%, sin efecto adverso sobre el volumen de la leche materna.
 - Los combinados con estrógenos pueden disminuir la producción de la leche.
- ▶ Mujeres no lactantes:
 - Los ACO combinados se iniciarán en la cuarta semana después del parto.

SIGNOS DE ALARMA EN EL PUERPERIO QUE LA MUJER DEBE CONOCER

1. Fiebre superior a 38°C, después de las primeras 24 horas.
2. Hemorragia vaginal profusa o con presencia de grandes coágulos o membranas.
3. Loquios con mal olor.

4. Aparición de dolor abdominal, que no cede con reposo y analgesia.
5. Molestias urinarias.
6. Signos inflamatorios en episiotomía.
7. Signos inflamatorios en mamas.
8. Signos inflamatorios en miembros inferiores: dolor, calor, enrojecimiento, hinchazón.
9. Problemas respiratorios.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

El posparto es una experiencia difícil y compleja para las mujeres, fundamentalmente porque tienen que dar respuesta a múltiples demandas, las demandas de recién nacido/a, el deseo de cumplir con las funciones maternas, compaginar estas con otras funciones dentro y fuera de la casa y además sentimientos ambivalentes, a veces cargados de inseguridad, acerca de la forma de cómo se deben cumplir estas funciones.

1. EXPECTATIVAS

La cultura y los roles sociales maternos influyen en las expectativas e ideas que tiene la mujer acerca de cómo debe ser su comportamiento, pensamiento y sentimientos. En general, esta cultura dominante prescribe que ser una buena madre implica: abnegación, sacrificio, darlo todo por el otro/a, renuncia total, estar al servicio de, ternura “infinita”, etc...

La transición a “ser madres” es importante para la autoestima, el reconocimiento social y familiar, la satisfacción personal y la construcción de una identidad positiva de una misma. Esta puede ir acompañada de niveles altos de tensión y ansiedad que están relacionadas con el temor a fallar, dudas referente al cuidado de su bebé, dudas a no saber interpretar el llanto, dudas a si enferma y se sabrán cuidarlo, si lo alimenta bien o se queda con hambre porque tiene poca leche...

Debido al proceso de socialización, nuestros instintos han sido sometidos a control y entrenamiento. Las respuestas las buscamos en la familia (cada vez menos), las amistades y en los/las profesionales de la salud. Muchas madres preguntan ¿hay que dejarlo llorar?, ¿puede estar en brazos, cuanto?, ¿lo estaré malcriando?, ¿cómo bañarlo?...

Las mujeres necesitan información real de este periodo de cambios, comprensión y apoyo de sus parejas, familia extensa y amistades y el total apoyo y del personal sanitario.

2. CONFLICTOS

Los conflictos, casi seguro, que van a estar presentes en este periodo, sin que ello signifique que no se dé una buena adaptación y una buena resolución de los problemas. Las demandas relacionadas con las tareas domésticas, el cuidado de los otros hijos e hijas, la actividad laboral, actividades de desarrollo personal, autocuidado, atender la demanda de la pareja, de la familia, problemas de cansancio y falta de tiempo para el descanso, pueden ser fuentes de conflicto y de sentimientos de culpa.

Las mujeres no tienen que sentir culpa por estos conflictos, darse cuenta de que existen, hablarlo y poner prioridades la ayudará a solucionarlos y para eso tiene varios recursos importantes, ellas mismas, su pareja, su familia y otros sistemas de apoyo (amistades, sistema sanitario).

3. LA RELACIÓN CON LA PAREJA

La relación de pareja puede sufrir cambios, ya que tienen que estar preparados y ser capaces de negociar nuevos límites-espacios que hagan viable la convivencia. En determinadas situaciones el padre puede sentirse desplazado a un segundo plano. La exigencia afectiva frecuentemente es un motivo de tensión. Es de vital importancia fomentar la comunicación y la ternura entre los padres y las criaturas. Cuando la interacción es positiva y el padre se involucra con el bebé y lo atiende con afecto y alegría esto repercutirá en su pareja que se va a sentir comprendida, apoyada y segura, lo que lleva a que la interacción con su hijo o hija sea más placentera.

4. PATERNIDAD

Los hombres también tienen que adaptarse a la nueva situación al pasar de “hombre” a “hombre-padre” y “pareja con hijo/a”. El padre tiene un papel importante de apoyo afectivo para la madre y un papel esencial en el desarrollo psicomotor afectivo y social del bebé ya que aporta estímulos sensoriales, cognitivos y afectivos que son complementarios a los de la madre. Esta variedad de estímulos enriquece el mundo interior de niños y niñas, y les ayuda a apreciar la diversidad del mundo que les rodea.

Además, ambos miembros de la pareja perciben y se relacionan con sus hijos/as de forma diferente. Así el niño/a desarrolla una imagen completa de sí, viendo reflejadas diferentes facetas de su personalidad. El padre y la madre representan una diferente identidad sexual y tienen diferentes perspectivas de acuerdo a su género masculino o femenino. La identificación del niño/a con la figura paterna no pasa por la descalificación de las características consideradas como femeninas. Esto es un elemento esencial en la socialización de las niñas/os y en el desarrollo de su identidad como personas sexuadas. Las diferencias de madre y padre deben expresarse en un ambiente de colaboración.

Uno de los problemas aparece cuando el padre no participa en el cuidado y educación de sus hijos e hijas. Estos consideran que su rol esencial es ser proveedores en lo económico y que no les corresponde a ellos las tareas relacionadas con el hijo/a y el hogar. Históricamente el modelo tradicional de paternidad garantizaba al hombre su papel de protector y proveedor de la familia dentro de una estructura jerárquica. Así durante años han interiorizado unos roles rígidos y específicos en función del género, creando una identidad con carencias en la comunicación y en el contacto con la figura de ser padres. Esta división rígida de los roles puede crear frustraciones tanto en las mujeres como en los hombres. Para la vida de pareja, el desarrollo personal de ambos y el de sus hijas/os es importante que ambos compartan los roles y tareas e incluso los intercambien con flexibilidad. Esto les beneficia, no solo por la satisfacción de ser mejores padres y madres, sino porque su mundo afectivo se enriquece. Al desarrollar aspectos de su personalidad considerados como femeninos, llámese ternura, dulzura, emoción expresiones abiertas de afectividad, incrementan su desarrollo personal.

5. LA SEXUALIDAD

Se encuentra marcada por la cultura y por el aprendizaje.

Las mujeres en el puerperio pueden sentirse físicamente doloridas y cansadas, o tener miedo a otro embarazo. En otros casos pueden tener disminuido el deseo sexual debido a: los cambios en los niveles hormonales, los cambios emocionales, la falta de sueño, cansancio, dolor por la falta de lubricación o por la episiotomía. Este desinterés sexual puede prolongarse durante un tiempo variable sin que sea motivo de alarma. Si se prolonga puede crear tensión en la pareja y la necesidad de bus-

car la causa. Aspectos de la sexualidad como la comprensión, la sensibilidad, la comunicación, resuelven la situación y darán paso a una sexualidad menos genitalizada.

Una cuestión frecuente planteada por las mujeres es cuando pueden reiniciarse las relaciones sexuales con penetración. La sexualidad entendida como fuente de afecto, ternura, contacto, placer... no cambia por el hecho de haber tenido una criatura y sólo las relaciones coitales deben posponerse durante unas semanas, hasta la recuperación del periné y que se tenga deseo de iniciarlas.

6. EL GRUPO FAMILIAR

Las relaciones dentro del grupo familiar cambian. Si hay otros hijos/as pueden aparecer celos, contactos o acercamientos bruscos e incluso agresión, conductas regresivas o comportamientos sorprendentemente adultos. Ambos miembros de la pareja deben estar atentos y responder con cariño y una atención consciente. Se recomienda, si es posible, que permanezcan en su casa durante el tiempo que la madre esté ingresada tras el parto, si no puede sentir que su hermano/a y padre y madre los alejan, los separan. Si no hay posibilidad de visitar a la madre, ésta les hará llegar un mensaje o los llamará por teléfono. Cuando vuelva a casa, estarán para recibirla y entrará sin exhibir al bebé como el nuevo rey. Debe procurar que le toquen, jueguen, realicen actividades de cuidados con su hermanito/a. Y por último aunque tengan poco tiempo, hay que buscar un hueco para ellos con la madre sin que esté la nueva criatura por medio. Otros adultos en la familia pueden ser de gran ayuda (sin sustituir todo el tiempo a la madre y al padre).

VÍNCULO AFECTIVO

Desde distintas disciplinas, como el psicoanálisis (S. Freud, R. Spitz), la teoría dinámica-cognitiva (J. Bowlby, M. Ainsworth) y la etología (Harlow, Lorenz), se han desarrollado diferentes modelos explicativos para describir y explicar el origen y la formación de los vínculos afectivos tempranos. A finales de los años 50, se comenzó a destacar la importancia que el apego tiene sobre el desarrollo humano y a enfatizar que tan necesario es alimentar al niño como darle muestras de cariño y afecto para asegurarle un desarrollo óptimo y saludable. En 1985, a instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se publicó un artículo en el que aparece recogida la idea de que **el vínculo de apego surge como resultado de la necesidad que tiene el niño de estar en proximidad de un número reducido de adultos o de figura (s) de apego, que le rodean para asegurarse la supervivencia.**

1. ETAPAS DE PREPARACIÓN PREVIAS DEL VÍNCULO

En este proceso previo se gesta el inicio del lazo afectivo. Los nueve meses de embarazo brindan a la pareja la oportunidad de prepararse para la nueva etapa que se abre en sus vidas, les facilita la adaptación física y emocional que requiere el cambio que supone integrar a un recién nacido/a en su entorno familiar. La llegada de un primer hijo/a, supone una serie de transformaciones, que afectan al ciclo evolutivo de cada uno de los componentes, al estilo de vida al que estaban acostumbrados y al rol que cada cual ha desempeñado hasta ese momento. Estos cambios que forman parte del proceso de adaptación se inician durante el embarazo y se consolidan a medida que la criatura se desarrolla.

Durante las cuarenta semanas de embarazo, el crecimiento del feto va acompañado de un progresivo desarrollo de la imagen que tiene la madre de su bebé y pueden contemplarse distintas etapas asociadas al desarrollo físico del feto (**tabla 23**).

1.1. Primera etapa:

Aceptación de la noticia.

“¡Voy a ser madre!”. Después de la euforia inicial, la pareja se adapta a la noticia del embarazo, aparecen los primeros cambios en el cuerpo de la madre, producidos por el reequilibrio hormonal, que se acompaña de ajustes emocionales, y que requiere mucho tiempo y energía para alcanzar una nueva estabilidad.

Durante este período, la pareja se enfrentan a varias tareas:

1. La madre debe aceptar el crecimiento de un cuerpo ajeno a ella, implantado dentro de ella.
2. Se adapta a los cambios físicos que progresivamente se van produciendo, y que alteran la imagen corporal a la que estaba habituada.
3. Tanto la madre como el padre se preparan para el cambio en el ciclo evolutivo, que les exige una transformación del rol, pasar de hijos e hijas a padres y madres.

1.2. Segunda etapa: Los primeros indicios de un ser separado

Alrededor del quinto mes de embarazo, la madre siente los primeros movimientos leves de su criatura, y esta percepción es el siguiente acontecimiento decisivo para la pareja. Desde el punto de vista psicológico, el bebé ha comenzado a adquirir autonomía, es el momento donde **empieza el vínculo más temprano**, donde se percibe a un ser autónomo con el que hay posibilidad de establecer una relación. Durante esta etapa, padres y madres se enfrentan a sus miedos y ansiedades.

El reconocimiento de la criatura como otro ser diferente, les lleva al cuestionamiento de sus capacidades en su nuevo rol. En esta etapa se intensifican las fantasías y expectativas de cada cual sobre el futuro hijo o hija. Las tareas para esta nueva etapa son:

1. El reconocimiento del hijo/a como un ser separado, con un potencial de crecimiento independiente.
2. La aceptación de los primeros cambios que afectan al estilo de vida.

1.3. Tercera etapa. El aprendizaje sobre la futura criatura

Durante los últimos meses del embarazo, la pareja ha creado una identidad para la criatura: se elige el nombre, se reestructura la vivienda, se planean los permisos laborales y el cuidado de la misma.

Durante este período, se establece una forma de **interacción temprana**: la actividad fetal empieza a adoptar ciclos y patrones que la madre reconoce, y comienza a interpretar, adjudicándole al bebé un temperamento, una personalidad y a veces, hasta un sexo. Cuando se produce el parto, la madre está preparada para afrontar las últimas tareas de esta etapa:

1. La conmoción de la separación anatómica.
2. La adaptación a una criatura particular.
3. Una nueva relación que combinará sus propias fantasías con las de un ser independiente.

2. FORMACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL VÍNCULO DE APEGO EN LA INFANCIA Y NIÑEZ

La aparición del lazo afectivo o emocional, como consecuencia de un proceso marcado por las sucesivas interacciones y encuentros que el niño o niña mantiene con adultos familiares, y que

comienza desde el embarazo, se encuentra establecido en torno a los 12 meses de edad. Antes de que esto ocurra es necesario que la criatura adquiera una serie de competencias, tanto en el área cognitiva, como en la emocional y social, ya que sin ellas difícilmente se podría vincular a las personas que le rodean.

Se describen **cuatro fases** a lo largo de los seis primeros años de vida (**tabla 23**).

2.1. Fase I. Fase inicial de preapego (de 0 a 2 meses)

La criatura muestra preferencias por estímulos estructurados, tridimensionales, móviles y por estímulos que tengan un grado moderado de complejidad (Fantz, 1961/66). Todas estas propiedades físicas las reúne el rostro humano y también prefiere los sonidos que poseen una intensidad y frecuencia similar a la voz humana. Las primeras conductas de apego que aparecen en el repertorio del niño y de la niña, y que le ayudan a estar cerca del adulto y mantenerse en contacto físico con él o ella son:

1. Orientación visual y auditiva.
2. Movimientos de cabeza y succión.
3. Llanto.
4. Aferramiento.
5. Sonidos vocálicos.
6. Sonrisa.

En estos primeros meses de vida, la criatura emite estas conductas de forma indiscriminada, es decir, sin establecer diferencias entre unas personas y otras; responde a su madre de la misma forma que lo haría a otras personas y logra satisfacer sus necesidades con cualquier persona que acuda y responda apropiadamente a sus demandas. En definitiva, lo característico de estas interacciones tempranas bebé-cuidador/a es que se encuentran determinadas por la limitada capacidad de respuesta de la criatura y por la capacidad de la persona que le cuida para ajustarse a ellas.

2.2. Fase II. Fase de formación del apego (de 2 a 6 meses)

Durante estos meses, la criatura empieza a dar muestras de poder diferenciar a las personas familiares de las desconocidas y presenta una serie de comportamientos diferenciales entre los que destacan:

1. La detención del llanto ante personas familiares.
2. La aparición del llanto cuando estas personas se alejan del niño o de la niña.
3. Mayor cantidad de sonrisas, vocalizaciones, saludos, aferramiento y exploración en presencia de ellas.
4. Una orientación viso-motora más frecuente y coordinada.

La criatura tiene una mayor tendencia a iniciar interacciones sociales con la o las personas cuidadoras principales. Sin embargo, a pesar de esta predilección, no se detecta en esta fase la presencia de reacciones de miedo cuando el bebé se enfrenta a personas desconocidas o a contextos extraños, ni aparecen muestras de ansiedad ante la separación de la figura (s) de apego principal.

2.3. Fase III. Fase clara de apego (de 6 meses a 3 años)

Se producen los cambios que dan lugar a la consolidación de la vinculación afectiva y aparecen otros sistemas distintos del apego.

La aparición de la capacidad de **locomoción**, incide en la aparición de nuevas conductas de apego:

- ▶ Aproximación preferencial hacia la figura de apego.
- ▶ Seguimiento preferencial hacia la figura de apego cuando ésta se aleja del niño o niña.
- ▶ Uso de la figura de apego como base de exploración.
- ▶ Aproximación hacia la figura de apego cuando se siente en peligro.

Hay cambios en el área cognitiva que contribuyen al funcionamiento del sistema de apego:

- ▶ Surge la permanencia del objeto (conocimiento de que los objetos existen independientemente de la percepción que tengamos de ellos).
- ▶ Surge la diferenciación medios-fines (uso de un esquema como medio para alcanzar un fin).
- ▶ Y, hacia el final del segundo año, emerge la capacidad para actuar sobre la realidad de modo representacional.

Los cambios en las habilidades comunicativas más relevantes se refieren al uso del **lenguaje** como principal instrumento de comunicación (aparecen las primeras palabras y frases y los gestos para comunicar sus deseos) y también contribuyen al funcionamiento del sistema de apego.

No sólo el **sistema de apego** (como conjunto de conductas que se encuentra organizado en torno a una meta, a saber la proximidad y el contacto físico con la figura de apego) se consolida en esta fase. Otros tres sistemas conductuales relacionados con él también hacen su aparición en ella. Los sistemas a los que nos referimos son: miedo, afiliativo y exploratorio.

- ▶ El **sistema de miedo** contiene el conjunto de conductas de cautela, temor e inhibición que aparecen cuando el niño y la niña se enfrenta a estimulación novedosa, sobre todo si proviene de personas no familiares. Estas respuestas tienen su máxima manifestación entre los 8 y los 12 meses de edad, parecen desempeñar un valor adaptativo y se dan sobre todo en culturas en las que el sistema de crianza característico se perfila sobre un número reducido de cuidadoras (Ainsworth, 1967). También aparecen reacciones de ansiedad y de miedo cuando la figura de apego se aleja del lado del niño o niña (ansiedad de separación).
- ▶ El **sistema afiliativo** recoge el repertorio de conductas encaminadas a la búsqueda de la proximidad e interacción con personas desconocidas.
- ▶ El **sistema exploratorio**, favorecido por las nuevas posibilidades de desplazamiento autónomo, contribuye a que el niño y la niña pueda mostrar conductas encaminadas a conocer y explorar el entorno físico.

2.4. Fase IV. Fase de formación de una pareja con corrección de objetivos (de 3 a 6 años)

El niño o la niña, continúa experimentando cambios en el funcionamiento de su sistema de apego. Uno de los cambios más llamativos es la **reducción en intensidad y frecuencia de las conductas de apego**, ya que ahora puede controlar más hábilmente (mediante el lenguaje y las habilidades motoras) la localización de la figura de apego, y porque, al utilizar a la figura de apego como base de seguridad, se atreve a realizar excursiones cada vez más alejadas hacia aspectos del mundo social y físico que le quedan por explorar.

Sin embargo, en los momentos de peligro intenso (real o percibido), como es el caso de la separación de larga duración de la figura de apego (por ejemplo, la entrada a la escuela infantil, hospitalizaciones) el niño y la niña preescolar muestra de nuevo con toda intensidad esas conductas de

apego. Si estas separaciones son breves, la duración del enfado suele ser bastante menor ya que los niños y niñas preescolares parecen, al menos por un tiempo, esperar el regreso de la figura de apego. Transcurridas estas separaciones, los reencuentros también son diferentes a los niños y niñas de menor edad, puesto que suelen necesitar menos del contacto físico con la figura de apego para recuperar un estado emocional positivo y la exploración del entorno.

Este cambio en el modo de enfrentarse a las separaciones de la figura de apego, no obedece a la desvinculación con la persona cuidadora. Antes al contrario, como ya tiene capacidad para negociar los términos en los que se va a producir la separación y la reunión antes de que se produzca la partida, depende cada vez menos de la proximidad física para sentirse seguro/a y cómodo en una situación en la que su figura de apego esté ausente, sobre todo si las razones de la misma han sido aclaradas y aceptadas por ambas partes.

Tabla 23. Etapas en la formación del vínculo afectivo. Tipos y patrones.

Etapas en el proceso de embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación de la noticia. 2. Los primeros indicios de un ser separado. 3. El aprendizaje sobre el futuro bebe.
Etapas de la formación del apego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase inicial de preapego (de 0 a 2 meses). 2. Fase de formación del apego (de 2 a 6 meses). 3. Fase clara de apego (de 6 meses a 3 años). 4. Fase de socialización (de 3 a 6 años).
Tipos y patrones de apego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apego seguro. 2. Apego inseguro evitativo. 3. Apego inseguro ambivalente. 4. Apego desorganizado.

3. TIPOS Y PATRONES DE APEGO

Aunque todos los seres humanos pasan por las fases anteriormente descritas a la hora de establecer y consolidar los vínculos afectivos, no todos se vinculan de la misma forma a sus respectivas figuras de apego. Se detectan verdaderas diferencias individuales en la calidad que adopta el lazo afectivo. Estas diferencias se sitúan en torno a la capacidad desarrollada por el niño y la niña para utilizar a su figura de apego como base de seguridad, entendida como el estado de seguridad y de confianza en la disponibilidad de la figura de apego. Como muestra la **tabla 23**, se distinguen cuatro patrones o categorías de apego:

3.1. Apego seguro:

Los niños y las niñas con **apego seguro** emplean a la figura de apego como base segura de exploración y como fuente a la que acudir cuando se encuentran molestos o en situaciones de peligro. Cuando se produce la ausencia de la figura de apego, el niño y la niña la busca y se malhumora, dando respuestas de inhibición conductual o de llanto. Cuando se reúnen con la figura de apego buscan restablecer el contacto con ella, bien a través de conductas a distancia (miradas, sonrisas, gestos y vocalizaciones) bien a través de conductas más cercanas como el intento por recuperar la proximidad y el contacto físico con ella. Los niños y las niñas con seguridad recuperan rápidamente la actividad exploratoria, una vez restablecida la meta. La interacción de estos niños y niñas con personas desconocidas suele ser de recelo en los primeros minutos y después de aceptación, aunque de forma paulatina y gradual.

3.2. Apego inseguro evitativo

Los niños y niñas con **apego inseguro-evitativo** se muestran muy activos en sus interacciones y juegos con juguetes, aunque su actividad exploratoria funciona al margen de la figura de apego; no implican a la figura de apego en sus actividades. Apenas muestran enfado cuando la figura de apego se aleja de ellos o ellas, casi no experimentan ansiedad ante la separación, no tratan de recuperarla, y cuando ésta se reencuentra con la niña o niño, éstos la ignoran e incluso la evitan intensamente. Apenas dan muestras de miedo o cautela cuando se encuentran con personas desconocidas. Llegada la edad preescolar, este modo de actuar es interpretado por el adulto como maleducado y grosero, y provocando respuestas de enfado y de rabia.

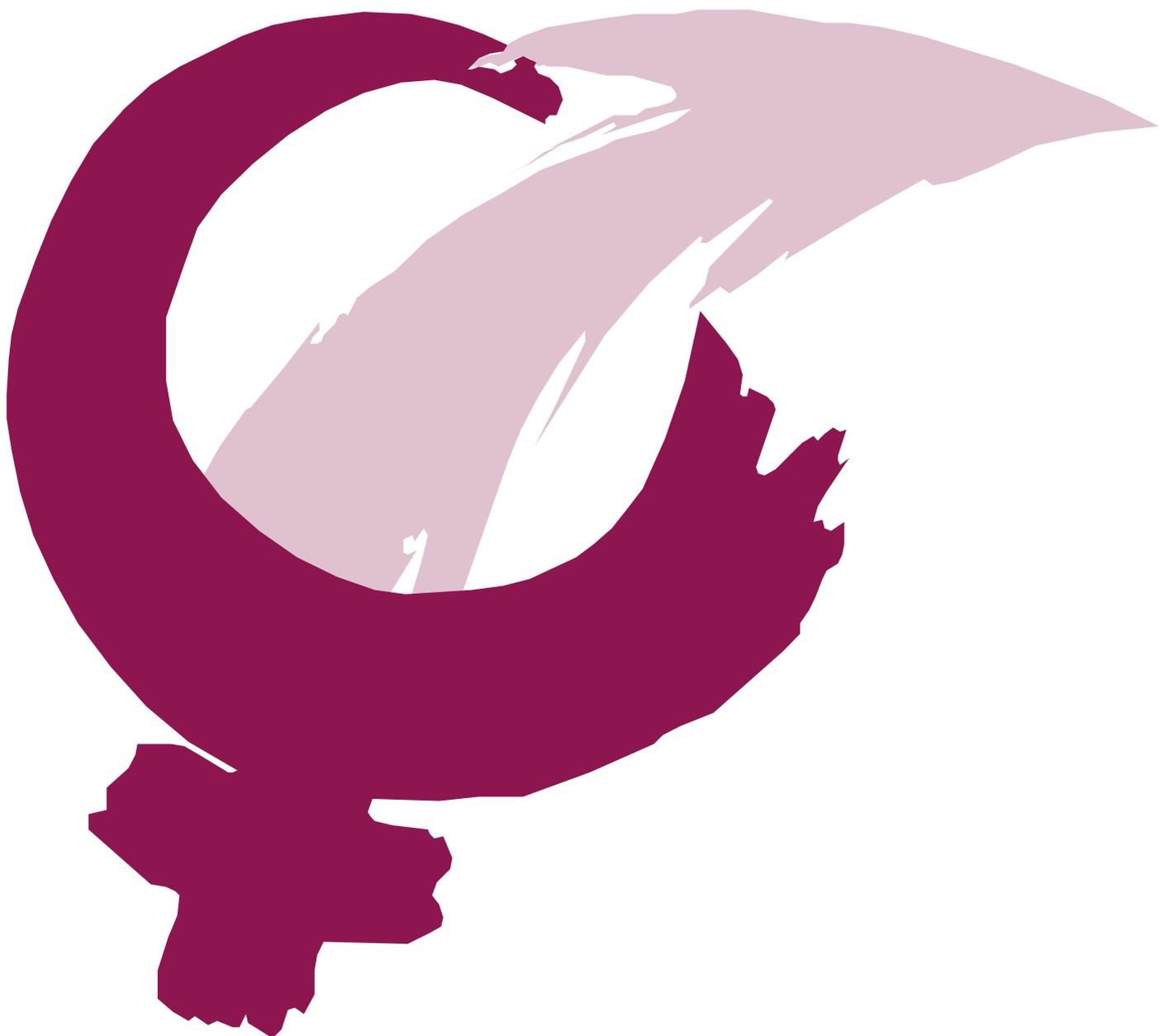
3.3. Apego inseguro ambivalente

Los niños y niñas con **apego inseguro-ambivalente**, al igual que los niños y niñas evitativos, presentan dificultades para utilizar a su figura de apego como base de seguridad. Interactúan escasamente con su figura de apego y cuando lo hacen muestran conductas contradictorias en las que se mezcla la búsqueda de la proximidad con el rechazo. Cuando se produce un proceso de separación, son niños que reaccionan con elevados niveles de angustia, lloran intensamente, aunque no realizan grandes esfuerzos por tratar de recuperar a la figura de apego. Los reencuentros con la figura de apego son bastante dramáticos, ya que se resiste al contacto ofrecido por la figura de apego, no logra tranquilizarse y difícilmente vuelve a recuperar la exploración y el juego. El niño y la niña ambivalente en edad preescolar utiliza la agresividad y la amenaza como emociones fundamentales para lograr sus objetivos, ya que parecen haber aprendido que éste es el único modo por el cual pueden conseguir la atención de los adultos.

3.4. Apego desorganizado

Los niños y niñas con **apego desorganizado** presentan patrones de conducta contradictorios (aparición repentina de conductas de apego, seguidas de evitación e inmovilidad, juego placentero seguido rápidamente de malestar y de enfado), mezclan las conductas de evitación con la búsqueda de la proximidad hacia la figura de apego, movimientos incompletos, sin objetivo, y estereotipias en presencia de la figura de apego, movimientos lentos, manifestaciones variadas de temor hacia la figura de apego o con cualquier objeto relacionado con ella, movimientos defensivos en presencia de ella, expresión facial desorientada, etc.

Los estudios realizados sobre la distribución de estos patrones de apego en poblaciones normales en distintos países del mundo indican que la mayoría de niños o niñas exhiben un patrón de apego seguro (se estima que en torno a un 60-65%), que un 20% aproximadamente tienen una vinculación insegura-evitativa y entre un 10 y 15% establecen un apego ambivalente. El apego desorganizado suele ser más frecuente en poblaciones de alto riesgo aunque también aparecen casos en poblaciones normales. Se estima que un 80% de niños y niñas que han experimentado alguna forma de **maltrato** tienen un patrón desorganizado de vinculación; también se han detectado porcentajes elevados de este tipo de apego en poblaciones compuestas por madres afectadas de depresión y alcoholismo y en familias en las que se dan graves problemas de pareja.



La lactancia

Se exponen, a continuación, las características de los diferentes tipos de lactancia: la materna, la mixta y la artificial. La adopción de una u otras dependerá de la elección de la madre y de la existencia o aparición de problemas que impidan o contraindiquen la opción elegida. Los y las profesionales de la salud han de facilitar la información y el apoyo necesarios para que la elección del tipo de lactancia sea documentada y para que, en cualquier caso, la que finalmente se desee, se realice en condiciones óptimas.

CONCEPTO

La OMS nos presenta la LM como la mejor forma de alimentar a una criatura de forma exclusiva desde su nacimiento hasta los seis meses, y hasta los dos años de edad en combinación con otros alimentos. Pero nos encontramos con un abandono del 30% ya en el primer mes, y únicamente el 10% alcanzarán el sexto mes.

El éxito de la lactancia durante los primeros días, sobretodo en primíparas está muy influenciado por la información y el apoyo.

1. MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Muchos de los consejos que aún hoy en día se transmiten popularmente, carecen de suficiente base científica o incluso son contraproducentes:

1.1. Una madre que amamanta debe ingerir gran cantidad de líquidos: No se ha demostrado que forzar la ingesta de líquidos, más allá de lo que demanda el organismo sirva para producir más leche.

1.2. Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos e hijas necesitan: Tener mucho pecho no es sinónimo de fabricar más leche. La cantidad de leche depende sobre todo de la eficacia de la succión.

1.3. Las impresiones fuertes o los sustos pueden cortar la producción de leche: Una emoción intensa o un contratiempo importante pueden inhibir transitoriamente el reflejo de eyección y afectar a la producción, haciendo que la criatura pueda estar más irritable. Se soluciona amamantando con más frecuencia y en dos o tres días se normaliza la producción de leche.

1.4. Una madre que amamanta debe comer más para producir suficiente leche: Durante el embarazo se acumulan reservas en el cuerpo de la madre en previsión de las necesidades de la lactancia. Es importante tomar una dieta sana y variada, no se debe comer en exceso.

1.5. Sentir los pechos blandos es una señal de baja producción de leche: Al principio el pecho está muy duro y doloroso debido al inicio masivo en la síntesis de casi todos los componentes de la leche y el aumento en la vascularización. En los días siguientes, al disminuir la congestión, la mama se queda más blanda, pero la cantidad de leche que se fabrica es mayor.

1.6. Una madre que fuma no debe amamantar: El riesgo de muerte súbita, que es mayor entre los hijos e hijas de madres fumadoras durante el embarazo, aumenta más si la madre no da el pecho. Aunque ninguna madre debería fumar, si para ella dejar de fumar es inalcanzable, debe dar el pecho, tratando de limitar al mínimo el número de cigarrillos y fumar al terminar la toma, lejos de su hijo o hija.

1.7. Algunos alimentos cambian el sabor de la leche (espárragos, cebollas, ajos, chocolate, etc.): El sabor de la leche puede ser modificado por algunos alimentos, pero esto no es malo para el lactante.

1.8. Si los pezones sangran no se debe dar el pecho: No está contraindicado dar de mamar pero se debe prestar atención a la curación de los pezones. La causa de las grietas suele ser una posición incorrecta.

1.9. Hay que controlar el tiempo de cada toma para prevenir el dolor de los pezones: El dolor de los pezones se debe sobre todo a una posición incorrecta, y guarda poca relación con la duración de las tomas.

1.10. La mayor parte de la leche se obtiene en los primeros cinco minutos, el resto del tiempo que la criatura está en el pecho apenas saca nada: La eficacia del vaciado depende de la correcta posición de la boca y de la potencia de la succión. Las criaturas que succionan con poco entusiasmo, necesitan más tiempo, mientras que las que lo hacen vigorosamente, vacían el pecho mucho más rápido. En todos los casos es importante que tome la leche del final, más rica en grasa.

1.11. Se deben de dar siempre los dos pechos en cada toma: Es más importante asegurar que al menos un pecho quede vacío, para así seguir estimulando el reflejo de producción de la leche.

1.12. La lactancia prolongada es la responsable de la deformación de los pechos: En el aspecto de los pechos influyen sobre todo la edad, factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. El mayor cambio se produce durante el embarazo y en los primeros días del posparto. La duración de la lactancia influye menos.

1.13. Dar de mamar impide quedar embarazada: la posibilidad de embarazo durante los primeros seis meses de lactancia es del 2%, si la madre da el pecho de forma exclusiva, con la frecuencia a demanda, sin descanso nocturno y sin presentar la menstruación.

1.14. Si no me quito la leche, da cáncer: Es falso.

2. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA MAMA

2.1. A nivel externo:

- ▶ **El pezón** facilita el acoplamiento de la boca de la criatura a la mama y es el origen del estímulo sensorial que activa las secreciones hormonales. Tiene una piel más oscura y rugosa con unos orificios donde va a desembocar los conductos galactóforos a través del cual la leche sale al exterior. Normalmente protuyen 1 cm, pero los hay planos y umbilicados.
- ▶ **La areola** es la parte oscura que rodea al pezón, tiene células sudoríparas y sebáceas, estas últimas son llamadas tubérculos de Montgomery o de Morgani, y secretan una sustancia que lubrica y protege la piel.

2.2. A nivel interno: Tejido glandular formado por los **alveólos** (donde se produce la leche) y los conductos **galactóforos** (que salen de ellos) y se ensanchan antes de llegar al pezón formando los senos, para luego volver a adelgazar llegando al exterior por los orificios del pezón. A lo largo de los conductos hay fibras musculares **mioepiteliales**, que se acortan y se estiran durante la succión, para la progresión de la leche hacia el exterior. Desde las primeras semanas de embarazo la mama se va preparando para lactar, pero la subida de la leche ocurre entre las 50-72 horas tras el nacimiento, y

en un 25% después de las 72 horas. Una lactancia precoz y con un buen vaciado favorece el éxito de la lactancia (1).

3. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

La composición de la leche humana se adapta a las necesidades de la criatura, por lo que su composición y volumen se van modificando en función de éstas (más leche y más grasa por la mañana, al igual, que a lo largo de la toma, en la parte final hay más contenido en grasas y un 50% más de proteínas, que al principio). Además, hay factores fisiológicos, psicológicos y sociales que también influyen:

- ▶ La **edad gestacional**: la leche de pretérmino dura un mes y su composición es diferente para adaptarse a la situación especial de éste.
- ▶ El **intervalo entre las tomas**: a mayor intervalo, más bajo contenido en grasa. Una criatura que succione con frecuencia y de forma vigorosa, hace que aumente la producción de leche.
- ▶ El **estrés** disminuye el flujo mamario y en consecuencia, el aporte de oxígeno, glucosa y ácidos grasos a la glándula mamaria.

Se distinguen varios tipos de leche según su composición: calostro, leche de transición y leche madura.

3.1. Calostro: Se produce ya en el último trimestre de embarazo en pequeñas cantidades y aumenta tras el parto hasta el cuarto día. Es un fluido amarillo, espeso y de escaso volumen. Contiene más minerales y proteínas, pero menos lactosa y grasa que la leche. También aporta:

- ▶ Vitaminas liposolubles (A, D, K, E).
- ▶ Anticuerpos maternos que protegen de infecciones.
- ▶ Enzimas intestinales que ayudan en la digestión.
- ▶ Factores de crecimiento que estimulan la maduración del aparato digestivo y de los sistemas defensivos.
- ▶ Facilita la colonización del tracto intestinal de lactobacilos bífidus.
- ▶ La expulsión del meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.

3.2. Leche de transición: Es la conversión del calostro en leche madura a lo largo de las siguientes cuatro semanas por el aumento en el volumen de la secreción mamaria y la concentración de lactosa, aportando más calorías y nutrientes que la primera. Es rica en grasa y vitaminas y varía día a día hasta llegar a la leche madura.

3.3. Leche madura: Desde el primer mes hasta el destete. En los gemelos el volumen será suficiente para ambos. Su composición es única para la especie humana:

- ▶ Componentes nutritivos: agua 88%, proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas y minerales.
- ▶ Componentes no nutritivos: enzimas, hormonas, factores de crecimiento, sustancias inmunológicas, nucleótidos.

4. VENTAJAS, BENEFICIOS

Las ventajas para la madre y la criatura se exponen en las tablas 24 y 25.

Tabla 24. Ventajas de la lactancia materna para la madre.

Salud física	Salud emocional	A nivel socioeconómico
<ul style="list-style-type: none"> • El útero de la mujer, vuelve más rápido a su tamaño normal, por aumento de las contracciones uterinas. • Se recupera antes el peso habitual. • Amenorrea prolongada, ello hace ahorrar hierro y puede espaciar los embarazos. • Ayuda a prevenir el cáncer de mama premenopáusico y el cáncer de ovario. • Disminuye el riesgo de padecer fracturas espinales y de cadera posmenopáusicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor apego madre y criatura. • Mejor comunicación. • Vivencia única y especial. • Menos depresión posparto o aparición más tardía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supone ahorro de dinero. • Ahorro de tiempo. • Siempre disponible.

Tabla 25. Ventajas de la lactancia materna para la criatura.

- Está siempre disponible y a la temperatura adecuada.
- Su composición es excelente para su desarrollo y bacteriológicamente segura.
- Menos riesgo de infecciones, porque proporciona gran inmunidad.
- Muy digestiva, disminuye el reflujo gastroesofágico.
- Ayuda a eliminar el meconio y favorece la maduración intestinal.
- Protege de la caries, favoreciendo además el desarrollo mandibular.
- Mayor desarrollo intelectual.
- Disminución de muerte súbita.
- Mejor vínculo afectivo con la madre.
- La lactancia prolongada disminuye: alergias (1,4), diabetes (1), enfermedad inflamatoria intestinal (1,5), esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad (1,6), leucemia infantil y linfoma (1,7), hipertensión e hipercolesterolemia (1,8).

5. CONDUCTA PARA LA LACTANCIA MATERNA

5.1. Contacto precoz: El recién nacido permanece en alerta tranquila durante las dos horas siguientes al nacimiento, si se le deja en decúbito sobre su madre, en contacto piel con piel, inicia una succión espontánea y correcta. Este proceso tiene muchos beneficios, entre ellos:

- ▶ La recuperación de la glucemia y del equilibrio ácido-base de la criatura.
- ▶ El mantenimiento de su temperatura.
- ▶ Lloran significativamente menos.
- ▶ Mayor duración de la lactancia materna.

5.2. Características de las tomas:

- ▶ **Frecuencia:** Se debe recomendar horario a **demanda** desde el inicio. A partir de las primeras 24 horas la criatura debe hacer de 8 a 10 tomas al día. A medida que pasan los días, aumenta la sensación de hambre de la criatura y consecuentemente la producción de leche materna, favoreciendo la saciedad y así se irán espaciando las tomas.

- ▶ **Duración:** No debe limitarse la duración de las tomas. En general, se recomienda que duren más de diez minutos, hasta que el niño o niña suelte espontáneamente el pecho, con signos de saciedad, que se manifiestan por puños abiertos, somnolencia, calma y desinterés por el pecho después de una toma efectiva. Si desea continuar, se le puede ofrecer el otro pecho. Si hubiera mamado poco tiempo de un pecho es conveniente ofrecer el mismo pecho en la siguiente toma.

5.3. Técnica de amamantamiento: El éxito de la lactancia depende mucho de que la técnica de amamantamiento sea correcta. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas, maceración del pezón y la mandíbula y la lengua de la criatura pueden ser incapaces de extraer leche de forma efectiva.

- ▶ **Lugar:** Se debe dar el pecho en un lugar tranquilo sin mucho ruido, conviene que la madre esté en una postura confortable ya que pasará muchas horas al día amamantando a su bebé. Hay que poner el niño o la niña al pecho cuando esté tranquilo y no esperar a que esté llorando de hambre.
- ▶ **Posición:** Independientemente de la forma y el tamaño de la mama y el pezón, lo realmente importante es que se produzca el acoplamiento correcto con la boca del niño para que la succión sea efectiva. Es importante que:
 - La criatura tome el pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superior e inferior estén evertidos alrededor de la areola, permitiendo que introduzca el pezón y gran parte de la areola dentro de su boca.
 - La madre no debe colocar los dedos en forma de tijera ya que dificultan la extracción de leche, e incluso impiden que la criatura introduzca el pecho en su boca.
 - La estimulación adecuada de la areola y el pezón desencadena el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche.
 - Los niños y las niñas cuando terminan la toma se sueltan espontáneamente del pecho, pero si no es así, no se debe retirar bruscamente ya que se puede dañar el pezón, hay que romper antes el vacío de la succión introduciendo entre la comisura de la boca y el pezón el dedo meñique.
 - La madre puede dar el pecho tumbada o sentada, algunas posturas maternas están especialmente recomendadas según las diferentes circunstancias. Por ejemplo, la postura tumbada puede ser especialmente útil por la noche, o si la madre no puede moverse tras una cesárea, etc.

6. ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA (VER TABLA 11)

La succión del bebé es el principal regulador del volumen de la leche materna y no depende de la ingesta alimentaria. La cantidad de líquidos ingeridos por la madre no influye en el volumen de la leche. Aunque las mujeres suelen sentir más sed (sobre todo cuando se produce el reflejo de eyección), si se fuerza la ingesta de líquidos más allá del necesario el resultado puede ser disminuir el volumen lácteo.



Figura 5. Es importante que la criatura tome el pecho de frente, sin torcer la cara.

La alimentación ha de ser completa y variada para afrontar el coste energético necesario para la producción de la leche materna (500 calorías extras) y aumentar de 4 a 6 las raciones de lácteos.

Los hábitos maternos que se deben evitar o reducir son: el consumo de alcohol, tabaco, cafeína, té, mate y chocolate.

7. COMPLICACIONES

Muchas mujeres que se han planteado realizar una lactancia prolongada con sus hijos e hijas, terminan destetando precozmente debido a los problemas iniciales con los que se encuentran y para los cuales no se les ofrece ayuda útil. Entre los problemas más frecuentes nos encontramos con:

7.1. Pezones planos e invertidos: Los **planos** son aquellos que no sobresalen y los **invertidos** son los que se hunden hacia dentro. En ninguno de estos casos está contraindicada la lactancia natural ya que es la succión de la areola por parte de la lengua del lactante lo que hace extraer la leche. Estas mujeres al inicio de la lactancia necesitarán más ayuda por parte de los y las profesionales sanitarios.

7.2. Pezones doloridos y grietas: Es la consecuencia de una mala posición de la criatura al pecho materno.

- ▶ Asegurar una buena posición y sellado del niño o niña al pecho.
- ▶ Desaconsejar el lavado del pezón en cada toma.
- ▶ Secar los pezones al aire para evitar la humedad y la maceración de la zona de succión.
- ▶ Cambiar con frecuencia los discos protectores para evitar la humedad del pezón.
- ▶ Comenzar siempre por el pecho menos afectado.
- ▶ Amamantar frecuentemente para evitar la ingurgitación y la dificultad en el agarre.
- ▶ Alternar diferentes tipos de posturas del bebé al pecho.
- ▶ Si el dolor es muy intenso, se puede extraer la leche materna hasta que cicatrice la grieta.
- ▶ Las pezoneras de silicona delgada suelen ser ineficaces, ya que aumentan el dolor por rozamiento, pero no es descartable su utilidad en situaciones concretas.

7.3. Ingurgitación Mamaria: Retención de leche que se prolonga durante varios días y se manifiesta como dolor y edema.

- ▶ Aplicar calor local antes de las tomas mediante compresas tibias o sumergiendo el pecho en agua tibia (en la bañera o bajo la ducha).
- ▶ Realizar un masaje suave y circular desde la periferia hacia la areola con la punta de los dedos en todos los cuadrantes de la mama.
- ▶ Antes de poner la criatura al pecho, extraer un poco de leche de forma manual o ayudándose del sacaleches. De este modo se disminuirá la tensión de la areola, ablandándose y facilitando el agarre.
- ▶ Comprobar que la posición de la criatura sea correcta.
- ▶ Para vaciar bien el pecho se debe aumentar la frecuencia de las tomas y, si es necesario, completar el vaciado mediante extracción manual o con sacaleches.
- ▶ La aplicación de frío local entre las tomas, por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio, reduce la ingurgitación y alivia el dolor.
- ▶ Se recomendará a la madre que utilice las 24 horas del día un sujetador de lactancia y que tome analgésicos si lo precisa.

7.4. Mastitis: Se diferencia de la ingurgitación en que la afectación generalmente es unilateral, y los síntomas como el dolor y los signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción e induración) son más intensos, están localizados en una zona de la mama y se puede acompañar de fiebre y malestar general.

► **Prevención:**

- Vaciamiento correcto de la mama para evitar la retención de leche.
- No usar ropas que compriman el pecho.
- Corregir la postura de amamantamiento.

► **Tratamiento:**

- No está indicado suspender la lactancia materna.
- Se seguirán los consejos de la ingurgitación para vaciar el pecho y reducir el dolor.
- Si con las medidas anteriores no se produce una mejoría, se administrarán antibióticos durante 10-14 días para evitar recidivas.

7.5. Hipogalactia: Escasa producción de leche. Los criterios aceptables para decidir si existe, verdaderamente, son:

- Falta de percepción, por la madre, de la subida de la leche en el puerperio inmediato.
 - La criatura no recupera su peso de nacimiento a los 10 días, pierde más del 7% del peso o aumenta menos de 20 gramos diarios en las primeras seis semanas.
 - El bebé moja menos de 4 pañales diarios.
 - Heces escasas, oscuras o verdosas.
- Identificado el problema y confirmado el deseo de la madre de amamantar, hay que garantizar la adecuada ingesta al lactante y producción láctea de la madre. Es conveniente aclarar a la madre el concepto de lactancia a demanda, ayudarle a reconocer los signos precoces de hambre y los signos fiables de ingesta adecuada de leche. Es oportuno aconsejar a la madre que descansa mientras lo hace su hijo o hija, y solicite la colaboración de su pareja o ayuda de familiares cercanos para las actividades cotidianas.

8. CONTRAINDICACIONES

En la mayoría de los casos, salvo que libremente decida no hacerlo, la mujer puede amamantar a su criatura aunque existen algunas razones que contraindican el amamantamiento:

8.1. Verdaderas contraindicaciones de la lactancia materna:

- En madres con el virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H).
- En mujeres con infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV1).
- Niños y niñas con galactosemia.
- Fármacos contraindicados en la lactancia, quimioterapia y radiaciones, la bromocriptina, cabergolina, lisurita, ergotamina, yoduros, incluso tópicos, anticoagulantes como la fenindiona.
- Madres consumidoras de heroína, cocaína, anfetaminas, LSD, marihuana, alcohol en exceso.

8.2. Otras circunstancias en las que habría que hacer una valoración individualizada.

La madre tuviese una enfermedad infecciosa: hepatitis C, citomegalovirus, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas graves, brucelosis, enfermedad de Lyme, enfermedad de Chagas, tuberculosis activa, varicela, sarampión.

- ▶ En enfermedad no infecciosa materna: miastenia grave, cáncer de mama, enfermedad crónica (fibrosis quística, cardiopatías, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, conectivopatías, epilepsia y depresión.
- ▶ Enfermedad del lactante: Fenilcetonuria, enfermedad de la orina de jarabe de arce.

9. EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

La extracción de la leche materna puede ser necesaria en múltiples ocasiones a lo largo de la lactancia de la criatura. Es una técnica para vaciar el pecho que imita la succión de la criatura y exige entrenamiento y paciencia.

- ▶ Tanto si se va a extraer de forma manual o con extractor es necesario preparar primero el pecho para facilitar la salida de la leche. La aplicación de calor seco o húmedo favorece el flujo de la leche, y la estimulación del pezón con suaves movimientos rotatorios provoca la secreción de oxitocina, estimulando el reflejo de eyección de la leche.

9.1. Tipos de extracción:

- ▶ **Manual:** Es la técnica más usada ya que no necesita aparatos ni electricidad. Es necesario su aprendizaje y es más laboriosa pero a muchas madres les resulta más agradable y natural. La leche debe exprimirse sobre cualquier recipiente limpio, preferiblemente estéril, y de boca ancha. La técnica de **Marmet** es una de las más utilizadas:
 - Se coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra C a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir con el final de la areola). Debe evitarse que el pecho descansa sobre la mano.
 - Se empuja con los dedos hacia detrás (hacia las costillas) sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.
 - Se ruedan los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, exprimiendo suavemente (rodar no deslizar).
 - Estos movimientos se repiten rítmicamente para vaciar los depósitos, rotando la posición de los dedos alrededor del pecho.
 - Se repite todo el proceso en ambos pechos varias veces. Aproximadamente debe durar entre 20 y 30 minutos; masajear y frotar, extraer la leche de cada pecho de 5 a 7 minutos e ir repitiendo la operación hasta que el volumen de la leche sea escaso.
- ▶ **Mecánica:** Se puede utilizar cuando la madre encuentra la extracción manual lenta y costosa. Es importante que el diseño de la copa del sacaleches sea el adecuado para que se comprima la areola al realizar el vacío. Hay dos tipos de extractores:
 - Los mecánicos o manuales: se accionan a mano, son más baratos pero hacen la extracción más lenta.
 - Los eléctricos: en general son más rápidos y no necesitan una participación tan activa de la madre.

9.2. Conservación: Una vez extraída la leche puede mantenerse a temperatura ambiente, en el frigorífico o en el congelador lo que determinará el tiempo de almacenamiento (**tabla 26**).

- ▶ No se debe almacenar la leche en la puerta del frigorífico, ya que la temperatura es menos estable. La leche que ha estado en la nevera hasta dos días puede después congelarse. Si ha estado más de dos días pero menos de cinco puede dársela a la criatura pero no congelarla.
- ▶ La congelación, en recipientes de plástico duro o en bolsas especiales para este uso, precisa del etiquetando de cada envase con la hora y la fecha de recogida y además es conveniente

llenar cada recipiente con 60 o 120 ml de leche y dejar espacio si se va a congelar. Si se almacena la leche en bolsas, estas deben guardarse en un recipiente de plástico duro para protegerlas de pinchazos y de los olores del congelador.

Tabla 26. Tiempo de conservación de los distintos tipos de leche materna.

Calostro	Leche madura sin congelar	Leche madura congelada
<ul style="list-style-type: none"> • 12 a 24 horas, a 27-32°C. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 a 8 horas, a 25° C. • 10 horas a 19-22° C. • 24 horas, a 15° C. • 5 a 8 días, a 0-4°C. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 semanas, en congelador dentro de la misma nevera. • 3 a 4 meses (según la frecuencia con que se abra) en congelador que es parte de la nevera pero con la puerta separada. • 6 meses, en congelador separado "Combi" a -19° C.

9.3. Cómo descongelar y calentar la leche materna:

- ▶ Descongelar:
 - Durante la noche: sacar la leche del congelador y dejarla en la nevera. Esta leche puede usarse en las 24 horas siguientes, lo que sobre se deshecha.
 - Inmediatamente: puede hacerse bajo el chorro de agua caliente o dejando unos minutos dentro de otro recipiente con agua caliente.
- ▶ Calentar:
 - Al baño María No se debe hervir ni poner en el microondas para evitar que la desnaturación de algunas vitaminas y proteínas.

10. EL PROCESO DEL DESTETE

El destete es el proceso de suprimir la lactancia materna y la dependencia de la criatura del pecho de la madre. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, por lo tanto no debería iniciarse el destete antes de este tiempo salvo por otras causas médicas, laborales o personales.

Este cambio supone un complejo proceso que precisa de ajustes nutricionales, inmunológicos y psicológicos para ambos.

11. LOS GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA

La O.M.S. en su "decálogo hacia una feliz lactancia natural" recomienda el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia:

"Los grupos de apoyo a la lactancia materna constituyen pilares fundamentales donde las madres aprenden, comparten experiencias, aclaran dudas y resuelven dificultades entorno a su lactancia".

- ▶ **Objetivos:**
 - Aumentar los conocimientos de embarazadas y madres sobre lactancia materna.
 - Aumentar sus conocimientos sobre el bebé.
 - Ayudar a superar dificultades a través de talleres.
 - Trabajar el aumento de la AUTOESTIMA materna.
- ▶ **Medios:**
 - Charlas-coloquios: impartidas por profesionales.

- Dinámicas de grupo madre-madre.
- Talleres prácticos de lactancia.
- Visitas domiciliarias y asistencia telefónica.

12. LOS BANCOS DE LECHE MATERNA

La lactancia natural es el mejor alimento para cualquier criatura, especialmente si está enferma o es prematura. Después de la leche de su propia madre, la leche humana donada es la mejor opción para esos bebés porque se asimila mejor que la fórmula artificial, les protege de infecciones y mejora sus posibilidades de recuperación, supervivencia y desarrollo (Organización Mundial de la Salud y UNICEF).

Un banco de leche humana son dispositivos sanitarios que se establecen para la obtención de leche humana mediante su recolección, procesamiento, almacenamiento y dispensación con todas las garantías sanitarias a las criaturas que necesiten este producto biológico. Las donantes son mujeres que estén lactando durante los 6 primeros meses de vida de su hijo/a y que estén dispuestas a la extracción de su leche para donarla y gocen de buena salud.

No podrá ser donante la mujer que:

- Consume drogas ilegales, o tabaco, alcohol, cafeína u otros tóxicos en exceso.
- Tiene infecciones como VIH (virus del SIDA), hepatitis o sífilis, o padece ciertas enfermedades.
- Toma medicamentos o hierbas que puedan perjudicar a otro niño que no sea el suyo propio.

Los/as receptores de las donaciones varían según los criterios que se apliquen en cada banco. En general los receptores son niños/as prematuros/as, niños/as sometidos a intervenciones quirúrgicas cuando su madre no se la puede facilitar, niños/as alérgicos/as o con intolerancia a la leche artificial, malabsorción, deficiencias inmunológicas, enfermedades infecciosas crónicas, enfermedades metabólicas, anomalías congénitas o cualquier niño/a amamantado que por cualquier otro motivo su madre no puede facilitársela.

LACTANCIA MIXTA

1. DEFINICIÓN

La lactancia mixta consiste en la alimentación del lactante con leche de la madre a la que se asocia una leche artificial.

2. CASOS EN LOS QUE PUEDE TENER UTILIDAD LA LACTANCIA MIXTA

2.1. Déficit de producción de leche: Los signos que lo indican pueden ser: no ganancia de peso, no aumento de la talla, deposiciones escasas...

2.2. **Prematuridad:** Necesita lactancia mixta según el grado de inmadurez.

2.3. **Ingreso hospitalario:** Durante la estancia en el hospital, para no perder totalmente la lactancia materna.

2.4. **Problema psicosocial:** Que impida dar la cantidad de leche materna suficiente (depresión posparto, reincorporación laboral).

3. MÉTODOS

3.1. Coincidente: Consiste en que en cada toma, el niño o la niña recibe primero leche materna y a continuación, el biberón. A veces, se utilizará en todas las tomas; otras, solamente en las tomas en que se presume que la madre va a tener menor cantidad (habitualmente por las tardes).

3.2. Alternante: Consiste en alternar tomas exclusivamente de leche materna y otras de leche artificial, por lo que está indicada cuando la madre no puede dar el pecho en algunas horas del día. Es importante mantener el vaciamiento completo del pecho para que se pueda continuar con la lactancia.

LACTANCIA ARTIFICIAL

La alimentación artificial a través de las fórmulas adaptadas, constituye en nuestro medio la única alternativa adecuada para la nutrición del niño y de la niña cuando la madre decide no amamantar o cuando, habiendo decidido lo contrario, la lactancia materna no es posible. Existen varios tipos de fórmulas adaptadas a utilizar según determinadas condiciones de la criatura (edad, situaciones especiales, etc.) y en cualquier caso deben ser indicadas por el/la pediatra.

Cuando se opta por la lactancia artificial puede ser necesaria la administración de inhibidores de la secreción láctea a la madre, el vendaje o utilización de un sujetador apretado además de evitar la succión de la criatura.

Nunca se debe de culpabilizar o juzgar a una madre por no poder o no querer amamantar a su hijo o hija. La decisión es de ella y los y las profesionales de la salud deben respetarla. Las motivaciones para no hacerlo las conoce ella y puede no querer expresarlas, o puede ocurrir que ni siquiera tenga conciencia de ellas.

1. MITOS SOBRE LA LACTANCIA ARTIFICIAL

1.1. Una madre que decide no amamantar no es una buena madre". En algunas ocasiones éste parece ser uno de los mensajes utilizados desde distintos ámbitos para fomentar la lactancia materna cuando en realidad no deja de ser un juicio de valor de quien lo emite. Los y las profesionales de la salud deben respetar en cualquier caso la decisión de optar por la lactancia artificial, o la necesidad de adoptarla como única posibilidad, y ofrecer disponibilidad para facilitar a la madre la información y el apoyo que ésta necesite para realizarla.

1.2. "Alimentar un hijo/hija con biberón va en contra del instinto maternal". La actitud con la que se alimenta al hijo/hija es la que permite que no sólo sus necesidades fisiológicas sino también sus necesidades afectivas estén cubiertas y su desarrollo sea óptimo.

1.3. "El biberón ayuda a controlar la cantidad de alimento que ingiere la criatura". Cuando éste es el motivo por el que se plantea suspender la lactancia materna, se debe tener en cuenta que en la lactancia materna es la criatura el que produce la cantidad de la leche que necesita con lo que no es relevante conocer qué cantidad toma.

1.4. "La lactancia artificial proporciona mayor libertad e independencia a la madre para seguir con su vida". Cuando éste es el argumento para optar por la lactancia artificial, se debe tener en cuenta la existencia de otras fórmulas, como la lactancia mixta, que podrían proporcionar a la madre mayor desenvolvimiento e independencia para realizar tareas o actividades que de otra forma no podría.

2. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DE LA LECHE ARTIFICIAL

Las normas europeas aconsejadas por la ESPGAN (Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica) establecen los límites en la composición y características de las fórmulas adaptadas.

Existen varios tipos de fórmulas adaptadas:

- ▶ Fórmulas de inicio, que cubren las necesidades nutritivas del lactante durante los 4-6 primeros meses de vida.
- ▶ Fórmulas de continuación, más ricas en calorías, gracias a un mayor contenido de proteínas y grasas, además suplementadas con hierro. Se pueden utilizar a partir del 4º-6º mes de vida.
- ▶ Fórmulas especiales, modificadas para situaciones específicas (sin lactosa, con proteína de soja, hidrolizado de caseína, semielemental, sin fenilalanina, etc).

3. PREPARACIÓN DEL BIBERÓN (REFERENCIA PROGRAMA SALUD INFANTIL)

Es imprescindible el lavado de manos antes de empezar a preparar los biberones. En España, con las condiciones sanitarias actuales, no es necesario hervir los biberones ni las tetinas, es suficiente el lavado con agua y jabón y un cepillo adecuado.

Se reconstituirá según las indicaciones del fabricante, habitualmente una medida rasa (5 gr.) por cada 30 ml. de agua, utilizando el dosificador que viene con cada preparado (primero se pone el agua y después se añade las medidas de leche). El volumen de cada toma y su distribución horaria será recomendado por el o la profesional que atiende a la criatura. Utilizaremos agua mineral embotellada sin gas hipomineralizada (menos de 25 mg/L sodio y < 0,3 mg/L fluor BB). No es necesario hervirla, siempre que tengamos las garantías suficientes de higiene, ya que por definición no tiene virus, ni bacterias ni protozoos. No se aconseja usar agua de garrafa ya que tiene mayor riesgo de contaminación.

Cuando no se utiliza agua embotellada, se aconseja hervir el agua durante un minuto (desde que empiece a hervir la superficie). La ebullición durante un minuto asegura la inactivación de protozoos, bacterias y virus. La recomendación de hervir el agua durante 10 minutos, no es adecuada ya que aumenta la concentración de sodio 2,5 veces, y además la ebullición a cielo abierto multiplica la concentración de nitratos por 2,4 con el consiguiente peligro de metahemoglobinemia.

El método ideal para calentar el biberón es al “baño María” es decir, sumergiéndolo, en parte, en agua caliente para que poco a poco se vaya calentando el contenido del biberón. No se recomienda usar los hornos microondas porque producen un calentamiento irregular, y la criatura se puede quemar porque en ciertas zonas la leche puede estar muy caliente.

La toma del biberón debe realizarse en un ambiente tranquilo, es necesario que la criatura esté despierta e incorporada, nunca acostada. Existen estudios que demuestran que tomar el biberón en posición de decúbito favorece la aparición de otitis.

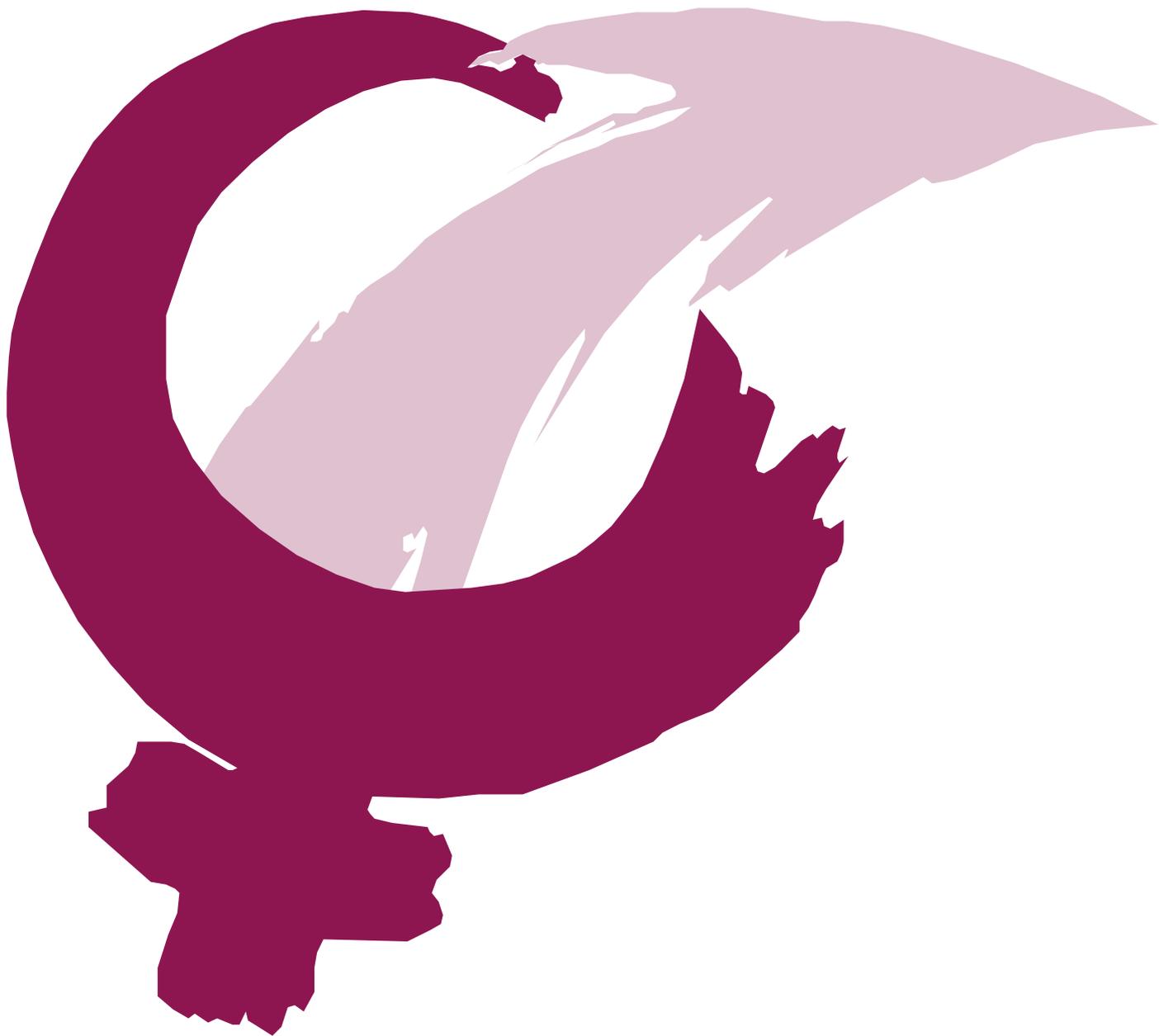
3.1. Ventajas, beneficios

- ▶ Permite mayor independencia de la madre ya que es posible proporcionar una alimentación adecuada al bebé en situaciones en las que es imposible otro tipo de lactancia (actividad laboral que no permite adaptaciones a la nueva situación, enfermedad o ingreso hospitalario de la madre u otras razones relacionadas con necesidades propias de la madre).

- ▶ Posibilita que el padre y otros miembros de la familia se involucren en la alimentación del bebé.
- ▶ Es la alternativa a otros tipos de lactancia cuando existen condiciones en la madre (ser portadora del VIH, tomar determinados fármacos, consumir tóxicos, etc.) que contraindican otras formas.
- ▶ Es la alternativa a otros tipos de lactancia cuando existen condiciones en el bebé (galactosemia u otras enfermedades...) que contraindican otras formas.

3.2. Conducta para la lactancia artificial en relación con el vínculo

- ▶ El biberón se debe dar en un lugar tranquilo y confortable.
- ▶ En las etapas iniciales se ha de procurar que sea la madre quien lo dé. La criatura la conoce, reconoce su olor, su respiración, su voz, su ritmo, lo que le hace sentir seguridad.
- ▶ Es recomendable que se le de el biberón manteniendo el contacto piel a piel. La criatura siente el roce de su piel, su tacto. Se sabe que el sentido del tacto es el más desarrollado, explora el mundo a través de él. Esto le proporciona el primer contacto con su figura de apego.
- ▶ La cantidad de leche, la frecuencia de las tomas y la duración de las mismas dependerá de lo que en cada caso indique el profesional que realiza el seguimiento del niño y de la niña.



La criatura

CARACTERÍSTICAS DE LA CRIATURA NORMAL

El aspecto de la criatura tiene variaciones normales transitorias, resultado de los ajustes físicos del parto. Las características de un RN normal son:

1. **Peso:** Se considera normal al nacer entre 2.500 y 4.000 gramos Después el RN pierde un 10% (pérdida fisiológica) que se recupera entre el 5º y el 10º día.
2. **Talla:** Se considera normal al nacer entre 48-52 cm.
3. **Caput succedaneum:** Protuberancia edematosa del tejido blando del cuero cabelludo, causado por presión prolongada durante el parto, desaparece en unos días.
4. **Fontanelas:** Espacios romboideos de tejido membranoso en el cuero cabelludo, palpables dos, la anterior (2.5 – 4 cm) y la posterior (0.5 – 1cm).
5. **Genitales hinchados y/o secreción:** Dependiendo de la edad gestacional:
 - ▶ Niñas:
 - Prematuras: labios menores y clítoris muy protuberantes y labios mayores pequeños.
 - A término: pseudomenstruación, pequeño sangrado vaginal en los primeros días, por las hormonas maternas, que desaparece solo.
 - ▶ Niños: pueden tener hidrocele.
 - A término: escroto rugoso y los testículos pueden estar o no descendidos.
 - Prematuros: escroto liso y plano y los testículos no descienden.
6. **Intumescencia mamaria:** Tumefacción de mamas que puede ir acompañado de una secreción lechosa, debida al paso de hormonas de la madre al RN. Desaparece sola.
7. **Lanugo:** Vello fino localizado sobre todo en hombros y espalda e incluso en la cara, desaparece en las primeras semanas.
8. **Vernix caseoso:** Sustancia oleosa de color blanquecina que recubre la piel del R.N. Sirve para proteger la piel del líquido amniótico. Contiene células de descamación y grasa secretada por las glándulas sebáceas de la criatura, a medida que este se acerca a término su cantidad disminuye. Normalmente la piel lo absorbe.
9. **Ictericia fisiológica:** Tinción amarilla de la piel por aumento de la bilirrubina que aparece entre el 2º y el 7º día de vida. Consultar si aparece en el primer día, el color es muy intenso/verdoso o dure más de 10 días.
10. **Millium facial:** Pequeños puntos blanquecinos en la cara (nariz, mentón, mejillas...) por la retención de grasa en las glándulas sebáceas. Desaparece en unas semanas.
11. **Cutis marmorata:** Moteado violáceo transitorio, cuando el RN se expone a bajas temperaturas.
12. **Marcas de la cigüeña:** Manchas rosadas o rojas en párpados, raíz nasal, labio superior o parte posterior del cuello por la concentración de vasos sanguíneos inmaduros. La mayoría desaparece.
13. **Mancha mongólica:** Mancha de color azul que se localiza en zona lumbosacra por la concentración de células pigmentarias. Desaparece en los primeros años de vida.
14. **Acné neonatal:** En mejillas y frente por hormonas maternas. Desaparece en unos meses.
15. **Orina:** La primera micción aparece normalmente en la sala de partos. La mayoría de los niños y niñas orinan antes de las 24 horas, pero puede ser normal hasta las 48 horas. En caso de no ser así, habría que descartar patologías. Orinan a chorro, si es gota a gota consultar.
16. **Deposiciones:** La primera deposición se llama meconio, es de color negro brillante y viscosa. Se produce en las primeras 24 horas, en caso contrario habría que pensar en un oclusión intestinal. El número de deposiciones es variable desde 1 diaria a 1 tras cada toma, sobre todo si es alimentado a pecho, siendo líquidas y de color amarillo. También pueden pasar 2-3 días sin emisión; si la criatura está bien, come tranquilo y no vomita no hay motivo de preocupación.

CUIDADOS DE LA CRIATURA

1. ROPA

Debe estar confeccionada con fibras naturales transpirables, de fácil colocación y suficientemente holgada para permitir el movimiento libremente. Se evitarán lazos, cordones y prendas ajustadas con hebillas. En caso de eritema del pañal aconsejar los de algodón. El tipo de ropa y la cantidad dependerán de la temperatura ambiental (no arroparles excesivamente).

Toda la ropa de la criatura debe lavarse separada del resto de la familia con productos específicos, evitando lejía, blanqueadores, suavizantes y aclararse con abundante agua. Se aconsejará colocarlas de forma cómoda para ser utilizadas, a la altura de los brazos para evitar molestias en la espalda.

2. HABITACIÓN-CUNA

La criatura debe dormir en su cuna, en un lugar tranquilo con temperatura en torno a los 20° C de paredes con color suave, luz natural y aireada diariamente. Se aconsejará no fumar dentro de la habitación, que no haya animales o muchas personas.

La cuna ha de ser amplia, de fácil manejo, con buena visibilidad y segura. Se aconseja que la separación entre los barrotes sea inferior a 9 cm, pintura no tóxica y poner protectores alrededor. El colchón ha de ser duro y estar a una altura adecuada. De la cuna pueden colgar objetos móviles de colores vivos que estimulen los sentidos, pero que tengan garantía de seguridad. La ropa de la cuna debe abrigo, sin pesar.

3. BAÑO-CUIDADO DEL CORDÓN

El baño debe ser diario, más o menos a la misma hora para crear una rutina y si es posible, antes de la penúltima toma, procurando que la criatura no esté muy hambrienta e irritada. No sólo satisface la necesidad de higiene, sino que también contribuye a mejorar su bienestar, el reposo y el sueño. Es un momento para estrechar lazos afectivos, se le puede acariciar, hablar, dar masajes... y para objetivar su piel, sus reflejos, sus movimientos o cualquier anomalía que pueda existir.

3.1. Antes del baño: Hay que preparar lo que se necesitará:

- ▶ Habitación con temperatura de 22-23° C., sin corrientes de aire y con luz tenue.
- ▶ Bañera a una altura cómoda, con agua templada a 36-38°C hasta una altura de 10 - 15 cm.
- ▶ Jabón neutro o ligeramente ácido, esponja natural, aceite corporal o crema hidratante, gasas estériles, alcohol de 70°, toallas, pañal, ropa, suero fisiológico, tijeras de punta roma, termómetro, peine... Evitar polvos de talco (la criatura puede aspirarlos y provocar neumonitis) y evitar fajas.

3.2. Durante el baño: Una vez que hemos considerado lo anterior, se inicia el baño:

- ▶ No durará más de cinco minutos, los primeros días, para evitar hipotermias.
- ▶ Se coloca la criatura sentada dentro de la bañera, sujetándola firmemente con la mano y antebrazo izquierdo (los zurdos al revés) pasándola por detrás del niño o niña.
- ▶ Se comienza con la cara, se sigue por todo el cuerpo (también cordón) y lo último los genitales. Estos se limpian de delante hacia tras si fuese una niña, en los niños se limpian sin retirar la piel que cubre el glande pues podrían aparecer fisuras dolorosas. Se prestará especial cuidado en los pliegues.

- ▶ Se evitará que trague agua (1).
- ▶ Tras el baño, se le secará inmediata y concienzudamente con una toalla cálida.

3.3. Después del baño

- ▶ **Cuidado de la piel:** La primera semana suele descamarse con facilidad.
 - Aplicar una crema hidratante, vaselina líquida o aceite, por todo el cuerpo, en caso de una piel muy seca dos o tres veces al día.
 - Se aprovechará para darle masajes y tener un contacto íntimo y placentero.
 - En la zona del pañal se puede poner una crema protectora. Si presenta eritema muy intenso o una dermatitis irritante deberá tratarse con una crema específica, cambio frecuente de pañal y aconsejar los de algodón.
 - En caso de costra láctea que se manifiesta como escamas gruesas espesas y amarillas, cuya causa es una hiperactividad de las glándulas sebáceas, aparte de un buen secado del cuero cabelludo, se debe aplicar aceite vegetal a la vez que se va realizando un masaje circular, luego se deja una hora, se puede peinar con un peine de cerda blanda. Si no desaparece en dos semanas acudir al pediatra.
- ▶ **Limpieza de ojos:** Si hubiese secreción, limpiarla con suero fisiológico y gasas estériles, siempre debe hacerse del canto interno al externo y con una gasa para cada ojo.
- ▶ **Orejas:** Pueden limpiarse con bastoncitos aunque sin introducirlo en el oído por el riesgo de perforación timpánica. También se pueden secar con un pañal de tela.
- ▶ **Fosas nasales:** Si tiene secreción se introduce suero fisiológico a presión y luego se aspira. Debe evitarse en general la aspiración por el riesgo de lesiones en la mucosa nasal.
- ▶ **Cuidado uñas:** Para evitar que se arañe al crecer, cortarlas con una tijera de punta roma. Las uñas de las manos cortarlas en curva y la de los pies rectas.
- ▶ **Cuidado del cordón:** Se lavará diariamente con agua y jabón con cuidado, hasta que se desprende entre el 4º y el 12º día de vida (1) (normal hasta los 30 días). Luego se seca bien para evitar su infección y se aplicará alcohol de 70º con una gasa estéril (sin dejar la gasa porque cicatrizará peor). También se curará, si estuviera mojado, tras el cambio de pañal (en los niños se colocará el pene hacia abajo, para evitar que se moje el cordón al orinar. Tras su caída, se continúa curando 2-3 días hasta su total cicatrización. Siempre observar la piel que rodea el cordón para poder identificar algún signo de alarma (sangrado, olor fétido, eritema, supuración) que es necesario consultar.
El merthiolate por su alto contenido en alcohol puede quemar la piel y no facilita la cicatrización. Evitar también el betadine (ya que se ha demostrado que esa sobrecarga yodada puede provocar un bloqueo del tiroides neonatal y aumentar los falsos positivos en el programa de detección del hipotiroidismo congénito problemas de tiroides por absorción del yodo a través de la herida), y el alcohol de 90º. No cubrir con fajas.
- ▶ **Vestido de la criatura (ver ropa):** La colonia se aplicará sobre la ropa y el peine tendrá cerdas blandas.

4. MASAJE

El masaje es un método de estimulación psicomotriz que favorece el vínculo con el padre y la madre a través del contacto. Coger a la criatura, acunarla, acariciarla o masajearla es indispensable para el buen desarrollo emocional, ya que les transmite seguridad.

Con el masaje no solo se activa el sentido del tacto, también se estimulan otros sentidos como la vista, el oído, el olfato, favoreciendo el desarrollo. Los beneficios del masaje son:

- ▶ Estimulación de todos los sistemas fisiológicos.
- ▶ Relajación corporal.
- ▶ Terapia para el aparato digestivo (gases, cólicos).
- ▶ Favorecer el vínculo y las relaciones afectivas.

5. SUEÑO

Las criaturas deben colocarse para dormir en decúbito supino para prevención de síndrome de muerte súbita del lactante. Durante las primeras semanas, no tiene un ritmo de sueño organizado según día y noche. Suele dormir 17 horas, repartidas en períodos de 2-4 horas que alternan con otros periodos de vigilia. El sueño nocturno aumenta en duración y sobre todo en continuidad, consolidándose hacia los tres meses de vida, el 70% de los niños duermen de 6 a 8 horas nocturnas.

6. PASEO

El paseo diario es muy beneficioso. Se recomienda a partir de los quince días. En invierno sacarlo durante las horas soleadas y en verano durante la mañana o por la tarde. La exposición moderada al sol es muy buena para su crecimiento porque favorece el paso de provitamina D en la piel a vitamina A que intervienen en el metabolismo óseo.

7. LLANTO

El llanto es el medio de comunicación. Los padres y madres aprenden a distinguir los diferentes llantos de su bebé. Es importante no alimentarle cada vez que llora y valorar otros motivos.

En las primeras semanas algunas criaturas lloran 2-3 horas diarias; otras cuando tienen sueño 10-15 minutos antes de dormirse; y otras tienen frecuentes y mantenidos episodios de llanto que suceden día tras día durante 3-4 meses. En estos casos lo mejor es mantener un clima relajado y mucha paciencia para que se tranquilice (3).

8. CÓLICO

Suelen estar asociados al aire que tragan al comer y al crecimiento del intestino. Para evitarlo:

- ▶ Hacer que expulse los gases en cada toma, poniéndolo sobre el hombro o sobre de las piernas y deslizar la mano sobre la espalda.
- ▶ No darle chupete, ni dejar que lllore.
- ▶ Evitar que llegue a la toma con mucha hambre, pues traga muy deprisa y mucho aire.
- ▶ No dar infusiones de anís o manzanilla sin antes consultar pediatra.
- ▶ La madre evitará las bebidas con gas, cafeína o alcohol.
- ▶ Dar masaje suave.
- ▶ Calor, el contacto entre piel y piel.

En caso de cólicos muy persistentes consultar pediatra.

9. HIPO-ESTORNUDO-REGURGITACIÓN

El hipo y el estornudo son reflejos normales que no necesitan tratamiento. La regurgitación alude al retorno no forzado de la leche a la boca, que puede indicar la presencia de reflujo gastroesofágico cuando las pérdidas son grandes y frecuentes.

10. CHUPETE

El chupete no es necesario pero tampoco existe una contraindicación absoluta. Deben ser pequeños, anatómicos, blandos y de una sola pieza. Entre los seis meses y el año puede producir alteraciones en la boca, no debe usarse más del primer año.

11. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

11.1. Accidentes de tráfico: Se utilizará la silla adecuada al peso de la criatura según la normativa CE, en el lugar indicado y comprobando todos los anclajes.

11.2. Caídas y traumatismos: Nunca se debe dejar sólo a la niña o niño en una superficie alta (cama, cambiador, sillón, etc), ni sólo con hermanos o hermanas pequeñas, y extremar las precauciones con los animales domésticos.

11.3. Asfixia y estrangulación: Vigilar la ropa con adornos, lazos, botones; el uso de pulseras, cadenas o imperdibles. Evitar en la cuna el uso de almohadas.

11.4. Quemaduras: Comprobar la temperatura del agua del baño y de la leche del biberón. Evitar los paseos entre las 12-16 horas y ponerle siempre una gorra y bajo la sombrilla. La playa no se recomienda hasta los 6 meses y siempre con protección.

12. CONSEJOS DE SALUD ORAL PARA LA CRIATURA

Las criaturas necesitan un buen cuidado dental. Cuanto más temprano se comience, mejor porque si un diente de leche se pierde muy pronto o presenta una caries avanzada, los otros dientes pueden desplazarse hacia el espacio vacío y los nuevos venir torcidos; además esta pérdida prematura puede afectar el habla, la autoestima y otros aspectos psicológicos.

12.1. Cuidados de los dientes y encías de la criatura: El cuidado bucal comienza desde el primer día de vida limpiando suavemente las encías de la criatura con un paño húmedo, gasa pequeña o pañal de tela después de amamantar o darle fórmulas.

12.2. Prevención de la caries dental en la infancia: La lactancia materna durante más de 40 días puede actuar preventivamente e inhibir el desarrollo de caries en la dentición primaria, mientras que algunas fórmulas lácteas son cariogénicas.

12.3. Prevención de anomalías dentomáxilofaciales: La lactancia materna contribuye notablemente al crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio y mejora la oclusión en etapas posteriores del desarrollo infantil. También se pueden prevenir las maloclusiones evitando la utilización de chupetes no anatómicos, su uso más allá de los 18 meses, el hábito de succión digital o lingual, interposición labial, respiración bucal etc. Es importante acudir a la consulta dental cuando se presenta de forma crónica alguno de estos hábitos.

SIGNOS DE ALARMA

Las madres y los padres deben ser asesorados sobre la identificación precoz de signos de alarma en la criatura (**tabla 27**).

Tabla 27. Signos de alarma en la criatura

Vómitos	Más de un episodio de vómitos fuertes o frecuentes.
Distensión abdominal	Tanto si aparece de forma progresiva o brusca.
Deposiciones	Estreñimiento: mayor de 24-48 horas. Diarreas: si es de forma habitual, o con presencia de moco, sangre o verdosas.
Orina	Ausencia de orina mayor de 18 horas o menos de 6 micciones/día, aunque algunos autores hablan de periodos entre 24-48 horas.
Rechazo del alimento	Valorar si el rechazo es continuado y se acompaña de vómitos, distensión abdominal y pérdida de peso.
Pérdida del peso	El aumento mínimo de peso debe ser de 150 gramos por semana.
Alteraciones del color de la piel: ictericia, cianosis	Ictericia: coloración amarillenta o verdosa de la piel que aparece el primer día, o que sea muy intensa, o que no desaparezca a los 10 días. Cianosis: coloración azulada sobre todo alrededor de la boca.
Alteraciones cutáneas	Aparición de vesículas, ampollas o úlceras.
Alteraciones oculares	Enrojecimiento, hinchazón o secreción, así como continua aparición de lágrimas.
Alteraciones respiratorias	Dificultad respiratoria o apnea mayor de 15 segundos.
Trastornos del tono	Hipotonía: flaccidez en extremidades. Hipertonía: rigidez corporal.
Cambios en el ombligo	Secreción sanguinolenta o serosa, enrojecimiento o mal olor.
Alteraciones de la temperatura	Temperatura axilar mayor de 38°C o menor de 36°C o temperatura rectal mayor de 38,5°C o menor de 36,5°C. El termómetro debe reunir los criterios de calidad y el tiempo de medición no debe ser inferior a 3 minutos. (2).
Convulsiones	Movimientos anormales de aparición brusca.
Fontanelas	Ablandamiento o abombamiento de las fontanelas.
Llanto	Recién nacido con llanto inconsolable muy agudo.

REVISIÓN HOSPITALARIA Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. PARITORIO

1.1. Test Apgar: Es un test de valoración del estado de la criatura que se realiza al minuto y a los cinco minutos de nacer. Se valora la: frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, tono muscular, color, y el reflejo de Irritabilidad.

1.2. Contacto Precoz: Durante las dos horas siguientes al nacimiento es cuando la criatura está especialmente alerta, después de este tiempo se adormece. Es el momento de colocarle en contacto piel con piel con su madre para favorecer los lazos afectivos, la autoconfianza de la madre. Se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica en la criatura. Es el momento en que la criatura comienza a poner en marcha los reflejos de arraigo búsqueda y succión, favoreciendo el inicio de la lactancia materna.

El contacto piel con piel hace que recuperen antes su glucemia, su equilibrio ácido-base, ascienda su temperatura de forma continua durante los primeros 60 minutos y lloran significativamente menos.

1.3. Inicio lactancia materna: El comienzo precoz en la sala de partos es una de las garantías del éxito de la lactancia materna.

1.4. Profilaxis ocular y administración de vitamina K.

1.5. Identificación: Inmediatamente tras el parto se recogen las huellas de la madre y de la criatura en una cartulina; el índice derecho de la madre y la huella plantar de la criatura. Se identifica el nombre y apellidos de la madre, día y hora del parto, sexo y peso del niño o niña. Esos datos se registrarán en dos pulseras que llevan hasta el alta la criatura y su madre.

1.6. Servicio pediatría: Antes del alta se realiza una exploración completa, analíticas, y el test de audición. Se le da a la madre la carta de alta hospitalaria con los datos de su parto y los de su hija o hijo así como las recomendaciones de sus cuidados y sus controles.

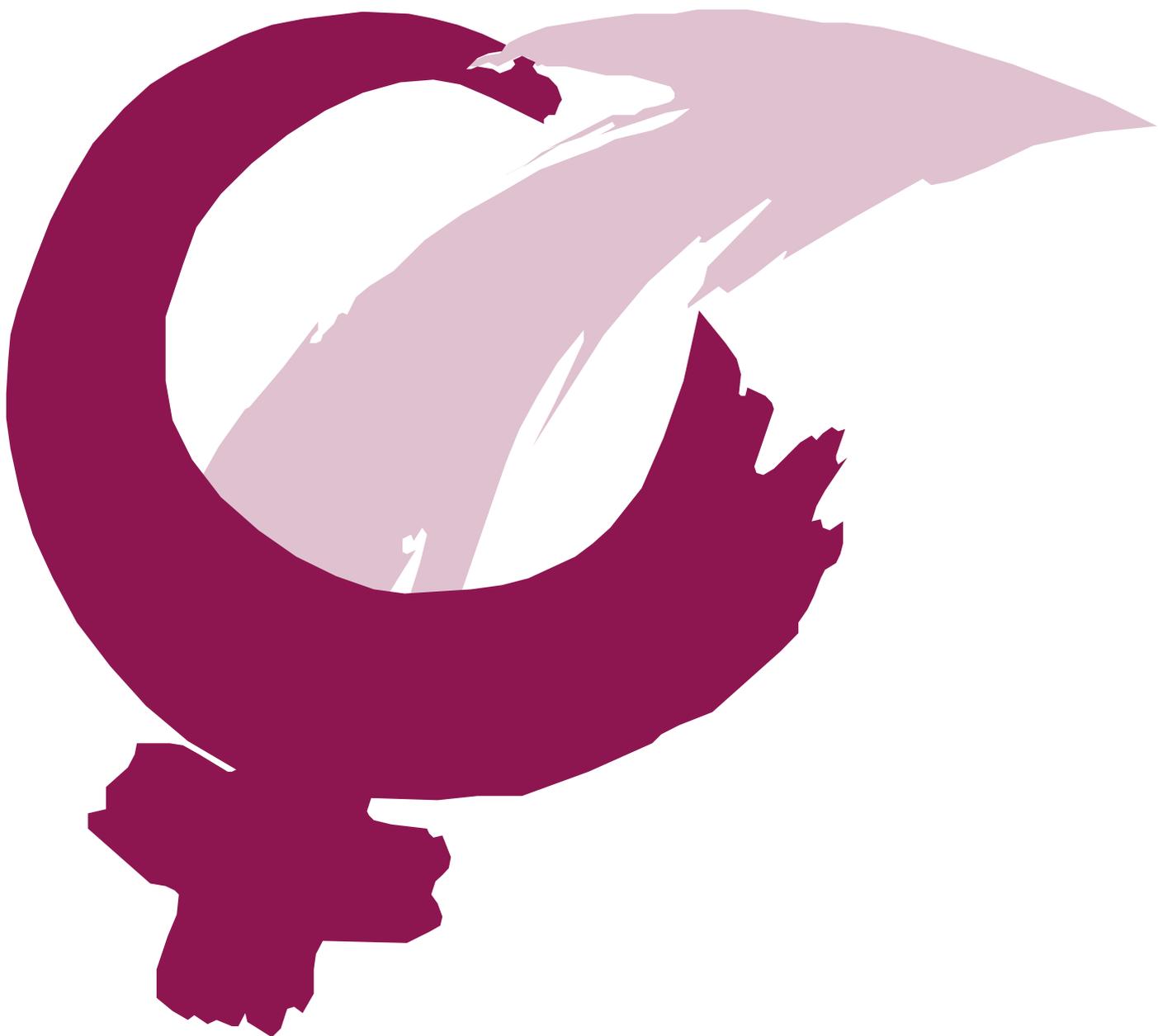
2. CONTROL ATENCIÓN PRIMARIA

2.1. Diagnóstico precoz de metabopatías congénitas (prueba del talón): Consiste en realizar la detección precoz del hipotiroidismo congénito, la fenilcetonuria y la fibrosis quística. La prueba se realiza entre el 3º y 6º día de vida, se hará en el hospital si la criatura permanece ingresada más de 2 días o si no en el centro de salud más próximo al domicilio.

El hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria son dos enfermedades metabólicas que con un diagnóstico y tratamiento precoz permiten evitar el retraso mental de los niños/as afectados y conseguir un desarrollo normal. En el caso de la fibrosis quística, el diagnóstico y tratamiento precoz consigue mejorar el curso de la enfermedad y su calidad de vida.

2.2. Primera Revisión por Pediatría: Se hará en el centro de salud entre el 7-15 días. Se incluirá al RN en el Programa de Salud Infantil.

2.3. Revisiones Sucesivas: Según el Programa de Salud Infantil del SCS.



**Técnicas de apoyo
teórico-prácticas**

DINÁMICA DE GRUPOS

Se considera **grupo** al conjunto de dos o más personas que interactúan mutuamente movidas por un fin común a todas ellas. En nuestro caso son madres, padres y/o acompañantes que quieren vivir un embarazo, parto y puerperio de forma positiva y gratificante liderados por una persona con preparación técnica. Puede ser un grupo abierto y un grupo heterogéneo en cuanto a las características socioculturales y demográficas de las personas que lo forman.

Aspectos a tener en cuenta en la formación del grupo:

- **Lugar:** debe ser luminoso, bien ventilado, sin ruidos, temperatura adecuada, dimensión del local adecuado y mobiliario adaptado al grupo.
- **Numero de miembros:** ideal entre 5-20 personas.
- **Homogeneidad/ Heterogeneidad:** la homogeneidad es necesaria para desarrollar la cohesión del grupo, y la heterogeneidad para producir cambio en el grupo, lo ideal es mantener un equilibrio.
- **Duración y frecuencia:** supeditada al tipo de grupo, objetivos y necesidades, teniendo en cuenta, el estilo de vida y entorno cultural.

Existen una serie de factores, que pueden llevar al grupo a una mayor cohesión o a una desintegración, y que sea o no eficiente. Algunos de los que favorecen la **cohesión grupal**:

- Tener una meta u objetivo común.
- Que sus miembros se comprendan, se acepten y se respeten mutuamente.
- Comunicación abierta, y que se pueda expresar pensamientos y sentimientos.
- Los miembros se sienten responsables de su propio aprendizaje y conducta.
- Cooperan.
- Establecen sus propias normas.
- Los miembros se enfrentan con sus problemas y resuelven sus conflictos, de forma constructiva.
- La distribución de tareas y roles entre los miembros del grupo, se debe de atribuir a cada persona aquello que mejor pueda llevar a término, siempre que no perjudique al resto.

Líder es una persona a la que un grupo reconoce como orientadora, profesionalmente preparada para ello. El liderazgo compartido permite al grupo tomar decisiones contando con la participación y opinión de todos los miembros.

Quien ejerce el liderazgo del grupo:

- 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.

La Dinámica de Grupos es una manera de estudiar, observar e investigar acerca de los grupos. Pretende el estudio científico de los mismos, la experimentación e investigación sobre estos.

El objetivo es conseguir un cambio cualitativo en las actividades que lleve a un cambio real en las conductas, y que las personas se responsabilicen de su autocuidado.

Las técnicas ó actividades participativas para los grupos pueden ser múltiples. Enumeramos algunas de ellas:

- **Técnicas de presentación:** Sirven para presentarse, para conocer los nombres de las personas que forman parte del grupo y algún aspecto de su personalidad. Se pueden utilizar 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.
- **Técnicas de análisis y solución de conflictos:** Son las técnicas "estrella" que sirven para abordar de manera participativa los temas de salud que se consideren 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.

Por ejemplo el Torbellino de ideas (brainstorming) donde el grupo expresa lo que se le ocurre.

- **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.

Por ejemplo:

- **El Cuchicheo:** (Dividir al grupo en parejas que tratan en voz baja el tema o cuestión del momento, de las respuestas u opiniones dadas por todos los subgrupos se extraerá luego la conclusión general o se tomarán las decisiones del caso).
- **Pequeño grupo de discusión:** (Dividir en grupos más pequeños (7-10 personas), para discutir un tema acordado previamente durante un tiempo determinado (de 30-60 minutos). En cada grupo debe de existir alguien encargado de recoger las distintas aportaciones para posteriormente expresarlas al gran grupo).
- **Rol-playing (desempeño de roles):** Consiste en representar una situación típica, un caso concreto, con el objetivo de que sea vivida como real, de modo que se comprenda mejor la actuación de quién o quienes deben intervenir en ella en la vida real.
- **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, resulta muy productiva y satisfactoria para los y las participantes.

Para utilizar estas técnicas se **debe**:

- Conocer la dinámica de grupos.
- Adaptar la técnica a los objetivos.
- Utilizar la más adecuada, según el tamaño del grupo, madurez del mismo, y su entrenamiento.
- Tener presente el ambiente físico y temporal; el espacio real del local, el tiempo disponible y los instrumentos de los que disponemos.
- Conocer la aceptación o rechazo, que tiene el grupo, ante dichas técnicas, hay personas que ven mas efectivas las clases magistrales.
- Las características de sus miembros, edad, nivel cultural, motivación, intereses, experiencias anteriores, expectativas, etc.
- Crear un clima cordial y democrático.
- Tener claro que aunque alguna técnica sea un juego, son técnicas de aprendizaje.

EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO

1. EJERCICIOS PARA REALIZAR DURANTE EL EMBARAZO

Los ejercicios descritos en la tabla 28 se pueden realizar todos los días.

Tabla 28. Ejercicios para realizar durante el embarazo.

Cervicales
<ul style="list-style-type: none"> • Girar lentamente la cabeza a derecha e izquierda (como al decir NO...) • Inclinar lateralmente la cabeza a derecha e izquierda (como si dudara: QUIZÁS...). • Inclinar lentamente la cabeza hacia delante, bajando la barbilla al pecho (como si dijeras SÍ...).
Hombros
<ul style="list-style-type: none"> • Con los hombros relajados y los brazos caídos a lo largo del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> - Hacer giros con ambos hombros hacia delante y hacia atrás. - Subir ambos hombros, mantén y suéltalos (se puede hacer describiendo círculos). • Estirar los brazos por encima de la cabeza. Agarrar con una mano el brazo contrario y tirar de él de forma continuada unos 5 segundos. • Repetir el mismo ejercicio estirando el otro brazo. (5 repeticiones).
Pectorales
<ul style="list-style-type: none"> • De pie o sentada, con los brazos flexionados y los codos a la altura de los hombros, sujetar con cada mano el otro antebrazo y contraer aproximando las manos hacia el codo contrario. (10 repeticiones). • Con una pelota de tenis entre las manos, en la misma posición que en el ejercicio anterior, intentar apretarla durante 5 segundos y soltamos. (5 repeticiones). • De pie o sentada, con los brazos flexionados a la altura del pecho, en vertical (las manos hacia el techo), unidos codo con codo, antebrazo con antebrazo, mano con mano. Sepáralos haciendo un giro hacia atrás de 90 grados y volver a unirlos. (8 repeticiones).

Tabla 28. Ejercicios para realizar durante el embarazo (continuación).

Espalda
<ul style="list-style-type: none"> • Colocada "a cuatro patas", expulsar el aire, doblando la cabeza hacia dentro a la vez que contrae el abdomen, la zona genital y los glúteos haciendo que la espalda se curve hacia arriba, y al coger aire, relajar todos los músculos. (5 repeticiones). • De rodillas, con los glúteos sobre los talones hasta quedar sentada, con el abdomen entre los muslos, la cabeza apoyada en el suelo y los brazos estirados hacia delante forzando la extensión de la espalda durante 5 segundos y relajar. (5 repeticiones). • De pie con la espalda pegada a la pared, rodillas ligeramente flexionadas para pegar la zona lumbar a la pared, mantener 5 seg y descansar. (empezar con 5 repeticiones e ir aumentando progresivamente hasta 10). • Sentada con la espalda recta, plantas de los pies aproximándolos al periné. Apoyar las manos sobre las rodillas e intentar acercar las rodillas al suelo ejerciendo una fuerza continua. (5 repeticiones).
Periné
<ul style="list-style-type: none"> • Sentada en la misma posición y colocando las manos en los tobillos, balancearse hacia ambos lados intentando que las rodillas se acerquen al suelo. • Tumbada en la cama, sentada o de pie, contraer los músculos del suelo de la pelvis, (como si se pretendiera retener la orina y las heces), hacia arriba y hacia dentro, sin usar abdominales, glúteos y aductores. Mantener durante unos 5 segundos y relajar. Esperar 8-10 segundos y repetir 5-10 veces. • Este ejercicio se debe realizar en casa varias veces al día para fortalecer la musculatura y una rápida recuperación.
Piernas
<ul style="list-style-type: none"> • Tumbada en la cama con las rodillas flexionadas, colocar una almohada entre ambas y apretar fuertemente una rodilla contra la otra, contar hasta cinco y descansar. (5 repeticiones). • Balanceo con pelotas de fitball para lateralización, anteversión y retroversión de la pelvis. • De pie, flexionar las rodillas, manteniendo la espalda recta y subir en dos tiempos. • De pie, descargar el peso alternativamente sobre uno y otro pie. • De pie, subir y bajar sobre las puntas de tus pies. • De pie, caminar de diferentes formas: adelante, atrás, lateral... • Abrir y cerrar las manos.
Circulatorios (se aconsejan incluso cuando se ha indicado reposo)
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer giros de muñecas hacia dentro y hacia fuera. • Tumbada con las piernas elevadas sobre una o dos almohadas: <ul style="list-style-type: none"> - Doblar y estirar los dedos de los pies. - Doblar y estirar los pies moviendo los tobillos. - Realizar círculos con los pies girando los tobillos hacia dentro y hacia fuera.

Figura 6. Ejemplos de ejercicios a realizar en el embarazo.



Pelvis (1)

- Siéntate sobre una alfombra, con las piernas abiertas y flexionadas por las rodillas. Las plantas de los pies deben tocarse.
- Contrae todos los músculos de pelvis y piernas durante unos instantes.
- Relájalos a continuación.
- Prácticalo cuantas veces puedas.

Pelvis (2)

- Siéntate sobre los talones y descansa las manos sobre las rodillas.
- Levanta lentamente el cuerpo mientras tomas aire y pones los brazos extendidos junto a los muslos.
- Vuelve a la posición inicial poco a poco a medida que vas sacando el aire.



Abdomen (1)



- Acuéstate boca arriba con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.
- Flexiona las piernas hasta que tobillos y nalgas se toquen.
- Inspira mientras levantas el abdomen y permaneces apoyada sobre cuello y cabeza. Mantén unos instantes.
- Saca el aire mientras bajas el abdomen a la postura inicial. Repite 5 veces.

Abdomen (2)

- Acuéstate boca arriba con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.
- Levanta lentamente una pierna mientras tomas aire.
- Bájala poco a poco sacando el aire.
- Repite diez veces alternando ambas piernas.



Abdomen (3)



- Acuéstate de lado y extiende a lo largo el brazo de abajo. El otro ha de estar apoyado sobre la palma de la mano tal como te indica el dibujo.
- Haz una inspiración profunda antes de levantar la pierna superior formando un ángulo agudo.
- Mantén la posición unos instantes y desciende lentamente mientras tomas aire de nuevo.
- Repite diez veces a cada lado.

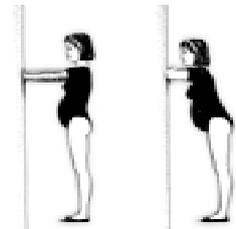
Abdomen (4)



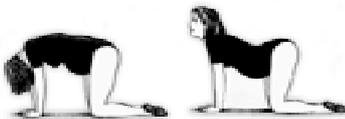
- Acuéstate boca arriba, con las piernas flexionadas y las manos bajo la nuca. Inspira.
- Lleva las piernas juntas hacia la derecha levantando los pies del suelo y espirando. Mantén unos instantes. Vuelve a la posición inicial.
- Repite el mismo ejercicio hacia el lado izquierdo.
- Hazlo diez veces alternando ambos lados.

Pecho

- De pie, frente a una pared, apoya en ella las palmas de las manos encaradas entre sí.
- Vigila que no sobresalgan las nalgas y que los hombros estén relajados.
- Lleva el cuerpo recto, sin mover los pies, hacia la pared, doblando los brazos por los codos y expulsando el aire.
- Haz fuerza contra la pared sin doblar rodillas ni cintura. Sigue así durante unos segundos y respira normal.



Espalda



- Colócate en postura de gatear y mantén la espalda paralela al suelo.
- Baja lentamente la cabeza mientras sacas aire y empujas el suelo con las manos.
- Arquea la espalda y contrae las nalgas para que la pelvis se incline hacia delante. Conserva la postura unos instantes.
- Recupera tu postura inicial mientras inspiras.

Pies y tobillos

- Acuéstate en el suelo sobre una alfombra y estira las piernas hacia arriba en posición vertical.
- Haz movimientos de flexión de dedos en ambos pies y tobillos de forma alternativa, hacia dentro y hacia fuera.
- Realiza una rotación circular en ambos pies y tobillos de forma alternativa, hacia dentro y hacia fuera.



Piernas



- Acuéstate en el suelo, con las piernas flexionadas.
- Deja los brazos relajados junto a las caderas.
- Levanta el pie derecho hasta la altura de la rodilla.
- Poco a poco elévalo hasta formar ángulo recto con el cuerpo. Repite con cada pierna diez veces.

MASAJE PERINEAL

Es una técnica útil para prevenir los traumatismos perineales (**tabla 29**). Debe realizarse una vez al día durante 10 minutos. El masaje perineal digital prenatal a partir de las 34/35 semanas de gestación en mujeres sin partos vaginales previos reduce la incidencia del traumatismo perineal que requiere sutura (principalmente episiotomías) y las mujeres tienen menor probabilidad de dolor perineal a los 3 meses después del parto (sin considerar si se realizó o no una episiotomía). Aunque existe un malestar transitorio en las primeras semanas, en general resulta una práctica bien aceptada por las mujeres. De este modo, se aconseja que las mujeres reciban información sobre el beneficio probable del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo. (Cochrane).

Tabla 29. Indicaciones sobre el masaje perineal.

- Lávese bien las manos, limpiándose las uñas y recortándolas.
- Elija una zona de la casa donde se encuentre cómoda y, ayudada de un espejo, dedique unos minutos a familiarizarse con el periné (utilice un espejo que se pueda apoyar en el suelo para poder tener las manos libres).
- Busque una posición semisentada o en cuclillas apoyada en una pared o cualquier otra que le resulte cómoda.
- Puede colocarse compresas calientes en el periné o tomar un baño de asiento caliente 10 minutos para relajar la zona.
- Si es un automasaje, es más fácil usar el pulgar, si es su pareja quien lo da, que utilice el índice y el corazón.
- Para lubricar sus dedos o los de su pareja puede utilizar aceite de oliva, aceite para masajes o lubricantes acuosos. No utilice aceites derivados del petróleo, minerales ni aceites para niños.
- Coloque los dedos dentro de la vagina 3-4cm y separe las piernas. Empuje la zona del periné hacia abajo, hacia el recto y hacia los lados de la vagina con un masaje firme pero con delicadeza, estirando la zona hasta que sienta una leve sensación de quemazón o escozor. Mantenga la presión forzada sobre la horquilla del periné con los dedos durante dos minutos o hasta que moleste.
- Ahora coja esta zona entre el dedo pulgar y los dedos opuestos y realice un movimiento de vaivén. Este movimiento estira el tejido de la vagina, los músculos que la circundan y la piel del periné. Realice este masaje durante 3-4 minutos.
- Coja la parte inferior de la vagina, entre los dedos y estire. Esto ayuda a imaginar como será la sensación de la presión de la cabeza del bebé sobre la zona, ayudando a relajarla.
- Durante el masaje no presione la apertura de uretra para evitar una posible infección urinaria.

POSICIONES DURANTE EL PARTO

Tabla 30. Posiciones para la dilatación, expulsivo y alumbramiento.

De pie

- Aprovecha la fuerza de la gravedad durante y entre las contracciones.
- Las contracciones son menos dolorosas y más productivas.
- Ayuda al feto a alinearse con el ángulo de la pelvis.
- Puede acelerar el parto si la mujer ha estado tumbada antes.
- Puede aumentar la necesidad de empujar durante la segunda fase.

Caminar

- Como estar de pie, y además:
 - Provoca cambios en las articulaciones pélvicas, lo cual favorece la rotación y el descenso.
 - Puede ser cansado si se hace durante largos ratos.

De pie, apoyada en el acompañante, la cama o una pelota suiza

- Como estar de pie, y además:
 - Alivia el dolor de espalda.
 - Es una buena posición para el masaje de espalda.
 - Puede descansar más que de pie y sin apoyo.
 - Puede favorecer la rotación del feto en posición occipital posterior.



Bailar ritmos lentos

- Como estar de pie, y además:
 - Provoca cambios en las articulaciones pélvicas, lo cual favorece la rotación y el descenso.
 - Aumenta la sensación de bienestar de la madre.
 - Aporta más confort con el ritmo y con la música.
 - Es una buena posición para que el acompañante ejerza presión en la espalda para aliviar el dolor en esa zona.



Zancada lateral

- Ensancha un lado de la pelvis (lado hacia el cual se hace la zancada).
- Favorece la rotación del feto en posición occipital posterior (OP).



Sentada sin apoyo en la espalda

- Es una buena posición de descanso.
- Hasta cierto punto, aprovecha la fuerza de la gravedad.

Sentada, apoyada hacia delante sobre algo

- Como estar sentada sin apoyar la espalda.
- Alivia el dolor de espalda.
- Buena posición para el masaje de espalda Alinea el feto con la pelvis.
- Puede favorecer el avance del trabajo del parto.



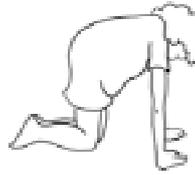
Incorporada

- Esta postura permite el descanso.
- Puede ser útil si la madre tiene analgesia epidural.

Tabla 30. Posiciones para la dilatación, expulsivo y alumbramiento (continuación).

A gatas (manos-rodillas)

- Ayuda a aliviar el dolor de espalda.
- Facilita la rotación de la criatura.
- Permite el balanceo pélvico.
- Aligera la presión contra las hemorroides.
- Puede reducir la necesidad prematura de empujar.



Rodillas

- Permite mantener el equilibrio.
- Deja libertad de movimientos.
- Buena postura para la madre.
- Disminuye la posibilidad de desgarros.
- Incrementa el aporte de oxígeno para la madre y la criatura.
- Puede ser con la espalda erguida, o con la espalda apoyada en: pelota, cama, silla, suelo.



Posición genupectoral

- A veces se aconseja esta posición al inicio del parto si las contracciones son frecuentes y van acompañadas de dolor de espalda, y no avanza la dilatación.
- Disminuye la presión que se ejerce sobre el cérvix inflamado.
- Puede favorecer la salida de la cabeza del bebe de la pelvis durante las contracciones, lo cual puede ser deseable si hay prolapso del cordón.



Tumbada de costada (posición lateral)

- Es una buena posición para el descanso.
- Se utilizan tanto para dilatación como para el expulsivo.
- Puede reducir el dolor de espalda.
- Ayuda a disminuir la presión sanguínea elevada.
- Posición segura si se ha administrado medicación contra el dolor.
- Neutraliza la fuerza de la gravedad.
- Útil para ralentizar una segunda fase demasiado rápida.
- Aligera la presión contra las hemorroides.



Posición supina o semidecúbito

- Se adopta en partos vaginales que necesitan algún tipo de ayuda obstétrica: fórceps, realización de técnicas de medición del equilibrio ácido-base fetal.
- Posición de referencia convencional descrita en la literatura para conocer el mecanismo del parto normal.
- Se puede combinar con el uso de estribos para las piernas.

Tumbada u horizontal en cuclillas

- La cabeza debe superar la inclinación de salida del canal del parto.
- Puede por lo tanto retrasarse la expulsión.
- No se debe mantener mucho tiempo esta posición, ya que se puede producir disminución del flujo útero-placentario.
- Dificulta la rotación de una posición occipito-posterior (OP) o (OT) a occipito-anterior (OA).
- Requiere que la mujer empuje en contra de la fuerza de la gravedad.
- Provoca que las contracciones sean más frecuentes, más dolorosas, pero menos efectivas que cuando la mujer se encuentra en una posición vertical.



EJERCICIO FÍSICO DE RECUPERACIÓN EN EL PUERPERIO

Durante los primeros días del puerperio, si no hay episiotomía, se deben iniciar ejercicios de contracción y relajación de los músculos del suelo pélvico. En caso de episiotomía o desgarros éstos se realizarán si el estado de cicatrización permite que pueda tonificarse el periné (después de la visita puerperal). Se debe empezar lentamente e ir complicando los ejercicios progresivamente (al principio varias veces pero con poca intensidad).

A partir de la 3ª semana posparto se pueden introducir ejercicios abdominales, pero no se deben ejercitar los abdominales hasta los dos meses posparto. Estos ejercicios (**tabla 31**) se aconsejan para tonificar abdomen, glúteos y muslos. Como siempre, antes de hacer ejercicio se debe ingerir líquidos antes y después de realizarlo, hacer un calentamiento y al finalizarlos una relajación, y realizar los ejercicios de forma suave, sin forzar.

► **Ventajas:**

- Mejora el bienestar psicofísico de la puérpera.
- Favorece el vínculo madre-hijo/a.
- Estimula psicofísicamente a la criatura.

- **Nota:** Procurar que el bebé tenga apoyo de su cabeza durante los ejercicios (sobre el pecho, por ejemplo).

Tabla 31. Ejercicios de recuperación en el posparto.

Suelo pélvico
<ul style="list-style-type: none"> • Al cesar las molestias en el periné, se debe empezar a ejercitar esta zona cada día y frecuentemente. Hay que explicar bien cuál es la zona que se trata de contraer. • Tumbada boca arriba, rodillas flexionadas y pies separados, se coloca a la criatura en la parte baja del abdomen con la espalda apoyada en los muslos si mantiene bien la cabeza, y sino, boca abajo sobre el pecho. • Contraer rápidamente 10 veces la zona del periné, descansar unos segundos y luego empezar de nuevo, contrayendo el periné 10 veces más y manteniendo la contracción unos 5 segundos.
Abdominales
<ul style="list-style-type: none"> • No se deben ejercitar los abdominales hasta los dos meses posparto. Siempre se debe contraer primero el suelo pélvico y luego los abdominales. • Tumbada boca arriba, con las rodillas flexionadas, pies un poco separados, se coloca a la criatura en la parte baja del abdomen con la espalda apoyada en los muslos (si no mantiene bien la cabeza, se coloca sobre el pecho). • Inspirar por la nariz, hinchando el abdomen (se eleva a la criatura con el vientre), luego contraer el suelo pélvico y el abdomen, espirando por la boca despacio, bajando la barriga y apretándola hacia abajo, mientras se sigue contrayendo el suelo pélvico. Al final de la espiración, se relaja el suelo pélvico. • Realizar 2 series de 8 repeticiones.
Glúteos
<ul style="list-style-type: none"> • Tumbada de lado, con la pierna en contacto con la colchoneta flexionada hacia delante y la otra estirada, que es la que se levanta y baja suavemente. • Durante el ejercicio, la cadera se coloca hacia delante y la criatura al lado, encima de la colchoneta. • Realizar 2 series de 8 repeticiones con cada pierna.

Tabla 31. Ejercicios de recuperación en el posparto (continuación).

Glúteos y piernas
<ul style="list-style-type: none"> • Tumbada boca abajo, con la barbilla entre las manos, se coloca a la criatura boca arriba en el hueco que queda entre los brazos. • Se eleva la pierna y el pie (ambos estirados) hasta contraer los glúteos, y luego se bajan. • Realiza el ejercicio 5 veces y luego la otra pierna 5 veces más.
Piernas
<ul style="list-style-type: none"> • Tumbada del lado derecho, con la pierna izquierda flexiona hacia delante y la rodilla apoyada sobre un par de cojines para mantenerla alineada con las caderas, el brazo derecho estirado hacia arriba y la pierna derecha estirada, se coloca a la criatura o encima de la cadera a caballo, o tumbado en la colchoneta. • Levantar y bajar suavemente la pierna derecha con el pie flexionado. • Realiza este ejercicio en 2 series de 8 repeticiones con cada pierna. • Tumbada boca arriba con las piernas flexionadas y los pies tocando la colchoneta un poco separados, se coge a la criatura por las axilas y se levanta hacia arriba. • Mantener los brazos estirados y rectos, y luego bajar a la criatura hacia el pecho, flexionando los brazos. • Realizar este ejercicio 8 veces. • A gatas con la espalda y el cuello rectos, los brazos un poco más separados que los hombros y las rodillas separadas pero que sigan la misma línea de las caderas, se coloca a la criatura tumbada boca arriba entre tus manos. • Flexionar los codos hasta acercar tu cara a la de la criatura (siempre con la espalda recta) y luego vuelve a la posición inicial. Lleva el peso de tu cuerpo hacia delante. • Realizar 2 series de 5 repeticiones.
Tobillos
<ul style="list-style-type: none"> • Colócate tumbada boca arriba con las piernas estiradas y los pies un poco separados. • Coloca a la criatura o en la parte baja de tu vientre o sobre tu pecho. • Realiza círculos grandes con cada pie lentamente en un sentido y luego en otro. • Repetir el ejercicio 8 veces.
Espalda
<ul style="list-style-type: none"> • Colócate a gatas con los brazos extendidos por delante de los hombros, rodillas separadas 20–25cm., y, la espalda, recta. • Coloca a la criatura boca arriba entre tus manos. • Manteniendo los brazos y las manos estirados, balancéate hacia delante y hacia atrás. • Realizar el ejercicio 5 veces.

Figura 7. Ejemplos de ejercicios en el postparto.

De pie

- Une las manos a la altura del pecho.
- Toma aire mientras separas las palmas a la vez que ejerces presión sobre la punta de los dedos, mantenido así unidas las dos manos.
- Resiste durante cinco segundos. Repite diez veces.



Acostada boca arriba 1

- Flexiona las piernas sobre el abdomen.
- Extiende los brazos en cruz e inspira mientras desplazas las piernas hacia la izquierda.
- Mientras sacas el aire, lleva las piernas hacia el lado contrario. Repite diez veces.



Acostada boca abajo 1

- Extiende los brazos a ambos lados de la cabeza.
- Flexiona la pierna derecha, cógela con la mano derecha, mientras levantas la cabeza girándola en el mismo sentido.
- Haz lo mismo con el pie izquierdo. Repite diez veces.



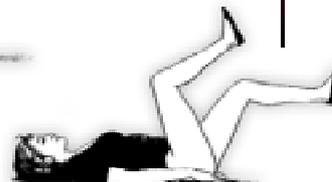
Acostada boca arriba 2

- Extiende brazos y piernas.
- Inspira profundamente reteniendo el aire en el pecho. Espíralo con lentitud. Repite diez veces.
- Inspira profundamente reteniendo el aire en el abdomen. Espíralo con lentitud. Repite diez veces.
- Combina cinco veces ambos ejercicios.



Acostada boca arriba 3

- Eleva las piernas, flexionadas por la rodilla en ángulo recto. Estira hacia arriba alternativamente cada pierna. Repite diez veces.



Acostada boca arriba 4

- Eleva las piernas, flexionadas por la rodilla en ángulo recto. Estira hacia arriba alternativamente cada pierna. Repite diez veces.



EJEMPLOS DE TABLAS DE DINÁMICAS PARA CADA TRIMESTRE

1. TABLA 1 (PARA EL PRIMER MÓDULO)

1.1. **Material necesario:** pelotas (1 por pareja) y colchonetas.

1.2. **Tiempo aproximado para el ejercicio:** 45 minutos.

1.3. **Distribución:**

- ▶ **10 minutos JUEGO DIRIGIDO. "JUGANDO CON LA PELOTA".**
 - Todas las mujeres andando o corriendo suave al ritmo de la música por toda la sala. Una pelota es lanzada al aire inicialmente por una mujer cualquiera, al mismo tiempo que dice su nombre, la que la recoge inmediatamente dice su propio nombre y la vuelve a lanzar, así sucesivamente.
 - Variación 1: con 2 pelotas al mismo tiempo.
 - Variación 2: Se dice el nombre de la persona que la ha lanzado, no el nombre propio.
 - Variación 3: Palabras encadenadas, cada mujer debe decir una palabra que tenga relación con la palabra siguiente.
- ▶ **10 minutos TRABAJO DIRIGIDO SOBRE MOVILIDAD Y EJERCICIOS CITADOS EN EL APARTADO 2.**
- ▶ **15 minutos TRABAJO DIRIGIDO CON PELOTAS (por parejas, cada pareja con una pelota).**
 - Pasarse la pelota con un bote, a una distancia de 3,4 metros.
 - Pasarse la pelota sin bote.
 - Pasarse la pelota rodando.
 - Pasarse la pelota desde sentadas, con 1, 2, 3 botes, sin bote.
 - Pasarse la pelota en movimiento. Caminando.
 - Pasarse la pelota y hacer "algo" en el intervalo.
 - Pasarse la pelota con todas en moviendo al mismo tiempo.
 - Pasarse la pelota de espaldas una contra otra. Pegadas.
 - Pasarse la pelota sentada de espaldas una con otra. Pegadas.
 - Pasarse la pelota por debajo de las piernas estando de espaldas una contra otra. Pegadas.
 - Pasarse la pelota de diferentes formas. 1,2, manos. Desde arriba, abajo. etc.
- ▶ **10 minutos TRABAJO DE RELAJACIÓN Y VUELTA A LA CALMA.**
 - Cada mujer tumbada sobre la moqueta o en una colchoneta.
 - Método: SHULTZ.
 - Visualización progresiva de las diferentes partes de su cuerpo.

2. TABLA 2A (PARA EL SEGUNDO MÓDULO)

2.1. **Material necesario:** palos de escoba (1 por mujer).

2.2. **Tiempo aproximado para el ejercicio 45 minutos.**

2.3. **Distribución:**

- ▶ **10 minutos JUEGO DIRIGIDO. "BUSCANDO A LA REINA".**
 - Todas las mujeres están dentro de la sala menos una que se encuentra fuera de ella. Las que están en el interior tienen que hacer lo que hace LA REINA pero procurando

no mirarla o mirarla de reojo, imitando todos sus movimientos. Cuando todas estén realizando ya el mismo movimiento, se avisa a la que está afuera para que entre, y el objetivo del juego es que la mujer que entró debe encontrar a la reina y las del interior lo deben hacer tan disimulado sus imitaciones que con ello procurarán que no la encuentre.

- ▶ **10 minutos TRABAJO DIRIGIDO SOBRE MOVILIDAD Y EJERCICIOS CITADOS EN EL APARTADO 2.**
- ▶ **5 minutos SENTIR LA CONTRACCIÓN.**
 - Sentir una tensión muscular con una duración similar a la contracción para que la gestante controle la molestia o la sensación dolorosa con la respiración. Un ejemplo sería colocarlas en bipedestación con las piernas algo separadas y la espalda apoyada en la pared, a continuación se les dice que flexionen las piernas despacio y que sientan la tensión en los muslos, en mitad del recorrido mantener 30-45 segundos esa tensión. Volver a la posición inicial. Otra forma sería: sentadas con la espalda apoyada, las piernas flexionadas, rodillas hacia fuera. tocándose las plantas de los pies una con otra como enfrentadas. Despacio y progresivamente pinzar los abductores de cada muslo con la pinza de los dedos hasta que sea doloroso y mantener 30 segundos centrando la atención en la respiración. Soltar suavemente.
- ▶ **10 minutos TRABAJO DIRIGIDO CON PALOS DE ESCOBA (cada una con su palo de escoba).**
 - Ejercicios de movilidad de hombros.
 - Agarrando el palo con las dos manos un poco más abierto que la altura de los hombros.
 - Subir y bajar el palo desde la cintura hasta por encima de la cabeza.
 - Pasar el palo de la parte delantera a la trasera por encima de la cabeza.
 - Hacer como que remamos.
 - Hacer como flexiones con el palo.
 - Ejercicios de movilidad de cintura.
 - Con el palo agarrado a la altura del pecho, giros de cintura.
 - Igual con el palo a la espalda.
 - Con el palo en los hombros, flexiones laterales del tronco.
 - Ejercicios de Coordinación.
 - Dejar el palo en equilibrio y dar 1, 2, 3, 4 palmadas antes de cogerlo.
 - Dejar el palo en equilibrio + palmada con la compañera + coger su propio palo. POR PAREJAS.
 - Dejar el palo en equilibrio y coger el palo de la compañera. POR PAREJAS.
 - Lucha del palo. Muy suave, solo marcando y parando los golpes. POR PAREJAS.
- ▶ **10 minutos TRABAJO DE RELAJACIÓN Y VUELTA A LA CALMA.**

3. TABLA 2B (para el segundo módulo)

3.1. **Material necesario:** globos.

3.2. **Tiempo aproximado para el ejercicio:** 45 minutos.

3.3. **Distribución:**

- ▶ **10 minutos JUEGO DIRIGIDO "CARRERA Y TRANSPORTE DE GLOBOS".**
 - Distribuidas las gestantes en grupos de 4.
 - Cada grupo tiene que hacer un recorrido con 1 globo y dárselo a su compañera que efectúa el relevo. Gana el equipo que finalice primero.
 - VARIACIÓN 1. Con 2.3.4.5.6. globos.
 - VARIACIÓN 2. Variar el recorrido.

- VARIACIÓN 3. Variar el tipo de desplazamiento.
- ▶ **10 minutos TRABAJO DIRIGIDO SOBRE MOVILIDAD Y EJERCICIOS CITADOS EN EL APARTADO 2.**
- ▶ **10 minutos TRABAJO DIRIGIDO CON GLOBOS.**
 - Andando cada una con su globo, por la sala, manteniendo su globo en alto y sin tropezarse con las demás.
 - Diferentes ritmos con la música.
 - A la señal y en pleno movimiento, cambio de globo con una compañera.
 - Andando mantener el globo palmeándolo alternativamente con cada mano.
 - Andando, mantener el globo en el aire con los pies.
 - Andando, mantener el globo en el aire, alternativamente con manos y pies.
 - En el orden que diga la matrona.
 - Sentadas mantener el globo en el aire con los pies y las manos.
 - Igual, pero en el orden que diga la matrona, pie, mano, pie, mano. Etc.
 - Sentadas por parejas, una frente a otra, pasarse el globo de diferentes maneras.
 - Sentadas pasarse el globo por detrás de la espalda.
 - Tumbadas pasarse el globo por debajo de la espalda.
 - Tumbadas mantener el globo en el aire.
- ▶ **5 minutos TRABAJO PUJOS.**
 - Es beneficioso la práctica con la pareja para la colaboración en el parto y que la gestante sienta la presión en la zona del bajo vientre y no utilice otros grupos musculares.
 - Es sumamente importante para este ejercicio conocer la situación obstétrica de la mujer (edad gestacional, tamaño fetal, presentación fetal, lugar de inserción de la placenta...).
- ▶ **10 minutos TRABAJO DE RELAJACIÓN Y VUELTA A LA CALMA.**

RESPIRACIÓN

Una respiración correcta tiene efectos positivos sobre el sistema respiratorio, el sistema circulatorio y el sistema nervioso entre otros. La mayoría de las personas respiran mal ya que utilizan sólo una respiración considerada superficial, la pectoral, consiste en llenar de aire el pecho olvidando el abdomen. Es la respiración que se da en situaciones de estrés, ansiedad y fatiga.

La buena respiración es la respiración diafragmática, la que podemos observar en los bebés y que consiste en llenar de aire todo el abdomen permitiendo al diafragma su expansión dejando pasar el aire en la inspiración y dejarlo en su posición natural en la espiración. Esta forma de respirar contribuye a la sensación de calma y relajación.

En todos los ejercicios de respiración hay tres pasos fundamentales: la inspiración, la retención y la exhalación, que marcan el ritmo de la respiración característico de cada individuo. La inspiración debe hacerse preferiblemente a través de la nariz y con la boca cerrada. La razón es que la nariz se ocupa de calentar, humedecer y desinfectar el aire inspirado evitando que se reseque y enfríe la garganta a la vez que reduce el riesgo de padecer infecciones respiratorias, ya que evita que se ensucien los bronquios. La espiración también debe realizarse por la nariz exceptuando aquellos casos en que no sea compatible con una actividad que se está desarrollando (ejercicio físico intenso), en los que se realizará a través de la boca.

Para aprender a respirar bien, se tendrán en cuenta estas recomendaciones:

- Elegir un lugar tranquilo y sin ruidos y vestirse con ropa cómoda y ligera, que no oprima. Para los ejercicios en el suelo se necesitará una manta.

- Tomar conciencia de que los ejercicios requieren concentración y observación del propio cuerpo.
- No se debe realizar los ejercicios después de comer.
- Es recomendable practicar a diario durante unos quince minutos.
- No se debe realizar los ejercicios con fuerza ni tensión, por lo que se repetirán hasta conseguirlo.

El primer paso para realizar una sesión de entrenamiento en relajación es la observación y experimentación de la propia respiración. Para poder llevar a la práctica esta observación y experimentación es necesario recurrir a la realización de ejercicios de respiración.

1. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

1.1. Ejercicio de respiración 1

Se trata de inspirar profundamente dejando que el cuerpo se eleve. Es útil explicar a la embarazada que el aire que inspira se asemeja a una ola respiratoria. Una vez se ha producido la inspiración se expira el aire dejando caer el cuerpo a su posición inicial, sin brusquedad. Se repite el ejercicio durante unas cuantas inspiraciones y luego se pide a la mujer que observe las sensaciones que han quedado en su cuerpo.

En este ejercicio es útil explicar la metáfora de la ola: se trate de que se asemeje la inspiración-expiración al va y ven de las olas del mar. (Se puede utilizar también la metáfora de un columpio).

1.2. Ejercicio de respiración 2

Se pide a la embarazada que se siente colocando las manos superpuestas sobre el vientre. En la inspiración se moverán las manos hacia delante y a la vez se ensanchará la espalda hacia atrás. En la expiración se dejará que las manos y la espalda vuelvan a su posición inicial.

Con este ejercicio facilitamos la relajación del bajo vientre y la dilatación de la zona pélvica propiciando una respiración mas profunda. A la vez permite a la mujer tomar conciencia de las partes del cuerpo implicadas en la respiración.

Cuando ya se ha experimentado con la respiración y se ha observado facilitando así la toma de conciencia de las partes implicadas en la respiración y la diferencia entre una respiración superficial y una respiración profunda, es la hora de pasar a entrenar la respiración profunda o diafragmática con el objetivo de aprenderla. Los siguientes ejercicios servirán para practicar este tipo de respiración a la vez que se va adquiriendo.

1.3. Ejercicio de respiración 3

Se le pide a la embarazada que se siente y que suspire profundamente emitiendo a medida que va saliendo el aire un sonido de profundo alivio, pidiéndole que se concentre en la salida del aire. Este proceso debe repetirlo de ocho a doce veces.

Este ejercicio tan sencillo permitirá a la gestante tomar conciencia de cómo se va relajando a medida que va suspirando ya que va a notar como sale el aire de sus pulmones a medida que su respiración se va haciendo cada vez mas profunda. Este ejercicio la ayuda a relajarse por lo que le servirá de ayuda, cuando lo necesite o lo crea conveniente.

PUJOS

En la última fase del parto (periodo expulsivo), se produce el reflejo de expulsión, provocado por la presión del feto sobre el periné y por la dilatación completa del cérvix. La mujer nota fuertes ganas de empujar, una sensación irreprimible e innata. Se debe permitir que la mujer actúe siguiendo sus sensaciones fisiológicas, lo que hará que en algunas el pujo sea en espiración mediante gemidos o gritos y en otras en apnea mantenida poco tiempo, intercalando respiraciones entre cada pujo (**tabla 32**).

1. PUJO EN INSPIRACIÓN BLOQUEADA

El trabajo conjunto del diafragma y los músculos abdominales hace que se ejerza una fuerte presión hacia abajo para la expulsión. Esto puede producirse durante una maniobra de Valsalva en la que la mujer inspira, bloquea la respiración y a continuación empuja contrayendo el diafragma, y los músculos abdominales. El pujo deberá orientarse hacia la vagina, no hacia el ano.

Es una forma activa y fuerte de empujar, muy eficaz para la expulsión, cuando se desea que el expulsivo sea rápido.

Algunos estudios, demuestran que las maniobras de Valsalva en flexión de tronco durante las contracciones se alejan del comportamiento fisiológico de la mujer y aumentan la incidencia de desgarros, episiotomías y el uso de partos instrumentales. Además, pueden producir, si se asocian a posición en decúbito supino, una disminución del retorno venoso, con la consiguiente disminución de la oxigenación del útero, de la placenta y del feto.

2. PUJO EN ESPIRACIÓN

No se utiliza el diafragma para el pujo, ya que la mujer puede espirar suavemente, como si suspirara o bien gemir o gritar. El pulmón sube y con él asciende el diafragma. Para la expulsión sólo se utilizaría el músculo uterino, ayudado por la zona baja de los abdominales (haces anteriores e inferiores del recto mayor y del oblicuo menor).

La compresión del periné se realiza de manera progresiva, permitiendo así una mejor distensión del suelo pélvico. El pujo uterino se orienta de forma más precisa, hacia la vagina y la parte anterior del periné. Se produce un menor traumatismo perineal, mayores índices de perinés intactos, y valores gasométricos neonatales significativamente mejores.

La expulsión fetal se realiza más lentamente, por lo que no se utiliza en las situaciones donde se desea que el expulsivo sea rápido.

Tabla 32. Ejercicios respiratorios de aplicación durante la dilatación y el parto.

<p>Ejercicios respiratorios durante el parto</p>	<p>Adopta cada día una postura diferente alternando las posturas de sedestación, decúbito supino con piernas flexionadas y decúbito lateral izquierdo.</p>
---	--

Tabla 32. Ejercicios respiratorios de aplicación durante la dilatación y el parto (continuación)

Respiración torácica lenta	Coloca una mano en el tórax y la otra en el vientre, a medida que aprendas a diferenciar las dos zonas ya no será necesario que apoyes las dos manos en pecho y vientre.	Espira , sacando el aire por la boca lentamente, la mano del pecho descenderá, intenta que la espiración sea muy, muy larga, para ello tendrás que dejar que salga poco aire, debes controlarlo, imaginando que tienes una vela encendida y con tu espiración pretendes que la llama de la vela se mantenga inclinada no que se apague. Inspira , cogiendo el aire por la nariz, la mano que está en el pecho ascenderá con la entrada del aire, la mano que está en el vientre no se debe mover.
Respiración de l bajo vientre	Coloca las dos manos en el bajo vientre. La espiración o salida del aire, favorece la tranquilidad y sosiego, por ello el día del parto cuando sientes el inicio de la contracción empieza a expulsar el aire lentamente..., así, potenciarás tus capacidades de tranquilidad y sosiego.	Espira , sacando el aire lentamente, haciendo que se meta hacia dentro la zona del vientre, alarga al máximo la salida del aire, como inclinando la llama de la vela... Cuando ya no puedas sacar más el aire... Deja que el aire entre por la nariz y que el bajo vientre se hinche... Nuevamente espira hundiendo el bajo vientre.....alargando al máximo la salida del aire.
Respiración superficial o de emergencia	La respiración seguirá el ritmo de la intensidad de la contracción. A medida que aumenta la intensidad de la contracción, la respiración será cada vez más rápida y superficial, cuando la contracción empieza a descender la respiración se hará más lenta y profunda, acabando con una respiración profunda.	Coge y saca la misma cantidad de aire por la nariz o por la boca, no mezcles nariz y boca. Al inicio de la contracción te apetecerá hacerlo más lentamente a medida que se aumente la intensidad de la contracción tu misma irás acelerando el ritmo respiratorio. Al final de la contracción como ésta será más suave irás a un ritmo más lento. Cuando finaliza la contracción deja que salga todo el aire y haz una respiración profunda.
Respiración para empujar	Posición inicial: decúbito supino, cabeza descansando sobre una cuña, piernas flexionadas y pies apoyados en el suelo.	1º inspirar elevando el vientre, dirigiendo el pujo hacia el bajo vientre, mantener unos segundos y descansar. 2º piernas flexionadas y se inspira elevando el vientre dirigiendo la fuerza de la prensa abdominal hacia el bajo vientre, mantener unos segundos y sin perder la fuerza recambiar el aire y seguir con el pujo, mantener unos segundos y descansar relajándose y con la posición inicial.

Figura 8. Ejemplos de ejercicios de respiración.

Respiración abdominal

- Inspira lentamente por la nariz mientras vas alojando el aire en el abdomen.
- Espira con la misma lentitud el aire, sacándolo por la boca y contrayendo el abdomen para expulsar.



Respiración torácica

- Inspira por la nariz, elevando el pecho y ensanchando el tórax.
- Espira por la boca, bajando lentamente la caja torácica tratando de expulsar todo el aire.



Respiración combinada

- Inspira por la nariz, hinchando primero el abdomen y cuando esté lleno aloja más aire en el tórax.
- Espira por la boca, sacando primero el aire del abdomen y luego del tórax.



RELAJACIÓN

La ansiedad durante el embarazo tiene efectos adversos sobre el feto y el niño o la niña y diversas investigaciones han demostrado que la ansiedad excesiva durante el parto provoca una descarga anormal de catecolaminas que conduce a la provocación de alteraciones de la contractilidad uterina y de la dilatación cervical, causantes de la prolongación del parto y de la distocia. La situación de parto es percibida como una situación altamente estresante para muchas mujeres, ocasionando en un porcentaje significativo de las mismas malestar psicossomático (miedo, ansiedad, descontrol, dolor excesivo...), que conduce a un incremento de la dificultad para la labor del parto.

Las técnicas de relajación engloban un conjunto de procedimientos que se realizan de manera sistematizada y que tienen como objetivo disminuir la tensión psíquica y corporal.

1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE LA RELAJACIÓN

Los estudios realizados sobre los cambios fisiológicos y metabólicos que se dan durante la ejecución de los ejercicios, han observado que se produce distintos cambios que afectan a nivel general:

- ▶ Hay un incremento de la circulación sanguínea cerebral.
- ▶ Se aprecian cambios electroencefalográficos de ritmos alfa y beta.
- ▶ Hay un descenso del consumo metabólico de oxígeno.
- ▶ Disminuye el tono muscular.
- ▶ Se produce una vasodilatación periférica.
- ▶ Aumento de la volemia.
- ▶ Disminuye la intensidad y la frecuencia cardíaca.
- ▶ Disminuye la tensión arterial.
- ▶ Disminuye la frecuencia respiratoria y aumenta su amplitud.
- ▶ Aumentan las secreciones: digestivas, salivares.
- ▶ Disminuye la tasa del cortisol y prolactina en sangre.
- ▶ Se modifica la resistencia galvánica de la piel.

Estos cambios se experimentan, de forma subjetiva u objetiva, mediante distintas sensaciones:

- ▶ Respiración profunda y rítmica.
- ▶ Distensión muscular.
- ▶ Sensación de calor interno y cutáneo.
- ▶ Latido cardíaco rítmico y suave.
- ▶ Sensación de tranquilidad.

2. CONTRAINDICACIONES

A pesar de las consecuencias positivas que el entrenamiento de relajación conlleva, hay situaciones en las que no se recomienda su práctica o donde se requiere una supervisión de la misma antes, durante o después de su realización. A continuación detallaremos algunas de ellas:

- ▶ Experiencia catártica. Un estado de relajación podría “destapar” respuestas emocionales a acontecimientos adversos de la vida.
- ▶ La relajación muscular progresiva no está indicada cuando hay lesiones musculares, ya que los ejercicios de contracción podrían empeorar la lesión.

- ▶ Cuando existe un trastorno psiquiátrico grave, como la psicosis, los ejercicios de relajación pueden desencadenar trastornos sensorio-perceptivos.
- ▶ Cuando existe patología médica como hipertensión, diabetes, epilepsia, el entrenamiento en relajación precisa de una supervisión detallada.

3. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- ▶ Es una nueva habilidad y su aprendizaje requiere tiempo.
- ▶ Cuando la relajación es efectiva se produce, en ocasiones, una sensación de hormigueo o de flotar.
- ▶ Hay que permitir que “las cosas ocurran”, no hay que controlar las sensaciones, solo dejarse llevar.
- ▶ No hay que utilizar un vestuario especial. Es conveniente sentirse cómodo tanto con la ropa como con el lugar donde se realizan los ejercicios. La postura la adopta cada uno según sus preferencias o en función de las condiciones externas. Si nos encontramos en nuestra casa, quizás preferimos utilizar el sofá o la cama.
- ▶ Cuando realicen el entrenamiento, es importante crear un ambiente aislado, donde el teléfono o el timbre no interrumpa el ejercicio.
- ▶ La interrupción brusca del mismo produce una sensación desagradable, semejante a la que experimentamos cuando nos despiertan de manera repentina.

4. TÉCNICAS PARA LA RELAJACIÓN

4.1. El entrenamiento autógeno (EA)

El EA fue desarrollado por Schultz y Luthe (1959) para que tuviera una amplia aplicación clínica. Implica el uso de “formulas autógenas”, en un estado de “concentración pasiva” para inducir la relajación y el control voluntario sobre los procesos del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Sus ventajas son la brevedad y simplicidad del proceso, al mismo tiempo que mantiene la participación cognitiva activa del sujeto en todas sus etapas. La duración de las sesiones varía desde 10 hasta 30 minutos, pero se recomienda un mínimo de 10 minutos.

Cada ejercicio se debe repetir cinco veces como mínimo (*).

- ▶ Primer ejercicio: El peso (relajación muscular).
 - Mi brazo derecho está muy pesado ... Estoy muy tranquilo/a. *
 - Mi brazo izquierdo está muy pesado ... *
 - Mi pierna derecha está muy pesada ... *
 - Mi pierna izquierda está muy pesada... *
- ▶ Segundo ejercicio: Vivencia de calor (relajación vascular).
 - Mi brazo derecho está muy caliente ... Estoy muy tranquilo/a *
 - Mi brazo izquierdo está muy caliente ... *
 - Mi pierna derecha está muy caliente ... *
 - Mi pierna izquierda está muy caliente ... *
- ▶ Tercer ejercicio: Control de la respiración.
 - Mi respiración es tranquila y regular... *
- ▶ Cuarto ejercicio: Regulación cardiaca.

- Mi ritmo cardiaco es tranquilo y regular...*
- ▶ Quinto ejercicio: Regulación de los órganos abdominales (“plexo solar”).
 - El plexo solar está situado en la pared abdominal posterior, aproximadamente hacia el punto medio entre el ombligo y el extremo inferior del esternón.
 - El plexo solar está muy caliente...*
 - El abdomen está muy caliente... *
- ▶ Sexto ejercicio: Frescor en la cabeza.
 - Mi frente esta fresca... *

Al terminar el ejercicio, es importante comprobar las sensaciones corporales (pesadez, calor), realizando una pequeña valoración de las mismas. Antes de volver a la actividad, hay que comenzar a mover el cuerpo sin brusquedad, flexionando primero las manos y luego las piernas, para facilitar la circulación sanguínea y el movimiento.

4.2. La relajación muscular progresiva (RMP)

La RMP se refiere a un programa basado en la relajación sucesiva de músculos y grupo de músculos.

La relajación muscular progresiva está basada en el modelo de Jacobson muy extendido entre los profesionales de la psicología y que resulta especialmente útil porque es muy didáctico y fácil de aprender. A lo largo de la sesión, que haremos en una postura cómoda y con los ojos cerrados para facilitar la concentración, iremos recorriendo determinados músculos de nuestro cuerpo y en cada grupo muscular realizaremos primero un ejercicio de tensión y después, lentamente, la relajación de esa zona volviendo a la posición anterior.

La posición ideal sería tumbada en el suelo, sobre una manta o colchoneta, boca arriba, piernas extendidas, brazos algo abiertos a los lados del cuerpo y una leve almohada a la altura del cuello. Si resulta una posición difícil o dolorosa se puede optar por la alternativa de tumbado en el suelo, similar a la anterior, pero con las rodillas levantadas y dobladas y los pies apoyados en el suelo cerca de las nalgas o, en ultima instancia por la posición de sentado en una silla de respaldo recto y duro la espalda recta y las piernas formando un ángulo de 90°.

Por ejemplo, para el brazo derecho (el terapeuta realiza sobre sí mismo el ejercicio de tensión y relajación del brazo derecho) extendemos el brazo, cerramos el puño y ponemos tan rígido como podamos todo el brazo desde la mano hasta el hombro. No hace falta hacernos daño, es suficiente con percibir claramente la tensión. Mientras mantenemos la tensión llevamos nuestra atención al brazo y tratamos de percibir las sensaciones de malestar, tensión que recorren nuestro brazo, dedos, muñeca... Y ahora lentamente vamos relajando, vamos soltando esa tensión y notamos la diferencia, la agradable sensación al relajar frente a la tensión anterior.

Es importante que mientras tensamos y relajamos una parte de nuestros músculos procuremos que el resto del cuerpo no intervenga, se mantenga en reposo (puede ser útil mostrar cómo para tensar el brazo no hace falta tensar la cara o subir los hombros...). Conviene estar atentos y tratar de “meterse” en la sesión.

En la parte final de la sesión se les pide que lleven la atención al centro de la frente procurando no pensar en nada. Traten de percibir cómo en ese momento su cuerpo posiblemente está más suelto, más relajado, más a gusto, dejándose llevar.

4.3. Visualización o imaginación guiada (IG)

Es una técnica antigua usada particularmente en las culturas no occidentales, donde se focaliza la mente y que implica una manera de dirigir, fantasear y representar, creando un puente entre el cuerpo y la mente.

La visualización proporciona un medio para sustituir ideas positivas por otras desagradables, conlleva el uso deliberado de la imaginación para crear una situación y una historia que capte los sentidos. Visualización no es limitarse solamente a visualizar ideas, deseos, sino que incluye el desarrollo y/o recuerdo de olores y sabores, así como recordar sentimientos internos. Imaginarse a si mismo en un bosque, tumbado sobre la suave hierba, escuchando la brisa, oliendo las flores silvestres y sentirse satisfecho de implicar un número de sentidos para crear una escena más rica, más cautivadora que esa creada sólo con imágenes visuales.

Aunque la IG y la relajación son diferentes, se utilizan de manera combinada. Este efecto sinérgico se puede explicar por el hecho de que las imágenes faciliten la relajación, y viceversa, la relajación aumente la habilidad para formar imágenes.

5. EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

Aquí describimos dos técnicas de relajación (Schultz y Jacobson) y cinco ejercicios de visualización. Se aconseja que la que se elija se mantenga a lo largo del curso.

5.1. Ejercicio de relajación general I (Schultz)

- Con cada respiración, te relajas cada vez más. No consiste en que te quedes dormida; estás alerta pero relajada.
- Ahora toma conciencia de tus piernas, desde los tobillos hasta la rodilla. Mientras lo haces, tensa todos los músculos de las piernas. Tensa, tensa, tensa. Mantén la tensión y relájate.
- Coge aire y suéltalo suavemente. Con cada respiración, estás más hacia ti, y tú cuerpo se va relajando cada vez más, más... y más.
- Concéntrate en los muslos, la pelvis, las nalgas. Tensa los músculos de esa zona. Mantén la tensión y relájate.
- Toma aire y suéltalo suavemente. Relájate.
- Sigue respirando suave y profundamente:
 - Con cada inspiración introduces en tu cuerpo oxígeno y energía.
 - Con cada espiración sueltas anhídrido carbónico y otros desechos corporales.
- También piensa que con cada inspiración recibes paz, calma, amor, armonía, y con cada espiración te liberas de sentimientos negativos y de tensiones.
- Continuamos tomando conciencia de la columna, desde la pelvis hasta la base del cráneo: empieza a hacer presión con toda la columna vertebral contra el respaldo, la colchoneta o los cojines donde estés apoyada. Haz presión hacia abajo, hacia abajo... Mantén la posición... y aflójate. Siente cómo se relajan la espalda y el pecho.
- Respira, el aire entra y sale sin dificultad suavemente. Experimentas una sensación de calma y tranquilidad. Cada vez que respiras, ayudas a tu cuerpo a relajarse. Tu cuerpo y tu bebé disfrutan con este ejercicio.
- Ahora toma conciencia de los hombros y del cuello, y de toda la tensión que acumulas en ellos. Comienza por expulsar la tensión elevando los extremos de los hombros hacia las orejas; empuja hacia arriba hasta sentir que casi puedes tocarte las orejas con los hombros. Haz fuerza hacia arriba, empuja, empuja... Mantén la tensión y aflójala.

- Sigue respirando. Relájate.
- Levanta las manos unos cuantos centímetros y ciérralas. Tensa los puños. Ténsalos, ténsalos, ténsalos. Mantén la tensión, y aflójala.
- Respira suavemente. Con cada respiración que haces, te relajas un poco más. Te sientes cómoda, tranquila y segura.
- Ahora toma conciencia de tu cara. Percibe los músculos de alrededor de los ojos y de la boca. Aprieta los ojos, aprieta. Tensa los músculos alrededor de la boca. Tensa, tensa, tensa. Mantén la tensión y aflójala.
- Toma aire y suéltalo. Relájate.
- Ahora que tienes el cuerpo relajado, deja que tu mente también se relaje.
- Dentro de un momento oirás la música. Escúchala y deja que te lleve. Te mereces relajarte, porque lo necesitas y tu bebé también.
- Cuando finalice la música, te sentirás relajada y revitalizada.

5.2. Ejercicios de relajación general II (Jacobson)

- Adoptamos la postura que nos resulte más cómoda y retiramos cualquier cosa que nos moleste.
- Cerramos los ojos y observamos nuestro cuerpo.
- Respiramos suave y pausadamente, concentrándonos en el ritmo de nuestra respiración y en las sensaciones corporales.
- Si aparecen ideas que no estén relacionadas con este momento, déjalas pasar, no te agarras a ellas, déjalas ir.
- Sintamos la respiración, cómo el aire entra y sale sin dificultad, libre y suavemente.
- Ahora toma conciencia de tus pies. Toma conciencia de la planta de los pies y percibe los talones, los dedos, los tobillos. Dobla los dedos hacia las plantas de los pies como si quisieras tocártelas. Haz fuerza con los dedos hacia abajo, bien hacia abajo. Mantén la contracción, y después aflójala.
- Respira pausadamente mientras te relajas y aflójate.
- Con cada respiración, te relajas cada vez más. No consiste en que te quedes dormida; estás alerta pero relajada.
- Ahora toma conciencia de tus piernas, desde los tobillos hasta la rodilla. Mientras lo haces, tensa todos los músculos de las piernas. Tensa, tensa, tensa. Mantén la tensión y relájate.
- Coge aire y suéltalo suavemente. Con cada respiración, estás más hacia ti, y tu cuerpo se va relajando cada vez más, más...y más.
- Concéntrate en los muslos, la pelvis, las nalgas. Tensa los músculos de esa zona. Mantén la tensión y relájate.
- Toma aire y suéltalo suavemente. Relájate.
- Sigue respirando suave y profundamente:
 - Con cada inspiración introduces en tu cuerpo oxígeno y energía.
 - Con cada espiración sueltas anhídrido carbónico y otros desechos corporales.
- También piensa que con cada inspiración recibes paz, calma, amor, armonía, y con cada espiración te liberas de sentimientos negativos y de tensiones.
- Continuamos tomando conciencia de la columna, desde la pelvis hasta la base del cráneo: empieza a hacer presión con toda la columna vertebral contra el respaldo, la colchoneta o los cojines donde estés apoyada. Haz presión hacia abajo, hacia abajo....Mantén la posición...y aflójate. Siente cómo se relajan la espalda y el pecho.
- Respira, el aire entra y sale sin dificultad suavemente. Experimentas una sensación de calma y tranquilidad. Cada vez que respiras, ayudas a tu cuerpo a relajarse. Tu cuerpo y tu bebé disfrutan con este ejercicio.

- Ahora toma conciencia de los hombros y del cuello, y de toda la tensión que acumulas en ellos. Comienza por expulsar la tensión elevando los extremos de los hombros hacia las orejas; empuja hacia arriba hasta sentir que casi puedes tocarte las orejas con los hombros. Haz fuerza hacia arriba, empuja, empuja... Mantén la tensión y aflójala.
- Sigue respirando. Relájate.
- Levanta las manos unos cuantos centímetros y ciérralas. Tensa los puños. Ténsalos, ténsalos, ténsalos. Mantén la tensión, y aflójala.
- Respira suavemente. Con cada respiración que haces, te relajas un poco más. Te sientes cómoda, tranquila y segura.
- Ahora toma conciencia de tu cara. Percibe los músculos de alrededor de los ojos y de la boca. Aprieta los ojos, aprieta. Tensa los músculos alrededor de la boca. Tensa, tensa, tensa. Mantén la tensión y aflójala.
- Toma aire y suéltalo. Relájate.
- Ahora que tienes el cuerpo relajado, deja que tu mente también se relaje.
- Dentro de un momento oirás la música. Escúchala y deja que te lleve. Te mereces relajarte, porque lo necesitas y tu bebé también.
- Cuando finalice la música, te sentirás relajada y revitalizada.

5.3. Ejercicios de visualización

5.3.1. Ejercicio de visualización 1 (visualización de la criatura): La idea principal es conseguir que la futura madre se imagine, vea y sienta a su criatura. Para ello se les dice que adopten una postura cómoda, bien recostadas sobre una colchoneta o sentadas. Se inicia con las siguientes afirmaciones:

- Siente tu cuerpo cómodo, busca la postura que te haga estar más cómoda y cierra los ojos.
- Observa tu respiración. El aire entra y sale sin dificultad, siguiendo tu ritmo, no lo fuerces.
- Inspira y expira suavemente. Con cada respiración siente cómo tu cuerpo se va relajando.
- Ahora centra la atención en tu vientre, siente su tamaño, el espacio que ocupa en tu cuerpo, siente la sensación que produce la relajación en tu criatura, está blando, caliente, suave...; está blando, caliente, suave...; está blando, caliente, suave...
- Mira ahora más adentro y siente. La luz es muy suave, la temperatura es tibia, no hay ruidos salvo el del movimiento interno de tu cuerpo, el olor es el tuyo. Experimenta la sensación de paz y tranquilidad en tu interior, en tu vientre. Y ahora intenta sentir los movimientos y el espacio que ocupa tu criatura. Observa: sus formas, su tamaño, sus movimientos lentos, pausados, tranquilos. Míralo. Mírale su cara, su nariz, su boca, sus ojos, sus cachetes y como te sonríe. Mírale el resto de su cuerpo, sus brazos, sus piernas. Te puedes balancear suavemente con él.
- Tómate tu tiempo para visualizarle. No todas tenemos el mismo ritmo.
- A partir de este momento quedate con tu criatura, háblale, llámalo por su nombre (si lo tiene), o dile que todavía no encuentras el adecuado. El diálogo con tu criatura es tuyo, dile lo que quieras. Puede sentir que le hablas, le abrazas y le besas cuando estás conectada con ella.
- Si no puedes sentirlo, no te preocupes. Poco a poco lo irás consiguiendo. Tócate el vientre suavemente con las manos pensando en ella.
- Ahora, lenta y suavemente, dale un beso y vuelve a sentir tu cuerpo en el lugar donde te encuentras. Ahora contaré hasta tres y cuando te diga tres, abrirás los ojos y te sentirás aliviada y descansada uno..., te encuentras tranquila, dos... y tres.

5.3.2. Ejercicio de visualización 2 (ejercicio para la lactancia): Se inicia con las siguientes afirmaciones:

- Sitúate en la colchoneta. Cierra los ojos.
- Siéntete cómoda y tranquila. Observa tu respiración...
- Inspira y expira, suave y lentamente. Con cada respiración siente cómo tu cuerpo se va relajando... Imagina que estás en casa, en la habitación en la que te encuentres más tranquila y relajada... donde te gustaría instalar una butaca muy cómoda. Imagina que hay una luz suave..., la temperatura es agradable, te sientes tranquila y relajada... Puedes sentir un olor conocido, como el olor a pan tostado, el café recién hecho, o el olor de la ropa recién lavada (permítete sentirlo).
- Siente tu cuerpo colocado en la butaca..., tu espalda recta pero sin tensión..., los hombros ligeramente caídos..., los brazos encima de los brazos de la butaca... y tus piernas pesadas y blandas sobre el suelo...Tu cuerpo está pesado, pesado, pesado, muy pesado.
- Se acerca tu pareja y te trae a tú criatura. Sonríes.
- En este momento sientes como tus pechos están tensos, incluso gotean. Te desabrochas los botones de tu bata y te abres el sujetador... Dibujas una sonrisa en tu cara y estiras los brazos para coger a tú bebé.
- Siente el tacto de su piel, su olor, su calor...
- Lo acercas a tu pecho, sientes cómo abre la boquita para agarrarse a él.
- Notas el contacto de su boca en tu pecho..., notas cómo chupa...
- Te sientes cómoda y a gusto viendo cómo tú criatura come tranquila y relajada.
- Observas su carita..., le tocas sus piernecitas... y le hablas (puedes decirle lo que quieras).
- Ahora la criatura se separa del pecho. La cambias al otro y vuelves a sentir, como se agarra y empieza a chupar. Nota el calor de sus labios..., siente el contacto de su boquita en tus pechos..., siente como succiona...
- Experimentas una agradable sensación de calma, de paz, de tranquilidad.
- Disfruta de ese momento, de ese momento de contacto piel a piel con tú criatura.
- Tú criatura ha terminado de comer, está en tu regazo, dormida, y tu sientes cómo te has quedado relajada e incluso con ganas de dormir. Aprovecha esos minutos tras la lactancia para descansar.
- Ahora tómate el tiempo que sea necesario para dejar esa butaca.
- Estás dispuesta a enfrentarte con todas las tareas que te quedan en el día de hoy, de forma relajada. No abras los ojos hasta que estés segura de haber vuelto a tomar conciencia del lugar dónde estás y muevas lentamente tú cuerpo. Ahora contaré hasta tres y cuando te diga tres, abrirás los ojos y te sentirás aliviada y descansada uno..., te encuentra tranquila, dos... y tres.

5.3.3. Ejercicio de visualización 3 (el miedo al parto): Antes de comenzar la visualización se les dice a las embarazadas que vamos a trabajar los miedos. La pregunta con la que empezaremos para hacer una reflexión sería: ¿QUÉ ES LO QUE MÁS TE PREOCUPA DE LA EXPERIENCIA DE DAR A LUZ?

Durante cinco minutos reflejen en un lado del papel las respuestas, dejando la otra mitad del papel en blanco. Escriban con sinceridad todo lo que se les pase por la cabeza. Cuando lo hayan terminado, léanlo para ustedes.

Escriban ahora en la parte que han dejado en blanco al lado de cada miedo, la afirmación contraria. Ejemplo:

Mi criatura no desciende Mi criatura descenderá
 El dolor no lo aguantaré Si podré con el dolor

Ahora se colocan en grupo (el número dependerá de la cantidad de embarazadas que acudan) y compartan con sus compañeras todos los miedos que tengan escritos.

Cuando hayan terminado ir a la colchoneta. Adopten la postura que les sea más cómoda y cierren los ojos. Acaríciense la barriguita suavemente e imagínense que a través de ella pueden ver a su bebé. Está bien, cómodo y protegido en esa cuna que es tú útero. Piensa ¿Por qué tener miedo? Y has un repaso mental con todas las afirmaciones positivas. Repítelas las veces que quieras y luego SÓLO ESCUCHA LA MÚSICA que entre todas hemos escogido y que es grata y relajante.

Nota: Son recomendables movimientos lentos de los compositores del barroco pues se asemejan al ritmo del latido cardiaco de la madre, que es lo que el feto oye en el útero. Son recomendables compositores como Haydn, Bach, Mozart, Händel, Vivaldi... Algunas composiciones podrían ser: el quinteto "la trucha" en La mayor para piano y cuerdas de Schubert; "el largo" del concierto en Re para guitarra de Vivaldi; el concierto para piano nº 21 de Mozart, el concierto para arpa en Si bemol mayor de Andel y el concierto para flauta en Re mayor de Vivaldi. A quién no le guste los clásicos cualquier música que le induzca un estado de relajación puede irle bien. Lo que se pretende es conseguir que estés tranquila, sin ansiedad, relajada y que puedas emplear ese tiempo para comunicarte con tú criatura. Sugerimos que esa música la oigan en casa y también a la sala de partos.

5.3.4. Ejercicio de visualización 4 (ejercicios de estimulación prenatal):

Dentro de la línea de pensamiento de que el color es una herramienta legítima para modificar conductas, se ha encontrado que el color rosado tiene un efecto calmante y tranquilizante. Con respecto al color verde, se ha encontrado que tiende a equilibrar, a tranquilizar y actúa como calmante en el sistema nervioso. Respecto al color violeta, se ha encontrado que posee un intenso poder electroquímico; cuando la persona está bajo una fuerte excitación nerviosa y cardiovascular, el violeta tiende a armonizar y sincronizar las diferentes funciones del organismo. El color azul, produce tranquilidad, serenidad, inclusive provoca una sensación de frío en el ambiente; es el color más tranquilizante después del rosado. Sobre el color naranja, hay estudios que indican que cuando los individuos miran tonos cálidos, como es el caso del naranja, la presión arterial se eleva, se incrementa la actividad de las ondas cerebrales, la respiración se acelera y la transpiración es mayor.

Cuando las contracciones ocurran cada 10 ó 15 minutos con una duración de 20 segundos	Visualiza el círculo de color rosado
Para ayudar al útero a alcanzar la abertura de 4 cm.	Visualiza el círculo de color verde manzana
Cuando sientas las contracciones cada 5 minutos (30 a 40 segundos cada una)	Visualiza el círculo de color violeta
Cuando las contracciones ocurran cada 3 ó 4 minutos	Visualiza el círculo de color azul celeste
Cuando las contracciones se presentan cada 2 ó 3 minutos	Visualiza el círculo de color naranja

También se ha encontrado que existe una relación entre los colores y el trabajo de los músculos. Hay unos colores que favorecen la relajación muscular y otros, que por el contrario, inducen a la tensión. Pues bien, parece ser que cuando las futuras madres están en trabajo de parto y logran asociar la abertura del útero, con un círculo de color que representa en tamaño la evolución de la dilatación, podrían alcanzar dicha dilatación más rápido y, en consecuencia, tener un trabajo de parto corto y fácil.

La idea es poder imaginar el ensanchamiento del útero desde 0 hasta los 10 cm. de dilatación, asociándolo con un círculo de tamaño y color correspondiente. Para ello es conveniente elaborar tus propios círculos de colores en cartulina o papel, con las siguientes características:

- Un círculo de color rosado de 2 cm. de diámetro.
- Un círculo de color verde manzana de 4 cm. de diámetro.
- Un círculo de color violeta de 6 cm. de diámetro.
- Un círculo de color azul celeste de 8 cm. de diámetro.
- Un círculo de color naranja de 10 cm. de diámetro.

Es importante que comiences desde ahora a entrenarte en la visualización de los mismos. Para ello, puedes tomar cada círculo, uno a la vez; observa con atención su tamaño y color; luego cierra los ojos y trata de VISUALIZARLO, es decir, "verlo con los ojos de la mente", tal como cuando lo tenías delante de ti. Practica este ejercicio hasta que logres una perfecta visualización.

Durante el trabajo de parto visualiza los círculos de colores de la siguiente manera:

5.3.5. Ejercicio de visualización 5 (ejercicio "cuidando a la nueva criatura"):

- Comenzaremos colocándonos en la postura que nos haga sentir más cómodas.
- Cerramos los ojos y nos centramos en la respiración. Sentimos nuestra respiración, lenta, pausada, a nuestro ritmo. Experimentas una agradable sensación de calma, de paz, de tranquilidad.
- Disfruta de este momento. Nada que hacer, solo estar. Tú y tu respiración.
- Ahora vamos a intentar visualizar, imaginar que tienes tú criatura en tus brazos. Siente su peso, míralo, está dormido. Vas a casa, tu pareja va a tu lado. Se miran pensando que comienza una nueva etapa, ustedes y el bebé en casa.
- Al entrar en tu hogar estás contenta de estar en él. Te paseas enseñandoselo a tu niño o niña.
- Visualiza ese momento. Está lleno de alegría. Has vuelto a casa con tú criatura.
- Está en tu regazo, dormida. El padre le coge y le pasea y tu sientes cómo comienza una nueva parte de tu vida. Tú hijo o hija empieza a moverse, mueve sus brazos, abre la boca, abre sus ojos. El padre te llama. Aprovecha esos minutos para hablarle los dos a la criatura.
- Imagina que es la hora del baño.
- Te ves preparando la bañera, la ropa, sus pañales. El olor a recién nacido/a, su olor, la tibieza del agua, el momento del juego, te hacen sentir que todo va bien. Van a jugar. Le desnudas/an suavemente, siente/en el tacto de su piel. Ahora imagina que lo metes/en en el agua, le gusta, se mueve lentamente, abre los ojos y te mira. Mueve los pies y sonrío. Le cantas, y con tus manos le lavas acariciando su cuerpo. No tengas miedo, no le puede pasar nada.
- Imagínate ese momento, mírate lo estás bañando y te sientes realmente bien.
- Decides que es el momento de vestirle. La secas con cuidado, la vistes y te parece la criatura más guapa del mundo. Se ha dormido.
- Siente la agradable sensación de bienestar, de paz de armonía que experimentas ahora.
- Poco a poco, sin ninguna prisa, vuelve aquí, al lugar donde tu cuerpo descansa. Haz dos respiraciones profundas y cuando cuente tres, abrirás los ojos y te sentirás bien. Uno, dos te encuentras bien y tres.

OTRAS TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD

Desde los cursos acuáticos, hasta el yoga, pasando por el stretching o el training autógeno: son muchas las propuestas que ayudan a afrontar mejor el embarazo.

Antes la familia se encargaba de explicarnos todo lo relacionado con el parto, cuidados del niño, lactancia etc. Hoy día gracias a los cursos de educación maternal, nos ayudan a saber un poco más de estas terapias ó alternativas. La oferta de estos cursos es muy amplia: algunos tienen carácter informativo, otros dedicados a la actividad física o centrados en la preparación psicológica, con la relajación.

Tabla 33. Otras técnicas para el manejo del dolor y la ansiedad (terapias alternativas)

NATACIÓN Y AGUAGYM PARA EMBARAZADAS	SHIATSU	STRECHING O PILATES
<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios realizados en medio acuático. Favorece relajación y meditación. Produce sensación de ligereza disminuyendo el peso de la barriga. - Proporciona libertad de movimientos. - Recuperación en el tiempo de la infancia produciendo disminución de la ansiedad. - A partir de la 12 semana. - CONTRAINDICACIONES: reposo absoluto, patología materno fetal, hipotensión o varices (en medio de agua caliente). 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de masaje especial en la zona sacro pélvico, junto con ejercicios de estiramiento y ejercicios respiratorios. - Manipulación con dedos y palma de la mano, útil para relajación de zona pélvica, cara anterior piernas y suelo pélvico. - Libera toxinas, drenaje linfático, disminuye tensión muscular, ayuda alivio del dolor. - Mejora náuseas, vómitos, dolor lumbar y de espalda. - Fomenta la relajación y disminuye la ansiedad. - Ayuda al equilibrio emocional en el puerperio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación física con estiramientos, movimientos lentos y suaves. - No aumenta la masa muscular. - Aumenta la elasticidad y flexibilidad, y la confianza en el propio cuerpo. - Disminuye cansancio, estrés y peso de la barriga. - Durante todo el embarazo.
SOFROLOGÍA	REFLEXOLOGÍA PODAL	MUSICOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> - Visualización (10-15 min) de diferentes situaciones pasadas, presentes o futuras. Refuerzo de reversos propios. En situación de vigilia, plena conciencia del proceso. - Dos modalidades: relajación dinámica de Caicedo y técnicas psicofísicas de respiración y relajación. - Empezar a partir de la semana 14. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de masaje en los pies o manos (presión moderada). Estimulación de diferentes puntos que representan los diferentes órganos o partes del cuerpo que se estimulan. - Aumenta la calidad de vida. Induce al sueño. Aumenta efecto calmante, relajante y analgésico. - CONTRAINDICACIONES: durante el parto no más de 20 min. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia que utiliza la música durante el embarazo y parto, con el objetivo de crear una respuesta condicionada. - Proporciona aumento de endorfinas, alivio del dolor, estimulación sensorial al feto, favorece actitud positiva frente a la maternidad, produce relajación, disminuye estrés, ansiedad. - Se puede realizar durante el embarazo. - La mujer debe ser sensible a la música.
ACUPUNTURA O ACUPRESIÓN	HOMEOPATÍA	OTRAS
<ul style="list-style-type: none"> - Inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo. La mayoría de los puntos de acupuntura están conectados o localizados cerca de estructuras neurales (estimulación sistema nervioso). - Disminuye las náuseas y vómitos, dolor de espalda y dolor de cabeza. En el parto se utiliza en el desprendimiento de la placenta. - CONTRAINDICACIÓN: no se debe comenzar la terapia durante el embarazo, sino antes. 	<ul style="list-style-type: none"> - El principio del tratamiento se basa en que la sustancia homeopática estimulará el organismo y las funciones curativas para alcanzar un estado de equilibrio y aliviar los síntomas. Fortalecer el sistema inmunológico del organismo. Son medicinas naturales. Los remedios homeopáticos se aplican como potencias que se obtienen de cantidades ínfimas y muy diluidas de las sustancias de las que derivan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taichi, rebirthing, hipnosis, terapia craneo sacral. - Asesoramiento por especialistas.

ESTIMULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y MASAJE INFANTIL

El masaje es una técnica de estimulación infantil que utiliza el tacto, el contacto visual y la voz como instrumentos de interacción entre la madre el padre y su hijo o hija (tabla 34).

Las consideraciones generales a tener en cuenta son:

- Iniciar de izquierda a derecha de la persona que lo da.
- Realizar una presión suave.
- Intercambiar miradas, hablarle, llamarle por su nombre.
- Duración de 10 a 15 minutos.
- Horario en el que la criatura esté receptiva.

Tabla 34. Masaje a la criatura.

Piernas
<ul style="list-style-type: none"> • Se sujeta la pierna de la criatura en vertical. • Se giran las manos en direcciones opuestas desde ingle a tobillo. • Rotar las manos alrededor de las piernas de la criatura, desde ingle a tobillo.
Abdomen
<ul style="list-style-type: none"> • Se deslizan las manos sobre el abdomen de la criatura, una tras otra, como si fueran palas y estuvieran recogiendo arena hacia la persona que hace el movimiento. ("el molino"). • Con la punta de los dedos se mueven como si se caminase por el abdomen del bebé desde su derecha hacia su izquierda ("andando"). • Con la mano derecha se acaricia la parte ízquierda del abdomen de la criatura con un movimiento único hacia abajo "I". • Luego como una "L" invertida de derecha a izquierda del abdomen de la criatura. • Finalmente como una "U" invertida que vaya de su derecha a su izquierda de la criatura. ("I LOVE YOU").
Pecho
<ul style="list-style-type: none"> • Se colocan las 2 manos juntas en el centro del pecho de la criatura. • Luego se presiona hacia los costados como si se alisaran las hojas de un libro ("el libro abierto"). • Sin levantar las manos de su cuerpo se vuelven a llevar al centro del pecho (como si se dibujara un corazón). • Se colocan las 2 manos sobre el pecho de la criatura. • Luego se desplaza la mano derecha en diagonal hasta llegar al hombro, después se hace lo mismo con la mano izquierda ("la mariposa").
Brazos y manos
<ul style="list-style-type: none"> • Primero se levanta un brazo de la criatura y se masajea su axila varias veces siguiendo las agujas del reloj. • Luego se levanta un brazo de la criatura en vertical envolviéndolo con las 2 manos, cerca del hombro, a continuación se mueve una mano en dirección contraria a la otra rotando hacia delante y hacia atrás, desde el hombro a la mano, con presión suave ("presionar y apretar"). • Se coge la mano derecha de la criatura y se dibujan círculos sobre su muñeca, siguiendo el movimiento de las agujas del reloj ("la pulsera").

Tabla 34. Masaje a la criatura (continuación).

Cara
<ul style="list-style-type: none"> • Comenzar desde el centro de su frente, desplazando los 2 dedos pulgares hacia los laterales. • Realizar el mismo movimiento hacia abajo, partiendo del centro de la nariz (procurar no taponarle los ojos). • Finalmente dibujar sonrisas desde el centro del labio superior hacia los lados, lo mismo en el labio inferior.
Espalda
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la criatura hacia abajo sobre una colchoneta o en el regazo. • Poner las 2 manos juntas en la parte superior de la espalda, atravesadas respecto a la columna. • Mover las manos en vaivén en direcciones opuestas e ir bajando hasta llegar al culo. • Repetirlo en dirección a los hombros y después volver a bajar.

EL MASAJE DE LOS PIES DE LA CRIATURA

Los cólicos del RN son de causa desconocida, aunque se cree que son debidos a la inmadurez del tubo digestivo del bebé. El masaje de los pies intenta aliviar las molestias que producen los cólicos, que se dan sobre todo durante los 2-3 primeros meses de vida.

La reflexología podal está basada en el hecho de que en los pies se representan todos los puntos del organismo. Los dos pies unidos representan todos los órganos del cuerpo humano, entre ellos el tubo digestivo. En el cólico del lactante se producen contracciones bruscas del intestino, por esto es el órgano que nos interesa principalmente a la hora del masaje (ver figura 9).

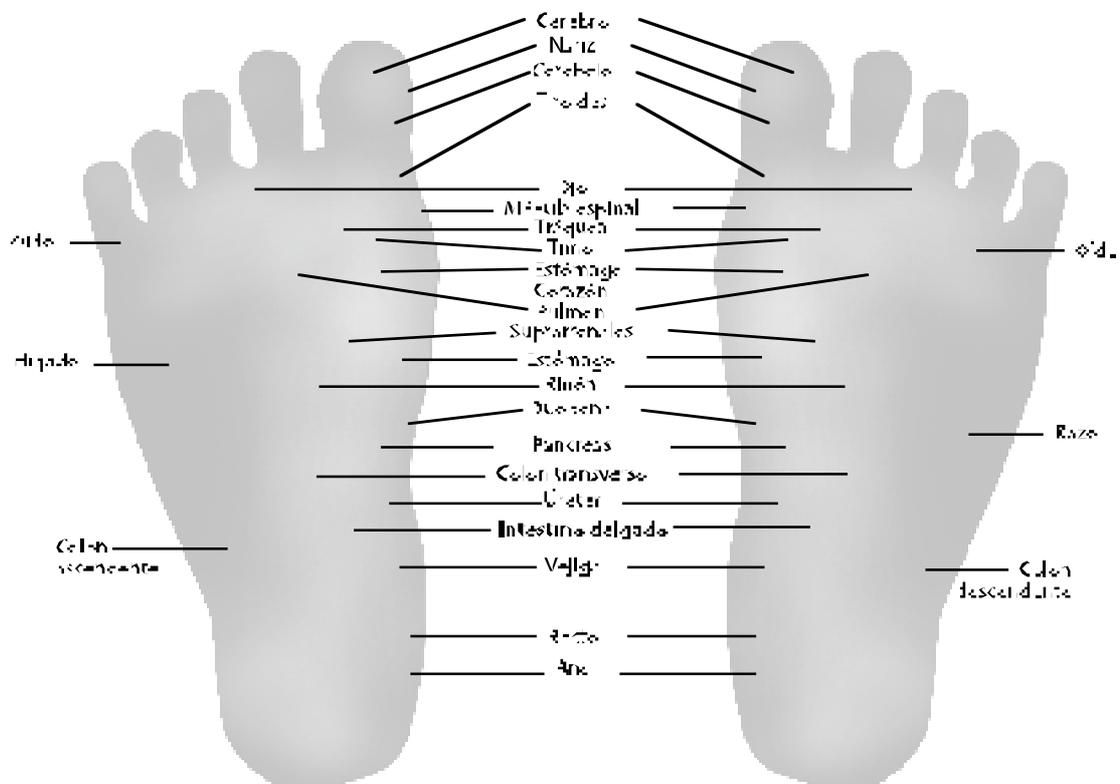


Figura 9. Diagrama del pie.

- ▶ La parte derecha del intestino está representada en el pie derecho, donde se localiza el colon ascendente y el colon transverso.
- ▶ La parte izquierda del intestino está representada en el pie izquierdo, donde se localiza el colon transverso y el colon descendente.

La diferencia entre la reflexología en el adulto y el masaje del bebé, es que en el adulto buscamos los puntos y masajeamos con presión y en la criatura NO SE PRESIONA NUNCA. Es un masaje suave en la zona que representa el intestino, sin dolor; un masaje de placer.

El masaje del bebé es un momento de contacto entre la madre y su hijo o hija, en el que lo disfrutas, le hablas a tu niño o niña, juegas, le transmites calor, tu amor; y tu criatura también te transmite sus sensaciones y su bienestar.

¿Cómo se hace el masaje?

- Tras el lavado de las manos, frotarlas para calentarlas y poner un poco de aceite de almendras.
- El masaje se hace durante 10 minutos aproximadamente.
- La zona del intestino se localiza por encima del talón, en la zona del puente del pie.
- El masaje se hace de forma suave, acariciando. Se da en sentido del intestino, por ejemplo, en el caso del pie izquierdo sería de dentro hacia fuera y hacia abajo o con un masaje en el puente. Con esto se estimula el intestino del niño o niña, facilitando la digestión, la movilización del intestino, eliminación de gases e incluso la defecación.

Se debe hacer cuando el niño o niña está tranquila, por ejemplo después de comer, es muy importante que esté receptiva.

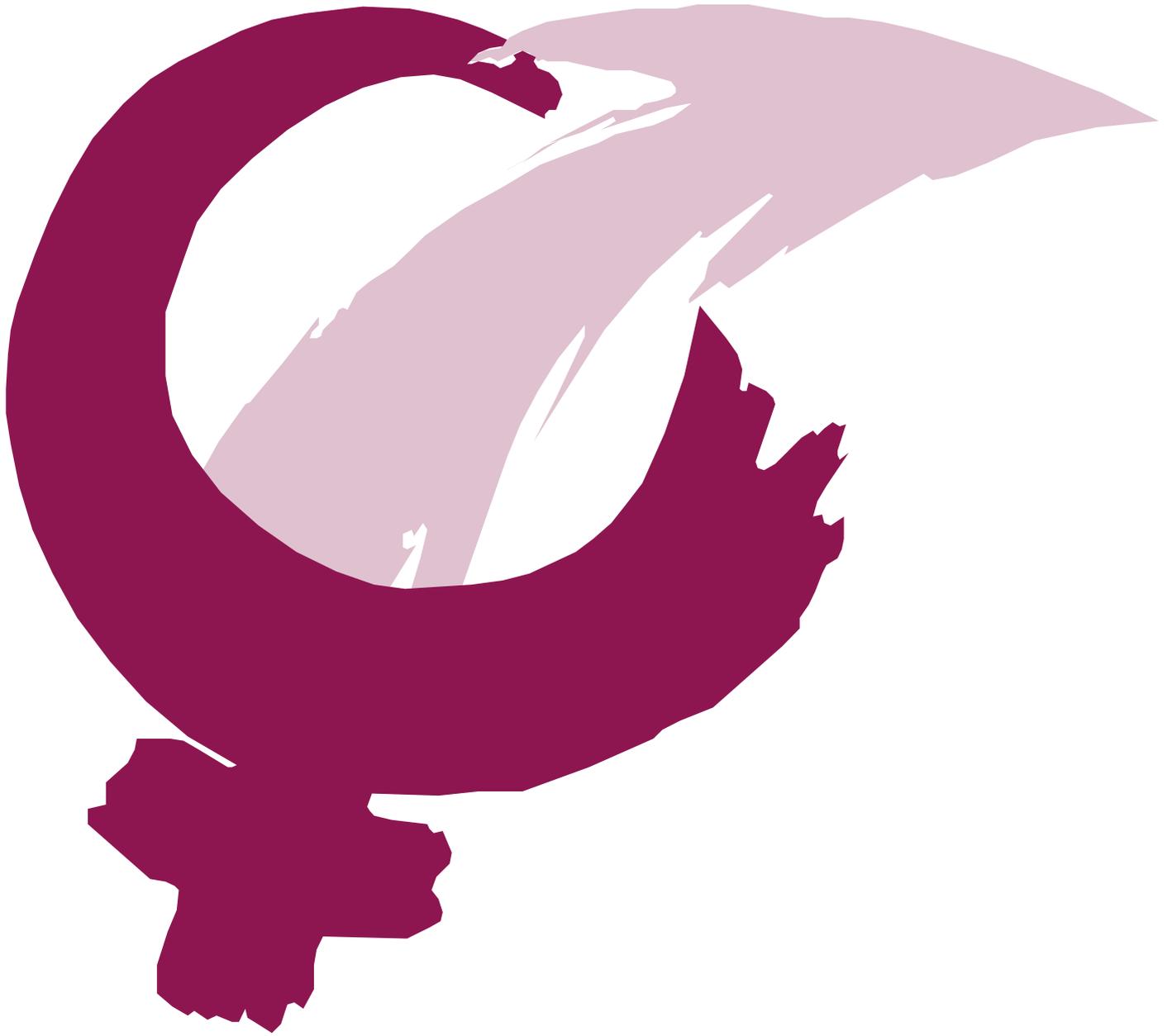
Otro punto para tratar los cólicos es la región del recto y el ano, que se localizan debajo del tobillo en la parte interna del pie, debe darse con mucha suavidad. El masaje se da en sentido de las agujas del reloj, tanto en un pie como en otro.

Para relajar a la criatura, el masaje se da suave en el punto del plexo solar, en el sentido de las agujas del reloj. Es muy útil para antes de dormir.

Anexo 1. Hoja de evaluación de las sesiones de preparación a la maternidad y paternidad.

HOJA DE EVALUACIÓN SESIONES EDUCACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD												
						CENTRO DE SALUD						
DATOS DE LA EMBARAZADA												
FECHA DE NACIMIENTO				DA	MES	AÑO	LUGAR DE RESIDENCIA		MUNICIPIO			
CONVIVE EN PAREJA				SI		NO			PROVINCIA			
ESTADO CIVIL		SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	SEPARADA			CÓDIGO POSTAL			
PAIS DE NACIMIENTO								AÑO LLEGADA				
NACIONALIDAD												
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		ANALFABETA		PRIMARIOS		FORMACION PROFESIONAL		OTROS				
		SIN ESTUDIOS		SECUNDARIOS		UNIVERSITARIOS		NO CLASIFICABLE POR GRADOS Y NO BEM ESPECIFICADO				
SITUACIÓN LABORAL						SITUACIÓN FAMILIAR						
DE LA MUJER						DE LA PAREJA		CON CARGAS FAMILIARES:				
		Estudiante Trabajo domestico remunerado Trabajo domestico no remunerado Trabajo por cuenta propia Trabajo por cuenta ajena En desempleo con ayuda económica En desempleo sin ayuda económica						Económica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Dependencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
		Pensionista Otros (especificar)						SÓLO A POBLACIÓN EXTRANJERA (CONOCIMIENTO DEL IDIOMA)				
								Habla Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Lee Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Entiende Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/>				
Por favor, señale de los contenidos el grado de utilidad que han tenido para usted												
Módulo 1						Acudió: Sola <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/>						
Significado maternidad/paternidad				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Cuidados prenatales				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Alimentación y ejercicio físico				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Roles género y violencia contra mujeres				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Aspectos sociales del embarazo				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Aspectos psicológicos asociados a la gestación				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Anatomía y fisiología del embarazo				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Desarrollo embrionario y fetal				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Módulo 2 Sesión 1ª y 2ª						Acudió: Sola <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/>						
Aspectos psicológicos de/len el embarazo/pareja				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Cambios maternos y cuidados prenatales				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Hábitos alimentarios y práctica ejercicio físico				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Prevención complicaciones: HTA, DM				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Módulo 2 Sesión 3ª						Acudió: Sola <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/>						
Aspectos roles de género. Socialización				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Controles obstétricos durante gestación				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Reconocen signos de alarma				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Conocer las diferentes pruebas de valoración fetal				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Módulo 2 Sesión 4ª						Acudió: Sola <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/>						
Prevención violencia				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Medidas protección social maternidad y paternidad				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Medidas de apoyo a las familias				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Medidas protección en el ámbito laboral				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				
Trámites administrativos nacimiento, maternidad y paternidad				Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>				

Módulo 2 Sesión 5ª y 6ª Cuidados del parto		Acudió: Sola <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/>			
Estrategias parto normal	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Información proceso del parto	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Identificar miedos y ansiedades	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Signos y señales del parto	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Etapas parto espontáneo	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Tipos parto	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Aspectos psicológicos del parto	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Elaboración del plan de parto	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Control dolor del parto	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Módulo 2 Sesión 7ª Puerperio hospitalario		Acudió: Sola <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/>			
Afectividad y roles	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Cambios de la mujer en el puerperio	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Inclusión del padre o pareja en los cuidados	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Autocuidado	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Signos alarma puerperales	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Complicaciones	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Módulo 2 Sesión 8ª Vuelta a casa. Vínculo afectivo y la paternidad		Acudió: Sola <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/>			
Vínculo afectivo	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Cambios psicológicos	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Maternidad/paternidad/roles género	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Vuelta a casa	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Métodos anticonceptivos	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Módulo 2 Sesión 9ª Lactancia					
Lactancia materna: técnica amam...	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Lactancia mixta:	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Lactancia artificial: técnica	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Problemas tempranos de las mamas	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
CUIDADOS DE LA CRIATURA					
Características criatura normal	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Cuidados de la criatura	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Signos alarma	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Revisión hospitalaria y seguimiento en A.P.	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Modelos educativos par la prev. de la violencia	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Módulo 3					
Cuidados maternos en el posparto	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Resol. dudas en el cuidado de la criatura	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Lactancia, vínculo afectivo	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Apoyo familiar	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Paternidad	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>
Modelos educativos para prevención	Muy útil <input type="checkbox"/>	Útil <input type="checkbox"/>	Poco útil <input type="checkbox"/>	Nada útil <input type="checkbox"/>	Ns/Nc <input type="checkbox"/>



Recomendaciones

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

CLASIFICACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIA

- ▶ **Ia.** Evidencia obtenida por una meta-análisis de ensayos clínicos controlados.
- ▶ **Ib.** Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado randomizado.
- ▶ **Ila.** Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y bien diseñado sin randomización.
- ▶ **Ilb.** Evidencia obtenida de al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental bien diseñado.
- ▶ **III.** Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de cohortes y estudios de casos-control.
- ▶ **IV.** Evidencia obtenida de informes de comités de expertos o bien opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas.

CLASIFICACIÓN DE GRADOS DE RECOMENDACIÓN

- ▶ **Grado A:** Requiere al menos un ensayo clínico controlado randomizado, de buena calidad y consistencia, dirigido a recomendaciones específicas. Se corresponde con los niveles de evidencia Ia y Ib.
- ▶ **Grado B:** Requiere la disponibilidad de un estudio clínico bien conducido, pero no un ensayo clínico randomizado para las recomendaciones. Se corresponde con los niveles de evidencia Ila, Ilb y III.
- ▶ **Grado C:** Requiere la evidencia obtenida por los informes de los comités de expertos y/o experiencia clínica de las autoridades en la materia. Se corresponde con los niveles de evidencia IV.
- ▶ **Puntos de buena práctica,** donde no existe evidencia, pero donde la mejor práctica está basada en la experiencia clínica del Grupo de Expertos que desarrolla la guía.

RECOMENDACIONES PARA PARTO NORMAL

Las prácticas habituales en la asistencia al parto normal se clasifican en cuatro categorías, dependiendo de su utilidad, su eficacia o su carácter perjudicial. La clasificación refleja la visión del Grupo Técnico de Trabajo sobre el Parto Normal. Los argumentos para esta clasificación constituyen el resultado de las reflexiones y los debates en el seno del Grupo de Trabajo, basados en la mejor y más rigurosa evidencia disponible en la actualidad.

CATEGORÍA A (PRÁCTICAS QUE SON CLARAMENTE ÚTILES Y QUE DEBIERAN SER PROMOVIDAS)

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y, si procede, a su familia.
2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
3. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
5. Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada.
6. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto. Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
7. Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.

8. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
9. Métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación.
10. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
11. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
12. Uso de guantes en los tactos vaginales durante el nacimiento del bebé y el manejo de la placenta.
13. Libertad de posición y movimientos durante todo el parto.
14. Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto.
15. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.
16. Uso profiláctico de oxitocina en la tercera fase del parto en la mujer con riesgo de hemorragia posparto, o en peligro por la pérdida de una pequeña cantidad de sangre.
17. Esterilidad al cortar el cordón.
18. Prevención de hipotermia en el recién nacido.
19. Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo, y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.
20. Examen sistemático de la placenta y las membranas.

CATEGORÍA B (PRÁCTICAS QUE SON CLARAMENTE PERJUDICIALES O INEFICACES QUE DEBIERAN SER ELIMINADAS)

1. Uso rutinario del enema.
2. Uso rutinario del rasurado púbico.
3. Infusión intravenosa de rutina en el parto.
4. Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
5. Posición en decúbito supino rutinaria durante la dilatación.
6. Examen rectal.
7. Uso de pelvimetrías mediante rayos X.
8. Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
9. Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.
10. Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
11. Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
12. Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso de ergometrina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto. Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
14. Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

CATEGORÍA C (PRÁCTICAS DE LAS QUE NO EXISTE UNA CLARA EVIDENCIA PARA FOMENTARLAS Y QUE DEBIERAN USARSE CON CAUTELA HASTA QUE NUEVOS ESTUDIOS CLARIFIQUEN EL TEMA)

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa.
2. Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
3. Presión del fondo uterino durante el parto.
4. Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.

5. Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.
6. Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.
7. Pinzamiento temprano del cordón umbilical.
8. Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

CATEGORÍA D (PRÁCTICAS QUE A MENUDO SE UTILIZAN INADECUADAMENTE).

1. Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
2. Control del dolor con agentes sistémicos.
3. Control del dolor con analgesia epidural.
4. Monitorización fetal electrónica.
5. Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto.
6. Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
7. Estimulación con oxitocina.
8. Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto.
9. Cateterización de la vejiga.
10. Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa o casi completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.
11. Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto (como por ejemplo 1 hora), incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
12. Instrumentalización del parto.
13. Uso liberal o sistemático de la episiotomía.
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento.

El cuidado del embarazo y parto normales debe, según la OMS:

- A) Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
- B) Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
- C) Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
- D) Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- E) Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
- F) Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- G) Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
- H) Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- I) Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- J) Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

- ▶ La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos salvo raras excepciones (**Grado A**). La decisión última en relación con el modo de alimentar al niño la debe de tomar la madre.
- ▶ Antes de que el pediatra recomiende la introducción de suplementos de fórmula adaptada o un destete precoz, debe valorar cuidadosamente las consecuencias de esta decisión, asumir la responsabilidad de la misma y estar seguro de que ha agotado todas las opciones posibles para mantener la lactancia materna (**Grado A**).
- ▶ Antes de que el pediatra recomiende la introducción de suplementos de fórmula adaptada o un destete precoz, debe valorar cuidadosamente las consecuencias de esta decisión, asumir la responsabilidad de la misma y estar seguro de que ha agotado todas las opciones posibles para mantener la lactancia materna (**Grado A**).
- ▶ Excepto en el caso de circunstancias excepcionales, el recién nacido debe permanecer con la madre a lo largo del periodo de recuperación. Si un niño precisa observación, debería ser la enfermera o el pediatra el que se desplaza a la habitación de la madre para vigilar al niño, en vez de separarlos a ambos. El personal sanitario que trabaja en las maternidades debe incluir como objetivo prioritario de su trabajo disminuir el número de niños que se separan de sus madres. Esto favorecerá la lactancia materna y ayudará a un mejor desarrollo del niño enfermo (**Grado B**).
- ▶ Los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que el niño lllore, si esta despierto, buscando o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho (**Grado B**). El llanto suele ser un indicador tardío de hambre y en ocasiones, cuando el niño esta ya irritable, se dificulta el amamantamiento. Durante los primeros días se recomienda que al menos haga 8 tomas. La duración de las tomas la determina el propio niño, lo ideal es esperar a que el niño se suelte espontáneamente. El personal del hospital debe observar cómo se instaura la lactancia y resolver las dificultades, tranquilizar a las madres, explicarles que a casi todas las mujeres les resulta difícil lactar a sus hijos durante los primeros días y que por eso es normal que necesiten ayuda.
- ▶ No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados (**Grado B**).
- ▶ Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio a la lactancia materna y usarlo solo cuando la LM esté bien establecida (**Grado B**). En algunos niños y niñas, el uso precoz de chupetes puede interferir con el establecimiento de una buena técnica de amamantamiento, mientras que en otros puede indicar la presencia de algún problema con la lactancia que requiera intervención. Esta recomendación no contraindica el empleo de chupetes para succión no nutritiva y entrenamiento oral de prematuros u otros niños y niñas con necesidades especiales.
- ▶ Después del alta de la maternidad, sobre todo si el alta ha sido precoz, antes de las 48 horas de vida, el niño o niña debe ser valorado por el pediatra o por una enfermera experta en los dos o 4 días siguientes. Se aprovechará la visita para valorar la situación de la criatura, reforzar la lactancia y ayudar a resolver las dificultades que hayan podido surgir (**Grado B**).
- ▶ La lactancia materna exclusiva es el alimento idóneo durante los 6 primeros meses de la vida y debe continuarse durante todo el primer año de vida y más allá de dicha edad si tanto la madre como el niño o niña lo desean. Alrededor de los 6 meses de edad se deben introducir de forma gradual alimentos complementarios ricos en hierro. La introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses generalmen-

te no aumenta la ingesta calórica total ni la tasa de crecimiento y todos los alimentos sustitutos carecen de los componentes protectores de la leche humana (**Grado A**).

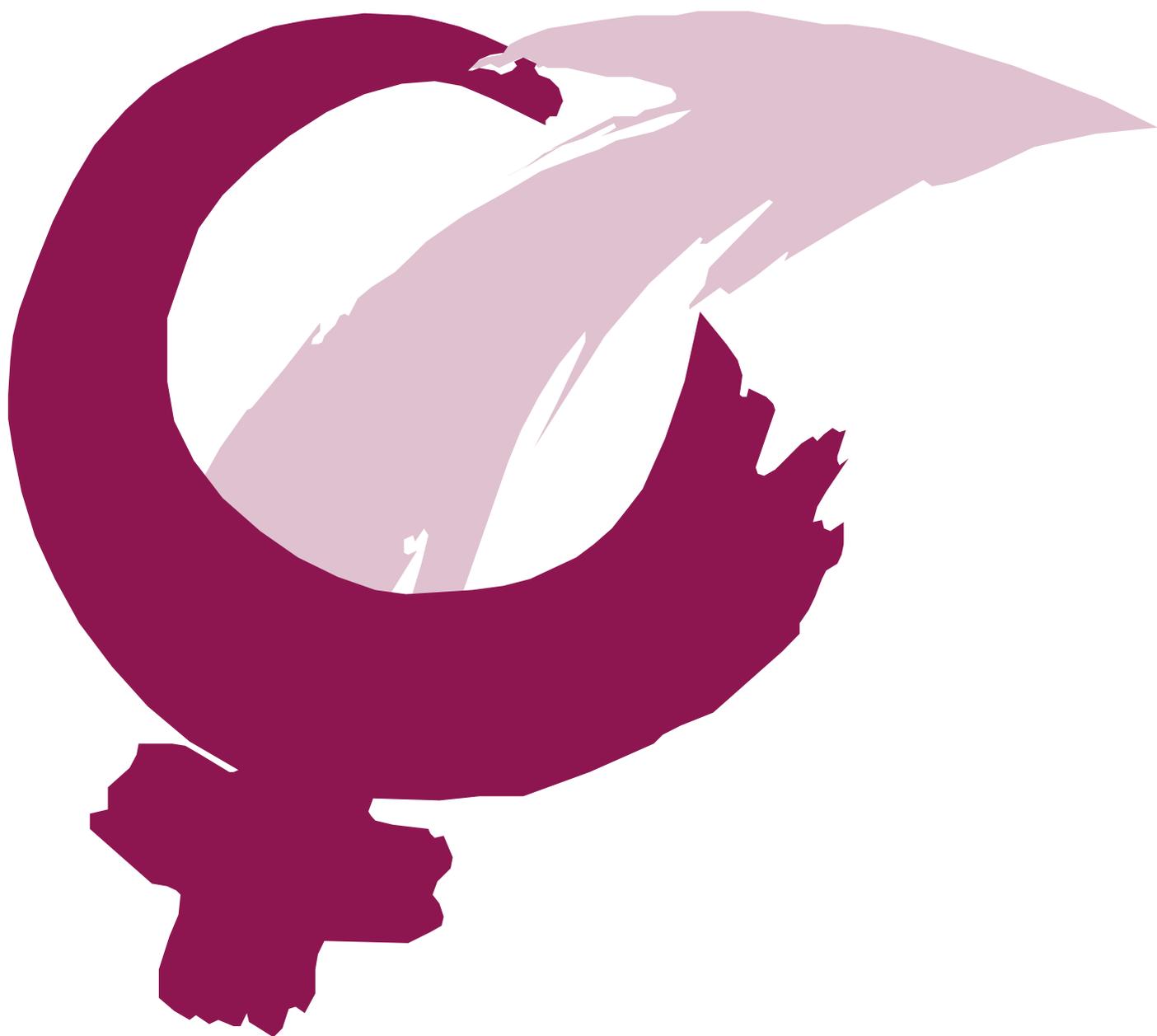
- ▶ Se deben aportar suplementos de vitamina D y hierro en algunos grupos de niños seleccionados (vitamina D a niños y niñas que no reciben una exposición solar adecuada o niños y niñas con piel muy pigmentada; hierro a los niños y niñas prematuros y a los que por cualquier otro motivo puedan tener los depósitos de hierro disminuidos) (**Grado B**).

1. RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

- ▶ Los programas estructurados que combinan la educación en lactancia materna con los consejos orientados a cambios de conducta aumentan las frecuencias de iniciación y su continuación más allá de los 3 meses son efectivos, (95,96) (**Grado B**).
- ▶ Los y las profesionales sanitarios debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico de la criatura amamantado al pecho. Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna, el pediatra o la enfermera vean cómo mama la criatura, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta (**Grado B**).
- ▶ El o la pediatra de Atención Primaria debe conocer y estimular las iniciativas de la maternidad de referencia en relación con la lactancia (**Grado A**). Debe comunicar a los pediatras hospitalarios las deficiencias que refieren las madres o que detecte él mismo, en relación con la promoción de la lactancia en la maternidad. Sería aconsejable que participara activamente en el cumplimiento de los diez puntos de la Iniciativa hacia una "Feliz Lactancia Natural", en todas las maternidades para aumentar el número de "Hospitales Amigos de los Niños".
- ▶ El o la pediatra debe rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta presente en el centro de salud, en relación con el sucedáneo de leche de madre (**Grado B**).

2. RECOMENDACIONES PARA LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LACTANCIA MATERNA

- ▶ La situación ideal es que la criatura permanezca 6 meses de lactancia materna exclusiva, pasado este periodo las necesidades nutricionales de esta se modifican sobre todo porque se deben incrementar los aportes de hierro (**Grado A**). El objetivo del supuesto destete es conseguir introducir los alimentos adecuados (fruta, cereales, verduras, carne, etc.) manteniendo la lactancia hasta al menos el año de edad.
- ▶ La introducción de triturados se debe realizar con cuchara, salvo en circunstancias muy especiales como pueden ser los grandes prematuros, no se aconseja el uso de biberones ni siquiera para la administración de líquidos suplementarios. A partir de los 6 meses, los zumos o el agua se pueden dar en un vasito. Antes de esta edad, si están con lactancia materna exclusiva, no precisan ningún aporte de líquido extra (**Grado B**).
- ▶ Si la madre se ha incorporado a su puesto de trabajo se le debe aconsejar que se extraiga la leche durante el horario laboral y que luego cuando esté con el niño o niña le de todas las tomas que pueda. Las tomas nocturnas ayudan a mantener la lactancia. El dispositivo hormonal que se pone en marcha durante la lactancia tarda mucho en desaparecer, los niveles de prolactina se mantienen muy elevados aun meses después de finalizada la lactancia, por lo que la recuperación de la leche, después de disminuciones recortadas en la producción, es fácilmente alcanzable (**Grado A**).



Recursos en Canarias y Bibliografía

RECURSOS DE INFORMACIÓN

Las ayudas a las familias pueden ser concedidas por diferentes organismos públicos (Seguridad Social, Servicio Público de Empleo, Agencia Tributaria, etc.) y en distintos niveles (autonómico, insular, comarcal, municipal). En cada Centro de Salud el/la Trabajador/a Social mantiene actualizada una Guía de Recursos que resulta muy útil pues se recogen los recursos y servicios específicos de los que se puede disponer en cada Zona Básica de Salud. En su defecto se debe acudir al punto de información más cercano de cada uno de los organismos:

- Centros de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud.
- Unidades de Trabajo Social, de Atención a la Familia y de Atención a la Mujer dependientes de cada Ayuntamiento.
- Dirección Provincial y Centros de Atención e Información urbanos y comarcales del Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Oficinas de Empleo del Servicio Canario de Empleo.
- Centros de Atención a la Mujer dependientes de los Cabildos insulares, del Instituto Canario de la Mujer y de ONG.

1. RECURSOS / INFORMACIÓN EN INTERNET

- Página del Servicio Canario de la salud (relación de Centros de Salud).
www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs
- Página de la Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda (relación de Centros de Servicios Sociales, información específica en materia de Menor y Familia, Escuelas Infantiles, etc.).
<http://www.gobiernodecanarias.org/bienestarsocial/menorfamilia.jsp>
- Página del Instituto Canario de la Mujer. Relación de Centros, Servicios y Oficinas de Atención a la Mujer).
www.gobiernodecanarias.org/icmujer
- Página del Servicio Canario de Empleo (relación Oficinas de Empleo).
http://www.gobiernodecanarias.org/empleo/portal/portallnicio/que_es.html
- Página de la Seguridad Social. Relación Centros de Atención e Información. Información sobre Prestaciones).
www.seg-social.es
- Página del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.
<http://www.saad.mtas.es/portal/saad/presentacion.html>

2. NORMATIVA REGULADORA

- LEY 35/2007, de 15 de noviembre, por la que se establece la deducción por nacimiento o adopción en el Impuesto sobre la Renta de la Personas Físicas y la prestación económica de pago único de la Seguridad Social por nacimiento o adopción. (BOE nº 275, de 16/11/2007).
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE nº 71, de 23/03/2007).
- Ley 1/2007, de 17 de Enero, por la que se regula la Prestación Canaria de Inserción (BOE nº 50, de 27/02/2007).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (BOE nº 299 de, 15/12/2006).
- Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de protección integral contra la Violencia de género (BOE nº 313, de 29/12/2004).

- Ley 40/2003 de 18 de noviembre de Protección a las Familias Numerosas (BOE nº 277, de 19/11/2003).
- Ley 39/1999 de 5 de Noviembre para promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las personas trabajadoras (BOE nº 266, de 06/11/1999).
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269, de 11/11/1995).
- Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2009 (BOE nº 27, de 31/01/2009).
- Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE nº 138, de 09/06/2007).
- Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia (BOE nº 114, de 12/05/2007).
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia (BOE nº 96, de 21/04/2007).
- Real Decreto 1369/2006 de 24 de noviembre por el que se regula el programa de Renta Activa de Inserción para desempleados con especiales necesidades económicas y dificultades para encontrar empleo (BOE nº 290, de 05/12/2006).
- Real Decreto 1621/2005 de 30 de diciembre por el que se regula el reglamento de la Ley 40/2003 de 18 de noviembre de Protección a las Familias Numerosas (BOE nº 15, de 18/01/2006).
- Real Decreto 1452/2005 de 2 de Diciembre por el que se regula la ayuda económica establecida en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE nº 301, de 17/12/2005).
- Real Decreto 1335/2005 de 11 de Noviembre por el que se regulan las Prestaciones Familiares de la Seguridad Social (BOE nº 279, de 22/11/2005).
- Decreto 163/2008, de 15 de julio, que modifica el Decreto 54/2008, de 25 de marzo (BOC nº 61, de 26.3.08).
- Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOC 299, de 15/12/2006).
- Decreto 136/2007, de 24 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 1/2007, de 17 de enero, por la que se regula la Prestación Canaria de Inserción (BOC nº 116 de 12/06/07).
- Decreto 84/1998, de 28 de mayo (BOC nº 73, de 15.6.1998) por el que se modifica el Decreto 108/1997, de 26 de junio, que fija la cuantía y establece el procedimiento de liquidación y cobro del precio público por la prestación de servicios en las Escuelas Infantiles dependientes de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales (BOC nº 73, de 15/06/1998).
- Orden de 10 de abril de 2008 por la que se aprueban las bases que han de regir en la concesión de ayudas destinadas al cuidado de personas mayores dependientes en su propio hogar, y se efectúa la convocatoria para el año 2008 (BOC nº 82, de 23/04/08).
- Orden de 30 de marzo de 2007 por la que se efectúa la convocatoria para las ayudas a familias en las que se produzcan partos múltiples (BOC nº 76, de 17/04/2007).
- Orden de 26 de diciembre de 2006 (BOC nº 252, de 30.12.06), por la que se establece el procedimiento de concesión por el Instituto Canario de la Mujer de ayudas económicas para

mujeres víctimas de violencia de género que acrediten insuficiencia de recursos y especiales dificultades para obtener un empleo (BOC nº 252, de 30/12/2006).

- Orden de 11 de Marzo de 2002, por la que se aprueban las bases de vigencia indefinida y se efectúa la convocatoria para la concesión de ayudas para el año 2002 a familias en las que se produzcan partos múltiples (BOC nº 40, de 20/03/2002).
- Orden de 20 de septiembre de 1994 (BOC nº 122, de 5.10.1994) por la que se regula la concesión de plazas en las Escuelas Infantiles dependientes de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia (BOC nº 122, de 05/10/1994).

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y ASOCIACIONES PARA MUJERES

Tabla 35. Grupos de apoyo a la Lactancia Materna en la Provincia de Las Palmas.

LOCALIDAD	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL GRUPO	DÍAS DE REUNIÓN	CONTACTO
Telde	Telde - Parque de San Juan (detrás del parque infantil, casa prefabricada)	Martes 17:45 horas	Itziar Blanco 687 844 834 Guayarmina y Elizabet begotzu@eresmas.com
Las Palmas de G.C.	Ciudad Jardín Centro "Nuestra Sra. de Fátima", C/ Antonio Manchado Vingletti nº 1	Martes 18:00 horas	
Las Palmas de G.C.	Centro de Salud "El Lasso"	Miércoles 11:00 horas	Virginia
Sta. María de Guía	Comarca Norte de G.C. Antiguo Instituto de Sta. María de Guía	Miércoles 18:00 horas	
San Bartolomé de Tirajana	Maspalomas - Centro de Estancias Diurnas. Concejalía de La Mujer de San Fernando	Invierno Miércoles 17:30 h. Verano Miércoles 18:00 h.	Patricia Bergstrom 637 564 296 lactancia@telefonica.net
Sta. Lucía de Tirajana	Vecindario - Casa de La Enredadera, C/ Manjón nº 1, Sardina del Sur	Jueves 18:00 horas	677 267 190
Las Palmas de G.C.	Almatriche - Escuela Infantil "Mama Pata", Carretera General de Almatriche nº 161	Viernes 18:00 horas	Elena Thomsen 660 985 530
La Aldea de San Nicolás	La Aldea	2 sábados al mes, llamar al teléfono 24 horas	Magdalena 610 695 575
Municipio de Mogán	Mogán	Grupo itinerante, llamar al teléfono 24 horas	Magdalena 610 695 575
Santa Brígida	Santa Brígida - Centro de Mayores	Miércoles 17:15 horas	617 754 648
Las Palmas de G.C.	Materno - Hospital Universitario Materno Infantil de G.C. Centro Cultural de la Vega	Martes y Jueves de 17:30 a 20:00h Sábados por la mañana	Monitoras voluntarias en rotación
Arrecife de Lanzarote		Viernes 17:00 horas	655 192 048

Tabla 36. Grupos de apoyo a la Lactancia Materna en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife.

LOCALIDAD	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL GRUPO	DÍAS DE REUNIÓN	CONTACTO
Valverde	El Hierro Escuela Infantil Municipal de Valverde, Los Barriales nº 2	Primer martes de cada mes a las 17:00 horas	616 554 140
Santa Cruz de La Palma	La Palma Centro ocupacional de Breña Alta		649 354 621
El Sauzal	El Sauzal Carretera Vecinal nº 136	1 ^{er} y 3 ^{er} miércoles de cada mes; 10:00 horas	Estefanía 677 603 973 Doly 616 886 640
Los Cristianos	Los Cristianos Centro Cultural Los Cristianos, Arona	Miércoles 16:30-18:30 horas	635 180 728

Teléfono 24 horas URGENCIAS 610 695 575
Página Web: <http://grupolactanciamaterna.iespana.es>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- "Atención a la Mujer y el Niño durante el embarazo y el puerperio" Ramón Ciurana Misol. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Atención Primaria del PAPPs-semFYC. <http://www.aepap.org/previnfad/Embpuer.htm>.
- "Prevención de los Trastornos Mentales" Informe Compendiado. OMS 2004.
- "Prevención y detección del Maltrato Infantil". Previnfad. AEPap/PAPPs - semFYC Programa de Salud Infantil. SCS. 2005.
- Aguilar Cordero, M J.: Tratado de Enfermería infantil. Cuidados pediátricos. Madrid. Elsevier. 2003.
- American College of Obstetricians and Gynecologist: Antepartum fetal surveillance. Practice Bulletin Nº 9, octubre 1999.
- American College of Obstetricians and Gynecologist: Special test for monitoring fetal health. Patient Education Pamphlet, Enero 2002.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 267, Jan 2002.
- Arbós Galdón, J. y cols. : Accidentes infantiles en Atención Pimaria. Rev San Hig Pub1995; 69, 1: 97-103. Astrand Per-Olof y Rodahl Kaare. Fisiología del trabajo físico. Bases fisiológicas del ejercicio, Buenos Aires, Editorial médica Panamericana.
- Austin, MP., Leader, L.: Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2000; 40(3):331-337.
- Baciuk E.P, Pereira RI, Cecatti J G, Braga A F and Cavalcante S R. Water aerobics in pregnancy: cardiovascular response, labor and neonatal outcomes. Reproductive Health 2008, 5:10 doi: 10.1186/1742-4755-5-10 (<http://www.reproductive-health-journal.com/content/5/1/10>).
- Baird, C.L., Sands, L.: A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis. Pain Management Nursing. Vol 5, Nº 3, pp: 97-104. (2004).
- Bajo Arenas JM, González de Agüero R. Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio. En Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Fabre E (ed), Zaragoza, 1995.

- Bajo Arenas, J.M., González de Agüero, R.: Cambios fisiológicos de la mujer durante el puerperio. En Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Fabre E (ed), Zaragoza, 1995.
- Bakke, A.C., Purtzer, M.Z., Newton, P.: The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 53, pp: 1131-1137. (2002).
- Barakat Carballo R. El ejercicio Físico durante el Embarazo.2006. Ed: Alambra.
- Barakat R, Ruiz JR, Lucia A. Exercise during pregnancy and risk of maternal anaemia. A randomised controlled trial. *Br J Sports Med.* 2009 Jan 21. [Epub ahead of print] PMID: 19139033 [PubMed].
- Barakat R, Stirling JR, Lucia A. Does exercise training during pregnancy affect gestational age? A randomised controlled trial. *Br J Sports Med.* 2008 Aug; 42(8):674-8. Epub 2008 Jun 14. PMID: 18552370 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Barnett, R., Steptoe, A.: Marital Role Quality And Stress-Related Psychobiological Indicators. *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 30, No1. 2005.
- Beckmann, M.M., Garret, AJ.: Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal. (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, Número 1,2007, Oxford, Update Software Ltd.
- Ben Saad H, Prefaut C, Tabka Z, Mtir AH, Chemit M, Hassaoune R, Ben Abid T, Zara K, Mercier G, Zbidi A, Hayot M. 6-minute walk distance in healthy North Africans older than 40 years: influence of parity. *Respir Med.* 2009 Jan; 103(1):74-84. Epub 2008 Nov 28. PMID: 19041233 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Benson, Pernoll. "Manual de Obstetricia y Ginecología". Mc Graw-Hill Interamericana, 2006.
- Bernabé Mollano, MA.: Lactancia materna: Dificultades y estrategias de promoción en la lactancia materna desde atención primaria. Universidad de Sevilla. Ed. Josefa Arguallo Maldonado 2004; 306-13.
- Birtsong. Midwifery Workbook. Daphne Singintree, CPM 4th Edition.
- Botella Llusía, J., Clavero Núñez, J. Tratado de Ginecología. Ed. Díaz de Santos. 1993.
- Bowlby, J.: El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós Psicología Profunda,1990. (Trabajo original publicado en 1969).
- Brazelton, B. T. & Cramer B.G.: La Relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1993.
- Brazelton, T. & Cramer, BG.: La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Ed Paidos.1993.
- Brisson, C. et al.: Effect Of Family Responsibilities And Job Strain On Ambulatory Blood Pressure Among White-Collar women. *Psychosomatic Medicine*; 61 (2) 1999.
- Burroughs, A.: Enfermería Maternoinfantil. México: McGraw-Hill/Interamericana. 2002.
- BURROUGHS, A.: "Enfermería Maternoinfantil". McGraw-Hill Interamericana, 7ª edición. México 1999.
- Burruelo Arjona, J.: Primeros vínculos en la vida y en las consultas. *Revista pediatría de At. Prim.*; 2002. vol II, nº 15.
- Cabero Roura, L.: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, Tomo 1. Ed. Médica Panamericana, SEGO. 2003.
- Calais-Germain, B.: El Periné Femenino y el Parto. Ed. La Liebre de Marzo. 2004.
- Calvo, R.Ruiz, A.: Técnicas de Relajación. Relajación muscular UNED.Madrid.1993.
- Canto Ortiz, J. M. Aprender jugando: Dinámica de grupos: aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos. Ediciones Aljibe (2000).
- Carrera, J.: Preparación física para el embarazo y parto. 2ª edición revisada. Editorial Medici. 2008.
- Carrera.J.M.: Preparación física para el embarazo, parto, postparto. Ed Medici. 1990.
- Cavallier, P.: Visualización. Imágenes para la acción. Ed. Los libros del Comienzo. (1990).

- Chalmers, B., Mangiaterra, V., Porter, R.: Who principales of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth* 2001; 28: 202-207.
- Chasan-Taber L, Schmidt MD, Pekow P, Sternfeld B, Manson JE, Solomon CG, Braun B, Markenson G. Physical activity and gestational diabetes mellitus among Hispanic women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Jul-Aug; 17(6):999-1008. PMID: 18582171 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Chaure López I., Inarejos García M. Master de Enfermería Pediátrica. Barcelona. Masson. 2001.
- Cine, C.R. Martin, D.P., & Deyo,R.A.: Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women. *Obstetrics and Gynecology*. 92(5),842-848.1998.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. nº 5. Madrid: Ergón, 2004.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: Monografías de la A.E.P. Nº 5, 2004.
- Cooper, P.J., Murray, L. :Postnatal Depression. *BMJ* 1998 Jun; 316:1884-6.
- Correa, E. & Holgrem, D.: Trastorno Bipolar en el período reproductivo. *Avances en Psiquiatría Biológica* vol 6. 2005.
- Cortés Prieto, J.: "Obstetricia General" Ed. Universitaria Ramón Areces 2004.
- Courtenay, W.: Determinantes Clave De La Salud Y Bienestar De hombres y chicos. *International Journal of Men's Health*.Jan. 2003.
- Crespo Puras, C.: Cuidados de enfermería en neonatología. Madrid: Ed. Síntesis, 2000.
- Cunningham, F.G. , Gant, N.F., Leveno ,K.J. : Williams Obstetricia (21 edición). Panamericana. 2004.
- Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap,. Hankins, Clark: Williams Obstetricia. Editorial. Médica Panamericana. 20ª Edición 1998.18:407-429.
- Da-Costa, DM.: A prospective study on the influence of stress, social support and coping on birth outcomes and depressive symptomology during pregnancy and the postpartum. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 2000; 60 (8-B): 4213.
- Danforth, D.N.: Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. México: MacGraw-Hill/Interamericana. 2000.
- Derek Llewellyn, J. Ginecología y Obstetricia. Séptima edición. Harcourt. 2000.
- Díaz Atienza.: Vínculo y psicopatología en la Infancia. (Texto completo). Disponible en: www.paidopsiquiatria.com/trabajos/apego.ppt
- Díaz Garcia, M.I., Comeche Moreno, M.I.,Vallejo Pareja, M.A.: Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En: Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Coord.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II, psicología de la salud. Madrid: Pirámide. 2003.
- Didona, N.A, Marks, M. G, Kumn, R.: Enfermería maternal. McGraw- Hill. Interamericana. 1997.
- Diemer, G.A.: Expectant fathres: Influence of perinatal education on stress, doping and spousal relations. *Research in Nursing and Health*, 20(4), 281-293.1997.
- Domingues MR, Barros AJ, Matijasevich A. Leisure time physical activity during pregnancy and preterm birth in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Oct; 103 (1):9-15. Epub 2008 Aug 22. PMID: 18722614 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Donahue SM, Zimmerman FJ, Starr JR, Holt VL. Correlates of Pre-Pregnancy Physical Inactivity: Results from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Matern Child Health J*. 2009 Jan 21. [Epub ahead of print]. PMID: 19156507 [PubMed].
- Donat Colomer, F: Enfermería Maternal y Ginecológica. Madrid. Masson. 2000.
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A. 1995.
- Echeverría Lecuona, J.: Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal.. *Anales de Pediatría*. Volumen 58 (6): 519-22. 2003.

- Elbl-Eibesfeldt, I.: Etología. Introducción al estudio comparado del comportamiento. Ed. Omega, 1979.
- Estévez González, D., Martell Cebrián, R., Medina Santana, E., García Villanueva, P., Saavedra Santana: "Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna". Anales de Pediatría. Vol. 56 – Nº 02 p.144 – 150. 2002.
- Estrategia de Atención al Parto Normal en el sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
- Fernando Oviedo Lugo, G. Jordán Mondragón, V.: Trastornos afectivos posparto Universitas Médica. VOL.47 Nº2. Conseguido en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/3%20Transtomo%20posparto.pdf>.2006.
- Fiocchi, A., Martelli, A., De Chiara, A., Moro, G., Warm, A., Terraciano, L. Primary dietary pevention of food allergy. An Allergy asthma Immunol 2003;91 (1) : 3-12.
- Fors, E.A., Sexton, H., Götestam, K. G.: The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromialgia pain: a prospective, randomized, controlled trial. Journal of Psychiatric Research 36, pp: 179-187. (2002).
- Fox NS, Gelber SE, Chasen ST. Physical and sexual activity during pregnancy and near deliver 2008. Nov; 17(9):1431-5. PMID: 18973427 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Fox, Edward L. Fisiología del deporte. Profesor y director del Laboratory of Work Physiology, the Ohio State University, Columbus, Ohio, Madrid. 1987.
- Frankenhaeuser, M.: Women, Work And Health. Stokholm University, Sweden.1996.
- Gabbe, S.G., Niebye, J.B., Simpson, J.L. et al: Obstetricia. Editorial Marbán. 2004.
- García Averasturi, L.: Calidad de las relaciones maritales y la salud. (hojas informativas. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Num. 85) 2006.
- García Averasturi, L.: Estrés de roles y salud ¿existen diferencias de género? (hojas informativas. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Num. 7) 2005.
- García Averasturi, L.: Masculinidad, género y salud. La Contribución de Will Courtenay. (HOJAS INFORMATIVAS. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Num. 85) (2006).
- García del Campo, L.: Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofiaxis obstétrica en la incidencia de la depresión postparto. Nure Investigación. 2003 Nov; 1(0): 23-29.
- García Esteve, L., Aguado Carné, J., Ascano Terrén, C., Caparrós Algarra, F., Navarro García, P., Ojuel Solsona, J.: Estudio de la depresión Postparto en las madres españolas: detección, incidencia y factores asociados. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ref 471/1998. (1999-2000).
- García Manso, J. M.,Valdivieso Navarro, M.,Ruiz Caballero, J.A.: Pruebas para la valoración de la capacidad motriz en el deporte. Madrid. Editorial Gymnos. 1996.
- Garelli, J.C. y Montuori, E.: Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. Arch Arg Pediatr, 1997; vol 95:122.
- Garth Fisher, A., D. George, J. & R. Vehrs Pat.:Test y pruebas físicas. Barcelona, Paidotribo. 1996.
- Garth Fisher, A., D. George, J. & Vehrs Pat.R Test y pruebas físicas.1996 Barcelona, Paidotribo.
- Gary Cunningham, F., Leveno, KJ., Bloom, SL., et al: Obstetricia de Williams. Capítulo 15: Evaluación prenatal. Editorial Mc Graw Hill .22ª edición. 2006.
- Gary Cunningham, F., Leveno, KJ., Bloom, SL., et al: Obstetricia de Williams. Capítulo 15: Evaluación prenatal. Editorial Mc Graw Hill. 22ª edición .2006.
- Glazener, CMA.: Sexual function after childbirth: Women,s experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. Obstet Gynecol 104: 33, 1997.
- Goetsch, MF.: Postpartum dysparunia. An unexplored problem. J Reprod Med 44:963, 1999.
- Gómea Ayala, A.: Depresión en el embarazo y postparto. OFFARM vol 26 (1). Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/4/4v26n01a13097330pdf001.pdf>. 2007.
- Gómez Papi, A.: Guia de Lactancia Materna Contacto Precoz-Inicio lactancia Materna. 2004.
- Gonzalez de Agüero, R., Sobrevuela. M., Fabre Glez, E.: Manual de asistencia al embarazo nor-

mal. Capítulo 8 pag: 196-7.

- González de Chávez Fernández, Ma. A. (Comp.): *Cuerpo y subjetividad femenina*. Madrid: Siglo XXI (1999b).
- González de Chávez Fernández, Ma. A. (Comp.): *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid, Siglo XXI.1999.
- González Merlo, J.: *Ginecología*. 7ª ed. Barcelona: Masson; 1997.
- Grummer-Strawn, LM, Mei, Z.: Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. Does breastfeeding protect against pediatric overweight. Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics* 2004; 113(2):81-86.
- Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Embarazo y Parto Normal. *Manual de asistencia al embarazo normal*. (SEGO). 1996.
- Guerrero López, Ma. T.: *Manual sobre perspectiva de género e igualdad de oportunidades*. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. (2003).
- *Guía de Ayudas Sociales para las familias*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2008.
- *Guía de la alimentación saludable. Embarazo y Lactancia. Necesidades especiales*. Editado por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid 2004. p 78- 85.
- *Guía de la alimentación saludable*. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid 2004.
- Guzmán López, S., Guzmán López, A.: *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. 2003.
- Hernández Aguilar, J., Aguayo Maldonado M.T.: "La Lactancia Materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica". Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *Anales de Pediatría*. Vol. 63 (4):.340-56. 2005.
- Hernández Moreno, J.: *Salud, Deporte, y Educación*, Las Palmas, ICEPSS Editores. 1997.
- <http://grupolactanciamaterna.iespana.es/presentacion.htm>
- http://www.canano.net/MEDICINALI/articulos_Maria-Medicinal/articulo_36.htm.
- http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/salud_y_alimentacion/embarazo_y_lactancia/2006/04/21/151166.php
- Hunt, K. et al. Decreased risk of death from coronary heart disease among men with higher 'femininity' scores: a general population cohort study. *Int. J. Epidemiol.* 2007.
- Hurtado, F., Donat,F., Escrivá,P., Poveda,C.,Ull,N.: La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Nº 66-2003.
- INMARK. *Estudios y Estrategias S.A. El acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral: resumen de resultados*. Instituto de la Mujer. 2006.
- J. Teixeira, D., Martin, O., Prendiville, & V. Glover: The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, December 2005; 26(4): 271–276.
- Juárez-Hernandez, M.C.: *El Apego Madre-Infante, como una relación intersubjetiva: Una contribución de la Teoría del Apego al psicoanálisis*. Ponencia presentada en el XII Interantional Forum of Psicoanálisis. 22-25 May. 2002. Oslo, Noruega.
- Karasek, R., &Theorell, T.: *Healthy Work: Stress, Productivity, And The Reconstruction Of Working Life*.New York, NY: Basic Books.1990.
- Karasek, R.A., Theorell, T.: *Health Work*. New York: Basic Books.1990.
- Karlheinz, A. Geibler, Marianne Hege: *Acción socioeducativa: modelos, métodos, técnicas / Madrid: Narcea, D.L. 1997*.
- Keefe, F.J., Abernethy, A. P., Campbell, L.C.: Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, pp: 601-30. (2005).
- Kennedy, HP., Beck, CT., Driscoll, JW.: Una luz en la niebla. *Matronas Profesión* 2003; vol.4 (13):4-18.

- Klemmet, E., Cohen, RV., Boxman, J., Joseph, A., Reif, S.: Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2004; 80 (5):1342-1352.
- Knapp, M.: La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Barcelona- Buenos Aires: Paidós. 2001.
- Koltyn, KF., Schultes, SS. : Psychological effects of an aerobic exercise session and a rest session following pregnancy. *J. Sport Med Phys Fitness* 37:287, 1997.
- Koshi, N.: Shiatsu para embarazo. Editorial Gaia. 2007.
- Kroelinger, C.D., & Oths, K.S.: Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27(2), 112-119. 2000.
- Kuiken, D. V.: A Meta-Analysis of the effect of guided imagery practice on outcomes. *Journal of Holistic Nursing*, Vol 22 N° 2, pp: 164-179. (2004).
- Kwan, ML., Buffler, PA., Abrams, B., Kiley, VA.: Breast feeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep* 2004; 119 (6):521-531.
- La aventura de ser padres: Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. 2004.
- Ladewig, P. London, M.L, Moberly, S. Olds, S.: *Enfermería Maternal y del Recién nacido*. 5ª edición. Madrid. Mc Graw Hill. Interamericana. 2006.
- Lamaze international: Philosophy of birth. Washington, DC: www.lamaze-childbirth.com. 1998.
- Larguía, M.: Maternidad centrada en la familia. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 17, 97-192. disponible en: <http://www.sarda.org>. 1998.
- Lederman, R., & Millar, D.S.: Adaptations to pregnancy in three different ethnic groups: Latin-American, African-American, and Anglo-American. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(3), 37-51. 1998.
- Legido Arce, J.- Segovia Martínez, J.C.- Ballesteros M.Z. Elorza J.M. Valoración de la Condición Física por medio de test, Madrid, Ediciones Pedagógicas. 1996.
- Legido Arce, J., Segovia Martínez, J.C., Ballesteros, M.Z., Elorza, J.M.: Valoración de la Condición Física por medio de test, Madrid, Ediciones Pedagógicas .1996.
- Libro Blanco sobre la Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.
- Lissauer, T., Clayden, G.: *Texto ilustrado de Pediatría*. Madrid. Mosby. 2002.
- Liu J, Laditka JN, Mayer-Davis EJ, Pate RR. Does physical activity during pregnancy reduce the risk of gestational diabetes among previously inactive women? *Birth*. 2008 Sep; 35(3):188-95. PMID: 18844644 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Llaca Rodríguez, V., Fernández Alba, J.: *Obstetricia*. Capítulo 35: El puerperio. Editorial Interamericana. 2000.
- Lladó Maideu, C.: *Enciclopedia de la mujer*. Enfermería 21: Alimentación durante el embarazo. Páginas 185- 205.
- Lodes, H.: *Aprende a respirar: ejercicios prácticos para respirar bien y vivir a pleno pulmón*. Barcelona: RBA Integral. 2002.
- Lodes, H.: *Aprende a respirar: la guía más eficaz para vivir a pleno pulmón*. Barcelona: Integral. 1990.
- Lundberg, U., Frankenhaeuser, M.: Stress And Workload Of Men And Women In High Ranking Positions. *Journal of Occupational and Health Psychology*. Vo. 4, No.2. 1999.
- Mansdotter, A.: *Health, Economics And Feminism. On Judging Fairness And Reform (Dissertation)*. Umeå, Umeå University, Faculty of Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine. 2006.
- *Manual de asistencia al embarazo normal*. Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Sección de medicina perinatal. SEGO. Editor: E. Fabre González. 1993.
- *Manual de asistencia al embarazo normal*. Zaragoza. Ed Fabre glez. 1995.
- Maroto Navarro, G., García Calvente, MM., Mateo Rodríguez, I.: "El reto de la Maternidad en

- España: dificultades sociales y sanitarias". Gaceta Sanitaria, Vol:18 (Supl.2): 13-23 .2004.
- Martín Zurro, A. & Cano Pérez, JF.: Instrumentos para el abordaje familiar (cap. 8). En Compendio de Atención Primaria. Ediciones Harcourt. 2002.
 - Martín-Calama, J.: Lactancia y Sociedad. Ponencia en el XIII Curso de Salud Materno-Infantil "Curso de Formación en Lactancia Materna". Tenerife, 2005.
 - Martínez López, E.J. Pruebas de Aptitud Física. 2002 Barcelona, Paidotribo.
 - Martínez López, E.J. Aproximación epistemológica aplicada a conceptos relacionados con la condición y habilidades físicas. 2002 Revista internacional medica de las ciencias de la actividad física y el deporte. Madrid.
 - Martínez López, E.J.: La fuerza. Pruebas aplicables en la educación secundaria. Grado de utilización del profesorado. Revista educación física y deportes. Buenos Aires. 2003.
 - Martinez, C., Santelices, M. P. : Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. Psykhe. [online]. mayo 2005, vol.14, no.1 [citado 29 marzo 2006], p.181-191.Disponible en la World Wide Web: http://scielo-test.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282005000100014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2228.
 - Matón, S., Smith, J.E.: Enfermería Materno-infantil. Mexico. McGraw-Hill. Interamericana. 2001.
 - Mattson, S., Smith, J.E.: Enfermería Materno-infantil; AWHONN. 2º ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2001.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD.2006.
 - Obeso, M.C.: Disfruta de tu embarazo en el agua. Editorial Inde. 2002.
 - Olds, london.: Enfermería materno-infantil. Cuarta edición. 1995.
 - Olds, Rally B.: Enfermería marerno-infantil. Mexico D.F. Interamericana Mcraw Hill. 1999.
 - OMS. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985. Lancet; 2:436-37. Traducción ACPAM.
 - Orth-Gomér, K, Wamala, S.: El Estrés Marital Empeora El Pronóstico de las Mujeres con Enfermedad Cardíaca Coronaria. El Estudio de Estocolmo de Riesgo Coronario Femenino.JAMA. 2000.
 - Pease, A.: El lenguaje del cuerpo, como leer el pensamiento de los demás a través de sus gestos. (17 edición). Paidós. 2004.
 - Penny, Simkin, P. Whalley, J., Keppler. A.: El embarazo, el parto y el recién nacido Medici. 2006.
 - Pérez de Villar Ruiz, M .J.Torres Medina, C.: Dinámica de grupos en formación de formadores: casos prácticos. Editorial Herder, S.A. (1999).
 - Plantin, L. et al.: Fatherhood And Health Outcomes In Europe: A Summary Report. www.euro.who.int/document/e91129sum.pdf 2003.
 - Polatti, F., Capuzzo, E.Viazzo, F. et al: Bone mineral changes during and after lactations. Obstet Gynecol 94: 52, 1999.
 - Portela Suárez, J.M. Consideraciones sobre como desarrollar y mantener niveles de aptitud física. 1986 Madrid. Colegio General de profesores y licenciados de Educción Física de España. Editado originalmente en Boletín Internacional de educación física de Puerto Rico.
 - Programa de Salud Infantil. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. 2005.
 - Racinet, C., Alexander, A., Lucas C, Pons JC. Efforts expulsifs maternels: inspiration bloquée ou expiration freinée? (Essai randomise) J. Gynecol Obstet Reprod. 2004; 33:345cc.
 - Ringback Weitoft, G.: Lone Perenting, Socioeconomicconditions And Severe Ill-Health. Longitudinal Reister-Based Studies. Umeå, Department of Epidemiology and Public Health Sciences, Umeå University.2003.
 - Rol Profesional de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales del SCS. 2004.
 - S.E.G.O. Protocolos asistenciales en Obstetricia. Control del bienestar fetal anteparto. Junio 2002.
 - Sáez Cárdenas, S., Marqués Molías, F., Colell Brunet, R.: Educación para la salud. Técnicas para

el trabajo con grupos pequeños. 2º edición, Lleida: Pages 1998.

- Sampsel, CM., Seng, J., Yeo, S., et al: Physical activity and postpartum well-being. J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs 28: 41,1999.
- Scattergood E. Gimnasia para embarazadas.1999.Ed. Hispano Europea.
- Sebastián, G.: Entrenamiento psicofísico en la gestante Matronas profesión Septiembre 2000. pag. 4-13.
- Servicio Canario de la Salud. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. 2004.
- Servicio Vasco de Salud. Guia Vazca: Vas a ser madre. 2003 dic.Ed: Dep Sanidad SS-1599/03.
- Simkin, P.: La experiencia de la maternidad en la vida de una mujer. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 25(3) 247-252.1996.
- Sindo Froufe Quintas, M. Sanchez Castaño, A.: Animación sociocultural: nuevos enfoques. Salamanca: Amarú, 1990.
- Singhal A., Cole, T.J., Fewtrell, M., Lucas, A.: Breast and milk feeding and lipoprotein profile in adolescent born preterm: follow up of a prospective , randomized study. Lancet 2004; 363:1571-78.
- Smulders, Beatrijs: Embarazo seguro. Medici. 2002.
- Spitz, R.: El primer año de vida del niño. Fondo de cultura Económica, 1993.
- Spong, CY., Danforth.: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Capítulo 9: Vigilancia fetal. Editorial Mac Graw Hil. 9ª edición. 2005.
- Teixeira, JM., Fisk, NM., Glover, V. :Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. BMJ 1999; 318(7177):153–157.
- Tennant, Mark.: Adulter y aprendizaje: enfoques psicológicos. Esplugues de Llobregat: El Roure, D. L. 1991.
- Tizón García, J.L.:“Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia”. Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Atención Primaria del PAPPs-semFYC. 1999.
- Torrens Sícales, R.M., Martínez Bueno, C.: Enfermería de la Mujer. Madrid: DAE (Grupo Paradigma); 2001.
- Torrens Sícales, R.M., Martínez Bueno, C.: Enfermería de la mujer. Ed, DAE. 2001.
- Usandizaga, J.A., De la Fuente, P.: Tratado de Obstetricia y Ginecología, vol I. Madrid: MacGraw-Hill/Interamericana. 1997.
- Ussher M, Aveyard P, Coleman T, Straus L, West R, Marcus B, Lewis B, Manyonda I. Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy: two feasibility studies. BMC Public Health. 2008 Sep 23;8:328. PMID: 18811929 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Vidart Aragón, J.A., Jimeno García, J.M.: Ginecología. 2ª ed. Madrid: Luzán; 1996.
- Vidart Aragón, J.A., Jimeno García, J.M.: Obstetricia. 2ª ed. Madrid: Luzán; 1996.
- Visness, CM., Kennedy, Kl., Ramos, R.: The duration and character of postpartum bleeding among breast-feeding woman. Obstet Gynecol 89: 159, 1997.
- Walker, C.: Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Masson. Elsevier. 2006.
- Weller, S.: Respirar bien para vivir mejor: aprenda a combatir definitivamente el estrés, ansiedad y cansancio. Barcelona: Onino. 2000.
- www.Suavinex.com. Masaje: fotos y técnica.
- Zagalaz Sánchez, Mª L.: Corrientes y tendencias de la Educación Física. Barcelona. Inde. 2002
- Zunzunegui, M.J. y col.: Tabaco, alcohol, café y embarazo. Formación médica continuada en A.P.



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad