

3. *Psicoprofilaxis obstétrica para matronas*

Javier Sánchez Conde

Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón).
Salamanca

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

1.1. Introducción

El embarazo es una de las experiencias más importantes en la vida de las mujeres y sus familias, se trata de una etapa trascendental de vital importancia que en la mayoría de las ocasiones es sinónimo de felicidad y plenitud, aunque hay que tener en cuenta que también existen mitos e informaciones que en muchas ocasiones pueden proyectar en la mujer una percepción negativa de esta etapa. La gestación, además de ser un estado fisiológico de la mujer, constituye un periodo en que la embarazada tiene que adaptarse a los cambios físicos y psíquicos como pueden ser la nueva imagen corporal o los sentimientos de ambivalencia que, por un lado, hacen sentir a las mujeres la ilusión de tener un hijo y, por otro, presentar miedo a no desarrollar la capacidad de ser madre. Al igual que el embarazo, el parto también es un proceso fisiológico, pero también es un proceso que genera muchas dudas y miedos que ocasionan mucho estrés al que además cada mujer añade sus circunstancias personales. Con respecto a lo que sucede después del parto, en la madre se inicia una nueva etapa, el puerperio, en la que ocurren una serie de particularidades a nivel físico y psíquico que precisan una serie de conocimientos y habilidades, además el nacimiento de un hijo o hija representa un importante cambio en distintos aspectos de la vida de la mujer y de su pareja, si la tiene. Todo ello supone un reto que puede generar distintos estados emocionales, sentimientos y percepciones según la experiencia, las habilidades y la forma de ser de la persona para afrontar las situaciones nuevas.

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.

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 el futuro recién nacido. Para conseguir una vivencia positiva y dar respuesta a las 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. A estos programas se los conoce con el nombre de educación maternal-paternal, preparación al parto, educación prenatal o psicoprofilaxis obstétrica; en la gran mayoría de instituciones sanitarias

de nuestro país son programas impartidos por matronas (profesional sanitario de referencia en el programa de salud de la mujer en atención primaria) y su objetivo es ofrecer una completa preparación al nacimiento que englobe toda la parte física del cuerpo que va a entrar en acción en el embarazo, parto, puerperio y lactancia, así como los conocimientos y habilidades, incluyendo toda la esfera emocional, que intervienen en el afrontamiento de la futura maternidad.

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, teniendo aún mucha 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 el estado español, 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. Esta preparación se garantiza a través de la psicoprofilaxis obstétrica, que tanto a nivel individual como grupal, contribuye a la preparación física y psicológica de la madre para afrontar el embarazo así como los cambios que se van a ir presentando, el parto, su recuperación en el puerperio, la lactancia, los cuidados del recién nacido y a que la vivencia de todo el proceso sea lo más positiva posible.

Existen diversas formas de psicoprofilaxis obstétrica y algunas pueden ser más efectivas que otras. Hoy en día, desde la atención primaria, se desarrolla de forma diferente según las tradiciones de cada institución o de las matronas y profesionales de la salud que la planifican. Sin embargo, existe una demanda explícita de adecuar los programas y los recursos a la realidad actual y a las necesidades emergentes, así como de garantizar la formación en todos los ámbitos de los cuales se derivan necesidades, es decir, desde las dimensiones emocional, cognitiva, física y social. Los cambios sociales y los avances científicos de los últimos años hacen necesaria la revisión de los programas de educación para la salud en el embarazo, parto, posparto y crianza, con el fin de actualizar los existentes, unificando criterios a la luz de la evidencia científica.

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.

2. HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

2.1. Introducción

Desde los principios de la humanidad y durante un largo periodo de tiempo, tener un hijo ha sido un proceso duro

y doloroso, no exento de correr peligro su vida y la de su prole. El embarazo era un enigma y apenas se tomaban medidas que ayudasen a tener un parto más seguro, el parto por tanto estaba lleno de sorpresas, que no siempre tenían un final feliz¹.

A lo largo de muchos años la experiencia del parto fue vivida por las mujeres como algo negativo, el dolor, el sufrimiento y el riesgo a no sobrevivir, hizo que el miedo al parto se instalase en casi todas las culturas, a todo esto cabe añadir la resignación cristiana de "parir con dolor", como una consigna divina, el parto era algo impuro y había que purificarlo con el dolor².

La reducción de la mortalidad materna en el parto fue la lucha a lo largo de muchos siglos, los partos no eran atendidos con una asepsia debida y el desconocimiento del motivo de las hemorragias hacía que el dolor no fuera motivo de preocupación, más bien era normal que la mujer emitiese quejidos y gritos. El descubrimiento de los antibióticos y las medidas higiénicas, así como el conocimiento del proceso del parto con toda su complejidad, fueron fundamentales para favorecer un parto más seguro^{2,3}.

No obstante las parteras han ido aplicando remedios mágicos, milagrosos, teñidos de supersticiones, acompañados de brebajes, tisanas e infusiones con el fin de paliar en lo posible las molestias del parto¹. Pero fue el cloroformo uno de los primeros fármacos que supuso un cambio, posteriormente la morfina, empleada por primera vez en 1902. Otros tranquilizantes, como el diazepam y los derivados de la fenotiazina. Entre los barbitúricos, el pentotal sódico en perfusión continua aplicado durante la dilatación, tuvo que ser abandonado por su efecto pernicioso en el neonato^{1,2}.

Durante muchos años después, la obstetricia quedó solamente confiada en el ámbito de las intervenciones quirúrgicas y a la simple acción del auxilio humano. Tenemos que llegar a 1777, cuando Madame Le Boursier Du Coudray imparte en Francia y con mucho éxito, cursos gratuitos para mujeres del pueblo sobre la manera de prepararse para el parto. Fue un hecho desafortunadamente aislado pero extraordinario, ya que hubo que esperar muchos decenios para encontrar el propósito sistemático y definido para una profilaxis del dolor en el parto. Fue alrededor de la mitad del siglo XIX, casi contemporáneo a la época de la anestesia clorofórmica y a los experimentos de James Simpson de aplicarla al parto, cuando se desarrolla en Europa una serie de estudios dirigidos a alcanzar la anestesia en el parto con métodos psicológicos, el principal de ellos fue la hipnosis^{1,3}.

La preparación para el embarazo y parto se inicia en los años 1908 en EE.UU, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar⁴.

Pero hasta más adelante no se inicia el estudio más profundo del tema. Fue Dick-Read quien, en el año 1932 en Inglaterra, escribió que el miedo y la anticipación del dolor generan tensiones psíquicas y musculares para proteger el organismo; las tensiones musculares se oponen a la dilatación del canal del parto generando dolor al excitar las terminaciones nerviosas del útero que responden al exceso de tensión. A este proceso Dick-Read lo denominó síndrome

de miedo-tensión-dolor, y para romper con él propuso la superación del miedo, eliminando la ansiedad y la tensión y sustituyéndolos por la calma y la relajación⁵. Para conseguirlo en el año 1933 se da la primera propuesta para dar un curso formal a la mujer embarazada mediante técnicas de relajación para disminuir el estrés y el dolor durante el parto, desarrolló cursos de preparación cuyos objetivos eran eliminar el miedo y la ignorancia, además de reducir las tensiones, mediante la información y los ejercicios de relajación física y respiratoria. A su método lo denominó "Parto sin temor"^{4,5}.

Posteriormente en la década de 1940, en Rusia, surgen tendencias basadas en la filosofía Pavloviana que concluyen que el dolor es una reacción condicionada por estímulos sociológicos y religioso-culturales. Estas técnicas intentan separar el miedo al parto de las contracciones mediante la información, ideas positivas sobre la maternidad, técnicas activas de respiración que precisen esfuerzo y concentración, y la lucha contra la sensación de dolor a través de la relajación^{1,4,5,6}. Más tarde estas técnicas psicoprofilácticas fueron difundidas por Europa y América⁴.

Por lo tanto podemos decir que el método psicoprofiláctico se originó en Rusia en 1947 y fue estructurado por los científicos Nicolaiev, Velvosky y Platonov, discípulos de Ivan Pavlov, quien recibió el Premio Nobel de Medicina por sus estudios sobre los reflejos condicionados y sobre la fisiología de la actividad nerviosa superior. Ellos se propusieron aplicar las teorías de su maestro sobre los condicionamientos corticales en el manejo y atención de las embarazadas, con la finalidad principal de prevenir o suprimir el dolor del parto. Al respecto Schwartz manifiesta que el nombre de parto sin dolor, es inexacto porque involucra una promesa que no siempre se puede cumplir^{5,6}.

De acuerdo a lo anterior mencionado la finalidad principal del método no consiste en la supresión del dolor, sino en las favorables repercusiones que el aspecto educativo ejerce sobre la psicología y el comportamiento de la embarazada. A medida que el procedimiento se fue poniendo en práctica en varias partes del mundo civilizado, se fueron recogiendo muchas observaciones que ponían en duda la efectividad del método en cuanto a la supresión del dolor del parto, de ahí que se le propusieran otras denominaciones tales como preparación psicoprofiláctica de las embarazadas, parto soportable, parto humanizado, parto condicionado o método Lamaze, en sustitución del método parto sin dolor, que aún hoy en día defienden los franceses⁵.

En 1952, Aguirre de Cárcer introdujo en España las ideas desarrolladas por Lamaze, llamando a su método Sofropedagogía Obstétrica. Era una preparación global a la maternidad que incluía a la pareja y agrupaba el método psicoprofiláctico, el parto natural, técnicas sofrológicas de Caycedo, dinámica de grupos, hipnosis, psicoanálisis, etc⁶.

En torno a 1960 comenzaron a impartirse en los servicios de salud de nuestro país los denominados "Cursos de Psicoprofilaxis Obstétrica", inicialmente en algunos centros sanitarios y a partir de la década de los ochenta, de forma generalizada dentro del Programa de la Mujer en Atención Primaria, tras la reconversión de la actividad



Figura 1. Clases prenatales en 1968 en el hospital de Margate, kent. Foto: Hulton archive/Getty.

profesional de la matrona. Su objetivo fundamental era reducir el dolor y la mejora en el afrontamiento del parto por la mujer a través de la información y la preparación física (técnicas de respiración, relajación, ejercicios de gimnasia, etc), en una época en la que la analgesia epidural no se había introducido en la obstetricia, por lo que coloquialmente se les llegó a denominar "Cursos para el parto sin dolor". La generalización de la oferta de la analgesia epidural durante el parto hizo que los cursos cambiaran su enfoque e incluyeran otros temas^{6,7,8}.

Desde entonces los importantes cambios sociales llevados a cabo en nuestro entorno: la incorporación de las mujeres al mundo laboral, el retraso de la maternidad y la reducción de la natalidad, la disminución de las redes sociales de apoyo tradicionales para la crianza, han contribuido a que las mujeres en la actualidad perciban la maternidad, al mismo tiempo como enriquecimiento y como pérdida de control en alguna parcela de su vida. Por otra parte, nos encontramos en un momento en que la figura del padre está ganando terreno en el ámbito doméstico, muchos hombres empiezan a reivindicar una vivencia diferente de la paternidad y una revaloración de su papel durante el embarazo, el nacimiento y la crianza de sus hijos e hijas, poniéndose en cuestión los papeles masculino y femenino tradicionales. Es en este escenario donde se desarrollan muchos de los conflictos familiares asociados a estos cambios^{6,7,8}.

A la acelerada transformación de nuestra sociedad, hemos de añadir también el cambio de paradigma en el modelo de atención al embarazo, parto y nacimiento al que estamos asistiendo en los últimos años, basado en el respeto a la fisiología, al protagonismo de la mujer y al ejercicio de su autonomía; junto con una atención personalizada y basada en la evidencia científica. En este contexto es necesario que las ventajas del parto fisiológico sean bien conocidas y que las mujeres recuperen la confianza en su capacidad para pa-

rir, como están recuperando la confianza en su capacidad para amamantar. Para que las embarazadas puedan ser las protagonistas de sus propios partos deben de estar bien informadas y sentirse seguras de sus posibilidades^{6,7,8}.

Los grupos de preparación prenatal son un espacio privilegiado para proporcionar información de calidad y promover el empoderamiento que las mujeres y sus parejas necesitan para afrontar el embarazo, parto, nacimiento y crianza de una forma satisfactoria. Cada vez son más las gestantes y parejas que demandan un nuevo tipo de preparación grupal, adecuada tanto los cambios socioculturales que se han producido en los últimos años, como a nuestra actual comprensión de los fenómenos del parto y nacimiento^{6,7}.

2.2. Hipnosis

No sería hasta mediados del siglo XVIII cuando se inicia el primer estudio sistemático de lo que suponía un estado psicofisiológico especial que más tarde se conocería con el término de hipnosis. Franz Antón Mesmer (1734-1815), doctorado en Medicina y Filosofía a sus 35 años en Viena, escribió su tesis doctoral titulada "De planetarium influxu", influenciada por las teorías de Paracelso sobre la interrelación entre los cuerpos celestes y el ser humano. Mesmer formuló la famosa "Teoría del Magnetismo Animal", que nos venía a decir que todo ser vivo irradia un tipo de energía similar o parecida al magnetismo físico de otros cuerpos y que puede transmitirse de unos seres a otros, llegando a tener una aplicación terapéutica. El médico austriaco se instaló en París y con el paso del tiempo, fue tan grande su influencia y tan extendida su fama, que se convirtió en el médico tanto de los pobres y desheredados, como de los ricos y poderosos, incluso del mismísimo rey de Francia¹.

Un cirujano escocés llamado James Braid (1795-1860) fue el primero en acuñar el término hipnosis enunciando una de las formas que lo explicaban: “la fijación sostenida de la mirada, paraliza los centros nerviosos de los ojos y sus dependencias que alterando el equilibrio del sistema nervioso, produce el fenómeno”. Pero fue Michael Yapko quien definió la hipnosis como “un proceso de comunicación influyente, en el cual el operador saca y guía las asociaciones internas del paciente a modo de establecer o reforzar asociaciones terapéuticas en el contexto de una relación mutuamente responsiva y colaborativa y orientada a una meta”^{1,9}.

En este periodo en París La Escuela de Charcot y en Nancy, La Escuela de Bernheim se convierten en promotores de las atrayentes investigaciones sobre la hipnosis clínica, de ellas se obtienen varias aplicaciones en la cirugía y como no en la analgesia del parto¹.

En 1850 son los experimentos de Gerling y de Lafontaine, pioneros en sentar las bases de las técnicas hipnóticas. En 1880, la Doctora Dobrovolskaja repite en Rusia los experimentos, simultáneamente Liébeault en Suiza, con la hipnosis sugestiva obtienen analgesia completa y prolongada durante el parto^{1,10}. En 1890 Le Menant Des Chesnais obtiene una analgesia completa disociando el dolor de las contracciones del útero en hipnosis^{1,11}.

En Rusia, Pavlov publica en 1927 “Lecciones sobre las actividades de los hemisferios cerebrales” y en 1931 “La Fisiología del estado Hipnótico”, estableciendo nuevas bases fisiológicas para la interpretación de la hipnosis y sus aplicaciones en el parto. Rusia crea la escuela “Hypnotari” para preparar a las mujeres con sugerencias hipnóticas al parto sin dolor. Pero por problemas técnicos y organizativos (falta de técnicos preparados), la dependencia entre la mujer y el hipnotizador, limitaba poder ser hipnotizadas gran número de mujeres de parto y por supuesto los problemas de adormecimiento posthipnótico, declinaron abandonar esta técnica¹.

2.3. Modelo sueco

A primeros de siglo XX comienzan los ensayos de lo que posteriormente llegaría a llamarse preparación al parto a cargo de fisioterapeutas suecas, que inician la puesta en marcha de ejercicios de gimnasia prenatal¹.

2.4. Método psicoprofiláctico

El Dr. Grantly Dick Read, médico del Reino Unido, observó cómo las mujeres sin miedos ni emociones negativas daban a luz mucho mejor. Llegó a la conclusión de que el dolor era inducido por el miedo, que desencadenaba mecanismos de defensa en forma de tensión muscular, formando un triángulo dolor-miedo-tensión. En 1933 publicó el famoso libro “Childbirth Without Fear” (Parto sin temor), creando un método educativo llamado “Método Psicoprofiláctico”, se basa en tres puntos fundamentales^{1,12,13}:

- La información, mediante charlas explicativas anulando el miedo a lo desconocido.
- La relajación, mediante técnica de Jacobson.

- La mutua confianza entre el equipo asistencial y la mujer.

Más tarde fue definido como “Natural” en el libro “Natural Childbirth” basado en la educación teórica y bienestar mediante relajación. El método Read influyó, por lo tanto, en la preparación de la embarazada cambiando la sugestión hacia una elevación del umbral del dolor, combatiendo el miedo, distrayendo la conciencia y preparándose para anticiparse al proceso y de esta forma, reforzar sus propias capacidades de autocontrol y conducción del parto¹².

Read estaba convencido que el estado emotivo de la mujer es el principal responsable de cómo se va a desencadenar el parto, ya que el miedo es una emoción desagradable suscitada por una situación de peligro que puede ser real o fantasmal. En el parto el miedo exacerbado es desproporcionado en el caso de un parto presumiblemente normal. Read dijo que “El deseo instintivo de la maternidad ha sido sumergido en el agitado océano del dolor y del peligro” y explicó las consecuencias de tal asociación con la teoría de los reflejos condicionados de Pavlov. El estado de tensión que condiciona el miedo y el dolor origina una actitud de postura de alerta de tipo simpático-tónico, capaz de frenar la musculatura uterina. Es una hipótesis simple pero sumamente eficaz en el desarrollo del proceso del parto. Con el método de Read, se rompió el círculo cerrado de dolor-miedo mediante la educación a la mujer embarazada, la fisioterapia y la psicoterapia. La relajación con el método de Read es inducido, por tanto pasivamente soportado por la mujer embarazada. A pesar de que Read fue muy criticado por su pasividad y falta de una técnica precisa y sistemática, nadie puede poner en duda su gran contribución a la psicoprofilaxis obstétrica moderna^{1,12,14}.

2.5. Método psicoprofiláctico soviético-francés

Paralelamente a la escuela inglesa de Read y bajo las primeras influencias de los estudios de Pavlov sobre los reflejos condicionados, que junto con una de sus discípulas la Dra. Erofeeva, consideraban que la unión útero-dolor fuera un reflejo condicionado, y como tal el dolor del parto pudiera ser anulado por otros reflejos condicionados. Según esta teoría, es suficiente que la parturienta aprenda a respirar con ritmo particular, superficial y acelerado para que la contracción uterina pierda su conexión con el dolor para acoplarse con un nuevo condicionamiento: la respiración. En efecto, Pavlov había demostrado que: “Si otro punto del sistema nervioso central entra en acción por medio de estímulos externos e internos correspondientes, esto causa una inmediata disminución o la completa desaparición del reflejo condicionado pre-existente, es decir el reflejo condicionado se vuelve más débil o desaparece”^{1,15,16}.

El método de los reflejos condicionados fue expuesto por Velvski, un psiquiatra que en 1949 definió el dolor como “Un fenómeno no hereditario pero mutable, por lo tanto vendible mediante un simple análisis de sus orígenes y una adecuada re-educación de las reacciones”. Su similitud con las ideas de Read, ambos con la influencia evi-

dente de la escuela psicoanalítica de Freud, tratan de inhibir los condicionamientos creados por los miedos sociales, históricos y religiosos: a la mujer se le han impuesto una serie de sufrimientos que ha de pasar por el mero hecho de ser mujer, sufrir para parir con un natural fatalismo, exagerado por las palabras, las escrituras, las imágenes, que tienden a elaborar un estado de conflicto tendente a la autculpa y al autocastigo^{1,16}.

Por todo ello es fundamental el cambio conceptual que introdujeron estos autores, especialmente Platonov, al afirmar que la reeducación de la mujer embarazada tiene un preciso efecto de negación sobre el dolor, en cuanto no se limita solamente a tranquilizar, pues la conduce, explicando los mecanismos del parto, a participar activamente en el parto, al que añade el conocimiento de un particular ritmo respiratorio superficial y acelerado asociado a las contracciones uterinas. Así la respiración-contracción se convierte en un nuevo reflejo condicionado que anula el antiguo contracción-dolor^{1,16}.

En 1951, Fernand Lamaze después de haber ido a Kiev a la Clínica de Nicolaev, aprendió el método ruso y lo difundió con entusiasmo en París y por el resto de Europa, iniciando la nueva era de la Psicoprofilaxis obstétrica en occidente. Lamaze añade en su método la gimnasia prenatal, la relajación muscular con la técnica de Shultz, los ejercicios de grupo, instrucciones para respirar de diferentes formas según el periodo del parto, técnicas respiratorias de pujo y creación de reflejo también. Tuvo tanto éxito que pronto se hizo eco en Europa y América. La novedad más significativa fue que añade un ambiente especial de cordialidad y la presencia en el parto del compañero^{1,17}.

2.6. Sofrología

Es una escuela científica, que tiene como objetivo el estudio de la consciencia y la conquista de los valores existenciales del ser. Fue fundada por el médico neuropsiquiatra Dr. Alfonso Caycedo en 1960 en Madrid^{1,18,19,20}.

La palabra *sofrología* viene de las raíces griegas: *SOS* (equilibrio), *PHREN* (psique) y *LOGOS* (estudio). Etimológicamente significa el estudio de la consciencia en equilibrio^{1,18}.

La *Sofrología* es una disciplina que utiliza técnicas de relajación y de imaginación como medio para el desarrollo del bienestar psicofísico del ser^{1,20}.



Figura 2. Dr. Alfonso Caycedo.¹⁹

Los comienzos de la *Sofrología* tienen su origen en Madrid en 1960: el Dr. Caycedo, neuropsiquiatra, en calidad de médico interno del hospital Provincial de Madrid, bajo la dirección del profesor López Ibor, crea la *Sofrología*, con el objetivo de ofrecer una alternativa terapéutica al enfermo mental que no fueran los electrochoques y los comas insulínicos (la psicofarmacología estaba en fase experimental). Funda la *Sofrología* como una escuela que estudia la consciencia del ser humano tanto sano como enfermo^{1,18,19,20}.

Con el fin de conocer formas de meditación que produjeran modificaciones en los estados de consciencia que pudieran servir como terapia en psiquiatría, el Dr. Caycedo viaja a la India en 1964, visita los centros budistas de meditación. Realiza varias entrevistas con el Dalai Lama y viaja a diferentes monasterios en Japón en donde estudia el Zen japonés^{18,19}.

Tras estas experiencias, el Dr. Caycedo crea los primeros tres grados de la *Relajación Dinámica* como método de entrenamiento adaptado a la mentalidad occidental. El primer grado, derivado del yoga, el segundo, derivado del budismo tibetano y el tercero, derivado del Zen¹.

La *sofrología* ofrece una metodología para que el individuo conozca de forma vivencial su propia consciencia. A nivel preventivo, aporta un método de entrenamiento (la *Relajación Dinámica* de Caycedo) para toda persona que quiera conocer mejor su consciencia, desarrollar sus capacidades, adquirir mayor resistencia ante problemas de origen psicósomático y conquistar una mejor calidad de vida^{1,21}.

2.7. Relajación dinámica de Caycedo

Consta de doce grados. Divididos en tres ciclos^{1,21,22}.

Primer ciclo

La práctica del primer grado (grado corporal) de la RDC facilita la toma de consciencia del esquema corporal: el movimiento, el tono muscular de las diferentes partes del cuerpo, el tipo y ritmo respiratorio, las pulsaciones del sistema circulatorio, las sensaciones corporales, tales como el calor, el hormigueo, etc. La práctica termina con ejercicios de concentración e imaginación. Promueve el desarrollo de una relación positiva con el cuerpo, en el que la persona aprende a disfrutar de su presencia (la somatización positiva), aumentando la confianza en sí mismo, el control emocional, la ilusión por las cosas, etc.

La práctica del segundo grado (grado mental) y tercer grado (integración cuerpo-mente) de la RDC promueve la toma de consciencia de los procesos sensitivos, cognitivos y emocionales. El individuo aprende a ser más consciente de la importancia de los cinco sentidos, de sus pensamientos (positivos y negativos) y de sus emociones como la alegría, la tristeza, la ilusión, el enfado, etc., y su repercusión sobre el cuerpo (las somatizaciones).

Las técnicas de imaginación facilitan el desarrollo de la capacidad de recordar momentos pasados positivos (téc-

nicas de preterización) y de anticipar el futuro (técnicas de futurización) de forma armónica y optimista.

El individuo aprende a descubrir y cambiar las actuaciones negativas por otras neutras o por otras positivas (control emocional).

El cuarto grado de la RDC promueve la toma de consciencia y el desarrollo fenomenológico de los valores del individuo, tales como el valor del cuerpo, de la mente, de la consciencia, de la libertad, de la responsabilidad y de la dignidad del ser, entre otros.

Segundo ciclo

En los grados quinto a octavo (ciclo radical) se profundiza la toma de consciencia de la energía vital presente en el ser humano a lo largo de su vida. Se trata de forma vivencial el desarrollo de la consciencia humana.

Tercer ciclo

En los grados noveno a duodécimo (ciclo existencial) se desarrolla la vivencia de la libertad, la responsabilidad y la dignidad.

El método Caycedo aumenta el conocimiento de sí mismo a nivel corporal, mental, emocional y conductual. Facilita la toma de consciencia de las tensiones psicofísicas en la vida cotidiana y ofrece herramientas útiles para controlarlas. Aporta técnicas para desarrollar las capacidades y los valores de la persona.

La Sofrología tiene sus bases en la visión fenomenológica de la persona.

A diferencia de la hipnosis, la Sofrología hace énfasis en el hecho de que la persona es plenamente consciente y autónoma durante su entrenamiento.

Aplicaciones en ginecología y obstetricia

Se aplica las técnicas sofrológicas en la cirugía ginecológica, en los problemas de menopausia, de esterilidad, en los problemas sexuales. En cada uno de estos casos, la sofrología cuenta con protocolos específicos que se acoplan de forma complementaria al tratamiento médico y que ayudan a la mujer a aceptar o tratar situaciones existenciales difíciles.^{1, 18,19.}

La Sofrología en la maternidad da un enfoque holístico a la pareja. Además de vivir plenamente el embarazo, controlar la ansiedad y malestar durante el parto, la metodología sofrológica ayuda a crear un ambiente sofrónico en la vida de una familia que se amplía.^{1,18,19,21,22.}

- *Antes del parto.* Gracias a la sofrología, la mujer embarazada aprende a relativizar las molestias que pueda ocasionar el embarazo durante los primeros meses. Además, se vuelve más consciente de los cambios corporales que la gestación conlleva y los acepta. Con las técnicas sofrológicas aprende a prepararse mentalmente al momento del parto en todas sus modalidades: tanto si se trata de un parto natural como de una cesárea, de tal manera que

cuando llegue el momento se encuentre tranquila y serena.

- *Durante el parto.* Además de saber respirar correctamente durante las contracciones y durante el periodo de expulsión, la sofrología ofrece técnicas mentales para evitar que las contracciones produzcan ansiedad. Se evita el círculo vicioso: contracción-ansiedad-tensión-dolor. Entre contracción y contracción existen técnicas para recuperar las fuerzas para el momento del parto.
- *Después del parto.* Con el método sofrológico se mantiene un equilibrio sano en las etapas de cambio familiar. La metodología sofrológica ayuda a crear un ambiente "sofrónico", es decir, de actitud positiva y optimista ante una nueva realidad. Enseña a disfrutar todos los momentos grandes y pequeños antes y después el parto, como la lactancia, etc. Enseña a disfrutar cada día "el aquí y ahora", de esta fase de la vida.

A nivel preventivo puede evitar trastornos postnatales y psiquiátricos, como la depresión postnatal, problemas con la aceptación de la maternidad²³.

La escuela de "sofropedagogía obstétrica" de Cárcer

En 1960 supuso una gran revolución, su objeto fundamental fue conseguir una "urdimbre afectiva", es decir que la mujer y su pareja adquieran conocimientos y habilidades para poder prepararse para vivir con toda intensidad su maternidad¹.

Cárcer fue el divulgador de los métodos de la Psicoprofilaxis, en un principio fue discípulo de Lamaze, posteriormente contactó con el Dr. Caycedo, siguiendo sus enseñanzas utilizó la sofrología en sus cursos y cambió el término de su método denominándolo Sofropedagogía Obstétrica¹.

El gran éxito de A. de Cárcer fue conseguir introducir su método en el Sistema Nacional de Salud, abriendo el primer centro que él mismo dirigió en el Hospital La Paz en 1965. A ello ha de añadirse la relación magnífica con las matronas, organizó cursos para que se formaran y pudieran poner en marcha los cursos siguiendo su método. Los cursos de Educación Maternal consisten en charlas informativas y prácticas de relajación en dos grados, según el entrenamiento autógeno de Schultz. Las respiraciones utilizadas eran torácicas y de frecuencia elevada, más tarde sustituyó estas respiraciones por abdominales profundas que denominó sincrónicas¹.

Las nuevas corrientes vinieron de la mano de Leboyer hacia 1974, quien completa las anteriores escuelas, su gran reto fue humanizar el parto, defiende un parto sin violencia, tratando de rodear al nacimiento de un ambiente libre de agresividad, ruidos, luces... al poner de manifiesto por primera vez el estado de ansiedad que supone para el niño el nacimiento, pasar de un medio que conoce y en el que se siente seguro a otro, semigrávido, con cambios de temperatura, luces, ruidos etc... el cuidado esmerado del ambiente, las luces, el frío y sobre todo ser colocado inmediatamente en el vientre de la madre propician un nacimiento más relajado y humano¹.

2.8. Haptonomía

Técnica complementaria que se define como arte y ciencia de la afectividad de Weldman, que usa el contacto táctil como medio de comunicación. Su técnica está basada en el tacto de la madre y del padre, asociado a la expresión no verbal y la comunicación verbal. Su efectividad está basada en la teoría que el niño es capaz de establecer una relación afectiva intraútero con su madre y padre facilitándole el parto y sintiéndose más seguro¹.

En 1992 Thomas Verny inicia un nuevo método basado en el vínculo afectivo con el niño que va a nacer, utilizando la armonía con música, relajación profunda, visualización y masaje. Demuestra junto con otros estudios realizados en diversas universidades y hospitales americanos, que el bebé antes de nacer en el útero puede oír, sentir e incluso formar un nivel rudimentario de conciencia, por lo que la relación que tiene con su madre va a ser determinante para la formación de su personalidad y las aptitudes como ser humano. Potenciar emocionalmente a la madre, no solo educándola para el parto y la crianza del bebé, sino además crear un vínculo inviolable y permanente que con el padre constituirán las bases que les unan toda la vida^{24,25}.

El programa contiene las siguientes actividades: escribir un diario, trabajar los sueños, relajación profunda, visualización, visualización guiada, música, diálogos con la pareja, afirmaciones, estimulación táctil, estimulación verbal, etc¹.

3. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

3.1. Conceptos generales

- *Gestante o embarazada*: Mujer en estado de gravidez, desde la fecundación hasta el parto^{1,2,3,6,7,8,20}.
- *Factores de riesgo*: Característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de probabilidades de padecer el daño, por ejemplo: la desnutrición en la gestante condiciona entre otras, niños de bajo peso al nacer, anemia materna; por lo tanto, la mal nutrición es un factor de riesgo que se asocia a patologías tanto materna como neonatales, resulta así ser un factor asociado que aumenta la probabilidad del daño^{7,8,26,27}.
- Equipo didáctico básico de Psicoprofilaxis Obstétrica (KIT-PPO): Denominado también Kit de Psicoprofilaxis Obstétrica, es el conjunto de herramientas, piezas, objetos o productos que constituyen el material didáctico básico para facilitar la sesión de PPO. Está constituido por una colchoneta, dos almohadas y un cojín [28].
- *Gimnasia gestacional (GG)*: Actividad física a través de ejercicios gestacionales (EG) y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros. La gimnasia gestacional se debe realizar con prudencia y de acuerdo a las condiciones de la gestante^{1,28}.
- *Movimiento (Mv)*: Cambio de posición del cuerpo o alguna zona del cuerpo respecto de una postura anterior^{28,29}.

- *Posición inicial (PI)*: Manera de acomodarse físicamente o postura adoptada antes de iniciar un movimiento, ejercicio o técnica^{28,29}.
- *Posiciones aconsejables (PAC)*: Posturas recomendables para la madre por prevenir y reducir dificultades, incomodidades o perjuicios durante la evolución de su gestación^{28,29}.
- *Posiciones antálgicas (PAN)*: Posturas que reducen las molestias, incomodidad o dolor en el cuerpo o algunas de sus partes^{28,29}.
- *Posiciones prohibidas (PPh)*: Posturas no recomendables para la madre por sus probables riesgos o perjuicios^{28,29}.
- *Sesión de PPO (S#)*: Unidad de medida de cada atención de un programa de PPO en la cual se desarrolla el contenido de la preparación integral a la gestante/pareja gestante. Se denomina también: Consulta de PPO, dado que implica un diagnóstico obstétrico y un tratamiento de PPO individualizado de acuerdo a las condiciones exhaustivas de cada gestante^{26,27,28}.

3.2. Psicoprofilaxis obstétrica

- *Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)*: Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materno perinatal^{1,7,8,26,27,28,30,31,32,33,34,35}.
- *PPO Prenatal (PPO-PN)*: Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación. El mejor momento para iniciarla es entre el quinto y sexto mes prenatal; Sin embargo, hay que tener presente que nunca es tarde para realizarla^{30,31,32,33,34,35}.
- *PPO Intranatal (PPO-IN)*: Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante el trabajo de parto. Por el período en que se realiza, priorizará la información técnicas de ayuda a la madre y persona que le brinde el acompañamiento, enfocado hacia una respuesta adecuada durante la labor. También es denominada PPO de emergencia^{30,31,32,33,34,35}.
- *PPO Postnatal (PPO-PTN)*: Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda después del parto. Por lo general se da durante el período de puerperio mediato, pudiendo ampliarse hasta los primeros meses del período de lactancia exclusiva. Su finalidad es lograr la recuperación y reincorporación óptima de la madre promoviendo cuidados en su salud sexual y reproductiva^{30,31,32,33,34,35}.
- *Psicoprofilaxis de emergencia (PPO-EM)*: Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la

fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Es importante la adaptación de un programa o sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades. Busca esencialmente la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la psicoprofilaxis de emergencia proviene de la escuela soviética ya que busca el “automatismo de la respuesta condicionada” para facilitar una mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre^{30,31,32,33,34,35}. En conclusión es una oportunidad valiosa que brinda una preparación y apoyo psicoafectivo a toda gestante que no tuvo tiempo de realizarla entre los cinco y siete meses de gestación, por lograr en ella tranquilidad, confianza y métodos de autoayuda a la madre, por lo que hay que considerar que nunca es tarde para recibirla³⁶.

- **Psicoprofilaxis Obstétrica en situaciones especiales (PPO-SE):** Preparación prenatal integral que se da a las gestantes cuya gestación no reúne las condiciones normales y/o ideales, por lo que de acuerdo con cada situación especial (SE), requerirá una atención basada en las necesidades específicas de cada madre. Por su origen, la SE puede ser de tipo personal, médica o sociocultural^{30,31,32,33,34,35}.
- **Preparación física (PF):** Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales. La prepara para lograr una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones. Ésta puede ser a través de ejercicios gestacionales, técnicas de actividad respiratoria, técnicas de relajación neuromuscular, posiciones antálgicas y/o masajes localizados, entre otros^{28, 29,30,31,32,33,34,35}.
- **Preparación psicoafectiva (P-PA):** Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en ellos tranquilidad, seguridad y bienestar permanentes. Ayuda también en el proceso de desligar el fenómeno de temor-tensión-dolor^{4,5}. La preparación psicoafectiva circunscribe la Estimulación Prenatal^{30,31,32, 33,34,35}.
- **Preparación teórica (PT):** Información real y oportuna que se brinda a la gestante para que conozca y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica, lo cual la ayuda a tener tranquilidad y seguridad, empoderándola respecto de los cuidados de salud y generando en ella una cultura de prevención^{30,31,32,33,34,35}.

3.3. Vínculo afectivo y estimulación prenatal

- **Estimulación:** Es la transferencia de una acción que logra una respuesta a partir de los órganos de los sentidos^{1,8, 30,32,33,37}.
- **Estímulo:** Agente o causa que provoca una reacción o una respuesta en el organismo o en una parte de él^{1,8,30,37}.
- **Estimulación intrauterina (EIU):** Es el uso de procesos, métodos, instrumentos y/o técnicas diversas con la finalidad de lograr una respuesta real y objetiva en el embrión/feto. Clínicamente la EIU es empleada con fines diagnósticos.

Ejemplo: estimulación vibro acústica para facilitar pruebas de bienestar fetal^{30,37}.

- **Patrones de reactividad fetal:** Es la observación de la respuesta objetiva de las reacciones del feto intraútero mediante el uso de la tecnología como equipos ecográficos, para apreciar su respuesta frente a algún estímulo intrauterino^{30,37}.
- **Estimulación Prenatal (EPN):** Acciones que promueven y motivan en la madre el vínculo afectivo durante la gestación, propiciando sentimientos de acogida, afecto y bienestar respecto de la llegada del hijo o hija. El vínculo afectivo prenatal comprende un contacto activo con su entorno inmediato, en particular con la pareja, hijos y personas más allegadas. La Estimulación Prenatal es parte de la preparación psico-afectiva de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Se han descrito en algunas fuentes, ciertas técnicas de intervención a manera de “estímulo intrauterino” (visual, táctil, motora, auditiva), sin embargo, por carecer de suficiente sustento científico no se consideran ni se incluyen en el componente educativo ni en otra área de la preparación prenatal^{30,37}.
- **Vínculo prenatal (VPN):** Lazo afectivo que se propicia en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para que su llegada sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto³⁷.
- **Apego:** Es la relación y vínculo afectivo estrecho que desarrolla el niño o niña con sus padres, lo cual influirá en su seguridad emocional, necesarios para un buen desarrollo de su personalidad^{1,37}.

3.4. Métodos y técnicas

- **Técnicas de relajación (TRj):** Son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva (técnica de Jacobson y Shultz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias^{29,31,32,33,34,35}.
- **Técnicas de respiración (TRs):** Son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto^{29,31,32,33,34,35}.
- **Técnicas de vinculación prenatal (TVpn):** Acciones o dinámicas que buscan propiciar el lazo afectivo en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para ésta sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto^{29,30,31,32,33,34,35,37}.
- **Calistenia (Cl):** Movimientos suaves, rítmicos y progresivos que se utilizan en especial al inicio de la preparación

física de la gestante con la finalidad que logre un estiramiento natural para una mayor comodidad, elasticidad y flexibilidad durante los movimientos del entrenamiento físico^{29,31,32,33,34,35}.

- **Visualización:** Procedimiento mediante el cual se crea mentalmente imágenes construidas en base a la motivación y pensamientos especialmente durante la relajación, para lograr un estado emocional más agradable, placentero y reconfortante^{29,30,31,32,33,34,35,37}.

3.5. Métodos alternativos

- **Aromaterapia:** Es un método alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al bebé³⁸.
- **Esferodinamia:** Es una modalidad de entrenamiento físico con el uso de una esfera o pelota de plástico inflada con aire, con la finalidad de facilitar algunos movimientos y posturas que faciliten la preparación física prenatal y postnatal en la madre^{38,39}.
- **Cromoterapia:** Es el tratamiento de diferentes patologías utilizando como agente físico terapéutico la interacción de longitudes de onda en regiones seleccionadas del espectro electromagnético con los sistemas biológicos. Las regiones de interés son la ultravioleta cercana, visible e infrarrojo cercano, que constituyen las radiaciones electromagnéticas no ionizantes³⁸.
- **Masoterapia:** Es un método alternativo mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo ejercida especialmente con las manos, como modo más eficaz, cuya finalidad es lograr principalmente el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigena-

ción, además de favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la gestante o puerpera³⁸.

- **Matronatación Prenatal:** Es el uso del agua como recurso para facilitar la preparación prenatal, en especial en el área física, y que por sus características y beneficios, como la disminución de la gravedad, facilita los movimientos, flexibilidad y reduce el esfuerzo físico, asimismo, por el efecto de hidromasaje homogéneo en todo el cuerpo de la gestante, reduce molestias y genera sensación de bienestar integral, entre muchos otros beneficios. La matronatación hay que indicarla con criterio clínico, considerando sus contraindicaciones relativas y absolutas^{38,40}.
- **Musicoterapia:** Es un método alternativo terapéutico mediante el uso de estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación durante la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, logrando así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante o puerpera y su pareja durante su preparación³⁸.
- **Sofrología:** Es una escuela científica que estudia la conciencia, sus modificaciones y los medios físicos, químicos o psicológicos susceptibles de modificarla, con una finalidad terapéutica, profiláctica o pedagógica en medicina^{1,18,19,20,38}.

4. MÉTODOS PSICOPROFILÁCTICOS

4.1. Introducción

La guía de atención al embarazo y puerperio editada por el Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad en 2014 destaca que la educación perinatal para la preparación al nacimiento sigue siendo un componente esencial de la atención sanitaria durante el periodo prenatal, aunque también menciona que se debe promover la imple-



Figura 3. Matronatación prenatal.

mentación de prácticas basadas en la evidencia. Facilitando la participación informada de las gestantes y sus parejas en su propio embarazo, parto y puerperio, consiguiéndose así una mayor satisfacción y mejores resultados⁸.

A principios del siglo XX se desarrollan en toda Europa estudios tendentes a alcanzar la analgesia en el parto con medios psicológicos^{41,42}. A mediados del siglo XX estos métodos obtuvieron buenos resultados perinatales con lo que se desarrollaron y extendieron por todo el mundo⁴³.

En el siglo XXI la salud materno-infantil y la vinculación afectiva en torno al nacimiento son tan importantes que constituyen el eje de múltiples directrices de salud a nivel mundial⁴⁴, y el cuerpo de numerosas investigaciones internacionales⁴⁵. Sin embargo, a pesar de la importancia de la educación prenatal, según las últimas revisiones hoy no se conocen ni los resultados ni los mejores enfoques educativos^{46,47,48,49,50}. Esta situación hace necesario que se plantee estudiar y analizar las escuelas más representativas de educación prenatal¹.

Los principales programas de educación perinatal que más se han usado para la preparación al nacimiento son:

4.2. Método de la hipnosis

Método de la hipnosis (1922)

La Escuela de hipnosis y sugestión vigil. La escuela de Charcot (París) y la escuela de Berheim (Nancy) investigaron sobre la hipnosis clínica. En 1922 los obstetras Schultze y Rhonhof comprueban que la introducción de sesiones educativas anteriores al parto reduce el tiempo para lograr el estado hipnótico. En 1923 Kogerer, utilizó la autosugestión posthipnótica. Estas dos técnicas tuvieron dificultades por lo que se buscaron nuevos métodos para aliviar el dolor en el parto^{51,52}.

4.3. Método de la escuela inglesa

Método de la escuela inglesa (1932)

El tocólogo Grantly Dick Read publicó en 1932: "Natural Childbirth" (Parto natural)^{1,5}. Entiende el parto como un fenómeno fisiológico en el que el dolor es engendrado por el miedo que desencadenan los mecanismos de defensa en forma de tensión muscular. Crea el triángulo Miedo-Tensión-Dolor y desarrolla un método con charlas explicativas, relajación, técnicas respiratorias y estrategias que potencien la confianza en el equipo asistencial. No valora los ejercicios gimnásticos y advierte en contra del entrenamiento muscular. Se ha difundido por todo el mundo y ha sufrido muchas variaciones^{4,5,52}.

4.4. Método de la escuela rusa

Método de la escuela rusa

Paralelamente los Drs. Velvoski, Platinov y Nikolaiev, que trabajaban con hipnosugestión buscaron nuevos caminos (Psicoprofilaxis Obstétrica)⁵⁴. De acuerdo con la teoría del condicionamiento de Pavlov concluyeron que el dolor en el parto es una reacción condicionada por estímulos socioló-

gicos y religioso-culturales. Proponen descondicionar el miedo mediante lenguaje aséptico, relajación (Schultze), ideas positivas, exaltación de la maternidad e información obstétrica. Para que la mujer tome un papel activo introducen ejercicios respiratorios y musculares. Realizaron un método sencillo y accesible, lo que favoreció su difusión en toda Rusia, Europa oriental y China^{1,4,5,6}.

4.5. Método Lamaze

Método Lamaze (1960)

La Escuela Francesa del Dr. Lamaze aprende de la escuela rusa y conoce la inglesa. Crea un modelo que insiste en la necesidad de un ambiente cordial con la presencia del compañero⁵⁵. Su colaborador, el Dr. Vellay, insiste en el poder terapéutico de la palabra y de la actitud activa de la mujer⁵⁶. Posteriormente Leboyer en su libro "Nacimiento sin violencia" (1975) populariza las técnicas ambientales de los paritorios y la inmersión de los recién nacidos en una pequeña bañera de agua caliente por lo que se le considera el precursor del parto en el agua⁵⁷. En definitiva consiste en la preparación de las parejas para un parto no medicado, con el objetivo de promover y apoyar el nacimiento normal a través de la educación perinatal. Las características clave del método Lamaze fueron la respiración profunda controlada, el masaje ligero, la concentración en un punto focal, el apoyo activo de un entrenador y el control de la mujer sobre su cuerpo⁵⁵. Lamaze contemporáneo es bastante diferente. La piedra angular de la preparación de Lamaze es una filosofía que afirma: el nacimiento como normal y natural, la capacidad inherente de las mujeres para dar a luz, la importancia del nacimiento en las mujeres y el efecto del proveedor de atención médica y el lugar de nacimiento en las experiencias de parto de las mujeres⁵⁸. La respiración es solo una de las muchas estrategias de comodidad que se enseñan en las clases de Lamaze. Ahora se alienta a las mujeres en las clases de Lamaze a trabajar con sus labores, encontrar consuelo en respuesta a sus contracciones y presionar en respuesta al impulso de empujar, en lugar de controlar sus cuerpos. El enfoque de las clases es ayudar a las mujeres a tener el parto más seguro y saludable posible^{59,60}. En la que recomienda 9 clases grupales (seis de 2 horas, dos de 3 horas, una de 7 horas) y 1 clase individual de 3 horas^{1,3,4,6,7}.



Figura 4. Dr. Fernand Lamaze a la izquierda.⁵⁵

4.6. Método de la escuela española

Método de la escuela española (1955)

La matrona Consuelo Ruiz presenta su libro "El parto sin dolor" con las nuevas tendencias [61]. En 1956, Aguirre de Cárcer funda la escuela de "Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal" y da un cambio sustancial al dejar el enfoque del dolor en el parto por el de conseguir un nuevo patrón sociocultural, donde la mujer y la pareja, adquieran los conocimientos necesarios para afrontar su parto con serenidad, habiendo disminuido sus miedos, viviendo este momento trascendental en su vida con plena conciencia y satisfacción porque esta experiencia va a repercutir en el hijo al favorecer el desarrollo de la "Urdimbre Afectiva"^{1,62}. En 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad le encomienda un programa y en 1986 la Educación Maternal se contempla en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Esto facilita su difusión y favorece un gran desarrollo posterior⁶³.

4.7. Método ICEA

Método ICEA (1960)

Se funda la International Childbirth Educators Association (ICEA), que evoluciona el método Lamaze. Es una organización sin ánimo de lucro que promueve que las mujeres y sus parejas tengan libertad de elección a partir del conocimiento de las alternativas de parto. Su orientación está centrada en el cuidado de la maternidad y el cuidado del recién nacido desde la familia. Se respeta la individualidad de la mujer y su sentido de autonomía⁶⁴.

4.8. Método Bradley

Método Bradley (1965)

Robert Bradley, desde su libro "La Participación del Hombre en el Parto Natural", defiende que la pareja es la persona que debe asegurarse que la mujer esté en un ambiente seguro, tranquilo y que debe conocerla bien para poder ayudarla en este proceso. Capacita a los padres para ser los entrenadores de sus mujeres con instrucción, técnicas de relajación y masaje. Es el pionero en el entrenamiento de los padres (Academia Americana de "Marido-Entrenado Parto")⁶⁵. Concibe el nacimiento como un proceso natural y promueve evitar la analgesia para el dolor y el intervencionismo médico durante el parto normal y el posparto. Aquí se imparten un total de 12 clases, 1/semanal, que se iniciarán en el quinto mes de gestación^{1,3,4,6,7}.

4.9. Método mindfulness

Método mindfulness (1970)

Kabat-Zinn desarrolla el Método Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) en la Universidad de "Massachusetts Medical School to childbirth", basándose en la conciencia de Reducción de Estrés. Este método enfatiza en el desarrollo de la conciencia del momento presente a través de la meditación, el yoga y la atención plena en la educación al parto. Los resultados indican que disminuye la depresión y la ansiedad relacionada con el embarazo. Está

dando lugar a nuevos modelos como "CenteringPregnancy"^{66,67,68}.

4.10. Método Active Birth Movement

Método Active Birth Movement (1970)

En los años 70, Sheila Kitzinger rescata la sabiduría del cuerpo de la mujer para parir. Autora de "Pare a tu manera: Elegir un parto en casa o en un centro de partos", propone que la mujer sintonice con las contracciones como ella sienta que logra armonía y ritmo y que adquiera el conocimiento para tomar sus propias decisiones. La presencia del esposo, la instructora y la partera, crean el ambiente favorable para el parto. Su colaboradora, Janet Balaskas, crea la corriente del Active Birth Movement y propone la práctica de yoga adaptado al embarazo⁶⁹.

4.11. Método Odent

Método Odent (1977)

El obstetra francés Michel Odent populariza el alumbramiento en el agua y funda el Primal Health Research Centre. Orienta su trabajo a ayudar a que cada mujer pueda escoger el modo en que dará a luz siguiendo sus propios instintos y respetando en todo momento el proceso fisiológico del parto. Postula que la situación emocional de la madre embarazada es determinante en el futuro tanto psíquico como físico del individuo, también señala la importancia temporal del parto y de los momentos posteriores sobre el desarrollo de la persona. Destaca el papel de las hormonas del parto (oxitocinas y endorfinas) y aporta numerosas investigaciones⁷⁰.

4.12. Método Mongan

Método Mongan (hypnobirthing, 1989)

Parte de la premisa de que todas las mujeres tienen en sí el poder de llamar a sus instintos naturales para lograr el mejor parto para su bebé y para ellas. Trabaja con las madres y sus familias las expectativas de nacimiento y el afrontamiento positivo de las experiencias. Cuidan mucho el lenguaje, enseñan respiración, relajación, visualización, auto-hipnosis y hacen hincapié en que el parto no tiene que ser doloroso⁷¹. Promueve una educación para el parto natural, relajada, reforzada por técnicas de la hipnosis. El método defiende que en ausencia de miedo y tensión, el dolor intenso no tiene por qué ser importante durante el trabajo de parto. Se impartirán un total de 5 clases de 2,5 horas^{1,3,4,6,7}.

4.13. Método Birthing From Within

Birthing from Within (1998)

Pam England y Rob Horowitz concibieron un enfoque holístico de preparación para el parto y el posparto conocido como Birthing From Within (Dar a luz desde dentro). Además de la información sobre el parto y crianza, trabajan la introspección y el autodescubrimiento desde la perspectiva de la experiencia de la propia mujer a ni-

vel interno⁷². Se insiste en cultivar una actitud de atención plena, en la que se toma consciencia del parto, haciendo lo mejor en cada momento. 12 horas de clases (seis clases de 2 horas y cuatro clases de 3 horas, o en un fin de semana intensivo)^{1,3,4,6,7}.

4.14. Método Birth Works

Birth Works (1994)

Promueve una filosofía que desarrolla la autoconfianza de la mujer, la confianza y fe en la capacidad innata de dar a luz. En 10 clases de 2,5 horas^{1,3,4,6,7}.

4.15. Método Calm Birth

Calm Birth (2005)

Compra de CD. Basado en la meditación y la medicina mente-cuerpo^{1,3,4,6,7}.

4.16. Conclusión

Hoy día los diferentes métodos de preparación a la maternidad tienen en común el deseo de crear en la mujer embarazada la conciencia de participar de forma activa y responsable en el nacimiento de su hijo, con actitud de colaboración racionalizada, consciente y libre. La preparación psicológica básicamente pretende el descondicionamiento de las ideas negativas respecto al parto, fruto de un patrón cultural atávico, y en la programación, mediante un entrenamiento adecuado de reflejos condicionados nuevos que logren inhibir las sensaciones dolorosas durante el parto. El círculo vicioso temor-tensión-dolor se rompe, así al desaparecer el temor aparece en su lugar una actitud positiva frente al parto. Este entrenamiento se logra mediante la información pormenorizada del parto y de la relación patogénica del dolor^{1,3,4,6,7}.

Esta libertad proporcionada por la información y el conocimiento suprime las tensiones y la angustia, consiguiendo armonizar el proceso del parto y conseguir vivirlo con toda la intensidad y madurez que se merece, dignificando a la maternidad y proporcionando todos los elementos necesarios para crear un vínculo afectivo con el bebé imprescindible en su desarrollo. Por tanto el curso de Educación Maternal no finaliza con el nacimiento, sino que debe continuarse durante el puerperio, tanto en atención en consulta, como en sesiones de apoyo y recuperación postparto^{1,3,4,6,7}.

5. PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PRENATAL

5.1. La educación prenatal

Si se revisa la literatura científica, las guías de práctica clínica de atención primaria, los manuales de obstetricia, etc., se puede encontrar educación maternal, psicoprofilaxis obstétrica, preparación para el parto, preparación para el nacimiento, preparación para la maternidad y la paternidad, educación grupal en el embarazo, parto y puerperio como algunos de los términos que se utilizan para denominar a un programa de educación sanitaria en la etapa prenatal, que se encuadra dentro de las actividades básicas de pre-

vención y promoción de la salud^{6,8,73}. Aunque con diferentes nombres, todos persiguen un rango de objetivos comunes⁷³ y comprenden un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a los padres y futuros padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la paternidad⁷⁴.

Las matronas de Atención Primaria, responsables del desarrollo de esta actividad en nuestros servicios de salud desde su inicio, han realizado un gran esfuerzo para ir adaptándose a las nuevas necesidades, modificando los contenidos y la metodología de los programas de educación prenatal. Pero esta adaptación se ha ido produciendo de manera individual y de forma desigual, sin ir acompañada de una actualización formativa institucional y una adecuación de los recursos⁶.

Por todo ello, se ha considerado necesario, aprovechando toda la riqueza de la experiencia acumulada hasta la actualidad, la elaboración e implantación los programas de educación prenatal o de preparación para la maternidad y paternidad, con el objetivo de establecer un marco común de actuación^{6,8,75,76,77,78,79} que en la actualidad tiende a dar una atención más humana y cercana, en que la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto, dejando atrás un modelo medicalizado^{73,79}.

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo señala el papel cada vez más central de la ciudadanía en los sistemas de salud modernos, originando la aparición de un nuevo modelo de atención a la salud centrado en los pacientes y usuarios, aspecto que representa la base para el desarrollo de las nuevas estrategias^{6,8,79}. Otro cambio significativo en la dispensación de la atención prenatal en nuestro país es la modificación en los últimos años del nivel de atención sanitaria, pasando la mayoría de la asistencia desde la atención especializada a la atención primaria^{76,77}.

Los defensores de la preparación para el parto han tratado de persuadir a las mujeres embarazadas de que la preparación educativa para el parto es un componente esencial de la transición a la maternidad. Inicialmente, este punto de vista correspondía a las mujeres embarazadas que estaban buscando los nacimientos no medicalizados como refugio de los tratamientos inhumanos de dar a luz a mediados del siglo XX. La asistencia a estos programas ha disminuido y la preparación para el parto se encuentra actualmente en una encrucijada⁸⁰.

El porcentaje de mujeres que solicita participar en un programa de educación maternal en nuestro país es bajo, entre un 26% y un 45%⁷³, a pesar de ser un programa que se oferta en la cartera de servicios del sistema sanitario público con carácter universal y gratuito^{8,77}.

5.2. Población diana

Los programas de educación prenatal van dirigidos a todas las mujeres gestantes y sus parejas, o en su caso, a la persona que cada una de ellas elija^{1,6,8}. Debe hacerse especial énfasis en ofertarlo a las mujeres que presenten factores clínicos de riesgo y/o sociales como^{6,77,78,79}:

- Embarazo en la adolescencia^{81,82}.
- Discapacidad física o psíquica⁸³.
- Dependencia del alcohol u otras drogas^{84,85}.
- Aislamiento social o apoyo social insuficiente⁸⁴.
- Situación de violencia de género en el ámbito doméstico^{86,87}.
- 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...).
- Responsabilidad en los cuidados de persona dependiente.
- Dificultades en las relaciones entre los miembros de la unidad de convivencia relacionadas con los cuidados, deberes parentales⁸⁷.
- Previsión de hospitalización del recién nacido tras el parto⁸⁵.
- Cualquier otra situación que se considere potencialmente de riesgo (dificultad para cubrir las necesidades básicas, problemas de vivienda)⁸⁷.

En la actualidad encontramos, que el perfil de la mujer embarazada que acude a los programas de EM se corresponde a gestantes primíparas, de nivel socioeconómico y de estudios medio, edad entre 25 y 35 años, por lo general mujeres que tienen acceso a otros medios de información, como internet o bibliografía, y por el contrario no se llega a la población que probablemente necesite en mayor medida aumentar conocimientos sobre todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. Incluyendo en este apartado mujeres inmigrantes, que no suelen participar en estos programas y que habitualmente no están acompañadas de sus familiares, especialmente sus madres, que podrían ser de gran apoyo durante todo este proceso, además de una fuente de información^{6,8,77,78,79}.

5.3. Objetivos de la educación maternal

Objetivos generales

Si hablamos de los objetivos de los programas de educación prenatal en líneas generales podemos decir que se centran en influir en el comportamiento de salud, aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz, preparar a las gestantes y a sus parejas para el parto, prepararlos para la paternidad, desarrollar redes de apoyo social, estimular la seguridad de los padres y contribuir a la reducción de la morbilidad perinatal y la mortalidad^{1,73}.

En cuanto a los profesionales sanitarios se refiere, proporcionan una herramienta de referencia, para que puedan ofrecer a las mujeres y sus acompañantes la información y atención necesaria, que facilite su protagonismo en esta etapa de la vida, un óptimo desarrollo del embarazo y una vivencia positiva de la maternidad y la paternidad⁷⁹.

Objetivos específicos

- Favorecer el desarrollo fisiológico del proceso del embarazo, parto, nacimiento y lactancia materna⁶, reduciendo el intervencionismo obstétrico^{1,8}.

- Fomentar la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso^{6,8,79}.
- Promover que las mujeres y su entorno tengan una vivencia satisfactoria de la experiencia del embarazo, parto y nacimiento^{6,8,77,79}.
- Contribuir a desarrollar modelos de maternidad y paternidad que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación^{6,79}. Potenciando todos los aspectos que proporcionan a los futuros padres un ambiente de seguridad y responsabilidad en la función de ser padres¹.
- Establecer canales de participación durante el proceso de gestación, parto y crianza, promoviendo que el padre o pareja proporcione apoyo a la mujer durante todo el proceso^{1,6,79}.
- Colaborar con la gestante y su familia para afrontar de forma positiva los cambios que el embarazo, parto y puerperio imponen en la dinámica familiar¹.
- Proporcionar a la gestante conocimientos sobre los cuidados de salud en el embarazo, parto, puerperio y crianza del hijo^{1,6,8,77,78,79}.
- Conocer la utilidad de los ejercicios físicos y las técnicas de respiración y relajación y saber aplicar estas técnicas en el momento del parto^{1,77,78,79}.
- Mejorar la recuperación física en el postparto^{1,8}.
- Promover la lactancia natural consciente y sin culpas^{1,79}. Se recomienda ofrecer de manera activa a todas las madres un apoyo dirigido a poder mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada. En caso de ofrecer este apoyo es preferible que se ofrezca de manera individualizada siguiendo los 10 pasos recomendados por la IHAN¹.
- Disminución de las conductas que representen un riesgo para la madre y el feto^{1,8,84,85}.
- Proporcionar un espacio de reflexión que facilite afrontar los conflictos de los nuevos roles entre mujeres y hombres, promueva procesos de maduración personal y relaciones de buen trato^{79,87}.
- Unificar criterios para disminuir la variabilidad de las actividades educativas^{6,79}.
- Proporcionar una herramienta para el profesional de valoración y evaluación⁷⁹.

5.4. Características de los programas

El modelo propuesto en los programas de educación prenatal pretende conseguir una preparación grupal para la maternidad y paternidad dinámica e interactiva, adaptada a las necesidades y características del grupo. Se ha de establecer con el grupo cuáles son sus necesidades y a qué ritmo se debe trabajar, conociendo las expectativas de cada persona⁶.

Los contenidos del programa deben dar pie a una metodología de intercambio y reflexiva en la que una parte im-

portante de los contenidos emerjan del propio grupo y los componentes de éste tengan la oportunidad de reflexionar sobre los distintos aspectos y actitudes. Aprovechando el grupo para aprender contenidos e interiorizarlos y disfrutar de forma lúdica de la experiencia de este espacio dedicado a la maternidad, nacimiento y crianza⁶.

Nivel asistencial

El Programa de educación prenatal o psicoprofilaxis obstétrica se desarrolla en los centros de Atención Primaria de Salud⁶. La matrona es la profesional cualificada y legalmente capacitada para organizar y desarrollar este Programa de educación grupal, siendo un agente clave en todo el proceso, desde su elaboración e implementación, al seguimiento y evaluación posterior del mismo^{6,73,77,79}.

Características de los grupos

La organización recomendada es de "grupos cerrados", es decir aquellos en los que la composición del grupo se mantiene estable, o con una fluctuación mínima, a lo largo de su duración. Esto favorece el conocimiento y la confianza entre las personas integrantes del grupo y con la matrona, lo que proporciona la posibilidad de una organización grupal bien estructurada y progresiva. Todas las gestantes coinciden en cuanto a las semanas de gestación y por tanto se puede desarrollar un programa en el que se suceden los contenidos de una manera progresiva y adecuada al periodo en el que se encuentra la mujer en cada momento^{6,88,89,90,91}.

La formación de "grupos abiertos", es decir aquellos en los que en cada sesión hay miembros nuevos y otros que se despiden, se realizará solo en aquellas situaciones en las que es difícil contar con un grupo cerrado, bien por no disponer de un número suficiente de embarazadas de la misma edad gestacional o por problemas organizativos⁶. Este tipo de grupos proporciona menos información y menor interacción entre sus componentes, por tanto la aportación que realiza como grupo en el cambio de actitudes también es menor, además de suponer una dificultad organizativa añadida ya que tenemos integrantes con distintos niveles de necesidades y de conocimientos^{6,88,89,90,91}.

El tamaño recomendado de gestantes/puérperas por grupo será entre 10-12 mujeres. El tamaño máximo del grupo (mujeres + acompañantes) no debe superar las 18-20 personas. Se fomentará el acompañamiento de la mujer por parte de su pareja en todas las sesiones^{6,90,91}.

6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

6.1. La educación para la salud en la maternidad

La OMS, en el glosario de promoción de salud, define la educación para la salud como un conjunto de actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades que promuevan la salud⁹².

Garantizar un comienzo sano de la vida y promover el desarrollo de recursos y capacidades sociales y sanitarias en la edad preescolar y escolar constituye un planteamiento

básico de la Promoción de la Salud y hace parte de los objetivos de Salud para Todos en el siglo XXI, Salud XXI^{93,94}.

La relación parental tiene una influencia decisiva en la salud y el bienestar de hijos e hijas⁹⁵. La maternidad y la paternidad implican cambios y reajustes, adaptaciones continuas. Requiere incorporar un nuevo rol, nuevas funciones y tareas. Las necesidades detectadas se pueden agrupar en torno a las siguientes áreas¹:

- *Ser padres y madres hoy (maternidad/Paternidad):* se necesita comprender el fenómeno global maternidad/paternidad, identificar los cambios que supone la situación de ser madre/padre y adaptación a los mismos buscando el equilibrio entre el cuidado de sí misma/o y de sus hijos/as, la redefinición de la pareja y unas relaciones de calidad con la familia y el entorno¹.
- *Conocer mejor a nuestros hijos e hijas:* se necesita comprender las características psicoevolutivas en cada edad, reflexionar sobre la visión que tenemos sobre ellos y ellas y los factores que la condicionan, valoración del juego como instrumento para conocerles y relacionarnos mejor¹.
- *Cuidar a nuestras hijas e hijos:* se necesita informaciónes útiles, actitudes y capacidades respecto al cuidado de los hijos/as en las siguientes áreas: alimentación/chucherías, higiene/sueño/llanto, esfínteres, chupete/dedo, enfermedades y problemas más frecuentes: catarro vías altas, gastroenteritis, accidentes infantiles, fiebre... procurando mejorar el sentimiento de seguridad, legitimar las capacidades profanas, favorecer el apoyo social, el conocimiento de los recursos disponibles y la distribución equitativa de tareas en la pareja¹.
- *Educar a nuestras hijas e hijos:* se necesita desarrollar el papel de madre y padre como educadores (reconocimiento de diferentes estilos educativos y reelaboración del suyo propio) y mejorar la relación educativa, desarrollo de capacidades: observación/escucha, expresión de afectos, comunicación, juego, manejo de conflictos/negociación¹.

6.2. Ámbitos de la educación para la salud

Respecto a los ámbitos de la Educación para la Salud, se consideran los diferentes espacios, estructuras y escenarios con posibilidades de educación intencional¹:

- Centros de educación formal (infantil, primaria, secundaria, postobligatoria, de adultos...) y no formal (ocio y tiempo libre...).
- Servicios de salud (Atención Primaria de Salud, Centros de Atención a la Mujer, Hospitales y otros Centros y Servicios de Atención Especializada...).
- Servicios municipales: Sociales, de Mujer, de Juventud, Socioculturales...
- Servicios de salud laboral: servicios y delegados o delegadas de prevención, empresarios y empresarias, sindicatos...

- Instancias político-administrativas: Ayuntamientos, Gobierno y distintos Departamentos, Parlamento...
- Entidades sociales, Organizaciones No Gubernamentales, Movimientos Sociales...
- Canales de circulación cultural y estructuras sociales: Grupos familiares, Medios de Comunicación Social, Grupos Primarios y Secundarios.
- Barrios, ciudades y pueblos...

Trabajar eficazmente en Educación para la Salud requiere contextos facilitadores tanto políticos como técnicos: apoyo institucional y en la gestión, apoyo técnico (formación, materiales, asesorías...) y económico⁹⁶.

6.3. Tipos de intervención

Respecto a los tipos de intervención, diferenciamos cuatro tipos de intervención^{1,97}:

- *Consejo/información.* Es una intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio a usuarios y usuarias, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional, a demanda o programa^{1,97,98,99}.
- *Educación individual.* Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario en las que se trabajan las capacidades del usuario o usuaria sobre un tema (la diabetes, la menopausia, la alimentación...) desde una perspectiva más amplia^{1,97,98, 100}.
- *Educación grupal o colectiva.* Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud^{1,97}.
- *Promoción de salud.* Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate. Además de la educación para la salud, incluye otros tipos de estrategias: Información y comunicación a través de los medios de comunicación social, Acción social y Medidas políticas, técnicas o económicas. Es una actividad de los ámbitos sanitario y social. Colaboran los distintos servicios de la zona (centro de salud, servicios municipales y educativos), entidades sociales, etc.^{1,97}.

6.4. El aprendizaje

Es un hecho generalizable que todas las personas que se dedican a impartir docencia necesitan una formación pedagógica y científica que las capacite para desarrollar una labor docente de calidad. Por eso es importante aportar una serie de nociones pedagógicas básicas, para ayudar a las matronas a mejorar sus habilidades didácticas y de comunicación, mostrando algunos aspectos didácticos esenciales que pueden ayudar a las matronas a ser mejores docentes, tanto en las sesiones expositivas, como al utilizar metodo-

logías participativas que provoquen en las discentes un aprendizaje activo, reflexivo-experiencial, que vaya más allá de la transmisión de conocimiento⁷⁷.

Como sugerencia general de calidad docente cada matrona, durante el desarrollo de su docencia debería tener en cuenta los siguientes objetivos⁷⁷:

- Proporcionar información veraz y objetiva.
- Dar a conocer los objetivos y contenidos de forma clara, con técnicas y métodos adecuados.
- Fomentar el análisis crítico.
- Potenciar el aprendizaje activo colaborativo, fomentando la comunicación efectiva entre los distintos integrantes del grupo y creando un entorno de respeto mutuo, apoyándose en el grupo⁹⁷.

Aprender es un proceso que se produce en el momento en que una persona es capaz, al interrelacionarse con el mundo exterior, de crear nuevas respuestas para dar solución a situaciones desconocidas para ella o de modificar sus respuestas habituales a circunstancias conocidas. Por tanto, podríamos decir que el aprendizaje se produce cuando el individuo consigue una nueva forma de relación con su entorno. Además, es importante destacar que la mayor parte de los aprendizajes se dan en una situación de interrelación entre dos o más personas⁷⁷.

El aprendizaje es una actividad compleja en la que la persona participa activamente. Cuando el/la docente concibe a los participantes en una acción formativa como un activo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y no como meros espectadores pasivos, el/la docente es un orientador, mediador, un guía que conduce a la persona por la construcción del conocimiento e intenta posibilitar que el grupo de participantes realice aprendizajes significativos por sí solo, enriquecer su estructura cognitiva, para lograr que aprendan a aprender. El aprendizaje significativo puesto de relieve en la orientación pedagógica de esta Guía, se fundamenta en la prioridad de los objetivos de cada actividad didáctica con respecto a los contenidos, ya que la adquisición de este tipo de aprendizaje modifica la capacidad de aprender y no se reduce a una acumulación de saberes^{77,97,98,99,100}.

Por ello, es preciso para toda matrona que se enfrente a la psicoprofilaxis obstétrica descubrir los saberes previos y los estadios evolutivos de las personas que acuden ante ella con ánimo de aprender algo nuevo, para poder enfocar los bloques temáticos desde la realidad, proporcionando un nuevo material de información que les ayude a reequilibrar sus esquemas mentales, facilitando la adaptación a las nuevas situaciones que están por venir⁷⁷.

Cada matrona, en su rol docente, tiene que programar las actividades como situaciones en las que el discente (la persona que aprende) será capaz de: sentir la limitación de sus saberes previos, experimentar la inconsistencia de sus conocimientos, descubrir un nuevo esquema cognitivo más adecuado para comprender la realidad, y proponer el uso de metodologías basadas en el aprendizaje cooperativo⁷⁷.

Los talleres constituyen una forma coherente de llevar la práctica educativa en el sentido citado anteriormente. De hecho, son una importante apuesta pedagógica para las matronas, ya que puede afirmarse que su correcta utilización garantiza⁷⁷:

- Un aprendizaje activo (Piaget)^{101,102}.
- Un aprendizaje por descubrimiento (Bruner)^{101,102}.
- Un aprendizaje con un carácter social, en interacción con los otros (Vigotsky)^{101,102}.
- Un aprendizaje significativo y motivante (Ausubel)^{101,102}.

A la hora de programar las actividades que compondrán la psicoprofilaxis obstétrica, se habrá de tener en cuenta el diferente impacto que puede tener la nueva información recibida por alguien, en función de la vía por la que le ha llegado. La proporción en la que aprendemos a través de los sentidos es: 1% a través del gusto, 2% a través del tacto, 4% a través del olfato, 10% a través del oído, y 83% a través de la vista; y la retención de la información se expone en el cuadro siguiente¹⁰³.

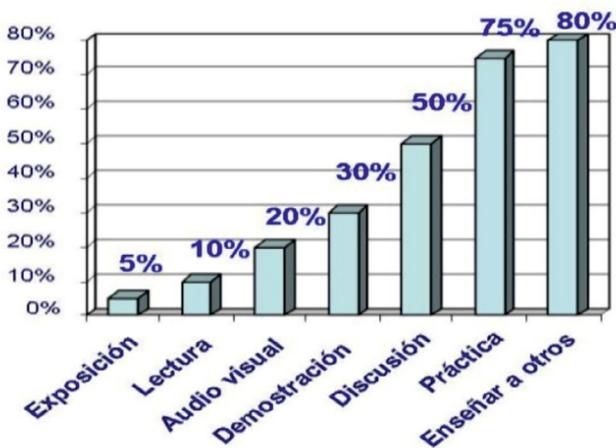


Figura 5. Retención de la información (Osoro Sierra y Salvador Blanco).¹⁰⁴

Esto refuerza la necesidad de priorizar, en la docencia de la psicoprofilaxis obstétrica, aquellos métodos que se basan en la práctica o en enseñar a hacer algo.



Figura 6. Pirámide de aprendizaje (% promedio de tasa de retención).¹⁰⁴

Además, en cuanto a la retención de la información, la pirámide del aprendizaje muestra cómo la proporción mayor se le atribuye al aprendizaje colaborativo, por lo que las dinámicas de grupo en que varias personas aprenden algo juntas, a través de la interacción entre ellas, parecen ser la opción más interesante para la consecución de los objetivos docentes de las matronas^{77,103,104}.

Otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de programar las distintas sesiones es el rendimiento del/la oyente y del/la ponente. Es fundamental no caer en la tentación de alargar innecesariamente las actividades, sobre todo si se trata de presentaciones orales que limitan a un papel pasivo a las gestantes y sus acompañantes⁷⁷.

Se establece como recomendación general utilizar unidades didácticas de 25 minutos. Es el llamado minuto Brown (en referencia a la Universidad de Brown) que, como se ve en la gráfica siguiente, sería una unidad de tiempo de entre 20 y 25 minutos, en la que el rendimiento del/la oyente y del/la ponente son máximos. En el marco de sesiones más largas, que no habrían de superar habitualmente los 90-100 minutos, el uso del minuto Brown debería llevarnos a programar, al menos, tres o cuatro actividades distintas⁷⁷.

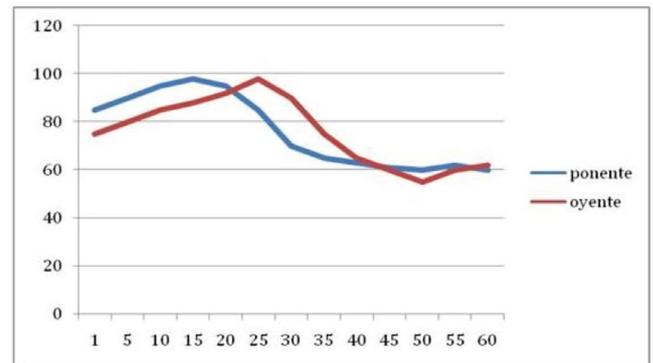


Figura 7. % Rendimiento del oyente y ponente durante una sesión magistral (tiempo expresado en minutos).⁷⁷

En general, la enseñanza hay que diseñarla y ejecutarla pensando siempre en el aprendizaje de los discentes. De hecho, la concepción que cada matrona docente tiene sobre el aprendizaje va a determinar su forma de enseñar, orientando: la selección de contenidos que piensa que deben ser aprendidos y la organización de los contenidos, la planificación de las actividades, la organización de los recursos de enseñanza y las interacciones de las gestantes y sus acompañantes, y la evaluación de los aprendizajes⁷⁷.

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

convencimiento de la repercusión que dicha formación tiene en la vida diaria sobre su salud^{105,106}.

Por otra parte es responsabilidad del formador crear un buen clima en las sesiones (libertad, diálogo, participación, reconociendo el esfuerzo, etc.) ya que este será fundamental para favorecer la motivación. La creación de grupos de trabajo donde se potencie el trabajo colaborativo es una buena fórmula para que el grupo se cohesione, y produzca y avance desde sus propias experiencias^{105,106}.

6.5. Habilidades docentes

Toda matrona docente debe poseer capacidades y recursos que induzcan a las gestantes/acompañantes a la adquisición de competencias, es decir que promuevan un aprendizaje activo y motivador en la consecución de los objetivos docentes planificados. Algunas de las habilidades docentes se muestran a continuación^{1,77,105}:

- **Motivación:** La matrona docente debe poner en práctica una serie de habilidades para motivar y generar interés en las gestantes, fomentando su participación. Para ello es necesario captar al máximo la atención de las mismas. En este caso en especial es muy conveniente establecer relaciones con las experiencias vitales de las embarazadas, explicándoles las ventajas de la Preparación al Nacimiento y Crianza y la utilidad que obtendrán con la misma^{1,77,105,106}.
- **Clima:** Es importante desde el primer momento entablar un buen clima relacional, afectivo, que genere confianza y seguridad entre la matrona y las embarazadas y sus acompañantes, para lo que pueden utilizarse técnicas de grupo como la presentación inicial, aproximaciones personales (“ponte en mi lugar”, “yo soy”...) ^{1,77,107}.
- **Información:** El/la docente debe informar a los participantes sobre los objetivos de aprendizaje y contenidos de las sesiones, indicando las fuentes de información, materiales didácticos, la bibliografía y recursos diversos; si procede también se negociarán las posibles actividades a realizar^{1,77}.
- **Exposición:** Realizar exposiciones magistrales breves, claras y adaptadas al auditorio, que faciliten la comprensión de los contenidos básicos sobre preparación al nacimiento y crianza, estableciendo relaciones constantes entre los conocimientos previos de las mujeres y el contenido expuesto, con la finalidad de potenciar un aprendizaje significativo, enseñándoles a aprender de manera autónoma y desarrollando estrategias de auto-aprendizaje permanente. Es importante fomentar la retro-alimentación potenciando la participación de todas y cada una de las participantes, con el fin de conocer si han captado el mensaje^{1,77}.
- **Colaboración:** Facilitar la participación de las mujeres en todas las actividades haciendo preguntas, promoviendo la colaboración y el trabajo en grupo, realizando presentaciones, orientando el desarrollo de las destrezas que se persiga obtener^{1,77}.
- **Programación:** Consiste en secuenciar los contenidos y las actividades en base a las necesidades del grupo, sa-

biendo enlazarlos, resumiendo, orientando a las participantes, comprobando lo aprendido y controlando la comprensión del grupo mediante la retro-alimentación (hacer preguntas colectivas, invitar a la reflexión en los puntos importantes, contextualizar lo que se aprende en situaciones reales o simuladas, etc.)^{1,77,108}.

- **Comunicación:** Las habilidades de comunicación son esenciales para una buena docencia. Poner en práctica la escucha activa, con uso de silencios adecuados, y el control de las expresiones faciales, gestos, etc., son factores de éxito a lo largo de la psicoprofilaxis obstétrica. La matrona pondrá en juego el uso de refuerzos verbales y no verbales (positivos y negativos), en el desarrollo de las sesiones. Asimismo, será de gran relevancia la utilización del coloquio, el diálogo o la discusión, con el fin de conocer las dudas, lo comprendido, lo reflexionado, los interrogantes, que la docencia va suscitando en las embazadas y sus parejas^{1,77,108}.
- **Evaluación:** La evaluación es fundamental para que tanto la matrona como las participantes en la psicoprofilaxis obstétrica conozcan el resultado de los aprendizajes adquiridos. La evaluación concebida como la mejora continua, debe realizarse al comienzo de la formación mediante una evaluación inicial, para conocer los conocimientos previos y poder hacer un diagnóstico que permita poner en marcha el aprendizaje experiencial; la evaluación formativa o procesual, se realiza durante la actividad formativa y permite ir subsanando o bien reforzando las estrategias, metodologías, etc., en base a las mismas; por último, ha de hacerse una evaluación final o de resultado. Otro tipo de evaluación sería la autoevaluación que se les puede pedir a las asistentes, así como la heteroevaluación o evaluación que se hace entre ellas. Todas ellas ayudan a conocer el resultado de aprendizaje desde otra perspectiva. Otra estrategia sería la de evaluación de las gestantes acerca de la labor de la docente que participa en el programa formativo, con el fin de valorar los contenidos, las estrategias de aprendizaje, la metodología, el estilo docente, el material aportado y la bibliografía. Esto permite mejorar o introducir aquellos cambios pertinentes, que vayan siendo guía para próximos cursos^{1,77,108}.

6.6. Métodos de enseñanza

La selección del método es uno de los elementos fundamentales de los proyectos formativos¹⁰⁹. Pero dichos métodos son muy diversos. Solo esta autora (Fernández March) tiene catalogados alrededor de 30 métodos de enseñanza y estos los divide en tres categorías: métodos de enseñanza basados en las exposiciones magistrales, orientados a la discusión y/o al trabajo en equipo y fundamentados en el aprendizaje individual^{77,109}.

Lección magistral

Exposición oral complementada con el uso de medios audiovisuales y la introducción de algunas preguntas dirigidas a las participantes, con la finalidad de transmitir conocimientos y facilitar el aprendizaje⁷⁷.

Lección magistral	Exposiciones formales	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencia de un solo profesor
	Exposiciones informales	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición magistral informal • Exposición-demostración • Exposición presentada por las participantes
Trabajo en grupo	Seminarios	<ul style="list-style-type: none"> • Seminario clásico • Debate
	Estudio de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Método de Harvard • Redacción de casos por los participantes
	Enseñanza por pares	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto • Aprendizaje basado en problemas (ABP) • Trabajo dirigido o taller • Simulación • Juego de roles (dramatización y sociodrama)
Trabajo autónomo	Dirección de estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato de aprendizaje • Programa de lecturas • Enseñanza cooperativa • Enseñanza a distancia
	Trabajo individual	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza modular • Audio-tutoría • Enseñanza personalizada • Enseñanza programada

Figura 8. Métodos de enseñanza (Fernández March).¹⁰⁹

La clase magistral es también conocida como “conferencia”, “método expositivo” o “lección magistral”. Esta última modalidad se suele reservar a un tipo especial de lección impartida por un docente en ocasiones especiales, con un contenido que supone una elaboración original y basada en el uso casi exclusivo de la palabra como vía de transmisión de la información a la audiencia¹⁰⁹.

Debido a que es una de las técnicas más utilizadas a continuación se van a exponer algunas de las estrategias para su mejora^{110,111}:

- Es conveniente conocer a las participantes con el fin de diseñar la estrategia más adecuada.
- Cuando la matrona es capaz de presentarse como una docente creíble, veraz y con experiencia, la audiencia escucha más activamente y acepta mejor sus sugerencias.
- Presentar argumentos tanto a favor como en contra de cuestiones polémicas es muy adecuado.
- Se debe advertir de la dificultad, si es que existe, relativa a algunas cuestiones o de la complejidad en alguna de las tareas planteadas. Si la tarea es compleja y genera ansiedad, es necesario ofrecer a las mujeres estrategias y recursos de reducción de esta ansiedad.
- Exponer las ideas de otros expertos (argumentos de modelo) cuando se enfrentan a problemas similares en el tema que se está tratando.
- Si la visión que aporta el/la docente es discutida por otros expertos, se han de mostrar estos puntos de vista polémicos.

- Si el problema o tema es complejo para el grupo, se han de dar las soluciones y suficiente tiempo; si el problema o tema no es tan complejo, es mejor permitir que el grupo extraiga sus propias conclusiones.

Otras técnicas

Otras actividades son las basadas en técnicas de trabajo en grupo o técnicas grupales que a continuación se detallan⁷⁷.

- *Actividades iniciales de presentación*: de gran utilidad por la información que proporcionan sobre el grupo, las técnicas de presentación sirven también para conseguir que el grupo empiece a funcionar de modo dinámico, facilitando la participación de todas las integrantes. La matrona puede conseguir importantes beneficios de su uso, siempre que se realicen de forma adecuada, respetando los tiempos y las particularidades de cada una de las mujeres/acompañantes^{77,112,113,114}.
- *Ideas previas y motivación*: es fundamental en cualquier proceso de aprendizaje tener en cuenta los elementos previos que ya son dominados por las discentes, porque será a partir de ellos que se elaboren los nuevos conocimientos. Es conveniente por tanto realizar una evaluación diagnóstica sobre los aspectos esenciales del programa de psicoprofilaxis obstétrica, y sobre la motivación de las gestantes^{77,105,106,112,113,114}.
- *Lluvia de ideas (“Brainstorming”)*: esta técnica permite a todas las asistentes participar en el abordaje de una cuestión de interés. Lo primero que ha de hacerse es plantear al grupo el tema sobre el que se quiere traba-

jar. Se pedirá a todas las integrantes que digan cualquier idea que les parezca sobre el tema. Para que la técnica tenga éxito será esencial no valorar las aportaciones de las gestantes hasta que termine el periodo de participación. La matrona irá apuntando todas las aportaciones en un papel o pizarra. Una vez apuntadas todas se hará una revisión por parte de la matrona, planteando una visión general del tema a partir de estas ideas previas^{77,112, 113,114}.

- *Modelo aprendizaje reflexivo-experiencial*: diseñado en la Universidad de Harvard¹¹⁵, el aprendizaje reflexivo-experiencial consiste en un ciclo de 4 etapas: experimentar, reflexionar, pensar y actuar. Se aprende de modo distinto en cada una de estas etapas, que se van interrelacionando entre sí⁷⁷:

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

- *Análisis de fuentes documentales*: supone la utilización de documentos audiovisuales y/o bibliográficos (fragmentos de reportajes documentales o películas, noticias de actualidad, paneles gráficos, fotografías, biografías, artículos, textos legislativos, etc.) relevantes para la temática de la materia con actividades específicamente diseñadas para el análisis de los mismos. Se puede emplear como introducción general a un tema, como instrumento de aplicación del estudio de casos, para la explicación de procesos que no se pueden observar directamente, para la presentación de situaciones complejas o como síntesis de contenidos de carácter teórico o práctico^{77,112,113,114}.

- *Aprendizaje colaborativo*: se trata de cambiar el foco desde una posición pasiva de las discentes hacia un papel fundamentalmente activo en el que la docente ocupa un papel secundario, que está basado en supervisión y consejo durante la realización, por parte de las gestantes, de actividades didácticas que serán planificadas por la matrona y realizadas durante las sesiones presenciales. El aprendizaje colaborativo mejora mucho las capacidades de interrelación de las gestantes, facilitando la participación de todas las asistentes en la creación de una postura común del grupo^{77,112,113,114}.

- *El Phillips 66*: es una técnica de dinámica de grupos o técnica grupal educativa. Su objetivo es aumentar la intervención de los miembros del grupo, discutir y analizar un problema de manera simultánea, motivar una discusión ordenada entre los participantes y posibilitar un intercambio de puntos de vista. Se formula un tema (que después se subdividirá), y se pide que para su realización el grupo grande se subdivida a su vez en grupos de seis personas que, a su vez, tratan de dar una respuesta en común en seis minutos al tema propuesto inicialmente. En cada

grupo debe elegirse un portavoz que una vez terminado el plazo, debe llegarse a un acuerdo para finalizar con una puesta en común. Esta técnica permite que se desarrolle la capacidad de síntesis; contribuye a que se supere el temor a hablar ante compañeros; fomenta el sentido de responsabilidad y estimula la participación de todos los miembros del grupo^{77,112,113,114}.

- *Debate dirigido*: es un intercambio de ideas sobre un tema determinado y puede servir para aproximarse a una situación desde distintos puntos de vista, tiene como objetivo conocer todos los aspectos de un tema o asunto, a través de la exposición de las opiniones que sobre éste tienen todos los integrantes de un grupo¹¹¹. Los participantes deben saber que se va a realizar esta estrategia y así pueden informarse para actuar con libertad de conocimientos y con un clima de respeto a los oponentes. El debate no durará más de una hora y no participarán más de 12 personas. El/la docente o coordinador/a presenta el tema, y las condiciones de realización^{77,112,113,114}.

- » Es importante la participación de todos los presentes.
- » Se debe agotar el tema, situación o conflicto.
- » Las argumentaciones han de ser lógicas evitando en todo momento los personalismos.
- » La aceptación y el respeto por los participantes.
- » Debe nombrarse a un moderador que será el encargado de conducir el debate y de hacer una síntesis del mismo al finalizar.

- *Juego de roles*: técnica de dinámica de grupos que tiene como objetivo ayudar a desarrollar la perspectiva social y la empatía mediante la representación de diferentes papeles dentro de situaciones conflictivas donde intervienen diferentes posturas que tienen que ser combinadas. Se utiliza para trabajar las relaciones interpersonales, el comportamiento, los valores y las actitudes. Suelen llamar a las diferentes clases de juegos de rol de la manera siguiente^{77,112,113,114}:

- » *Psicodrama*: Se utiliza principalmente con fines terapéuticos.
- » *Dramatización*: Se utiliza con fines pedagógicos.
- » *Sociodrama*: Se utiliza con fines pedagógicos.

- *Mesa redonda*: técnica de dinámica de grupos en que un grupo de especialistas en un tema, que tienen puntos de vista divergentes o contradictorios, llevan a cabo una discusión delante de un grupo, coordinados por un moderador^{77,112,113,114}.

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

basa, por tanto, en la configuración de situaciones similares a las que se producen en un contexto real, con la finalidad de utilizarlas como experiencias de aprendizaje o como procedimiento para la evaluación^{77,112,113,114,116,117}.

- *Aprendizaje basado en problemas (ABP)*: el ABP es una actividad constructiva, "aprender haciendo", una forma de enseñanza deductiva, una conjunción de la teoría y la práctica que permite utilizar estrategias de razonamiento para combinar y sintetizar datos, en la cual el punto de partida es un problema lo más cercano a la realidad donde el educando, mediante la participación activa en el grupo, identifica necesidades e integra conocimientos utilizando múltiples recursos^{77,112,113,114}.

6.7. La sala

El lugar donde se realice el curso será lo más confortable posible; con una sala amplia, bien iluminada, ventilada y si fuera posible climatizada. Pintada con colores agradables, con cuadros en las paredes y contará con asientos confortables suficientes en número. La sala deberá tener una temperatura agradable, es preferible que tenga el suelo de madera. Todo debe contribuir a que el lugar sea lo más acogedor posible^{6,75,77,106}.

6.8. Materiales y medios

Materiales Didácticos^{6,77}:

- Una pizarra, marcadores o rotuladores de colores, borrador, lápices y papel, archivadores.
- PC con programas específicos de registros; láminas, diapositivas y proyector de diapositivas y retroproyector de transparencias. Si fuera posible, TV, vídeo DVD y VHS.
- Equipo de audio y CDS de música especial para bebés y mamás.

Material de Prácticas y Ejercicios^{6,77}:

Para la actividad física se requerirán colchonetas en cantidad adecuada y elementos a utilizar como cuñas, almohadas, pelotas de Pilates, globos, etc. silla de partos, simulacro de mesa de partos... etc.



Figura 9. Sala de educación prenatal.

7. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA COMO EDUCACIÓN PARA LA SALUD

7.1. Psicoprofilaxis obstétrica individualizada

La educación para la salud individual se realizará por parte de la matrona en cada uno de los exámenes de salud que se lleven a cabo en la consulta, a través de un diálogo abierto con la gestante y su pareja. El contenido estará en función del momento en que se encuentre el embarazo, sus conocimientos, hábitos, necesidades, costumbres y creencias, así como lo que resulte más conveniente para su salud, fomentar, modificar o evitar^{1,98,100}.

La educación maternal personal realizada en la consulta, se realiza de forma más concretamente dirigida a resolver en principio problemas, que la embarazada nos plantea, suelen estar relacionadas con dudas, déficit de autocuidados y desconocimiento de cómo han de resolver las situaciones concretas que cada embarazada tiene en su entorno familiar y laboral^{1,97,98,100}.

Les daremos una hoja informativa sobre una serie de consejos respecto a^{1,6,8}:

- Ejercicio físico.
- Viajes.
- Dinámica de vida, descanso-trabajo.
- Higiene y seguridad laboral.
- Minimizar riesgo que comprometan la salud madre-hijo.
- Dieta, higiene y autocuidado.
- Sexualidad.
- Material que deberá tener para las clases, como: ropa cómoda, una mantita o toalla, una almohada, calcetines, agua...

7.2. Psicoprofilaxis obstétrica grupal

Los cursos de Preparación a la Maternidad o Psicoprofilaxis Obstétrica son los diversos nombres que pueden adoptar la preparación a la madre y al padre ante la llegada del hijo para adquirir los conocimientos necesarios sobre el embarazo, parto, puerperio, cuidados del recién nacido y lactancia materna^{1,6,8,77,78}.

El rol de la matrona dentro del grupo de Educación Maternal es de docente desarrollando un programa de educación sanitaria que abarque el proceso del embarazo, parto, puerperio y lactancia materna. También debe conducir la parte práctica de la preparación: preparación física, relajación y respiraciones. La matrona por tanto necesita además del dominio de la materia, habilidades de comunicación y dinámicas de grupo^{1,6,77,88,89,90,91}.

Para conocer a la embarazada se registrarán sus datos precozmente mediante la entrevista de admisión. Tendremos una ficha de cada una de las embarazadas que forman parte del grupo, en ella debe constar^{1,6}:

- Datos personales (nombre y apellidos, dirección y teléfono).
- Consulta donde le controlan el embarazo.
- Hospital donde piensa parir.
- Edad.
- Condiciones familiares, si tiene pareja, familia, etc.
- Fecha del primer día de la última menstruación y fecha probable de parto.
- Breve historia sobre antecedentes personales, patologías.
- Antecedentes obstétricos y ginecológicos.
- Actividad laboral.
- Hábitos.
- Si tiene tiempo libre y su utilización.
- Tareas que realiza habitualmente en el hogar.
- Zonas de dolor más frecuentes. Cómo lo soluciona. Si padecía los mismos dolores antes del embarazo.

Se considera conveniente adjuntar la ficha a la historia clínica de la embarazada. Una vez realizada esta ficha en consulta, se procederá a su inscripción en el grupo correspondiente a su edad gestacional^{1,6}.

8. VENTAJAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

8.1. Beneficios para la madre

Adquisición de conocimientos

La educación maternal resulta muy efectiva para adquirir nuevos conocimientos acerca del parto^{118,119}. La educación maternal aporta conocimientos sobre hábitos saludables provocando un cambio en el comportamiento de las embarazadas, como mejora de los hábitos higiénico-dietéticos con una dieta más sana y equilibrada, la realización de ejercicio físico y el abandono o disminución de hábitos tóxicos, como el tabaquismo o el alcohol, provocando un alejamiento del círculo social debido al abandono de estos últimos^{119,120,121,122}.

El hecho de adquirir conocimientos acerca del embarazo y el parto hace que las embarazadas realicen menos visitas médicas. En un ensayo, las mujeres nulíparas fueron asignadas al azar a atención de rutina o enseñanza específica sobre la palpación del fondo uterino, diferenciación entre Braxton-Hicks y contracciones laborales activas, el momento de las contracciones, el reconocimiento de la fuga de líquido amniótico y la percepción del dolor, con el refuerzo de estos conceptos en las visitas prenatales. El número de visitas al grupo de trabajo que dio como resultado que el paciente fuera dado de alta sin haber sido entregado fue menor en las mujeres que recibieron la intervención educativa¹²³.

Otros beneficios que se le atribuyen al programa de educación maternal es que las embarazadas tienen una mejor percepción de su imagen corporal, asegurando una mejora

en la agilidad y una reducción en el dolor de espalda. Además, aseguran que el embarazo refuerza positivamente los vínculos afectivos con la familia^{73,120,121,122}.

Por otro lado, se destaca una disminución de las relaciones sexuales y la reducción de los temores acerca de la maternidad, aunque no se reducen los miedos acerca de las malformaciones fetales^{73,120}.

Finalmente, respecto a la prevención de la toxoplasmosis congénita, existe una falta de estudios que indiquen que la educación prenatal la prevenga¹²⁴.

Nivel de miedo, ansiedad y estrés

La educación maternal puede ser un recurso para cubrir la necesidad de reducir la ansiedad, el miedo y el dolor, especialmente a través de la desmitificación de los prejuicios sobre el embarazo parto y puerperio⁷³ basados en tradiciones orales y escritas, los mitos y los ritos. Esta desmitificación se consigue con la aclaración de dudas y la adquisición de nuevos conocimientos¹²⁵.

Según otro estudio la asistencia a educación maternal suponía una reducción de la ansiedad, pero esta disminución sólo era observada en mujeres de nacionalidad española, provocando el efecto contrario en mujeres inmigrantes¹¹⁹.

Varios estudios demuestran que altos niveles de miedo y estrés influyen negativamente en el proceso del embarazo. Gracias a la psicoprofilaxis obstétrica se reducen riesgos perinatales como la prematuridad, un bajo peso al nacer e incluso una lactancia materna ineficaz¹²¹. Un alto nivel de temor también ha sido relacionado con una mayor duración en el proceso del parto y, por lo tanto, de recurso de cesáreas urgentes, por lo que es primordial abordarlo en la educación maternal para reducir la ansiedad¹²⁶.

Diversos autores han comprobado que un apoyo adecuado durante el proceso del embarazo reduce el miedo y la ansiedad que conlleva el parto, lo que da lugar a una reducción del dolor y una mayor colaboración en el proceso del mismo^{73,126,127}. Por lo tanto, la educación maternal produce un aumento de la autoestima y de la experiencia en el parto, disminuyendo así la incidencia de depresión puerperal^{126,128}. Otros autores afirman que la asistencia a las sesiones de educación maternal no influye en el comportamiento durante el parto¹²⁹.

En definitiva, en la educación maternal las mujeres pueden encontrar herramientas para manejar la ansiedad, especialmente cuando no disponen de otros recursos^{130,131}.

Vivencia de la maternidad

Las mujeres que han realizado educación maternal planean y preparan el parto de manera más positiva^{132,133} y tienen una participación más activa y relajada durante el parto^{73,134}. Hay que destacar que no sólo se ha estudiado la influencia de la educación maternal sobre el aspecto físico, sino también sobre el aspecto social y psicológico; los programas de crianza pueden tener un papel que desempeñar en la promoción de la salud mental de las madres¹³⁵.

Las mujeres atribuyen a la educación maternal un cierto valor para enfrentarse a lo que significa ser madres, tanto en el conocimiento de los cambios que experimenta, como en la toma de decisiones que realizan de manera libre, informada y con propiedad, lo que les permite gozar con plenitud de su embarazo^{128,133}. Las mujeres que asisten a los cursos de preparación al parto están mucho más satisfechas con la experiencia del proceso de parto que las mujeres que no asisten a estas clases¹³⁶.

Lesiones vulvoperineales

Respecto a las lesiones vulvoperineales del parto en relación con la asistencia a programas de educación maternal encontramos diferentes resultados. Hay estudios que concluyen que existe cierta relación inversa con la asistencia al programa de educación maternal y un mayor número de desgarros vulvoperineales. En cuanto a la gravedad de los desgarros, se observó que los de mayor incidencia corresponden a los de primer y segundo grado, siendo más frecuente en multíparas (79%) y con una edad de entre 20 y 34 años (82%)^{73,137}.

Sin embargo, existen estudios que afirman que la educación maternal aumenta el riesgo de padecer desgarros de tipo III y IV indiferentemente del número de partos que hayan tenido¹³⁸.

Por otro lado hay trabajos que establecen la conclusión de que se les realizó un mayor número de episiotomías aquellas mujeres que habían acudido a las sesiones de educación maternal, sin embargo, este resultado podría estar sesgado por la diferencia de las mujeres multíparas y primíparas, siendo mayor estas últimas (el 40,5% de las primíparas frente al 12,7% de las multíparas)¹³⁹. Datos que contrastan con otros estudios que con respecto a la realización de la episiotomía en el parto, encontraron resultados contrarios, estableciendo una asociación negativa entre la asistencia a las clases y la práctica de esta incisión quirúrgica¹⁴⁰.

Otros autores no encontraron ninguna relación con la asistencia al programa de educación maternal y la aparición de lesiones en el suelo pélvico o realización de episiotomías^{73,126}, ni tampoco asociación entre la asistencia a las clases de educación maternal y la aparición de lesiones del suelo pélvico¹⁴¹.

Dolor y analgesia

La educación maternal contribuye de diferentes formas a afrontar el dolor. Si bien, hay ciertos autores que consideran que la educación maternal es un método analgésico no farmacológico de dudosa eficacia o eficacia poco demostrada^{126,129,142,143}. Por el contrario, hay autores que afirman que la psicoprofilaxis obstétrica es un método muy eficaz para el control y el alivio del dolor durante el parto, siendo mayor en las mujeres con estudios debido a una mejor comprensión del proceso del mismo^{120,122,131}.

También, ciertas investigaciones describen que las mujeres que acudieron a las sesiones de educación maternal optaban más por la analgesia epidural que las que no asistían¹⁴⁴. Por otro lado, otros estudios no encuentran ninguna relación entre las mujeres que realizaban educación maternal

y aquellas que no respecto a la utilización de la analgesia epidural^{73,145}. Y sin embargo existen trabajos que relacionan un menor uso de la analgesia epidural y la psicoprofilaxis obstétrica^{146,147}. Obteniendo las mujeres que asistían a programas de psicoprofilaxis obstétrica obtuvieron tasas reducidas de aumento de trabajo de parto, parto por cesárea y reanimación neonatal¹⁴⁷.

Durante el parto, la mujer puede controlar el dolor mediante una serie de estrategias de afrontamiento. La educación prenatal brinda la oportunidad a las mujeres de prepararse para un parto menos doloroso¹⁴⁸.

Proceso de parto

A la hora de identificar el inicio del trabajo de parto activo, no se han encontrado pruebas suficientes que evalúen los criterios para el autodiagnóstico [149]. Si bien es cierto, hay estudios es los que se observó en que existe una relación entre la asistencia a educación maternal y los tiempos en los diferentes periodos del parto [150]. Por el contrario, hay autores que no encuentran ninguna relación^{73,119,151}.

Las mujeres embarazadas que han acudido a educación maternal, han asistido a urgencias cuando han presentado signos y síntomas de alarma, lo que da lugar a una disminución en la carga de trabajo de los profesionales sanitarios y una reducción de la estancia hospitalaria a la vez que se realiza un correcto uso de los servicios sanitarios^{73,119,152}.

La humanización de la asistencia perinatal, estrategia prioritaria de la Administración Sanitaria⁶³, representa para la educación maternal uno de sus instrumentos fundamentales, puesto que ha demostrado que reduce el número de intervenciones sistemáticas e innecesarias durante el embarazo y el parto, se realiza un menor número de cesáreas e incluso en los embarazos de riesgo¹⁵³ (realizándose 1 de cada 7 que acuden a psicoprofilaxis obstétrica) y se encuentran menores tasas de episiotomías, mayor libertad de movimientos durante el parto, menor patología en el embarazo y menos casos de utilización de oxitocina^{73,140,152}.

Respecto al modo de finalización del parto, la asistencia a clases de educación maternal ha mostrado una asociación negativa con el número de partos que acaban en cesárea^{136,140}.

Con respecto a la reducción de inducciones electivas: se compararon las tasas de inducción electiva entre los asistentes a educación maternal y los no asistentes, antes y después de que se agregara contenido estandarizado sobre los riesgos potenciales de la inducción laboral electiva a las clases preparadas para el parto. Las mujeres nulíparas que asistieron a clases que incluían el contenido estandarizado tuvieron significativamente menos probabilidades de ser inducidas y menos propensas a seleccionar la inducción cuando se les ofreció la opción en comparación con las que no asistieron. Antes de la intervención educativa, las tasas de inducción fueron similares tanto para los asistentes como para los que no asistieron¹⁵⁴. Por otro lado, un estudio concluye que existe un cambio

significativo de preferencias en el plan del parto una vez acudido a las sesiones de educación maternal. Si bien, las gestantes identificaron como elementos más importantes evitar la episiotomía, ingerir líquidos durante el proceso del parto, poder ir al baño cuando lo deseen así como poseer una libertad de movimientos, lo que da lugar a una monitorización intermitente, realizar un expulsivo en una posición cómoda, realizar pujos espontáneos, realizar un pinzamiento tardío del cordón con posibilidad de cortarlo el acompañante y llevar a cabo el contacto piel con piel y así poder realizar un amamantamiento precozmente¹⁵⁵.

Finalmente, ciertos autores observan que no existe ninguna relación entre la asistencia a educación maternal y la duración de la estancia hospitalaria tras el parto tanto de la madre como del recién nacido¹⁵⁶.

Experiencia con la psicoprofilaxis obstétrica

La mayoría de las mujeres que participaron en un estudio australiano agradecieron a las matronas la oportunidad de participar en la educación maternal grupal, ya que la consideran un instrumento útil para entablar amistades y redes de apoyo, y así poder realizar un intercambio de conocimientos, ideas y experiencias con otras mujeres¹⁵⁷.

Pero la educación maternal no sólo ha demostrado su utilidad en los países desarrollados. Así, los resultados de algunos trabajos informan de las implicaciones que tiene la educación maternal para las parteras en los países en vías de desarrollo, y estos autores afirman que constituye un ejemplo de una iniciativa liderada por la partería para proporcionar educación formal sobre el parto a las mujeres de estos países, más vulnerables¹⁵⁸.

8.2. Beneficios para el recién nacido

Test de Apgar

Uno de los indicadores que se tienen en cuenta en el momento del parto para comprobar el estado del recién nacido es la puntuación del test de Apgar. Ciertos autores no encontraron diferencias en el test de Apgar entre los recién nacidos de mujeres que asistieron a las clases de preparación al parto y los de las que no asistieron, tanto al minuto como a los 5 minutos de vida¹⁵¹.

Contacto piel con piel

Algunos estudios afirman que los niños de las madres que han acudido a educación maternal establecen el contacto piel con piel más precozmente, favoreciendo así la lactancia materna y la conducta de apego entre otros beneficios^{73, 126, 152, 159}.

Lactancia materna

Respecto a la lactancia materna existen diferentes opiniones. Según algunos estudios no se observa ninguna relación significativa entre la realización de educación maternal y la elección de lactancia materna. Sin embargo, se establece una relación directamente proporcional entre el número de clases asistidas de educación maternal y la prolongación

de la lactancia materna tanto exclusiva como mixta¹⁶⁰. Siguiendo con la relación entre la asistencia a las clases de educación maternal y la prevalencia de lactancia materna, tampoco se encontró ninguna asociación entre ambas en un estudio realizado sobre la población de todos los recién nacidos en hospitales públicos de Asturias¹⁶¹, ni en otro realizado en el distrito sanitario de Córdoba, en el que se observó que no había asociación entre el inicio de la lactancia materna y la asistencia al programa de educación maternal¹⁶². Si bien afirman que poseer estudios universitarios, residir en una zona no urbana, llevar el control del embarazo por la matrona y no recibir suplementos fomentan la elección de la lactancia materna¹⁶¹. Observándose de otro modo que el bajo peso al nacer por parte del recién nacido y una clase social baja influye negativamente en la lactancia materna. Las clases sociales altas como bajas, mantienen la lactancia materna durante más tiempo si obtienen ayuda de los Centros de Salud, concluyendo que la lactancia materna no guarda ninguna relación con la asistencia a educación maternal, si no que la influencia se produce una vez nacido el niño¹⁶².

Sin embargo, en sentido contrario a lo que marcan las anteriores investigaciones, hay trabajos que conceden beneficios a la educación maternal con respecto a la lactancia materna. Así, se ha informado de que una intervención educativa sobre lactancia en las clases de educación maternal previene la aparición de grietas en el pezón de la madre en los primeros días posteriores al parto¹⁶³, y que las mujeres que acuden a los cursos de preparación al parto con la matrona se decantan en mayor medida por la lactancia materna¹⁶⁴, sobre todo, gracias al apoyo de los distintos profesionales^{73, 164, 165, 166}.

Siguiendo este mismo sentido la educación maternal es un factor determinante para la lactancia materna, tanto para su inicio precoz como para su mantenimiento hasta los dos meses de vida del recién nacido. En esta línea se han realizado varios estudios en diferentes regiones y países del mundo¹⁶⁷.

Resultados perinatales

Siguiendo con los parámetros de salud del recién nacido, algunos autores relacionaron la educación maternal con la semana de gestación en la que se produjo el parto. Estos mismos autores hallaron un aumento del peso de los recién nacidos cuyas madres habían realizado educación maternal¹³⁰.

Aunque también hay estudios que concluyen que las mujeres que no han realizado educación maternal presentan 2 veces más posibilidades de tener un recién nacido pequeño para su edad gestacional, 7 veces más de complicaciones neonatales tempranas, y una mayor probabilidad de presentar líquido amniótico meconial¹⁵²; sin embargo, otros autores no encontraron ninguna relación entre la realización o no de educación maternal por parte de la madre y la aparición de líquido meconial¹⁵¹.

8.3. Beneficios para el padre

El papel que desempeña el padre tanto en el embarazo como en el parto ha cambiado a lo largo de los años pues-

to que, antiguamente, este trabajo era considerado una tarea exclusiva de la mujer. La educación maternal contribuye de forma muy eficaz en educar al padre para que proporcione un apoyo a la madre durante todo el proceso del embarazo y parto, así como promocionar un ambiente de bienestar incluyendo al hijo y a él mismo¹⁵⁰.

Por otro lado, tanto el apoyo del padre como de la matrona, proporciona una experiencia satisfactoria, disminuyendo tanto la duración del parto como el uso de medicación para aliviar el dolor durante el mismo. Asimismo, la presencia del padre durante la lactancia materna aporta mayor beneficio¹⁵⁰.

La asistencia a las sesiones de educación maternal por parte del padre confiere la oportunidad de que exprese los sentimientos, miedos y emociones acerca de la situación que le rodea. Además, una mayor involucración por su parte proporciona mayor beneficio tanto en su propia salud física y mental como en el desarrollo social y cognitivo del niño¹⁵⁰.

Respecto a la experiencia que manifiestan aquellos padres que han acudido a educación maternal, expresan que se han sentido en un segundo plano sintiéndose exclusivamente como el acompañante de la mujer, ya que apenas han recibido atención por parte del profesional sanitario que imparte el programa. Para evitar esto, el profesional sanitario es quien debe integrar a los padres, proporcionando un ambiente de confort para lograr una experiencia más positiva en conjunto¹⁵⁰.

El padre debe ser el principal apoyo de la madre en todo momento. Una buena participación por su parte da lugar a una mayor fluencia del proceso del parto, produciendo una disminución de la ansiedad y depresión puerperal. Además, facilita el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, reforzando así la relación tanto con la pareja como el vínculo que se genera padre-hijo¹⁵⁰.

9. PROGRAMACIÓN DE SESIONES Y CONTENIDOS

Los contenidos del programa de psicoprofilaxis obstétrica pueden agruparse en diferentes sesiones, según el criterio del profesional sanitario o las necesidades de la población diana, pero por norma general todos los programas de psicoprofilaxis obstétrica siguen las mismas pautas en cuanto a la programación de sus contenidos. A continuación se muestra un ejemplo de una programación de educación maternal basada en una de las principales guías para profesionales⁶:

9.1. 1ª Sesión: Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo. Cuidados básicos del embarazo

Objetivos

Las gestantes y sus parejas al finalizar la sesión serán capaces de:

- Identificar los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo y los que pueden suponer un signo de alarma.
- Conocer medidas destinadas a aliviar las molestias propias del embarazo.

- Conocer los cuidados básicos del embarazo.
- Reconocer la función, importancia y cuidado del suelo pélvico.

Contenidos

- Cambios corporales y emocionales durante el embarazo.
- Cuidados de salud durante el embarazo, considerando esté como un proceso natural que pone a prueba las reservas físicas y psíquicas de la mujer. Alimentación, suplementos de vitaminas y minerales, actividad física y descanso, higiene postural, actividad laboral, doméstica y de cuidados a personas dependientes, ocio y tiempo libre, exposición a tóxicos.
- Sexualidad durante la gestación: cambios que se producen en esta etapa, estrategias de adaptación a ellos y causas en las que se aconseja evitar las relaciones sexuales coitales.
- Formas de alivio de las molestias propias del embarazo.
- Percepción del suelo pélvico y prevención de las disfunciones del suelo pélvico.

Desarrollo específico de la sesión

- Recibimiento del grupo.
- Presentación de la matrona y de cada persona del grupo.
- Presentación del Programa: descripción de las sesiones y a quienes van dirigidas.
- Entrega del Programa con fechas, objetivos y temática.

Propuesta metodológica

Cambios corporales, emocionales y sexualidad	
Trabajo grupal	Compartir con el grupo los cambios experimentados desde el comienzo del embarazo.
Exposición teórica de contenidos	Se abordará tanto los cambios físicos como los emocionales (pérdida de control sobre el cuerpo, mayor vulnerabilidad emocional, cambios en el estado de ánimo, euforia, sensación de plenitud, sentimiento de ambivalencia, miedos, ilusiones, etc.).
Cuidados de salud durante el embarazo	
Trabajo grupal	<p>Técnica de rejilla (o similar): Formar grupos de 3-4 personas, distribuyendo aleatoriamente a cada grupo trabajos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Grupo A:</i> Elaborar un ejemplo de menú de un día de una embarazada. • <i>Grupo B:</i> Establecer un actividad semanal de una embarazada (incluyendo descanso, ejercicio, actividad laboral, reparto de tareas domésticas, etc.).



Cuidados de salud durante el embarazo	
Puesta en común	Estrategias de alivio de las molestias propias del embarazo. Trabajar sobre estilos de vida saludables y reparto equitativo de tareas, completando la matrona aquellos aspectos que no se hayan desarrollado en los grupos. Resumir la puesta en común con una recomendación a destacar por cada participante.
Suelo pélvico	
Exposición teórica de contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Funciones del suelo pélvico</i>: sostén, contención, sexualidad. • <i>Factores de riesgo</i> (estreñimiento, gestión del esfuerzo abdominal) y prevención de las disfunciones del suelo pélvico.
Trabajo corporal	Reconocimiento de la pelvis y de la musculatura perineal.
Entrega de documentación	Guía de "Cuidados de la Salud durante el Embarazo".
Información sobre páginas web recomendables para consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería de Sanidad: www.saludcantabria.org Salud Publica Salud y Mujer. • Mi matrona, portal de salud: www.mimatrona.com • Crianza Natural SL: www.crianzanatural.es • Asociación El Parto es Nuestro: www.elparto.es • Asociación Itaca: www.asociacionitaca.com

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Revisar su estilo de vida e introducir al menos 2 cambios saludables en su vida cotidiana.
- Realizar ejercicios del suelo pélvico al menos 5 minutos cada día.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Guías de "Cuidados de Salud durante el Embarazo".
- Bolas gimnásticas para trabajar el suelo pélvico.
- Pelvis ósea.
- Pizarra y rotuladores/tizas.
- Proyector de imágenes.

9.2. 2ª Sesión: Modelos de maternidad y paternidad. Comunicación y vinculación afectiva con el bebé intraútero

Objetivos

Las gestantes y sus parejas al finalizar la sesión serán capaces de:

- Reflexionar sobre su estilo de maternidad y paternidad.

- Conocer qué es la coeducación y la corresponsabilidad y su influencia en la crianza.
- Valorar la importancia de comunicación afectiva con su bebé intraútero.

Contenidos

- Reflexionar sobre los diferentes modelos de maternidad y paternidad para crear el suyo propio.
- Conocer el significado de las relaciones igualitarias entre parejas.
- Conceptos básicos sobre coeducación y corresponsabilidad en la crianza, y como llevarla a la práctica.
- Comunicación con el bebé y vinculación afectiva intraútero.

Propuesta metodológica

Concepto de coeducación	
Tormenta de ideas	Ejemplos de cómo llevar a cabo la coeducación. Resumir en dos columnas: Una en la que se recojan situaciones de coeducación y otra en la que se enumeren ejemplos de no coeducación.
Trabajo con fichas individuales	<p>El modelo de maternidad/paternidad que conocemos mejor, o quizás el único, es el de nuestros padres. Tenemos que observarlo desde cierta distancia para saber qué deseamos copiar de él y qué no deseamos.</p> <p>Entrega a cada persona del grupo de una ficha para trabajar los modelos de maternidad/paternidad conocidos para poder comenzar a desarrollar el suyo propio.</p> <p>Animarles a desarrollar su propio estilo de maternidad/paternidad, que no tiene por qué ser el que cada uno espera del otro.</p>
Trabajo corporal	Invitación a la percepción y comunicación con su hijo/a intrauterino a través del tacto.
Entrega de documentación	<ul style="list-style-type: none"> • "Guía para la buena coeducación de nuestras hijas e hijos". • Folleto "La igualdad también es cosa tuya". • Información en página web: www.mujerdecantabria.com/alua_documentacion

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Caminar juntos al menos 2 veces por semana durante 1 hora.
- Planificar cómo se repartirán las tareas después del parto.
- Comentar con su pareja que sentimientos les despertaría el dar a su hijo o hija juguetes tradicionalmente adjudicados al otro sexo.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Guía para la buena coeducación de nuestras hijas e hijos” (Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria).
- Folleto “La igualdad también es cosa tuya” (Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria).

9.3. 2ª Sesión para padres: sentimientos que afloran ante la paternidad

Objetivos

El padre al finalizar la sesión será capaz de:

- Identificar los sentimientos que le produce su paternidad.
- Reconocer aquellas actitudes que pueden ayudarle a tener una vivencia satisfactoria de su paternidad.
- Compartir su vivencia con otros hombres que están en su misma situación.

Contenidos

- Sentimientos que pueden aparecer ante la futura paternidad.
- Papel del padre en el proceso de embarazo, parto y crianza:
 - » Hablar y compartir los miedos ilusiones y proyectos con su pareja, ella también los tiene.
 - » Hacerse presente, acompañar y participar, que sienta que esta con ella viviendo este momento.
 - » Asumir tareas que igual antes no hacía y que ahora le resultan a ella más incómodas.
 - » Transmitir seguridad con sus abrazos o con sus detalles, hacerle sentir que está ahí.

Propuesta metodológica

Trabajo grupal (Tormenta de ideas)	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo empieza la paternidad para él? • ¿Qué cosas han cambiado en su vida desde que conoce que va a ser padre? • ¿Qué espera que cambie? • ¿Cuál cree que su papel en este proceso? • ¿Qué tipos de sentimientos le afloran durante esta fase?
Exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen de la Sesión 2. • Papel del padre durante el proceso.

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Elaborar una lista de las cosas que como padre se tiene que responsabilizar, tanto durante el embarazo como después del nacimiento.

- Colaborar con su pareja en las tareas propuestas en cada sesión.

9.4. 3ª Sesión: Inicio del parto

Objetivos

Las gestantes y sus parejas al finalizar la sesión serán capaces de:

- Expresar y compartir sentimientos y emociones en relación con el parto.
- Identificar los signos y síntomas de inicio del parto.
- Conocer y utilizar las técnicas de alivio del dolor durante el parto.

Contenidos

- Definición de parto. Modificaciones anatómicas. Contracciones.
- Papel del dolor en el parto. Dolor y sufrimiento. Dolor fisiológico durante el parto.
- Signos de inicio del trabajo de parto. Pródromos de parto. Cómo actuar en esta fase. Cuando acudir al hospital. Qué hay que llevar al hospital.
- Técnicas de alivio del dolor (masaje, utilización de bolas gimnásticas, baño, ducha, posturas, respiración, etc.).
- Papel del acompañante antes del ingreso de parto. Elección del acompañante más adecuado.

Propuesta metodológica

Trabajo grupal (Tormenta de ideas)	Qué sugiere la palabra “parto” y la palabra “dolor”. Trabajar las ideas y los miedos que afloran.
Proyección audiovisual	<p>“Saber esperar”, en la que se exponen aspectos relacionados con las modificaciones que se producen al inicio del parto y el papel del acompañante.</p> <p>Debate posterior sobre la proyección, incidiendo la matrona en aquellos aspectos de mayor interés.</p>
Trabajo corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Posturas antiálgicas, estiramientos y masaje lumbar. • Percepción de la respiración según los distintos estados emocionales.
Entrega de documentación	Folleto: “¿Estoy de parto? Cuando acudir al Hospital”.

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Hablar con su pareja sobre cómo le gustaría que le acompañase en ese momento.
- Entrenamiento de técnicas de alivio del dolor con la persona que le va a acompañar.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Bolas gimnásticas.
- Audiovisual "Saber esperar".
- Folleto: "¿Estoy de parto? Cuando acudir al Hospital".

9.5. 4ª Sesión: El parto y nacimiento

Objetivos

La mujer y su acompañante durante el parto, al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer el proceso del parto y reconocer el papel de cada uno durante este periodo.
- Identificar las necesidades de la mujer y el recién nacido en el proceso.
- Conocer los recursos que les ofrece el sistema sanitario para la toma de decisiones en relación con la atención al parto.
- Identificar a la matrona como la profesional responsable de la atención al parto fisiológico.

Contenidos

- Desarrollo del proceso de parto y la importancia de respetar su evolución fisiológica.
- Necesidades básicas de la mujer durante las fases del parto: seguridad, intimidad, silencio, calor, libertad de movimientos, apoyo emocional, etc.
- Necesidades básicas del recién nacido: calor, silencio, luz tenue, contacto piel con piel, lactancia materna, etc.
- Otros tipos de parto:
 - » Parto con analgesia farmacológica (epidural, óxido nítrico, etc): ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones.
 - » Parto inducido: indicaciones.
 - » Parto con fórceps y ventosa.
 - » Parto por cesárea.
 - » Parto fuera del ámbito hospitalario.
- Papel del acompañante durante el parto.
- Plan de Parto: Importancia y apoyo para su elaboración.
- Información sobre la donación de sangre de cordón umbilical.

Propuesta metodológica

Exposición teórica de contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas y duración del parto. • Presentación (PowerPoint): El parto en mi hospital. • Plan de Parto. Importancia y cumplimentación.
Trabajo en grupal (Tormenta de ideas)	Necesidades básicas de la mujer y del recién nacido.
Método del caso	Experiencias o vivencias sobre diferentes tipos de partos.
Trabajo corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de movilización lumbopélvica. • Posturas facilitadoras para el parto.

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Hablar sobre cómo se imaginan ambos el parto y que espera cada uno del otro.
- Entrenamiento de técnicas de alivio del dolor con la persona que le va acompañar.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Bolas gimnásticas para trabajar el suelo pélvico.
- Presentación (PowerPoint): "El parto en mi hospital".
- Documento sobre experiencias de distintos tipos de parto.

9.6. 5ª Sesión: Contacto piel con piel

Objetivos

La gestante y su pareja/acompañante al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer el significado del contacto piel con piel y la forma adecuada de realizarlo.
- Identificar las ventajas del contacto piel con piel y conocer los riesgos de la separación precoz.
- Conocer la importancia de la relación existente entre el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia materna.

Contenidos

- Ventajas del contacto piel con piel.
- Colocación adecuada para el contacto piel con piel.
- Riesgos de la separación precoz y cómo superar sus posibles dificultades.
- Atención inmediata al recién nacido: procedimientos recomendados y procedimientos que se pueden posponer.

- Puntos clave en la instauración de la lactancia materna: inicio precoz y estimulación frecuente (a demanda y como máximo cada 3 horas).

Propuesta metodológica

Trabajo grupal (Tormenta de ideas)	Sentimientos y dudas en relación a nacimiento de su hijo/a, cómo les gustaría recibir al recién nacido, que sugiere el término contacto piel con piel.
Exposición teórica de contenidos	Trasmitir a la madre que la única necesidad básica del recién nacido sano es el contacto piel con piel, ya que favorece su adaptación a la vida extrauterina, el vínculo afectivo y el inicio de la lactancia materna. Reforzar la importancia del reconocimiento entre la madre y su hijo/a, respetando sus tiempos y sin forzar la primera toma.
Presentación (PowerPoint)	“Contacto piel con piel”
Trabajo corporal	Posturas antiálgicas, estiramientos y masaje lumbar
Entrega de documentación	Guía de Cuidados de salud para después del parto: Lactancia Materna

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Lectura del capítulo que hace referencia a la lactancia materna de la guía de Cuidados de salud para después del parto.
- Hablar con al menos dos personas de su entorno sobre el contacto piel con piel.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Presentación (PowerPoint): “Contacto piel con piel”.
- Guía de Cuidados de salud para después del parto: Lactancia Materna (Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria).

9.7. 6ª Sesión: Lactancia materna

Objetivos

La gestante y su pareja o acompañante al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de no amamantar.
- Conocer la técnica apropiada para dar de mamar.
- Saber identificar las prácticas que suponen una interferencia con la lactancia materna.
- Saber identificar los problemas que pueden aparecer a lo largo de la lactancia y cómo abordarlos.
- Conocer la técnica apropiada de extracción manual de la leche materna.

- Conocer los recursos existentes, tanto en el ámbito sanitario como en su entorno social, de apoyo a la lactancia materna.

Contenidos

- Conocimientos básicos sobre la fisiología de la lactancia materna.
- Beneficios de la lactancia materna y los riesgos de no amamantar.
- Técnica apropiada para el amamantamiento.
- Interferencias y obstáculos para la lactancia materna (tetinas, biberones, presión familiar o social, etc). Mitos y creencias.
- Cuidados de la madre durante la lactancia: alimentación, descanso, mamas.
- Dificultades frecuentes en la lactancia, causas y abordaje: Dolor en el pezón como signo de alerta, ingurgitación mamaria, afrontamiento de las primeras noches, etc.
- Conocimiento y manejo de los brotes de crecimiento.
- Técnica de extracción manual, almacenamiento y conservación de la leche materna.
- Recursos que ofrece el entorno para apoyar la lactancia materna:
 - » Profesionales de referencia (matrona /pediatra/ enfermera pediátrica).
 - » Grupos de apoyo en Centro de Salud.
 - » Asociaciones de apoyo a la lactancia materna.
- Duración recomendada de la lactancia materna y destete fisiológico.

Propuesta metodológica

Trabajo grupal (Tormenta de ideas)	Motivo por el que va a dar de mamar y ventajas que conoce de la lactancia materna, explorar los mitos y creencias. Haciendo hincapié en los riesgos de no amamantar.
Demostración práctica	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de amamantamiento y de la higiene postural con muñeco, con audiovisual y/o con madre lactante. • Técnica de extracción manual de la leche.
Exposición teórica de contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Interferencias/obstáculos para la adecuada succión. • Dificultades que pueden aparecer y cómo resolverlas (dolor, grietas, ingurgitación mamaria, mastitis, hipogalactia, etc). • Información sobre recursos de apoyo a la lactancia materna que existen en nuestro entorno.



Trabajo corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Posturas antiálgicas. • Posturas facilitadoras para el parto.
Entrega de documentación	<ul style="list-style-type: none"> • Libro: "La lactancia materna: un reto personal". • Folleto: "Amamantar y trabajar fuera de casa" • Lactancia Materna en Cantabria "La Buena leche"
Información sobre páginas web	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría: www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm • Fármacos, enfermedades, tóxicos, etc. y lactancia: www.E-LACTANCIA.ORG

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Lectura del libro: "Lactancia materna. Un reto personal".
- Visitar las páginas web propuestas para familiarizarse con ellas.
- Practicar con un muñeco posturas cómodas y apropiadas para la lactancia materna.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Muñeco blando y articulado que permita colocarlo en diferentes posiciones.
- 1 Cojín posicionador.
- Taburete apoya-pies.
- Video: "Sígueme mama" y "El pecho no tiene horario" (IHAN).
- Libro: "La lactancia materna: un reto personal".
- Folleto: "Amamantar y trabajar fuera de casa".

9.8. 7ª Sesión: Cuidados del puerperio

Objetivos

La gestante y su pareja al finalizar la sesión serán capaces de:

- Conocer qué es el puerperio y los cambios físicos y psíquicos que se puedan presentar en esta etapa.
- Identificar aquellas situaciones familiares y sociales que puedan facilitar o dificultar el reajuste de roles.
- Tomar conciencia de las nuevas relaciones que se establecerán en la estructura familiar con la llegada del recién nacido.
- Identificar las situaciones de riesgo que pueden aparecer en la puérpera y cuando consultar por ello.

Contenidos

- Duración, características y cuidados generales del puerperio. Cambios en la percepción corporal.
- Cuidados del periné y episiotomía, si la hubiera.
- Puerperio en caso de cesárea (cuidados de la laparotomía).
- Cambios emocionales durante el puerperio: sentimientos que se pueden presentar, labilidad emocional, importancia de la autoestima y seguridad en sí misma para abordar la crianza del bebe, pautas para afrontar estos cambios. Transmitir a la pareja lo que se espera de ella.
- Vuelta a casa y readaptación de la estructura familiar.
- Situaciones de riesgo durante el puerperio:
 - » Fiebre.
 - » Molestias urinarias.
 - » Hemorragia.
 - » Signos de alarma de las heridas quirúrgicas (episiotomía, laparotomía).
 - » Signos de flebitis en extremidades inferiores.
 - » Signos de riesgo psíquico: falta de deseo de cuidar al bebe, llanto exagerado que no desaparece, sensación de extrañeza para ella y con su hija/o, ansiedad.

Propuesta metodológica

Trabajo grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Visualización de cómo se imaginan a ellas mismas en esta fase, física y emocionalmente. • Foto palabra: Exponer diversas fotos de mujeres en distintas fases del posparto y que elijan con la que más se identifican.
Exposición teórica de contenidos	Cuidados generales del puerperio, readaptación de la vida familiar. Signos de alarma en esta etapa.
Trabajo corporal	Posturas y respiración en el expulsivo.
Entrega de documentación	Hacer referencia a Guía de Cuidados de salud para después del Parto: Lactancia Materna.

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Lectura del capítulo que hace referencia a los cuidados para la madre de la guía de Cuidados de salud para después del parto (entregada en Sesión 5).
- Reflexionar cómo se imaginan que será esta etapa y qué esperan de su entorno.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Fotografías para desarrollar la técnica de fotopalabra.

9.9. 8ª Sesión: Cuidados del bebé

Objetivos

La gestante y su pareja al finalizar la sesión serán capaces de:

- Identificar las necesidades físicas y afectivas del recién nacido.
- Conocer como satisfacer dichas necesidades en función de las características del bebé.
- Conocer la importancia de la visita precoz del recién nacido en Atención Primaria.
- Identificar factores protectores de la muerte súbita del lactante.
- Conocer los beneficios del masaje del bebe.
- Conocer pautas de crianza básicas en la primera fase de adaptación familiar.

Contenidos

- Cuidados generales del recién nacido: contacto físico, higiene y aseo, cuidados del ombligo, eliminación, sueño, descanso, vestido, paseo, etc.
- Controles de salud habituales del recién nacido, resaltando la importancia de la visita precoz (48-72 horas) en el Centro de Salud tras el alta hospitalaria.
- Importancia del contacto físico y del masaje del bebe.
- Manejo del llanto y el cólico del lactante.
- Factores protectores de la muerte súbita del lactante.
- Valoración crítica de la necesidad real de muchos de los artículos de puericultura.
- Prevención de accidentes (seguridad en el automóvil, caídas, baño, etc.).
- Pautas de crianza durante los primeros meses de vida.

Propuesta metodológica

Trabajo grupal	Demostración práctica: baño del bebe, masaje, cambio del pañal y vestido, cuidados del ombligo, etc.
Exposición teórica de contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados generales del recién nacido: eliminación, sueño, descanso, paseo, etc. • Controles de salud habituales del recién nacido en el Centro de Salud. • Factores protectores de la muerte súbita del lactante. • Valoración crítica de la necesidad real de muchos de los artículos de puericultura. • Prevención de accidentes.

Presentación (PowerPoint)	“Pautas de crianza”: Desarrollo motor, juego, artículos para bebes, desarrollo del lenguaje.
Trabajo corporal	Realización de los ejercicios y posturas aprendidos con los que cada una se encuentra más cómoda.
Entrega de documentación	Folleto: “El masaje de tu bebe”.

Propuesta de actividades para realizar en casa hasta la próxima sesión

- Lectura del capítulo que hace referencia a los cuidados de tu hijo recién nacido de la guía de Cuidados de Salud para después del parto: Lactancia materna. (entregada en sesión 5).
- Practicar los movimientos, dando y recibiendo masaje, con su pareja en al menos dos ocasiones.
- Elaborar un listado crítico con los productos de puericultura que necesita.

Material específico necesario para el desarrollo de la sesión

- Presentación (PowerPoint): “Pautas de crianza”.
- Folleto: “El masaje de tu bebe”.
- Bañera.
- Muñeco articulado.
- Pañales y ropa de bebé.

9.10. 9ª Sesión: Recuperación postparto. Relaciones sexuales y anticoncepción

Objetivos

La gestante y su pareja al finalizar la sesión serán capaces de:

- Identificar herramientas para que la vuelta a la actividad sexual tras el parto se produzca sin complicaciones.
- Tomar decisiones informadas sobre la anticoncepción.
- Recordar la importancia de la musculatura del suelo pélvico y conocer las prácticas encaminadas a su recuperación y mantenimiento tras el parto.

Contenidos

- Aspectos que influyen en el retorno a la actividad sexual tras el parto: cambios en la libido, momento adecuado para el inicio de la actividad sexual tras el parto, miedo a sufrir/provocar dolor, temor por la pérdida de atractivo, etc.
- Herramientas facilitadoras: uso de lubricantes, variaciones en la actividad sexual, masaje del periné, etc. Otras maneras de vivir la sexualidad.

- Métodos de contracepción tras el parto. Elección del más adecuado en función de las preferencias y circunstancias de cada pareja.
- Recuperación del suelo pélvico tras el parto y prevención de patologías asociadas.

Propuesta metodológica

Sexualidad y anticoncepción	
Trabajo grupal (tormenta de ideas)	Las personas participantes del grupo expresarán sus sentimientos respecto a la actividad sexual tras el parto: miedos, disminución libido, cansancio, presión por parte de su pareja, etc.
Exposición teórica de contenidos	Aspectos que influyen en el retorno a la actividad sexual tras el parto y herramientas facilitadoras.
Debate en grupo	Planteamiento de dudas y resolución por parte del grupo.
Suelo pélvico	
Exposición teórica de contenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones del suelo pélvico tras el parto. Importancia de su recuperación y cuidado. • Métodos de recuperación de suelo pélvico: ejercicios de Kegel, bolas chinas, conos vaginales, terapia de bio-feed-back, etc.
Trabajo corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios del suelo pélvico. • Ejercicios de flexibilización dorso-lumbar. • Ejercicios abdominales hipopresivos. Incidir en la contraindicación de la realización de ejercicios abdominales clásicos por el riesgo de lesión del suelo pélvico.

Propuesta de actividades para realizar en casa

- Incluir en la rutina diaria los ejercicios de recuperación del suelo pélvico.
- Practicar ejercicios de flexibilización dorso-lumbar.

10. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

Para que el usuario le dé valor al servicio, es necesario publicitarlo para que sea adquirido. Es necesario hacer conocer el programa de preparación integral para la maternidad, entusiasmar a la embarazada con la propuesta, y conseguir los recursos necesarios para su ejecución¹.

Para ello es necesario conocer al destinatario, interpretar sus necesidades, establecer prioridades y ofrecer un servicio de calidad, así como adaptar nuestras clases o talleres en función del tipo de grupo, cantidad y nivel sociocultural. Además, será fundamental evaluar lo realizado, lo que implica obtener información acerca de cuáles han sido los resultados en cuanto al cumplimiento de los objetivos^{1,6}.

La evaluación permite también establecer la necesidad de iniciar nuevamente o de modificar el proceso de programación. Los conceptos que intervienen en la evaluación son: información, desviación, corrección¹.

Es decir, la evaluación consiste en recabar información para determinar desviaciones entre objetivos y resultados, a fin de establecer medidas correctivas. Por eso un proceso de evaluación permanente contribuye a acercar cada vez más los resultados a los objetivos propuestos¹.

10.1. Evaluación del programa

La evaluación del Programa supone una reflexión integral sobre el mismo, desde su diseño a la puesta en práctica, a través de procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de la información generada, con el fin de valorar las actuaciones, resultados e impacto del mismo y emitir recomendaciones de cambio y mejora. Para ello se definen dos tipos de acciones y etapas diferentes, la del seguimiento o monitorización del Programa y la de la evaluación en sí misma⁶.

Seguimiento o monitorización del Programa

Se hará de forma interna, permanente y continua, asegurando que las actividades y sesiones del Programa se es-

Nº Sesión	Título	Contenido general	Semanas gestación	Dirigida a	Fecha estimada
1ª	Comienza una aventura	Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo. Cuidados del embarazo.	12-15	Embarazada y pareja	
2ª	Voy a ser madre / voy a ser padre	Modelos de maternidad y paternidad. Comunicación y vinculación afectiva con el bebé intrauterino.	20-22	Embarazada y pareja	
2ª-P	Que puedo hacer yo	Sentimientos que afloran ante la paternidad.	20-22	Solo para padres	
3ª	Se acerca el momento	Inicio de parto	33	Embaraza y pareja	
4ª	Ya estoy de parto	El parto y nacimiento	34	Embaraza y pareja	
5ª	Por fin con nuestro bebé	Contacto piel con piel	35	Embaraza y pareja	
6ª	Le doy de mamar	Lactancia materna	36	Embaraza y pareja/acompañante	
7ª	Volvemos a casa	Cuidados del puerperio	37	Embarazada y pareja	
8ª	Cuidando al bebé	Cuidados del bebé	38	Embarazada y pareja	
9ª	Adaptándonos a la nueva etapa	Recuperación postparto Relaciones sexuales y anticoncepción	30-45 días postparto	Puérpera y pareja	

Figura 10. Calendario de las sesiones del programa.⁶

tán desarrollando y que se están recogiendo los resultados de acuerdo a lo planificado, que el material utilizado está siendo comprendido, que la metodología aplicada es pedagógicamente adecuada, y finalmente, si se están logrando los objetivos específicos de cada sesión. El seguimiento se realizara de forma continuada⁶:

Después de cada sesión:

- La matrona cumplimentará el Anexo I a través de la observación directa que realice de la evolución de la misma y de las cuestiones que planteen las mujeres y hombres participantes.

ANEXO I. EVALUACIÓN DE CADA SESIÓN DEL PROGRAMA POR LA MATRONA

Marcar con un X la Sesión correspondiente:

- Sesión 1ª: Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo. Cuidados del embarazo.
- Sesión 2ª: Modelos de maternidad y paternidad. Comunicación y vinculación afectiva con el bebé intraútero
- Sesión 3ª: Inicio del parto
- Sesión 4ª: El parto y el nacimiento
- Sesión 5ª: Contacto piel con piel
- Sesión 6ª: Lactancia materna
- Sesión 7ª: Cuidados del puerperio
- Sesión 8ª: Cuidados del bebe
- Sesión 9ª: Recuperación posparto. Relaciones sexuales y anticoncepción

1. ¿Cómo ha sido la participación de las personas asistentes en la Sesión?

- Muy participativos e interesados (hacen preguntas, comentarios, etc.).
- Hacen lo que se les pide pero no realizan preguntas
- Participan en la mayoría de actividades pero no en todas
- Participan poco

2. En relación con el tema tratado, crees que las personas asistentes:

- Están muy satisfechas
- Cuestionan o plantean problemas a algunas actividades o temas
- Especifica cuáles
- Están poco satisfechas

3. En relación con la metodología empleada, crees que las personas asistentes:

- Están muy satisfechas
- Cuestionan o plantean problemas a algunas actividades o temas
- Especifica cuáles
- Están poco satisfechas

4. Cómo valorarías la metodología propuesta para esta Sesión:

- Muy apropiada
- Apropiada
- Poco apropiada
- No la he utilizado. He utilizado otra

5. ¿Ha habido situaciones de incomodidad en alguna de las participantes?

- No
- Sí. ¿Por qué?.....
- ¿Cómo las resolviste?.....

6. Incidencias de la Sesión.....

Al finalizar el Programa completo de un grupo:

- Las personas asistentes cumplimentaran un cuestionario de recogida de información (Anexo II). En el caso de que se haya realizado una Sesión específica para padres, estos cumplimentaran al finalizar la misma un cuestionario específico.

ANEXO II. EVALUACIÓN AL FINAL DEL PROGRAMA POR PARTE DE LA MATRONA

1. Al finalizar el Programa con cada grupo, se valoran los siguientes aspectos del mismo:

	Muy útil	Útil	Poco útil	Nada útil
Materiales educativos (Power Point, dípticos, videos, libros...)				
Materiales de apoyo (Pelotas, colchonetas, muñeco...)				
Metodología sugerida				

2. Sugerencias

.....

- La matrona sistematizará las informaciones recogidas oralmente y a través de los cuestionarios en un instrumento (Anexo III) que permitirá posteriormente analizar toda la información recopilada de todos los Centros de Salud.

ANEXO III. EVALUACIÓN DE LA SESION DEL PROGRAMA ESPECÍFICA DE PADRES

1. ¿Cómo te han parecido los siguientes aspectos de esta sesión para padres?

	Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Nada adecuado
Horario				
Lugar				
Temas				
Metodología				

2. ¿Te ha parecido apropiado realizar una sesión específica para padres?

Sí No

¿Por qué?

.....

Observaciones y/o sugerencias.....

.....

Los resultados del seguimiento serán material esencial para la evaluación global, al tiempo que permitirán hacer los ajustes necesarios durante el proceso de implantación del Programa. Esta monitorización se realizará en los seis primeros meses de aplicación del Programa.

Evaluación global

Posteriormente se realizará una reflexión más global y profunda del Programa. El abordaje de esta evaluación será participativo, contando con la colaboración de todos los actores implicados, desde los distintos niveles del sistema de salud, hasta las mujeres y hombres a quienes va dirigido. En la misma se evaluará por un lado la información recogida sistemáticamente durante el seguimiento, y los cambios que ha sido necesario hacer durante el proceso de desarrollo del Programa, y por otro se plantearán preguntas de investigación que implicarán analizar en profundidad el cumplimiento de los objetivos establecidos y las actuaciones del programa para valorar su grado de bondad o de ventaja. Las preguntas de la evaluación vendrán determinadas de forma participativa por las necesidades informativas de todos los agentes involucrados de forma directa e indirecta en el Programa, empezando por las propias matronas de Atención Primaria y las mujeres y hombres participantes, las matronas de partos y otros profesionales de la salud implicados en el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio. Al conjunto de preguntas formuladas por los diferentes agentes implicados, que compondrán la matriz de evaluación del Programa, se dará respuesta a través de técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación. Los resultados de la evaluación se acompañarán de recomendaciones de mejora del Programa. Esta evaluación se realizará a los dos años de su puesta en marcha del Programa⁶.

11. TRABAJO CORPORAL

Uno de los apartados que contiene la psicoprofilaxis obstétrica está relacionado con el entrenamiento psicofísico o trabajo corporal. Esta sección incluye un conjunto de actividades y recomendaciones que tienen como objetivo favorecer una buena forma física y emocional en la embarazada⁷⁸.

11.1. Actividad física y embarazo

El efecto del ejercicio físico en las mujeres embarazadas se ha investigado ampliamente. Por una parte, los estudios demuestran que, en la mayoría de casos, hacer ejercicio físico es seguro tanto para la madre como para el feto y, por otra parte, apoyan las recomendaciones de comenzar a hacer o continuar haciendo ejercicio, en la mayoría de embarazos, para obtener los beneficios para la salud asociados a estas actividades⁷⁸.

- Todas las mujeres tendrían que ser animadas a practicar alguna actividad aeróbica y entrenamiento físico durante el embarazo como parte de un estilo de vida saludable.
- El objetivo de la actividad aeróbica durante la gestación es mantener un buen estado físico, sin pretender alcanzar un nivel de "fitness" o de competición atlética.
- Las embarazadas tendrían que procurar escoger actividades que no impliquen riesgo de pérdida de equilibrio o riesgo de trauma fetal.
- Las gestantes tendrían que ser informadas sobre el hecho de que el ejercicio físico no aumenta la patología del embarazo ni la patología neonatal.
- Iniciar la práctica de ejercicios de suelo pélvico durante el puerperio puede reducir el riesgo de incontinencia urinaria en el futuro.
- Las mujeres tendrían que ser advertidas de que el ejercicio físico durante el amamantamiento no afecta a la cantidad o composición de la leche ni tiene ningún impacto sobre el crecimiento del recién nacido.

Los beneficios de la actividad física para la gestante son tanto físicos como psicológicos. Muchas de las lumbalgias y molestias habituales que comporta el embarazo, como el cansancio, las varices o los edemas de las piernas, se alivian con el ejercicio físico. Además, las mujeres más activas suelen sufrir menos insomnio, estrés, ansiedad y depresión. Así mismo, hay alguna evidencia que demuestra que el ejercicio físico durante la gestación puede ayudar a disminuir la duración del parto y la aparición de complicaciones.

Por contra, un estilo de vida sedentario durante el embarazo puede contribuir a una pérdida de la forma física y cardiovascular, a una subida excesiva de peso de la embarazada, a un incremento del riesgo de diabetes gestacional o preeclampsia, al desarrollo de venas varicosas y al aumento de molestias físicas, como la disnea o el dolor de espalda, además de poca tolerancia psicológica frente a los cambios físicos propios de la gestación.

El ejercicio físico es útil para mejorar el control de la glucemia en el caso de mujeres con diabetes gestacional y puede tener un papel importante en su prevención. También tiene un efecto protector ante la enfermedad coronaria, la osteoporosis y la hipertensión, reduce el riesgo de cáncer de colon, parece ser que también el de cáncer de mama y reduce la grasa corporal.

Por otra parte, el embarazo provoca multitud de cambios, modificaciones o interferencias en diferentes sistemas funcionales del cuerpo de la mujer. Aumenta el volumen de sangre que circula por el sistema cardiocirculatorio, la frecuencia cardíaca y el flujo en el útero y el riñón. En cuanto al sistema respiratorio, se produce una elevación del diafragma y un incremento de la ventilación por minuto. Respecto al sistema músculoesquelético, se desplaza el centro de gravedad y aparece hipermovilidad articular. A nivel metabólico, se produce un aumento del consumo de oxígeno y una respuesta diabética.

11.2. Recomendaciones relativas a la actividad física

A continuación se muestran las siguientes recomendaciones relativas a la actividad física durante el embarazo según las guías de educación prenatal⁷⁸:

- Es conveniente hacer ejercicio regular un mínimo de tres veces por semana. No son aconsejables las actividades competitivas. Las mujeres sedentarias deben comenzar con 15 minutos de ejercicio tres veces a la semana, aumentando la duración de las sesiones gradualmente, hasta llegar a los 30 minutos diarios, cuatro veces por semana.
- La frecuencia cardíaca de la gestante no debe sobrepasar los 140 latidos por minuto. Una forma de valorar la intensidad del ejercicio físico es la "prueba del habla"; es decir, el ejercicio físico que se lleva a cabo con una intensidad cómoda para la embarazada es aquel que le permite mantener una conversación mientras lo realiza.
- Las actividades físicas intensas deben ir precedidas de un periodo de calentamiento muscular de 5 minutos y no deben durar más de 15 minutos. Al acabar, es preciso un periodo de disminución gradual del ritmo de la actividad que incluya estiramientos suaves. Los estiramientos no deben realizarse hasta el punto de máxima resistencia, ya que la laxitud muscular aumenta el riesgo de lesiones.
- Previamente, debe realizarse una correcta ingesta calórica y limitar las sesiones de ejercicio a menos de 45 minutos para evitar hipoglucemias.
- Durante las sesiones de ejercicio, es preciso hidratarse correctamente, utilizar ropa adecuada y no realizar una actividad muy intensa en ambientes húmedos y/o muy caldeados o durante estados febriles, para rehuir la hipertermia. La temperatura de la mujer no debe sobrepasar los 38,5 °C.
- Hay que obviar hacer flexiones y extensiones profundas de las articulaciones, dada la laxitud del tejido conectivo y evitar las actividades que requieran saltos, desplazamientos irregulares o cambios rápidos de dirección, atendida la inestabilidad articular.

- No es recomendable hacer ejercicios en posición supina a partir de las 16 semanas, para evitar la hipotensión materna causada por la compresión de la vena cava.
- Al levantarse del suelo, la gestante debe incorporarse de forma gradual, para evitar la hipotensión ortostática ocasionada por la posición y, a continuación, es aconsejable seguir el entrenamiento con alguna actividad en la que se trabajen las piernas.
- Deben evitarse ejercicios que requieran la maniobra de Valsalva.
- El ejercicio en el agua presenta múltiples beneficios para la embarazada. Si se realiza gimnasia en el agua, se debe procurar que su temperatura no supere los 32 °C. La temperatura máxima recomendada para las piscinas de hidroterapia es de 35 °C.
- Las gestantes tendrían que evitar hacer sobreesfuerzos en lugares con altitudes superiores a 2.500 metros ya que se ha demostrado que disminuye el flujo de sangre en el útero; sería óptimo que la embarazada realizara un período de aclimatación de 4 o 5 días.
- Las embarazadas no deberían bucear, ya que el feto no está protegido ante el síndrome de descompresión ni ante la embolia de gas.
- Se debe advertir a las mujeres que, durante el embarazo, deben descartar aquellas actividades que conlleven riesgo de pérdida del equilibrio y de traumatismos, como la equitación, el esquí alpino, el hockey sobre hielo o el ciclismo.

11.3. Ejercicios y gimnasia prenatal

Estática corporal correcta (ECC)

- *De pie*: hombros atrás, barbilla ligeramente flexionada y hacia atrás. La cabeza, hacia arriba, como si se quisiera crecer, pelvis ligeramente basculada hacia atrás y suelo pélvico levemente contraído. Apoyar la espalda en la pared y observar la posición de columna bien alineada.



Figura 11. ECC, *de pie*.⁷⁸

Decúbito sedente (sentadas): cabeza alineada con el cuerpo, barbilla inclinada hacia abajo (cabeza y espalda co-

rectamente alineadas), piernas estiradas o cruzadas (postura de sastre). Se recomienda apoyar la espalda en la pared o en un cojín en forma de cuña.

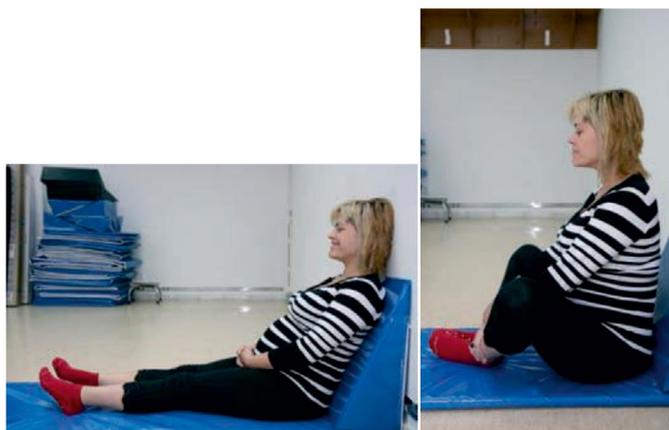


Figura 12. ECC, sentada.⁷⁸

- **Decúbito supino:** cabeza alineada con el cuerpo, barbilla inclinada hacia abajo, piernas flexionadas y plantas de los pies apoyadas en el suelo. Es aconsejable descansar la cabeza sobre un cojín con forma de cuña para mantener la espalda y la cabeza ligeramente levantadas y para disminuir la compresión de la vena cava. Colocar un cojín bajo las piernas para favorecer el descanso.



Figura 13. ECC, decúbito supino.⁷⁸

- **Decúbito lateral:**
 - » Piernas flexionadas y brazos delante del cuerpo.
 - » La pierna que está en contacto con la colchoneta está estirada y la otra pierna está flexionada con la rodilla apoyada en la colchoneta o en un cojín (según el volumen abdominal).



Figura 14. ECC, decúbito lateral.⁷⁸

Ejercicios de cintura escapular, cervicales, pectorales y brazos

- **Ejercicio 1 Hombros:** posición inicial: de pie, espalda recta, brazos alineados al lado del cuerpo. Circunducción o rotación de los hombros: dibujar círculos hacia atrás con los hombros. Respiración libre, sin apneas. A tener en cuenta: no tensar la cabeza ni el cuello.



Figura 15. Ejercicio 1, hombros.⁷⁸

- **Ejercicio 2 Hombros:** posición inicial: de pie, espalda recta, brazos alineados al lado del cuerpo.
 1. Levantar el brazo izquierdo hasta que toque la oreja izquierda, con la mano abierta, estirar el brazo realizando una ligera flexión lateral izquierda del tronco, mirando la uña del dedo pulgar de la mano izquierda. El brazo derecho permanecerá apoyado en la cadera derecha.
 2. Volver a la posición inicial y repetir el ejercicio con el otro brazo. Respiración libre, sin apneas, espirar al realizar la flexión lateral e inspirar al volver a la posición inicial.



Figura 16. Ejercicio 2, hombros.⁷⁸

• **Ejercicio 3 Cervicales:** posición inicial: de pie o sentada, espalda recta, brazos alineados al lado del cuerpo.

1. Flexión anterior del cuello (“decir si”), volver a la posición inicial (no hacer flexión posterior).
2. Rotación lateral del cuello (“decir no”).
3. Flexión lateral del cuello (“acercar la oreja al hombro”), derecha e izquierda.
4. Describir un semicírculo con el cuello hacia adelante.

Respiración libre, sin apneas. A tener en cuenta: realizar el ejercicio muy lentamente, no forzar. En caso de dolor o mareo, detenerse.



Figura 17. Ejercicio 3, cervicales.⁷⁸

• **Ejercicio 4 Pectorales:** posición inicial: de pie o sentada, con la espalda recta, piernas semiflexionadas, plantas de los pies encaradas y manos enlazadas en la espalda.

1. Estirar los brazos, llevando los hombros y las manos hacia atrás y hacia abajo, mantener 4 segundos.
2. Descansar y volver a la posición inicial.

Respiración libre, sin apneas. A tener en cuenta: no contraer la cara ni el cuello; la contracción del suelo pélvico se puede asociar al estiramiento. Ver ejercicio 7.



Figura 18. Ejercicio 4, pectorales.⁷⁸

• **Ejercicio 5 Pectorales:** posición inicial: sentada, con la espalda recta, piernas en “posición de sastre” o semiflexionadas, plantas de los pies encaradas y manos apoyadas en la nuca.

1. Llevar los codos hacia atrás, mantener la posición de estiramiento durante 4 segundos.
2. Descansar y volver a la posición inicial. Respiración libre, sin apneas.

A tener en cuenta: mantener la cabeza recta, evitar presionar el cuello con las manos y no arquear la zona lumbar.



Figura 19. Ejercicio 5, pectorales.⁷⁸

• **Ejercicio 6 Brazos:** posición inicial: sentada con la espalda recta y apoyada, piernas en "posición de sastre", brazos alineados al lado del cuerpo.

1. Flexionar un brazo, el otro resta en reposo.
2. Volver a la posición inicial, repetir el ejercicio con el otro brazo. Respiración libre, sin apneas.

A tener en cuenta: se puede incrementar la intensidad del ejercicio utilizando pesas o usando botellas de agua de ¼ de litro.



Figura 20. Ejercicio 6, brazos.⁷⁸

Ejercicios de suelo pélvico

• **Ejercicio 7 Contracción selectiva de los músculos del suelo pélvico:** posición inicial: sentada con la espalda recta, en una silla o colchoneta, con las piernas estiradas o en "posición de sastre".

1. Contraer hacia adentro y hacia arriba sólo los músculos del suelo pélvico, evitando la contracción de los abdominales, de los abductores y de los glúteos. Mantener la contracción de 4 a 5 segundos.
2. Relajar unos 8 o 10 segundos.

Hacer 10 contracciones seguidas. Respiración libre, sin apneas. Durante el día, habría que hacer 2 o 3 repeticiones de las 10 contracciones en diferentes posiciones. A tener en cuenta: para garantizar la correcta realización del ejercicio, debería hacerse un tacto muscular vaginal (TMV) antes de comenzar el entreno. Si no fuera posible, en principio, bastaría con hacer una valoración del núcleo

fibroso central. Esta valoración consiste en colocar el dedo corazón sobre el núcleo y si, al realizar la contracción, se percibe una presión fuerte hacia fuera, se está haciendo una "contracción inversa", que afecta negativamente al suelo pélvico. En consecuencia, no deberían realizarse los ejercicios de suelo pélvico indicados hasta que se compruebe, mediante un TMV la correcta compresión y realización del movimiento.



Figura 21. Ejercicio 7, contracción selectiva de los músculos del suelo pélvico.⁷⁸

• **Ejercicio 8 Perineal/abdominal:** hacer una inspiración abdominal y, después, una espiración prolongada, manteniendo a la vez la contracción del abdomen y del perineo durante 3 segundos.

• **Ejercicio 9 Reconocimiento de la pelvis ósea y de su movilidad:** con la ayuda de una maqueta que reproduzca la pelvis y mediante la exploración de la pelvis propia de la embarazada, se pretende que la embarazada reconozca el espacio que debe atravesar su hijo o hija al nacer. Se mostrará la maqueta de la pelvis, se señalarán los huesos que la forman y se explicará su movilidad.

Exploración y movimientos de la pelvis

• **Ejercicio 10 Movilidad lateral:** posición inicial: sentada en una silla, poner las manos bajo los isquios. Cargar todo el peso del cuerpo sobre el lado derecho y, después, sobre el otro lado, fijando la atención sobre los isquios. Respiración libre.

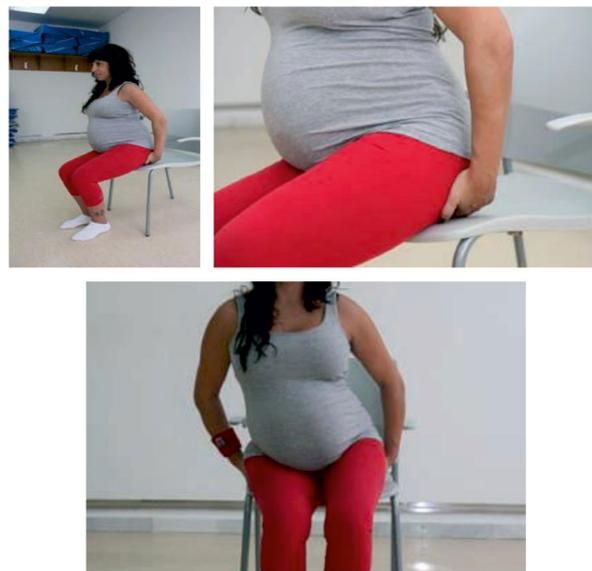


Figura 22. Ejercicio 10, movilidad lateral de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 11 Movilidad de delante hacia atrás:** posición inicial: sentada en una silla, poner las manos bajo los isquios. Intentar avanzar el isquio del lado derecho y, después, el del lado izquierdo, fijando la atención en los isquios.

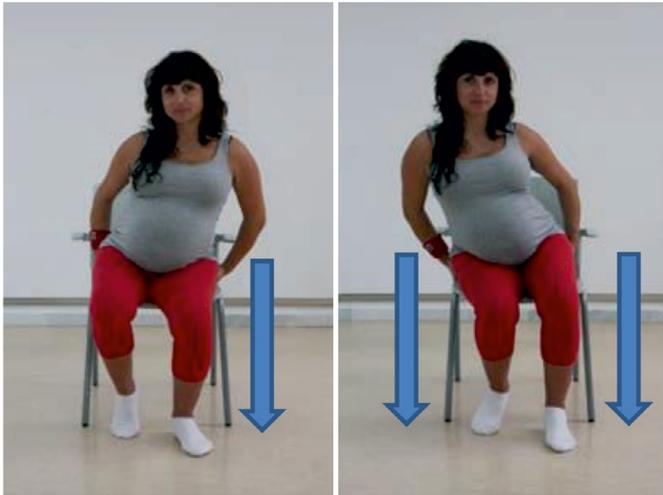


Figura 23. Ejercicio 11, movilidad de delante hacia atrás de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 12 Movilidad de los isquios:** posición inicial: sentada en una silla, poner las manos bajo los isquios. Separar las rodillas y, después, unir las, para observar el movimiento de los isquios.



Figura 24. Ejercicio 12, movilidad de los isquios.⁷⁸

- **Ejercicio 13:** posición inicial: de pie, brazos sobre las crestas ilíacas. Subir y bajar las caderas, derecha e izquierda, alternativamente. Respiración libre, sin apneas.



Figura 25. Ejercicio 13 de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 14:** posición inicial: de pie, brazos sobre las crestas ilíacas. Balancear la pelvis a derecha e izquierda, alternativamente. Respiración libre, sin apneas.



Figura 26. Ejercicio 14 de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 15:** posición inicial: de pie, rodillas semiflexionadas, pies separados. Describir círculos con la pelvis (movimiento de "hulahop"), dirigiendo la pelvis hacia adelante, a la derecha, atrás y a la izquierda. Después, cambiar de sentido. Respiración libre, sin apneas.



Figura 27. Ejercicio 15 de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 16:** posición inicial: de pie, pies separados, punta de los dedos de los pies hacia fuera.

1. Levantarse sobre la punta de los pies, flexionar ligeramente las rodillas, mantenerse durante unos segundos en esta postura.
2. Volver a la posición inicial para descansar.

Respiración libre, sin apneas. Se puede asociar el movimiento de levantarse a la contracción del suelo pélvico.



Figura 28. Ejercicio 16 de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 17 Basculación de la pelvis:** posición inicial: de pie, espalda apoyada en la pared, manos sobre el pubis, pies ligeramente separados y paralelos.

1. Balancear la pelvis, contrayendo el suelo pélvico y flexionando ligeramente las rodillas, para tocar la pared con la zona lumbar. Mantener esta postura 3 ó 4 segundos.
2. Volver a la posición inicial.

El ejercicio se puede efectuar coordinándolo con la respiración; espirar con los movimientos e inspirar en el descanso; también se puede respirar libremente, pero sin apneas. A tener en cuenta: la basculación pélvica en las distintas posiciones puede ayudar a reducir las molestias en la zona lumbar.



Figura 29. Ejercicio 17, basculación de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 18 Basculación de la pelvis:** posición inicial: estiradas en decúbito supino, la cabeza sobre un cojín, las piernas flexionadas, las plantas de los pies apoyadas sobre la colchoneta.

1. Bascular la pelvis, apoyar la zona lumbar en la colchoneta, contraer el suelo pélvico y, a la vez, sentir cómo la cara, el hombro y los brazos que no trabajan están relajados, mientras realiza espiraciones.
2. Relajar todas las zonas contraídas con inspiraciones.

A tener en cuenta: en este ejercicio, remarcamos que la mujer debe tomar conciencia de las partes del cuerpo que trabajan y de las que, al mismo tiempo, están en reposo.



Figura 30. Ejercicio 18, Basculación de la pelvis.⁷⁸

- **Ejercicio 19** *Basculación de la pelvis en posición cuadrúpeda (posición de gato, a cuatro patas)*: posición inicial: cuadrúpeda, con cuatro puntos de apoyo, manos y rodillas en el suelo.

1. Inspirar con la espalda recta y la cabeza levantada.
2. Espirar arqueando la espalda (posición de gato en ataque) y flexionando la cabeza entre los brazos. Mantener la posición unos segundos.

A tener en cuenta: asegurarse de que no se hunde la zona lumbar.



Figura 31. *Ejercicio 19, Basculación de la pelvis en posición cuadrúpeda.*⁷⁸

- **Ejercicio 20** *con pelota*: posición inicial: sentada sobre el balón, espalda correctamente alineada, brazos alineados al lado del cuerpo, piernas paralelas, ligeramente separadas y plantas de los pies apoyadas en el suelo. Hacer movimientos de retroversión y anteversión de la pelvis. Sincronizar la espiración con la retroversión y la inspiración con la anteversión.

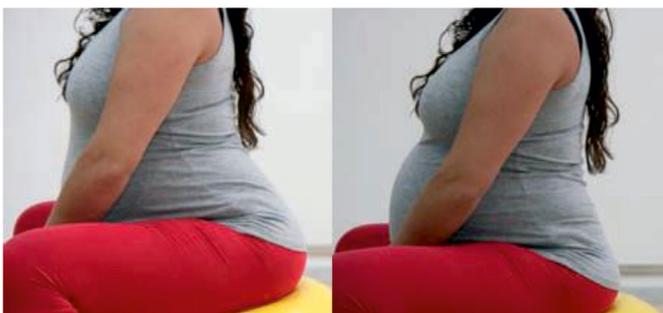


Figura 32. *Ejercicio 20 con pelota.*⁷⁸

- **Ejercicio 21** *con pelota*: posición inicial: la misma que en el ejercicio anterior. Realizar oscilaciones laterales de la pelvis.



Figura 33. *Ejercicio 21 con pelota.*⁷⁸

- **Ejercicio 22** *con pelota*: posición inicial: sentada sobre el balón, espalda correctamente alineada, brazos apoyados sobre los muslos o descansando sobre la pelota, piernas separadas y plantas de los pies apoyadas en el suelo.

Realizar oscilaciones laterales de la pelvis con estiramiento de los abductores. Respiración libre.



Figura 34. *Ejercicio 22 con pelota.*⁷⁸

- **Ejercicio 23** *con pelota*: posiciones de descanso: con estiramiento de los músculos abductores.



Figura 35. Ejercicio 23 con pelota.⁷⁸

Ejercicio 24, en pareja: posición inicial: de pie. Con los pies separados, con las manos en el bajo vientre; la pareja en la misma posición, colocada detrás de la mujer sujetándole la barriga. Andar hacia adelante, lentamente, con balanceo lateral. Respiración libre.



Figura 36. Ejercicio 24 en pareja.⁷⁸

Ejercicio 25: posición inicial: la mujer de pie y con las piernas flexionadas se sujeta de su pareja, con los brazos sobre los hombros; la pareja de pie cara a cara con la embarazada la sujeta por la espalda. La mujer hace movimientos de balanceo lateral de la pelvis. Respiración libre.



Figura 37. Ejercicio 25 en pareja.⁷⁸

Ejercicios de extremidades inferiores y caderas

- **Ejercicio 26 de EEl:** posición inicial: de pie. Caminar de puntillas, después de talones y, finalmente, flexionar y estirar las rodillas siempre con la columna correctamente alineada. Respiración libre, sin apneas.



Figura 38. Ejercicio 26 de extremidades inferiores y caderas.⁷⁸

- **Ejercicio 27 de los pies:** posición inicial: sentada con la espalda apoyada y los pies ligeramente separados. Hacer movimientos de flexión y extensión con los dedos de los pies; y flexión, extensión y rotación del tobillo o flexión dorsal del pie. Respiración libre, sin apneas.

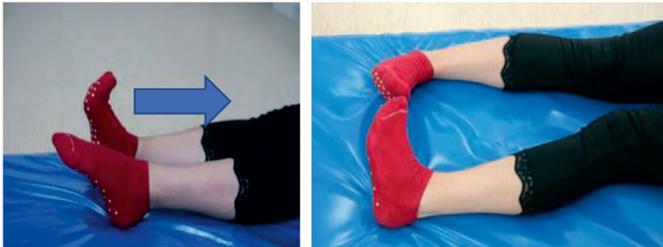


Figura 39. Ejercicio 27 de los pies.⁷⁸

• *Ejercicio 28 de los pies:* posición inicial: en decúbito supino, piernas flexionadas, plantas de los pies en la colchoneta, un tobillo apoyado en la rodilla contraria. Hacer movimientos de flexión y extensión con los dedos de los pies; y flexión, extensión y rotación del tobillo. Repetir el ejercicio con la otra pierna. Respiración libre, sin apneas.



Figura 40. Ejercicio 28 de los pies.⁷⁸

- *Ejercicio 29 de las piernas:* posición inicial: estirada, en decúbito supino, piernas flexionadas.
 1. Mano derecha sobre rodilla derecha.
 2. Acercar la rodilla derecha a la barriga.
 3. Separar la pierna derecha de la barriga.
 4. Estirar la pierna.
 5. Flexionar la pierna.
 6. Acercar la pierna al cuerpo.
 7. Volver a la posición inicial.

Repetir con la pierna izquierda. Respiración libre, sin apneas. A tener en cuenta: acercar lentamente la rodilla a la barriga.



Figura 40. Ejercicio 28 de los pies.⁷⁸

Ejercicios de simulación de la contracción uterina

• **Ejercicio 30:** el objetivo es notar una tensión muscular corporal similar a la causada por una contracción uterina y poner en práctica los elementos de ayuda trabajados (respiración, concentración y postura) para minimizar las sensaciones de tensión muscular. Posición inicial: de pie, espalda recta, piernas separadas, detrás de una silla.

1. Agacharse flexionando lentamente las rodillas. Fijarse en las sensaciones de tensión muscular en las piernas al ir bajando el cuerpo y mantener la flexión en una posición intermedia (máxima tensión de las piernas). Volver lentamente a la posición inicial, observando la disminución de la tensión muscular en el ascenso.

2. Descanso. La duración del movimiento completo (bajar y subir) es de 45 segundos. Descansar durante 3 minutos y repetir el ejercicio 3 veces.

A tener en cuenta: Valorar si, efectivamente, se han utilizado elementos de ayuda para controlar la sensación de la tensión muscular de las piernas. Vivencia de las sensaciones de descanso y recuperación durante el periodo de no contracción. Reforzar la búsqueda de pensamientos positivos (“una contracción menos...”, “qué ilusión, por fin lo veremos...”, “cada vez está más cerca...”). Potenciar la utilización de los elementos de ayuda en las contracciones uterinas previas al parto para ir adquiriendo destrezas y seguridad en estas nuevas habilidades. Ante una contracción molesta, usar la respiración.



Figura 42. Ejercicio 30 de simulación de las contracciones uterinas.⁷⁸

Pujos

En el periodo expulsivo, la participación activa de la mujer con los pujos facilita el descenso del feto por el canal del parto. Si las mujeres empujan siguiendo sus propias sensaciones, se habla de pujos espontáneos. Ahora bien, si se utilizan analgesias en el momento del parto, podrían interferir en el período expulsivo, disminuyendo el reflejo de empujar. Es por ello que se recomienda practicar, antes del parto, ejercicios que faciliten esta fase.



Figura 43. Control de los pujos.⁷⁸

• **Pujo con espiración (más fisiológico):** posición inicial: en decúbito supino, semi-incorporada, espalda apoyada sobre un cojín o un cojín en forma de cuña, piernas semiflexionadas.

1. Relajar la zona del perineo, apoyándola bien sobre la colchoneta, evitando contraer el perineo y los glúteos.
2. Realizar una inspiración profunda hinchando el abdomen, hacer una espiración prolongada, expulsando el aire por la boca o emitiendo un sonido, dirigiendo la fuerza hacia el pubis. Recomendamos que este sonido se dirija hacia el cuello y no hacia el paladar (ejemplo: un gemido, un grito...). Mantener constante la prensa abdominal, independientemente de la fase respiratoria. La matrona controlará la dirección de la fuerza poniendo la mano en el bajo vientre de la mujer.

Nota: hacer presión progresiva sobre el perineo, evitar la maniobra de Valsalva. A tener en cuenta: No practicar este ejercicio en el domicilio.

- *Pujo con inspiración bloqueada (forma clásica)*: posición inicial: en decúbito supino, espalda apoyada sobre un cojín en forma de cuña, piernas semiflexionadas. Relajar la zona del perineo, apoyándola bien sobre la colchoneta, evitar contraer el perineo y los glúteos. Realizar una inspiración profunda, bloquear la respiración y empujar dirigiendo la fuerza hacia el pubis, manteniendo la fuerza de la prensa abdominal a lo largo de toda la contracción. Si es preciso, se puede hacer un cambio de aire sin relajar la prensa abdominal. La matrona controlará la dirección de la fuerza poniendo la mano en el bajo vientre de la mujer. Nota: Puede ser más rápido, pero no se puede hacer una presión excesiva sobre el perineo. A tener en cuenta: No practicar este ejercicio en el domicilio.

Se puede introducir la práctica del pujo en diferentes posiciones: decúbito supino, semiincorporada, en cuclillas, con manos y rodillas en el suelo (posición de gato), en decúbito lateral, introduciendo la participación de la pareja en el ejercicio, con la finalidad de que la mujer averigüe la posición que le es más cómoda, sobre todo cuando no lleva analgesia epidural. Colocar los brazos en extensión podría tener un efecto de protección sobre los músculos del suelo pélvico. En el caso de mujeres que deseen un parto normal, hay que informarlas sobre la conveniencia de que el pujo sea libre, salvo que se dé una situación de riesgo.

El masaje

La técnica del masaje se ha desarrollado desde la antigüedad en muchas culturas, tanto orientales como occidentales. Así, por ejemplo, la cultura india tiene en su haber un verdadero arte en masaje para los niños/as.

Dentro de las actividades corporales propuestas en este material, encontramos el masaje. Ahora bien, no se busca aprender la realización de un masaje terapéutico, sino conocer habilidades que puedan favorecer la relajación y la mitigación de las molestias en el embarazo y el dolor en el parto. La pareja o acompañante de la mujer puede instruirse en la ejecución de una serie de movimientos de masaje que le permitirán acompañarla más activamente a lo largo del parto.

El masaje es, a la vez, uno de los lenguajes de comunicación más primarios; el tacto supone una herramienta esencial para la comunicación de los futuros padres con sus recién nacidos.

La realización del masaje perineal durante el embarazo es efectiva para prevenir y reducir la posibilidad de trauma de la zona del perineo en el momento del parto.

El masaje corporal

Se quiere promover el aprendizaje de movimientos de masaje para poder utilizarlos durante el proceso de parto y de maternidad. El objetivo de los masajes es relajar a la mujer

y disminuir la sensación dolorosa de las contracciones. Cuando se explique la actividad, será necesario que las personas participantes del grupo se distribuyan por parejas y se sienten escogiendo una posición confortable y con la espalda relajada. La espalda de quién reciba el masaje quedará delante de quien lo realice. Es importante que las dos personas estén cómodas.

- *Pases magnéticos sedantes*: se trata de rozar la cabeza y la espalda de quien reciba el masaje con la punta de los dedos muy suavemente, realizando movimientos largos. Se hacen al iniciar y al finalizar la sesión de masaje y provocan un efecto sedante y analgésico. Durante la contracción, se tiende a tensar las manos, los brazos y las piernas. Para evitar esta tirantez, la pareja puede aplicar este tipo de masaje en estas zonas. Por su parte, la mujer puede realizárselo sobre el útero, tanto para calmar molestias, como también para relacionarse con su hijo o hija.



Figura 44. Pases magnéticos sedantes.⁷⁸

- *Presión en la zona lumbar*: durante la contracción, deben hacerse movimientos circulares con la mano cerrada, provocando una ligera presión sobre el rombo de Michaelis. Se debe procurar que esta presión aumente a medida que avanza la intensidad de la contracción. Ahora bien, en todo caso, es necesario que la mujer exprese sus preferencias manifestando a la persona que ejecuta el masaje si es preciso disminuir o incrementar la presión y en qué zona la prefiere.



Figura 45. Presión en la zona lumbar.⁷⁸

- **Masajes digitales en la zona cervical:** se trata de intentar, con la punta de los dedos apoyada sobre la piel y los dedos semiflexionados, que cada dedo dibuje un pequeño círculo. Masajear la zona del cuello y los hombros promueve la relajación y, si bien este masaje no está indicado especialmente para el momento del parto, sí es aconsejable practicarlo porque en estas zonas acostumbran a acumularse tensiones. Más adelante, en el periodo de posparto, también se recomienda este tipo de masaje, puesto que el cuidado del recién nacido supone una sobrecarga de estas zonas.



Figura 46. Masajes digitales en la zona cervical.⁷⁸

- **Masajes con pelotas:** se realizan haciendo rodar dos pelotas de tenis o similares por la espalda. También se pueden efectuar con pelotas de diferentes consistencias o formas, ya que cada una produce diferentes sensaciones. En caso de utilizar un objeto rígido, es preciso evitar la presión directa a la columna vertebral.



Figura 47. Masajes con pelotas.⁷⁸

El masaje perineal

El masaje perineal realizado durante el embarazo es una técnica útil para prevenir traumatismos perineales. Con la realización del masaje, se pretende estirar el perineo y dotarlo de más elasticidad. Se ha demostrado que el masaje perineal es eficaz si se comienza a practicar, como mínimo, 6 semanas antes de la fecha del parto. Además, se puede implicar a la pareja en su ejecución.

- Lavarse bien las manos. Las uñas deben estar limpias y cortadas.

- Buscar un lugar cómodo de la casa y utilizar un espejo para poder explorar el perineo.
- Posición semisentada.
- Se puede comenzar con un baño caliente de 10 minutos o aplicando compresas calientes en la zona perineal para relajarla.
- En el caso de automasaje, se llevará a cabo con el dedo pulgar y, si lo hace la pareja, con los dedos índice y corazón, introduciéndolos hasta la segunda falange.
- Lubricar los dedos, la vagina y el perineo con un lubricante acuoso.
- Colocar los dedos dentro de la vagina (unos 3 o 4 cm). Empujar el perineo hacia la zona del recto y hacia los lados de la vagina, estirar la zona hasta que se note escozor y mantener la presión sobre la zona del perineo con los dedos durante 2 minutos o hasta que moleste.
- Coger la zona perineal entre el dedo pulgar (en el exterior) y los dedos índice y corazón (en el interior) y realizar un movimiento de vaivén. Este movimiento estira los tejidos de la vagina, y los músculos y la piel del perineo. Realizar este masaje durante 3 o 4 minutos.
- Durante el masaje, no presionar sobre la uretra, para evitar posibles infecciones de orina.
- Coger la parte inferior de la vagina entre los dedos y estirarla. Ésto ayudará a experimentar la sensación de presión de la cabeza del feto sobre la zona.

Conviene practicar este masaje una vez al día. Después de una semana, se deberían apreciar los resultados de este ejercicio sobre el perineo y la vagina, aumentando su flexibilidad y estiramiento.



Figura 48. Masajes perineal.⁷⁸

Respiración

La respiración es el proceso fisiológico involuntario y automático, mediante el que se extrae oxígeno (O₂) del aire inspirado y se elimina dióxido de carbono (CO₂) a través del aire espirado.

Tiene lugar gracias a la capacidad de compresión-distensión de los pulmones, que hace que la presión en los alvéolos aumente y disminuya. La compresión-distensión de los pulmones se realiza con el movimiento de los músculos respiratorios, originando dos fases: inspiración y espiración.

La inspiración o entrada de aire se consigue mediante los músculos que amplían la caja torácica, cuyo músculo más importante es el diafragma. La respiración normal se consigue, casi exclusivamente, por el diafragma (el nivel de excursión diafragmática normal es de 1 cm y el nivel en inspiración o espiración forzada puede llegar a 10 cm).

Fase inspiratoria

Proceso activo que implica:

- Contracción del diafragma, desplazándose hacia abajo.
- Ampliación de los diámetros torácicos con la contracción de los músculos.
- Intercostales externos, que incrementan el diámetro anteroposterior y transverso.
- Escalenos, que levantan la primera y la segunda costilla.
- Esternocleidomastoideo, que eleva el esternón.
- Músculo serrato anterior y posterior, que sube las costillas.
- Pectorales.
- Dorsales.
- La nariz tiene gran importancia para la fisiología de la respiración, ya que filtra, humidifica y calienta el aire que entra en los pulmones.

Fase espiratoria

- Proceso pasivo. Después de la expansión activa de la inspiración, la caja torácica tiende a recuperar su posición de equilibrio.
- El diafragma se relaja.
- Los músculos esenciales son los de la pared abdominal (oblicua, recta y transversa) y, también, los intercostales internos.

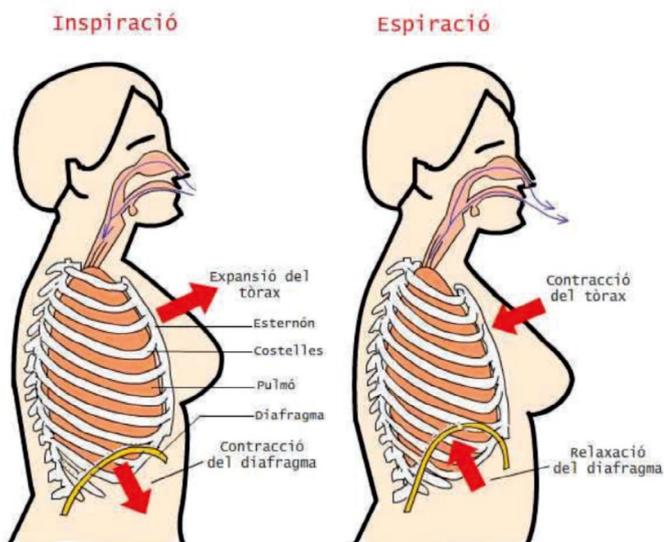


Figura 49. Imagen del perfil de una mujer gestante.⁷⁸

La ventilación tiene lugar mediante los movimientos de tres grupos musculares: los supraclaviculares, los torácicos o costales y los diafragmáticos, dando lugar a las respiraciones clavicular, torácica y abdominal.

Durante el embarazo, se producen cambios en la respiración, principalmente, debidos al efecto mecánico del crecimiento del útero, el aumento del consumo de oxígeno y el efecto de la progesterona. La cantidad de aire inspirada o espirada por minuto crece, aproximadamente, un 40%. Existe la hiperventilación.

Programa de entrenamiento respiratorio

- Diferenciar las respiraciones abdominal, torácica y supraclavicular.
- Control de la inspiración/espiración.
- Respiraciones para utilizar en el trabajo de parto:
 - » Respiración abdominal o del bajo vientre de espiración prolongada.
 - » Respiración torácica de espiración prolongada.
 - » Respiración superficial o de "emergencia".
- Entrenamiento de las respiraciones en las diferentes posiciones adecuadas al trabajo de parto.

Respiración abdominal o del bajo vientre de espiración prolongada

Objetivo: prolongar la espiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción.

- Espiración activa y prolongada por la boca, contrayendo el bajo vientre.
- Inspiración pasiva hinchando la barriga.
- Pausa postinspiratoria para favorecer el intercambio de gases y la relajación.
- Espiración activa y prolongada.

Respiración torácica de espiración prolongada

Objetivo: prolongar la espiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción.

- Espiración activa y prolongada por la boca, bajando el pecho.

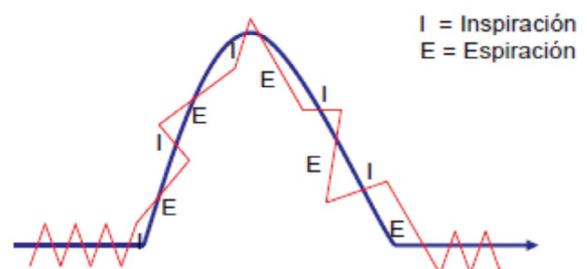


Figura 50. Respiración torácica de espiración prolongada.⁷⁸

- Inspiración pasiva hinchando el pecho.
- Pausa postinspiratoria para favorecer el intercambio de gases y la relajación.
- Espiración activa y prolongada.

Respiración superficial o "de emergencia"

Objetivo: asociar el ritmo respiratorio a las sensaciones de la contracción.

- Al iniciar la contracción, el ritmo de la respiración es más lento y profundo.
- A medida que aumenta la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio es más rápido y superficial.
- Al ir disminuyendo la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio se vuelve más lento y profundo, acabando con una respiración profunda.

Nota: es un tipo de respiración que puede provocar hiperventilación, agota y se utilizará únicamente cuando sea imposible realizar respiraciones de espiración prolongada.

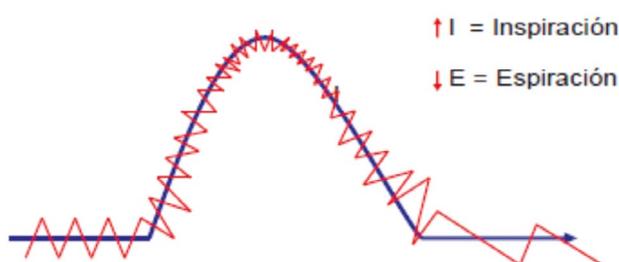


Figura 51. Respiración superficial o de emergencia.⁷⁸

Relajación

La relajación es un elemento importante que ayuda en el proceso de la maternidad. Facilita la adaptación a los cambios y a las nuevas situaciones.

Las diferentes técnicas o métodos de relajación tienen su origen tanto en Oriente, como sucede por ejemplo en el caso del yoga o del zen, como en Occidente, como es el caso del entrenamiento autógeno de Schultz y de la relajación progresiva de Jacobson.

Por lo que se refiere a la sofrología, la escuela de sofrología surgió en el año 1960 de la mano del psiquiatra Alfonso Caycedo. Este estudioso de la conciencia humana vivió en Oriente y, fruto de todo su aprendizaje, elaboró un método de entrenamiento dinámico.

El embarazo y el parto son procesos que requieren una actitud activa y relajada. La práctica continuada del método sofrológico permite afrontar la maternidad con un mejor equilibrio psicofísico.

Las técnicas y métodos de entrenamiento sofrológico adaptados a la embarazada que se describen a continuación son: la sofronización simple o básica, la sofroaceptación progresiva, la activación intrasofrónica de la respiración, de algunos ejercicios como: los ejercicios de simulación de la con-

tracción (ESC) y la relajación dinámica de Caycedo (RDC) I, II, y III grado.

Sofronización simple o básica

El objetivo de la técnica es alcanzar un nivel de conciencia "a ras de sueño", con una disminución del tono muscular. No se necesitan condiciones ambientales especiales.

Posición: Se puede realizar en diferentes posiciones; sentada en una silla, estirada en una colchoneta, en decúbito lateral o decúbito supino, apoyando la cabeza y las piernas.

Sofronización

1. Ojos preferentemente cerrados.
2. Relajación muscular secuencial, repasando mentalmente todas las zonas del cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Se irá tomando conciencia de cada una de ellas (cabeza, frente, cara, cuello...) Al fijar la atención en una zona determinada del cuerpo, ésta se destensará fácilmente y se podrán percibir mejor las sensaciones que provoca la relajación muscular. Paulatinamente, la respiración se volverá más pausada y tranquila, ayudando así a conseguir un nivel de conciencia "a ras de sueño" (nivel sofroliminal).

Desofronización

1. Respirar profundamente varias veces.
2. Aumentar el tono muscular progresivamente, moviendo los pies, las manos y la cara.
3. Estirarse libremente, abrir los ojos, apreciar todo el entorno, distinguir el color de las cosas que nos rodean, identificar el lugar donde estamos ("el aquí y el ahora").

Diálogo postsofrónico

Las personas que lo deseen pueden compartir con el resto las sensaciones que han vivido y cómo se sienten después de la relajación. Todas las percepciones son normales y fisiológicas y pueden variar de una persona a otra.

Sofroaceptación progresiva

El objetivo de la técnica es anticipar situaciones futuras relacionadas con la maternidad dentro de la relajación, percibiendo sensaciones presentes de seguridad y tranquilidad.

Posición: sentada en una silla, estirada en una colchoneta, en decúbito lateral o decúbito supino, apoyando la cabeza y las piernas y, esencialmente, en postura RDC II y III grado.

- Sofronización: Dentro del nivel sofroliminal (entre la vigilia y el sueño).
 - » Imaginar cómo el feto está creciendo y cuál es su entorno... Con esta técnica se favorece la vinculación madre-hijo/a antes del nacimiento.

- » Imaginar el parto, las sensaciones que se vivirán, la utilización de los recursos aprendidos (respiraciones, masaje...). Con esta técnica se trata de trabajar la confianza en los recursos propios.
- » Imaginar al recién nacido en buen estado de salud e imaginar cómo es cuidar de él y disfrutarlo puede disminuir la ansiedad y la angustia que provocan el parto y las dudas sobre el bienestar del bebé.
- Desofronización.
- Diálogo postsofrónico.

Activación intrasofrónica

El objetivo de la técnica es realizar ejercicios y respiraciones en un nivel de conciencia a ras de sueño para tener mayor conciencia de las sensaciones producidas por los ejercicios y mejorar su realización.

Posición: sentada en una silla en postura RDC II o en postura de III grado.

- Sofronización: Dentro del nivel sofroliminal (entre la vigilia y el sueño).
 - » Hacer ejercicios de cuello y nuca (Ejercicio 3).
 - » Entrenamiento de las respiraciones.
 - » Ejercicios selectivos de suelo pélvico (Ejercicio 7).
 - » Ejercicio de simulación de la contracción (Ejercicio 30).
- Desofronización.
- Diálogo postsofrónico.

12. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los primeros cursos de "psicoprofilaxis obstétrica", "educación para el parto", "parto natural", "parto sin dolor" en los que el eje central era disminuir el dolor de las mujeres en el parto hospitalario han evolucionado hacia programas de educación para la salud en los que el eje conductor es la salud materno-infantil en el embarazo, parto y puerperio y la vinculación afectiva neonatal¹⁶⁸.

El análisis comparativo de los principales métodos psicoprofilácticos y modelos de educación prenatal es la base para identificar las semejanzas y las diferencias de cada uno de ellos. Esto va a facilitar el que los profesionales puedan elegir el enfoque educativo más acorde con las características de su entorno. También puede sentar las bases para el diseño de preguntas de investigación que están sin resolver, como buscar los mejores enfoques educativos y las mejores estrategias de aprendizaje en este ámbito¹⁶⁸.

Los objetivos de la educación para el parto son permitir que las mujeres trabajen y den a luz con confianza, comodidad y apoyo de las personas que las rodean⁵⁸. Ayuda a los futuros padres a prepararse para el parto y la paternidad brindando información sobre cuestiones tales como las prácticas de atención de maternidad, alivio del dolor, toma de decisiones durante el trabajo de parto, cuidado infantil y postnatal y lactancia^{169,170}.

Sin embargo, hay una falta de evidencia de alta calidad de los ensayos controlados para evaluar los resultados de la educación prenatal o determinar el mejor enfoque, especialmente dado que pocas mujeres están dispuestas a ser asignadas al azar a ninguna preparación prenatal formal^{149,150}.

Si bien las organizaciones han apoyado el valor de la educación del parto tanto para reducir la tasa de cesárea primaria como para limitar las intervenciones en el parto^{152, 155}, se requieren investigaciones adicionales para garantizar que las clases de educación sobre el parto satisfagan mejor las necesidades de los padres y sus recién nacidos si la educación basada en la evidencia del parto juega un papel en la reducción de la tasa de cesárea primaria y en la limitación de las intervenciones en el trabajo de parto y el parto¹⁵⁶.

La mayoría de los estudios consultados apoyan los beneficios para la salud de la madre y el recién nacido que aporta la realización del programa de educación maternal, tanto físicos como psíquicos y sociales^{1,73}, así como la instauración de prácticas clínicas que resultan beneficiosas para ambos, como el contacto precoz piel con piel, la participación activa en el parto o el inicio precoz de la lactancia materna¹. Es importante que las matronas fomenten la participación de las mujeres en los programas de educación maternal, promoviendo los beneficios que conlleva tanto para ellas como para su futuro bebé⁷³. Además aporta una gran adquisición de conocimientos por lo que se reduce el miedo, la ansiedad y estrés¹.

Los programas de educación prenatal brindan a las madres la oportunidad de reunirse con otras mujeres embarazadas, compartir historias, obtener información sobre problemas de embarazo, parto y posparto, abordar temores y preocupaciones, y dedicar tiempo a enfocarse en la preparación para el parto. Esta información ayuda a las mujeres a saber qué esperar durante el trabajo de parto y el parto, y proporciona un foro para, finalmente, tomar decisiones dentro del contexto de la atención de maternidad moderna y desarrollar un plan personal para el nacimiento¹⁷¹.

Todo el personal sanitario que atiende a las mujeres embarazadas debería fomentar la participación en el programa de educación maternal que se imparte en cada Centro de Salud, partiendo de una adecuada formación que les capacite a informar adecuadamente acerca de todos los beneficios que aporta la asistencia a dichos cursos^{1,73}.

La asistencia a las sesiones de educación maternal está influenciada por un mayor nivel de estudios y una edad avanzada, siendo estos los factores que producen una mayor asistencia. Por el contrario, el trabajo fuera de casa, un bajo nivel económico, tener dificultades con el idioma o la falta de impartición del programa en determinados Centros de Salud, da lugar a una falta de asistencia a dicho programa. El rol del padre es un aspecto muy importante que se debe fomentar en las sesiones de educación maternal, ya que aporta un gran número de beneficios tanto a nivel materno como del recién nacido, siendo un gran apoyo durante todo el proceso del embarazo y parto para la gestante como a nivel del recién nacido, favoreciendo

un mayor vínculo padre-hijo, reforzando la instauración de la lactancia materna e involucrándose en los cuidados del recién nacido¹.

Por todo ello, este trabajo ofrece la oportunidad de reflexionar sobre la importancia que, como profesionales de la salud, damos al tema y sobre las estrategias que utilizamos para abordarlo y desarrollarlo. También nos permite replantear el enfoque de educación prenatal que subyace en los cuidados a la mujer y su familia en un momento vital y de salud de tanta importancia como el parto y el nacimiento de un hijo. De ello se beneficiarán los profesionales de la salud que administrarán cuidados más adecuados y eficaces y todas las futuras madres y padres que podrán recibir una atención sanitaria de mayor calidad¹⁶⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Arroyo, M. Educación Sanitaria de la Gestante. Programas de educación para la maternidad. Profilaxis obstétrica. Preparación oposiciones de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Madrid: FUDEN; 2016.
- Muñoz González R, Cabello Tarrés B. Educación para la Maternidad. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General; 1995.
- Monleon, J. Grifol, R. et al. Manual Psicoprofilaxis Obstétrica. Valencia: Cecoya Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia; 1995.
- Naveiro, M. Aguilar, T. Fase activa del parto: Conducta y manejo. Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología; 2012.
- Drick, G. Parto sin Dolor. 2ª Edición. Buenos Aires: Editorial Central; 2014.
- Royano Rasines, C. Amparan Ruiz, M. Martín Seco, Y. Otero García, A. Sánchez Movellán, M. Cabria García, A. et al. Programa de preparación para la maternidad y paternidad. Santander: Gobierno de Cantabria Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2016.
- Gómez Sánchez, P I. Arévalo Rodríguez, I. Collazos Vidal, C. Amaya Guío, J. Cardona Espina, A. Díaz Cruz, L A. et al. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Bogotá: CINETS; 2013.
- Beltrán Calvo, C. Martín López, J E. Solá Arnau, I. Aceituno Velasco, L. Alomar Castell, M. Barona Vilar, C. et al. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- Cabrera Macías, Y. López González, E. Ramos Rangel, Y. González Brito, M. Valladares González, A. López Angulo, L. La hipnosis: una técnica al servicio de la Psicología. Medisur. 2013; 11(5): 534-541.
- Gazca Nieto, J. Parto indoloro psicoprofiláctico. 20 observaciones personales. Ginecol Obstet Mex. 2014; 82: 210-222.
- Cortés Prieto, J. Sabatino, H. Nogueira Cordeiro, S. Obstetricia general. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2004.
- Floguiati, L. Una mirada sobre la maternidad y las relaciones personales. Buenos Aires: Editorial Dunken; 2014.
- Andrade Sampaio, A. Vasconcelos Silva, A. Regina, R. Ferreira Moura, E. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. 2008; 73(3): 185-191.
- Lema, S. La maternidad como exceso: clínica contemporánea del estrago materno. Un estudio psicoanalítico. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay; 2014.
- Carrasco Correa, H. Claps Sánchez, G. De la Fuente Galdames, D. Apuntes de Psicopatología y Psiquiatría Manual de bolsillo. 1ª Edición. Chile: Hermán Figueroa Vargas; 2014.
- Salazar Dávila, L. Preparación Extemporánea por el Método Sicoprofiláctico. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2016; 12(1): 26-41.
- Beata Bąk, A. Małgorzata Mastalerz, M. Effectiveness of childbirth classes in reducing anxiety before birth depending on age and education. Medical Studies Studia Medyczne. 2016; 32 (1): 10-17.
- Boon H, Davrou Y, Macquet , JC. La psicología moderna: La Sofrología ¿Una revolución en psicología, pedagogía, medicina? 4ª Edición. Bilbao: Mensajero; 2011.
- Chéné, PA. Estudio preliminar. Presentación Universidad de Verano de Sofrología Caycediana. Andorra: Universitat; 2011.
- Arranz, A. Montenegro, G. García, M. Roldán, A. Camacho, A.,García, M. et al. Evaluación de una intervención mediante sofrología para disminuir la ansiedad en las gestantes con un feto con retraso de crecimiento. Musas Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. 2017; 2(1): 21-41.
- Mercader Coma, J. Benavente Hernández, F. Blanco Gual, C. Fanlo-de-Diego, G. Evaluación de un taller de relajación realizado en Atención Primaria basado en la sofrología Caycediana. Ágora de Enfermería. 2015; 19 (2): 57-62.
- Zana, J P. Técnicas psicocorporales y técnicas de relajación en kinesiterapia. Madrid: Elsevier; 2014.
- Manuele, E. Gorischnik, M. Leiva, C. Schuler, E. Viera, M. Bidart, M. El Método de Sofropedagogía Obstétrica en la prevención de la depresión Puerperal. Ciencia, Docencia Y Tecnología Suplemento. 2014; 4(4): 206-217.
- Cardús i Font, L. Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. ILEMATA. 2015; 18(1): 129-145.
- Magnani, L. Comunicación prenatal y perinatal: un llamado urgente a la acción. Revista de Psicología y Salud Prenatal y Perinatal. 2017; 31(4): 300-304.
- Miguel, E. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 3ª Edición. Lima: ASPPO; 2010.

27. Minguez Sol, A. Luis Olmo, G. Preguntas y respuestas sobre la estimulación prenatal. *Boletín Científico ASPPO*. 2006; 8(23): 8.
28. Rodríguez Antes, C. Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal. Lima: MINSA; 2011.
29. Gavensky, R. Parto sin temor y parto sin dolor. Buenos Aires: El Ateneo; 1987.
30. Pecho, S. Reflexiones acerca de la Estimulación Prenatal y el consentimiento informado como indicadores de la calidad de atención en salud. *Boletín Científico ASPPO*. 2014; 16(47): 8-9.
31. Morales, S. La Psicoprofilaxis Obstétrica como eje de la prevención prenatal. 1ª. Edición. Lima: Cimagraf; 2004.
32. Morales, S. Psicoprofilaxis Obstétrica Guía práctica. 1ª Edición. Lima: ASPPO; 2012.
33. Morales, S. Psicoprofilaxis obstétrica con ciencia y calidad. *Boletín Científico ASPPO*. 2012; 13(39): 4-5.
34. Morales, S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horiz Med*. 2012; 12(2): 47-50.
35. Morales, S. García, Y. Agurto, M. Benavente, A. La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. *Horiz Med*. 2014; 14(1): 42-48.
36. Morales, S. Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. *Horiz Med*. 2015; 15(1): 61-66.
37. Verny, T. El vínculo afectivo con el niño que va a nacer. España: Urano; 2011.
38. Morales Alvarado Sabrina, Guibovich Mesinas Alex, Yábar Peña Maribel. Obstetric Psychoprophylaxis: update, definitions and concepts. *Horiz. Med*. 2014; 14(4): 53-57.
39. Compte Carme, Magret Agnés, Sabench Cristina, Sánchez Josefa, Redondo Jezabel, Cano Ana, et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas Prof*. 2015; 16(2): 54-60.
40. Almagro, A. L. C., & Rojas, P. P. S. Educación maternal en el agua: una alternativa en la Región de Murcia. *Enfermería Clínica*. 2013; 13(5): 321-323.
41. Peart K. Birth planning-is it beneficial to pregnant women? *Aust J Midwifery* 2004; 17(1): 27-29.
42. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(6): 469-76.
43. Koehn ML. Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education* 2002; 11: 10-19.
44. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Adelaida: OMS, Gobierno de Australia Meridional; 2010.
45. Kim L, Lauren C, Lucy T, James L, Philip W, Christopher G, et al. Measuring attachment in large populations: A systematic review. *Educational and Child Psychology* 2010; 27(3): 22-32.
46. Archabald K, Lundsberg L, Triche E, Norwitz E, Illuzzi J. Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: are they being addressed? *J Midwifery Womens Health*. 2011; 56(1): 2-7.
47. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(6): 469-76.
48. Armigo C. Prenatal education regarding gestational development, viability, and survivorship: looking to our obstetric colleagues for change. *Adv Neonatal Care*. 2008; 8(3): 185-9.
49. Arslan F, Hatipoglu S. Determining the effect of education and counselling program in infant care on the quality of life of the primiparous mothers. *Balkan Mil Med Rev*. 2007; 10: 21-8.
50. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 18(3): CD002869.
51. Ramón y Cajal S. Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica. *Trébede* 2002; (63): 72-73.
52. Teleska J, Roffman A. A continuum of hypnotherapeutic interactions: From formal hypnosis to hypnotic conservation. *Am J Clin Hypn*. 2004; 47(2): 103-115.
53. Dick-Read G. *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*. London: Pinter & Martin; 2004.
54. Velvoski IZ. *Psychoprophylactic*. Leningrado: Medguiz; 1954.
55. Lamaze E. *Painless childbirth: The Lamaze Method*. New York: Poler Books; 1972.
56. Vellay P. Notre experience en P.P.O. *Bull. Off. Soc. Franc. Psychoproph. Obstet*. 1982; 89: 29-33.
57. Leboyer M. *Por un nacimiento sin violencia*. Barcelona: Daimon; 1984.
58. Lothian J, DeVries C. *Giving Birth with Confidence: The Official Lamaze Guide*. Minneapolis: Meadowbrook Press; 2017.
59. Lothian JA. Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *J Perinat Educ*. 2009; 18: 48.
60. Lothian JA. Lamaze breathing: what every pregnant woman needs to know. *J Perinat Educ*. 2011; 20: 118.
61. Ruiz Vélez-Frías C. *Cartilla para aprender a dar a luz*. 1ª ed. Madrid: Talasa; 1998.
62. Aguirre de Carcer A. *Preparación a la Maternidad*. Madrid: Morata; 1989.
63. Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *BOE* 16/09/2006; 222: 32650-32679.

64. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Magriples U, Massey Z, Reynolds H, et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 330-9.
65. Hathaway M, Hathaway J. *The Bradley Method Student Workbook.* Sherman Oaks, CA: American Academy of Husband-Coached Childbirth.; 2002.
66. Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2007; 46: 1454-1463.
67. Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child & Family Studies* 2009; 19: 190-202.
68. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, et al. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17: 140.
69. Kitzinger S. *El nuevo gran libro del embarazo y del parto.* Barcelona: MEDICI; 2003.
70. Odent M. *El nacimiento en la era del plástico.* Barcelona: Ob Stare; 2011.
71. Mogan MF. *HipnoParto - Una Celebración de Vida.* 3ed. Usa: Health Communications; 2005.
72. England P, Horowitz R. *Birthing from Within: An Extra-Ordinary Guide to Childbirth Preparation.* 1ª edición. USA: Partera Press; 1998.
73. Juan Miguel Martínez Galiano, Miguel Delgado Rodríguez. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2014; 15(4): 137-141.
74. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 18(3): CD002869.
75. Gallardo Y, Sanchez-Perruca M.I. Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. *Matronas Prof.* 2007; 8(1): 5-11.
76. Aceituno Velasco, L. Aguayo Maldonado, J. Arribas Mir, L. Caño Aguilar, A. Corona Páez, I. Martín López, J E. et al. *Proceso asistencial integrado: embarazo, parto y puerperio.* 3ª Edición. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
77. González Sanz, J D. Barquero González, A. González Losada, S. Higuero Macías J C. Lagares Rojas, F M. *Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía.* 1ª Edición. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014.
78. Jané Checa, M. Prats Coll, R. Plasencia Taradach, A. Amorós Martí, P. *Educación maternal: Preparación para el nacimiento.* 1ª Edición. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública; 2009.
79. Esparza Del Vallr, M P. Fernández-Trabadelo Rayón, L. García González, M C. González Sánchez, M. Muslera Canclini, E. *Guía profesional para la educación maternal-paternal del embarazo y parto.* Asturias: SESPA; 2016.
80. Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(6): 469-76.
81. Hernández-Valencia, Marcelino. Embarazo en la adolescencia. *Ginecol obstet mex.* 2015; 83(1): 294-301.
82. Yago Simón, T. Tomás Aznar, C. Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. *Anales de psicología.* 2015; 31(3): 972-978.
83. De la Herrán Gascón, A. Ruiz Cedeño A I. Lara Lara, F. *Claves del cambio educativo en Ecuador.* Foro de Educación. 2018; 16(24): 141-166.
84. Piññuri, R. et al. Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile. *Nutrición Hospitalaria.* 2015; 31(5): 24-31.
85. López, M B. Arán Filippetti, A. Consecuencias de la exposición prenatal al alcohol: desarrollo histórico de la investigación y evolución de las recomendaciones. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2014; 65(2): 162-173.
86. Puente Martínez, A. et al. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de psicología.* 2016; 32(1): 295-306.
87. Fernández, M A. Gómez, J. Goberna, T. Payà Sánchez, M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas prof.* 2015; 4(1): 124-130.
88. Gomez Sanchez, S. Medina Moya, J L. Interactions between the epistemological perspective of nursing educators and participants in educational programs: limits and opportunities toward the development of qualification processes for the promotion of self-care in health. *Texto & Contexto-Enfermagem:* 2015; 24(2): 301-309.
89. Adelina Calvo, A. Rodriguez Hoyos, C. Fernández Díaz, E. ¿Cómo son los MOOC sobre educación? Un análisis de cursos de temática pedagógica que se ofertan en castellano. *Digital Education Review.* 2016; 29(16): 298-311.
90. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CSE. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD007622. DOI: 10.1002/14651858.CD007622. pub3.
91. Agnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2008 Issue 3.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

92. Pérez Jarauta, M J. Echauri Ozcoidi, M. Ancizu Irure, E. Chocarro San Martín, J. Manual de educación para la salud. Navarra: ONA; 2016.
93. Frenk, J. et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*. 2015; 16(1): 9-16.
94. Moral, P A. Palomino, Grande Gascón, M L. Linares Abad, M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*. 2014; 72(1): 45-70.
95. González, M C. Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*. 2017; 17(2): 39-66.
96. Sabrina de Souza Elias, S. De Bortoli Cassiani, S H. Menezes da Silva, F A. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017; 25(1): 56-72.
97. Juan Agustín Morón Marchena. Investigar e intervenir en Educación para la Salud. Madrid: Narcea Ediciones; 2015. Vol. 64.
98. Salinas, Judith, et al. Consejería en alimentación, actividad física y tabaco: Instrumento fundamental en la práctica profesional. *Revista chilena de nutrición*. 2016; 43(4): 434-442.
99. Colomer Revuelta J., Cortés Rico O., Esparza Olcina M. J., Galbe Sánchez-Ventura J., García Aguado J., Martínez Rubio A. et al. Recomendaciones sobre el consejo para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, realizado en la consulta de Atención Primaria pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16(63): 237-245.
100. Puzsko Bárbara, et al. El impacto de la educación alimentaria nutricional en el embarazo: una revisión de las experiencias de intervención. *Revista chilena de nutrición*. 2017; 44(1): 79-88.
101. Perea, S. Syr, R. Salas Mainegra, A. Evaluación para el aprendizaje en ciencias de la salud. *Edumecentro*. 2017; 9(1): 208-227.
102. Carrasco, Constanza, et al. Relación entre prácticas pedagógicas y estrategias de aprendizaje en docentes de carreras de la salud. *Revista médica de Chile*. 2016; 144(9): 1199-1206.
103. Lang, H. McBeath, A. Fundamental principles and practices of teaching: A practical theory-based approach to planning and instruction. Fort Worth: HBJ-Holt; 2003.
104. Osoro Sierra, J. Salvador Blanco, L. Materiales de trabajo sobre técnicas expositivas. Santander: Universidad de Cantabria; 2012.
105. Pascual, Carmen Paz, et al. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria*. 2016; 48(10): 657-664.
106. Fernández, Matilde. Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2017; 2(1): 3-20.
107. Sanz, M. J. Los programas de educación maternal-paternal en el sistema nacional de salud. *Políbea*. 2016; 121(1): 19.
108. Álvarez Hogado, P. et al. Análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*. 2016; 13(82): 1.
109. Fernández March, A. Nuevas metodologías docentes. Valencia: Instituto de Ciencias de la Educación Universidad Politécnica de Valencia; 2005.
110. Imbernon, F. Mejorar la enseñanza y el aprendizaje en la universidad. Barcelona: Octaedro-ICE UB; 2009.
111. Imbernon, F. Medina, J. Metodología participativa en el aula universitaria. La participación del alumnado. Barcelona: Octaedro-ICE UB; 2008.
112. Ballenato Prieto, Guillermo. Trabajo en equipo: dinámica y participación en los grupos. Madrid: Ed. Pirámide, 2005.
113. Hernández Díaz, J. Paredes Carbonell, J J. Marín Torrens, R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Atención Primaria*. 2014; 46(1): 40-47.
114. Víctor J. Ventosa. Métodos activos y técnicas de participación para educadores y formadores. Madrid: Editorial CCS, 2004.
115. Kolb, D. *Experiential learning: experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall, Inc; 1984.
116. Barrera, Carlos. Organización y desarrollo de una unidad de medicina perinatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2016; 27(4): 422-426.
117. Pérez, Ó. Martínez, et al. Simulación y seguridad en medicina materno-infantil crítica. *Revista Española de*. 2016; 72(1): 97-101.
118. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gac Sanit*. 2013; 27(5): 447-449.
119. Arieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernández de Gamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010; 59(3): 194-202.
120. Morales Alvarado S, Solis Linares H. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizonte médico*. 2012; 12(2): 49-52.
121. Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Linares Abad M, Sáez Monzón E, García Ramiro PA. Consecuencias del embarazo en la mujer primigesta. Una aproximación psicológica y sociocultural desde la educación maternal. *Rev Enfermer*. 2003; 16: 7-11.
122. Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T, Garrido Fernández MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfac-

- ción de las embarazadas. *Aten Primaria*. 2009; 24(2): 66-74.
123. Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, et al. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG*. 2010; 117: 921.
 124. Di Mario S, Basevi V, Gagliotti C, Spettoli D, Gori G, D'Amico R, et al. Educación prenatal para la toxoplasmosis congénita; 2009; CD006171.
 125. Couto GR. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(2): 190-8.
 126. Martínez Galiano JM. Impacto del programa de Educación Maternal sobre la madre y el recién nacido [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada. 2012.
 127. Santiago Alvarado A, Vidal Polo P. Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica [tesis doctoral]. Lima (Perú), 2004.
 128. Aguayo Ortiz CI, Angulo Carrasco AM. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre Septiembre de 2007 y Febrero de 2008 [tesis doctoral]. Valdivia (Chile), 2008.
 129. Torres Martí JM, Valverde Martínez JA, Melero López A, Priego Correa E, Arones Collantes MA, Pellicer Yborra B. Comportamiento materno durante el parto según parámetros clínicos y sociológicos de la gestación. *Prog Obstet Ginecol*. 2002; 45(4): 44-137.
 130. Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? A randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006; 20(2): 138-46.
 131. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs*. 2009; 18(15): 2.125-35.
 132. Lino Morgado CM, Costa Pacheco CO, Simões Belém CM, Correia Nogueira MF. Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*. 2010; 2(12): 17-27.
 133. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008; 35(3): 497-509.
 134. Pina F, Martínez M E, Rojas P, Campos M, Rodríguez M S. La planificación y la educación maternal favorecen el desarrollo del parto. *Enferm Clin*. 1994; 4(5): 209-15.
 135. Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 1: CD002020.
 136. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo M E, Osborn J. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Ann Ist Super Sanita*. 2000; 36(4): 465-78.
 137. Ávila Fabián AC. Los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, durante los meses de Enero - Junio 2003 [tesis doctoral]. Lima (Perú), 2004.
 138. Romero Martínez J, de Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. *Matronas Prof*. 2002; 3(8): 33-39.
 139. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet Ginecol*. 2004; 47(9): 414-22.
 140. Araneda H, Cabrera C, Cabrera J, Da Costa M, Marín M, Soto C, et al. Prenatal education and its relation to the mode of delivery: a route to natural childbirth. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006; 71(2): 98-103.
 141. De la Pisa Latorre L, Idígoras Hurtado J, Ruiz Plaza JM. Influencia de la educación maternal en la incidencia de lesiones del suelo pélvico. Estudio en el Área Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío. *Metas Enferm*. 1999; 19: 37-42.
 142. Vico Zúñiga I. Analgoanestesia en el parto. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2008.
 143. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso. Analgesia en el parto. *SEGO*; 2006.
 144. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84(5): 436-43.
 145. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicentre trial. *BJOG*. 2009; 116: 1.167-76.
 146. Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, et al. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG*. 2010; 117: 921.
 147. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open* 2016; 6: 106-91.
 148. Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(7): 617-22.
 149. Lauzon L, Hodnett E. Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

150. Molina Salmerón M, Martínez García A M, Martínez García F J, Gutiérrez Luque E, Sáez Blázquez R, Escribano Alfaro P M. Impacto de la educación maternal, vivencia subjetiva materna y evolución del parto. *Rev Enferm.* 1996; 6: 9-20.
151. Kim H H, Nava-Ocampo A A, Kim S K, Kim S H, Kim Y J, Han J Y, et al. Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. *Acta Biomed.* 2008; 79(1): 18-22.
152. Reyes Hoyos L M. Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno - perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero - Diciembre 2002 [tesis doctoral]. Lima (Perú), 2004.
153. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopailboon M, Wasiak J, Gruen R L. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 6: CD005528.
154. Simpson K R, Newman G, Chirino O R. Patient education to reduce elective labor inductions. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2010; 35:188.
155. Vila-Candel R, Mateu-Ciscar C, Bellvis-Vázquez E, Planells-López E, Requena-Martín M, Gómez-Sánchez M J. Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Prof.* 2015; 16(1): 28-36.
156. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Efecto del programa de educación maternal sobre la duración de la hospitalización del recién nacido y la madre tras el parto. *Gac Med Mex.* 2013; 149: 3-250.
157. Teate A, Leap N, Rising SS, Homer CS. Women's experiences of group antenatal care in Australia: the Centering Pregnancy Pilot Study. *Midwifery.* 2011; 27(2): 138-45.
158. Malata A, Hauck Y, Monterosso L, McCaul K. Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *J Adv Nurs.* 2007; 60(1): 67-78.
159. Moore E R, Anderson G C, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 5: CD003519.
160. Fernández Varela J M, González Figueras R, Landesa García C, Pereiro Bangueses A. Influencia de los programas de preparación al parto en la elección y mantenimiento de la lactancia materna. *Matronas Prof.* 2001; 2(5): 4-40.
161. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo J C, López Díaz A J, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez M M. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit.* 2001; 15(2): 104-10.
162. Lluch Fernández C, Rodríguez Torronteras A, Casitas Muñoz V, Ramírez Esteban M, Pérez Gómez D, Murillo Martínez A, et al. Influencia de los centros de salud y la clase social en la prevalencia de la lactancia materna. *Aten Primaria.* 1996; 18(5): 253-6.
163. Carrasco Espinar R. Evaluación de una intervención formativa en educación maternal. Prevención de grietas del pezón y mantenimiento de la lactancia materna. *Hygia.* 2010; 74: 17-24.
164. García Moro R, Alonso Sagredo L. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. *Aten Primaria.* 2002; 29: 79-83.
165. Torres Díaz A, López Téllez A, de Ramón Garrido E. Importancia de la educación para la salud en la práctica de la lactancia natural. *Aten Primaria.* 1996; 18(4).
166. McFadden A, Gavine A, Renfrew M, Wade A, Buchanan P, Taylor J L, Veitch E, Rennie A, Crowther S A, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2.* Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
167. Dyson L, McCormick F, Renfrew M J. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus.* Oxford: Update Software Ltd., 2008; n.º 4. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2008; issue 3).
168. Fernández, Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index Enferm.* 2013; 22(1-2): 40-44.
169. Romano A M, Lothian J A. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008; 37:94.
170. Marshall, Jayne E. Maureen D. Raynor. Libro de texto de Myles para parteras. Elsevier Health Sciences, 2014.
171. Simkin P. *The Birth Partner: A Complete Guide to Childbirth for Dads, and All Labor Companions.* 4th edition. Boston: Harvard Common Press, 2017.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1.550€
ONLINE

750
HORAS

30
ECTS

Experto universitario en oncología

Edición: 11ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 20 Supuestos y Tesina de investigación

UEMC
Universidad Europea
Miguel de Cervantes