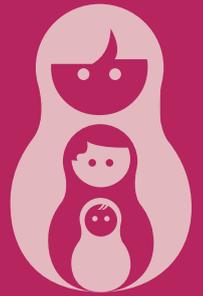


Educación maternal: Preparación para el nacimiento

maternidad

infancia

adolescencia



Educación maternal: Preparación para el nacimiento



Con la colaboración de



Biblioteca de Catalunya. Datos CIP:

Educación maternal: preparación para el nacimiento

Bibliografía

I. Jané i Checa, Mireia, dir.

II. Prats i Coll, Ramon, dir.

III. Plasència i Taradach, Antoni, dir.

IV. Amorós, Pere, ed.

V. Catalunya. Departament de Salut

1. Embaràs

2. Part

3. Puerperi

618.2

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Salut Pública

Primera edició: Barcelona, diciembre de 2009

Tirada: 200 ejemplares

ISBN: 978-84-393-8211-9

Depósito legal: B-43922-2009

Corrección lingüística y maquetación: www.caballeria.com

Impresión: Dilograf S.L

EDUCACIÓN MATERNAL: PREPARACIÓN PARA EL NACIMIENTO

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Mireia Jané Checa, Programa de Salud Maternoinfantil. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud

Ramon Prats Coll, Programa de Salud Maternoinfantil. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud

Antoni Plasència Taradach, Director general de Salud Pública. Departamento de Salud

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación técnica

Pere Amorós Martí, Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación (MIDE). Universidad de Barcelona

Equipo de la Asociación Catalana de Matronas

Cristina Martínez Bueno, PASSIR Barcelona Ciutat. ICS

Glòria Miralpeix Pomar, PASSIR Sabadell. Consorcio Sanitario de Terrassa

Sílvia Molina Navas, Hospital Santa Caterina de Salt

Fina Privat Plana, Hospital Comarcal Blanes y PASSIR Selva Marítima

Núria Torras Arqué, Hospital Sant Pau

Equipo de la Universidad de Barcelona

Pere Amorós Martí, Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE

Nuria Fuentes Peláez, Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE

Ainoa Mateos Inchaurredo, Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE

Maria Cruz Molina Garuz, Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE

Crescencia Pastor Vicente, Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE

Maria Antònia Pujol Maura, Facultad de Pedagogía. Departamento de Didáctica y Organización Educativa (DOE)

Verònica Violant Holz, Facultad de Pedagogía. Departamento DOE

COLABORADORES/AS

Asesoramiento y revisión de textos

Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud

Maria José Vidal Benedé, Programa de Salud Maternoinfantil

Mireia Jané Checa, Programa de Salud Maternoinfantil

Carmen Cabezas Peña, Subdirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Planificación y Evaluación. Departamento de Salud

Dolors Costa Sampere, Adjunta a la Dirección

Ramón Escuriet Peiró, Unidad de Planes Estratégicos de Ordenación de Servicios

Sociedad Catalana de Pediatría

Maria Teresa Esqué Ruiz

Vicente Molina Morales

José Manuel Rodríguez Miguélez

Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología

Jordi Bellart Alfonso

Francesc Figueres Retuerta

Bernat Serra Zantop

Asociación Catalana de Infermería Pediátrica

Nuria Adell Aguiló

Maria Luisa Fortes del Valle

M.Pau Gonzalez Bodeguero

Sandra Paixà Matas

Ana M. Pedraza Anguera

Carol Tudela Valls

Otros profesionales

Paula Amorós Ferrer, Hospital Germans Trias i Pujol. ICS

Miriam Burballa Rived, PASSIR Barcelona Ciutat. ICS

Cristina Salom Tomás, Facultat de Pedagogia

Glòria Sebastià Gracia, Hospital Clínic

Eulàlia Torras Ribas, Alba Lactància Materna y Fed. Catalana de Grupos de Apoyo a la lactancia materna

Medios audiovisuales

Coordinación Vídeos

Emociones y embarazo

Nuria Fuentes, Ainoa Mateos y Glòria Miralpeix

La sexualidad y el embarazo

Núria Fuentes, Ainoa Mateos y Glòria Miralpeix

Momento del nacimiento

Cristina Martínez, Fina Privat, Verònica Violant y Maria Antònia Pujol

La vida después del parto

María Cruz Molina, Sílvia Molina, Crescencia Pastor y Núria Torras

La lactancia materna, una alimentación natural

María Cruz Molina, Sílvia Molina, Crescencia Pastor y Núria Torras

Dirección proyecto

Pere Amorós

Producción ejecutiva

Olegario López

Realización y Montaje

Olga Giralt

Ayudante de realización y cámara

Xavi Clavero

Voz en off

Xavi Martínez (vídeo “La lactancia materna”)

Megui Cabrera (vídeo “Momento del nacimiento”)

Dibujos e historias animadas

Josep Maria Vallés

Participantes en el grupo de discusión de matronas de Cataluña

Gerona:

Núria Boadas
Gemma Carbonell
Carme Font
Roser Giralt
Montserrat Jordana
Roser Molinas
Mónica Pepió
Pilar Puigdemont
Dolors Sala
Lourdes Salgueda
Maria Salip
Rosa María Sánchez
Maria Tamarit
Meritxell Vidal

Barcelona:

Teresa Bustamante
Alícia Carrascón
Isabel Coca
Concepció García
Merche García
Cèsar León
Àngels Paulí
Glòria Sebastià

Lérida:

Elena Bernat
Ana Pilar Brun
M^a Victoria Clavería
Maria Dolors Creus
Rosa Escriba
Maria José Garrofé
Rosa Guillaumet
Mireia Marimon
Maria José Navarro
Rosa Pons
Carme Sarroca
Montserrat Maria
Montserrat Tarragó

Barcelona (Sabadell):

Fermina Casas
Gracia Coll
Ramón Escuriet
Gemma Falguera
Montserrat Manzanares
Josefina Martínez
Mireia Massana
Àngels Ollé
Rosa Rosean
Anna Vilaseca

Tarragona:

Irene Aguilar
Elisabet Bru
Núria Esteve
Carmen Fonollosa
Miriam Leiva
Gemma March
Sylvia Martínez
Neus Montserrat
Demetria Patricio
Teresa Pinto
Maria Teresa Subirats

Participantes en los grupos de discusión de madres y embarazadas y en las filmaciones de vídeo

Marina Albuñes	Vanesa López
Eva Alonso	Dalia Maman
Cristina Alvarez	Laura Mangas
Joan Anton	Teresa Martín
Ana Arbó	Lourdes Martínez
M. Carmen Arcila	Carme Medina
Juana Barboza	Juan E. Mingol
Lucía Barranco	Sílvia Molina
Jordi Bellart	Ester Moliner
Ariadna Benet	Juan José Navarro
Gemma Berga	Maribel Nogales
Antonia Blancart	Susana Oliveras
Miriam Blancart	Maite Olmo
Rebeca Blanco	Paula Andrea Ordóñez
Pedro Camara	Núria Orellana
Vanesa Carvajal	Montserrat Palanques
Matilde Casanovas	Gemma Pampalona
Julieta Cerutti	Elvira Pedraza
Noelia Chiribao	Mari Luz Peña
Mercè Cid	Maria Àngels Peña
Isabel Coderch	Marta Pich
Inès Costa	Nuria Plaja
Giuseppina Croci	Vanesa Porret
Miriam Cuello	Laia Pou
Santiago Delgado	Anna Privat
Iris Dellunder	Núria Puig
Judit Rosa Fontao	Eva Ramos
Juani García	Belén Ribas
Raquel García	Juan Pedro Romero
Ariadna Garrido	Xavier Rubio
Isabel Garrido	Helena Ruppman
Nuria Gascó	Isabel Salgado
Gemma Ginovart	Marta Sánchez
Carlos González	Alícia Santamaría
Elisenda Grau	Miquel Àngel Santos
Violeta Guinart	Endresa Schiffler
Maria José Guixà	Carme Suñé
Susana Jiménez	Tessi Tello
Elena Jou	Gemma Valls
Silvia Lillo	Joan Manuel Vilaseca
Ainhoa Lladó	Joana Vizcaíno
Maria Llaboré	Andres Zuñiga
Maria José Loba	

Con el apoyo de la Sociedad Catalana de Pediatría, la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología, la Asociación Catalana de Matronas, la Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica, la Federación Catalana de Grupos de Apoyo a la lactancia materna y la Asociación Alba Lactancia Materna.

Presentación

El material *Educación maternal: preparación para el nacimiento* que os presentamos pretende dotar a los y a las profesionales de la salud del ámbito de la salud sexual y reproductiva, especialmente a las matronas, de un instrumento activo para trabajar de forma interactiva y participativa con las mujeres y sus parejas, si las hay, los aspectos más relevantes de la gestación, el parto y el puerperio a fin de ampliar sus conocimientos y habilidades, y dar respuesta, así, a las necesidades actuales de nuestra sociedad en este ámbito.

Este documento, que incorpora un conjunto de fichas de trabajo y material audiovisual, ha sido elaborado con una rigurosa metodología de trabajo llevada a cabo por un equipo de trabajo multidisciplinario con una amplia experiencia. Representa, por primera vez, un conjunto de actuaciones estandarizadas en el ámbito de la preparación para el nacimiento que asegura la equidad de la educación maternal que se presta en todo el territorio.

Quiero agradecer la dedicación y el trabajo de todos los profesionales y todas las profesionales y sociedades científicas que han hecho posible este material, así como su contribución a la mejora de la salud maternoinfantil y de la salud sexual y reproductiva.

Confío en que esta herramienta de apoyo para todos los profesionales y todas las profesionales que se ocupan del proceso del embarazo, el parto y el puerperio se convierta en un instrumento de trabajo útil, que potencie una atención de salud integral e integrada con la participación de las mujeres en un momento clave de la vida como es la preparación para el nacimiento.

Boi Ruiz García

Consejero de Salud

Introducción

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. 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. Está comprobado que, en general y sobre todo en el caso de mujeres primerizas, el embarazo y el nacimiento de un bebé generan muchos miedos, dudas e inseguridades que hay que tratar para procurar el bienestar de la madre, de su pareja y del recién nacido. Es importante que tanto la mujer como su pareja consideren el embarazo un proceso natural, que hay que vivir con placer, satisfacción y expectativas positivas de cambio. Aún así, el embarazo, el parto y el puerperio no son situaciones exentas de riesgos. En muchos casos, si estos peligros o problemas se detectan a tiempo, se pueden reducir o resolver adecuadamente.

Para garantizar un proceso sano y satisfactorio en todos los momentos de la gestación, nacimiento y crianza del recién nacido, es necesario dotar a la madre y a su pareja de conocimientos, estrategias y habilidades que les preparen para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida. En Cataluña, se han creado protocolos de seguimiento y de atención para las mujeres embarazadas donde se indican las directrices de actuación consensuadas por distintos profesionales del ámbito de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, deben completarse estas indicaciones técnicas con programas educativos que preparen a la madre y a su pareja ante el reto de una nueva vida en aquellas cuestiones sobre las cuales sientan más inseguridades.

La preparación para el nacimiento es una realidad que, hoy en día, desde la atención primaria, se desarrolla de forma diferente según las tradiciones de cada institución o de los profesionales y las profesionales de la salud. 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.

El documento *Educación maternal: preparación para el nacimiento* es fruto de un riguroso y estandarizado proceso de trabajo que incluye un profundo análisis de los contenidos derivados de reflexiones y experiencias de varios profesionales de la salud y de sociedades científicas, del debate con madres y matronas, y de una amplia revisión bibliográfica. Está formado por un apartado introductorio y metodológico y ocho sesiones, una es preliminar, dos de ellas son sobre el embarazo, dos sobre el parto, una sobre el puerperio y dos sobre el recién nacido. Estas sesiones se refuerzan con unos CD que incorporan diapositivas y casos prácticos, para complementar y ofrecer apoyo en la exposición de los profesionales y las profesionales de la salud. Por otra parte, también tiene unos DVD con historias animadas y vídeos sobre situaciones reales, actuales y testimonios en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas e instituciones que han hecho posible este nuevo instrumento de apoyo a la actuación de los profesionales y las profesionales de la salud del ámbito de la salud sexual y reproductiva, en beneficio de la salud maternoinfantil en Cataluña.

Antoni Plasència Taradach

Director General de Salud Pública

Índice

Presentación	9
Introducción	11
Índice.....	13
1. Características del material	19
1.1. Proceso de elaboración	19
1.2. Objetivos	21
1.3. Estructura	22
1.4. Materiales	23
1.5. Estrategias y técnicas de trabajo	23
1.6. ¿Cómo desarrollar las sesiones?	38
1.7. Referencias bibliográficas	42
2. Conciencia corporal. Entrenamiento psicofísico	45
2.1. Actividad física y embarazo	45
2.2. Recomendaciones relativas a la actividad física durante el embarazo	46
2.3. Patologías que requieren supervisión médica que autorice la práctica de ejercicio físico durante el embarazo	47
2.4. Signos que indican la necesidad de suspender la práctica de ejercicio.....	48
2.5. Gimnasia prenatal	49
2.6. Recomendaciones para hacer los ejercicios	49
2.7. Ejercicios	52
2.8. Masaje	68
2.9. Respiración	72
2.10. Relajación	77
2.11. Referencias bibliográficas	85
2.12. Bibliografía específica de los ejercicios de entrenamiento psicofísico.....	85
Sesión 0. ¡Comenzamos!	91
0.1. Objetivos de la sesión	93
0.2. Índice de la sesión	93
0.3. Contenidos de la sesión.....	93

0.4. Materiales y recursos	94
0.5. Desarrollo de la sesión	95
0.6. Valoración y cierre de la sesión.....	104
0.7. Referencias bibliográficas	104
Sesión 1. La gestación y los cambios.....	107
1.1. Objetivos de la sesión	108
1.2. Índice de la sesión	108
1.3. Contenidos de la sesión.....	108
1.4. Materiales y recursos	109
1.5. Desarrollo de la sesión.....	110
1.6. Valoración y cierre de la sesión.....	129
1.7. Referencias bibliográficas	129
Sesión 2. Embarazo y bienestar	133
2.1. Objetivos de la sesión	134
2.2. Índice de la sesión	134
2.3. Contenidos de la sesión.....	134
2.4. Materiales y recursos	135
2.5. Desarrollo de la sesión	136
2.6. Valoración y cierre de la sesión.....	158
2.7. Referencias bibliográficas	158
Sesión 3. Llega el momento: el proceso del parto.....	161
3.1. Objetivos de la sesión	162
3.2. Índice de la sesión	162
3.3. Contenidos de la sesión.....	162
3.4. Materiales y recursos	163
3.5. Desarrollo de la sesión.....	164
3.6. Valoración y cierre de la sesión.....	184
3.7. Referencias bibliográficas	184
Sesión 4. Diferentes situaciones, diferentes partos.....	187
4.1. Objetivos de la sesión	188
4.2. Índice de la sesión	188
4.3. Contenidos de la sesión.....	188
4.4. Materiales y recursos	189
4.5. Desarrollo de la sesión	190

4.6. Valoración y cierre de la sesión	210
4.7. Referencias bibliográficas	210
Sesión 5. El puerperio	215
5.1. Objetivos de la sesión	216
5.2. Índice de la sesión	216
5.3. Contenidos de la sesión.....	216
5.4. Materiales y recursos	217
5.5. Desarrollo de la sesión	218
5.6. Valoración y cierre de la sesión	231
5.7. Referencias bibliográficas	231
Sesión 6. Alimentación del recién nacido: lactancia materna	235
6.1. Objetivos de la sesión	236
6.2. Índice de la sesión	236
6.3. Contenidos de la sesión.....	236
6.4. Materiales y recursos	237
6.5. Desarrollo de la sesión	238
6.6. Valoración y cierre de la sesión.....	251
6.7. Referencias bibliográficas	255
Sesión 7. Atención al recién nacido	259
7.1. Objetivos de la sesión	260
7.2. Índice de la sesión	260
7.3. Contenidos de la sesión.....	260
7.4. Materiales y recursos	261
7.5. Desarrollo de la sesión.....	262
7.6. Despedida y cierre del curso	281
7.7. Referencias bibliográficas	282

1. Características del material

1. Características del material

1.1. Proceso de elaboración

Dada la importancia de la preparación para el nacimiento, se pretendía que esta preparación contemplase no sólo los conocimientos, sino también los sentimientos, las emociones y las habilidades necesarias para hacer frente a los aspectos fundamentales de la gestación, el parto y el puerperio, así como el entrenamiento psicofísico. Se deseaba que los contenidos dieran respuesta a las necesidades que expresan las mujeres y sus parejas, así como los profesionales y las profesionales que se dedican a la educación para la preparación del nacimiento.¹ Para buscar las respuestas a estos interrogantes, se planteó una búsqueda de carácter cooperativo. Este tipo de metodología de investigación permite asignar un rol activo a los implicados e implicadas (matronas o profesionales de la salud y madres-parejas) que se complementa con el trabajo de los investigadores e investigadoras. Por último, se ha llevado a cabo una revisión del material correspondiente a los diferentes ámbitos por parte de la Sociedad Catalana de Pediatría, la Sociedad Catalana de Obstetricia y Ginecología y la Asociación Catalana de Enfermería Pediátrica.

1.1.1. Características de la muestra de participantes

En las diferentes fases del proceso de investigación y elaboración de este material han participado un total de 82 personas. De ellas, 70 fueron distribuidas en 7 grupos de discusión (5 grupos de matronas y dos grupos de madres). En los 5 grupos de discusión han participado 56 matronas, de las cuales 54 son mujeres y 2 son hombres. Son representantes de 39 centros repartidos por las cuatro provincias catalanas (15 en la provincia de Barcelona, 10 en la provincia de Gerona, 10 en la provincia de Lérida y 4 en la de Tarragona). La edad media de los profesionales y las profesionales es de 43,71 años. Este dato se refleja en su experiencia profesional. En conjunto, los participantes y las participantes tienen una media de 16,68 años (mín. 10 meses – máx. 35 años) de experiencia como matronas.

En los 2 grupos de madres y padres han participado 13 madres y 1 padre, distribuidos en dos grupos de discusión, que han representado la implicación de 13 familias. La edad media de las madres es de 33,15 años. La madre más joven tiene 20 años y la mayor, 41. El único padre participante tiene 36 años. Todas las familias que participan, exceptuando a tres, tienen hijos e hijas. La mayoría tienen sólo un hijo o hija (7) y el resto tienen dos (3). La edad media de los hijos e hijas mayores o únicos es de 58,9 meses (mín. 1 mes máx. 228 meses) y la edad media de los hijos e hijas pequeños es de 2,3 meses (mín. 1 mes – máx. 3 meses).

El equipo de investigación, dirigido por el catedrático de la Universidad de Barcelona (UB) Dr. Pere Amorós, ha estado formado por 12 personas (5 matronas de la Asociación Catalana de Matronas y 7 profesores y profesoras del Grupo de Búsqueda sobre Investigaciones Socio-educativas en la Infancia y la Juventud (GRISIJ) de la Universidad de Barcelona).

¹ NOTA: En las páginas siguientes, utilizaremos como término genérico la palabra “matrona” para referirnos a matronas, matrones y otros profesionales de la salud.

1.1.2. Metodología

Esta investigación se ha llevado a cabo partiendo de la perspectiva de la investigación cooperativa y, en consecuencia, la metodología que se ha utilizado es cualitativa. Los grupos de discusión han sido la estrategia empleada y se han desarrollado en la sede de un hospital o centro de cada provincia. Cada grupo ha sido conducido por dos profesionales y sus reuniones se han grabado en cintas de audio.

El análisis del contenido de los siete grupos de discusión se ha realizado mediante el programa informático de análisis de datos cualitativos Atlas ti 5.0. El análisis de contenido muestra con claridad cuatro dimensiones: embarazo, parto, puerperio y entrenamiento psicofísico. Las tres primeras dimensiones son coherentes con la estructura actual del protocolo de seguimiento del embarazo en Catalunya y el entrenamiento psicofísico es útil para los tres momentos (embarazo, parto y puerperio); además, se trabaja conjuntamente con los contenidos del curso.

Los códigos utilizados para el análisis de la información, correspondientes a las dimensiones y subdimensiones del guión del grupo de discusión de madres y del guión de matronas, son los siguientes:

DIMENSIÓN	CÓDIGO	Definición código
EMBARAZO	E-diagnóstico	Diagnóstico de embarazo: signos y síntomas
	E-cambios físicos	Cambios físicos
	E-cambios psíquicos	Cambios psíquicos
	E-cambios sociales	Cambios sociales y familiares
	E-higiene	Higiene en el embarazo
	E-alimentación	Alimentación y embarazo
	E-sexualidad	Sexualidad y embarazo
	E-molestias	Molestias habituales en el embarazo
	E-feto	Contracciones uterinas y movimiento fetal
	E-peligro	Señales de peligro
	E-p	Rol de la pareja: implicación, sentimientos...
E-emociones	Emociones relacionadas con el embarazo	
PARTO	P-anatomía	Anatomía del canal de parto: perineo, suelo pélvico, pelvis ósea
	P-parto	Trabajo de parto: preparto, dilatación, expulsivo y alumbramiento
	P-tipología	Tipos de parto
	P-epidural	Tipos de analgesia y anestesia
	P-contracción	Reconocimiento de contracciones. Diferencia contracción/dolor y sufrimiento
	P-hospital	Hospitalización: ir al hospital, requisitos de ingreso
	P-factores	Factores de ayuda que pueden utilizarse según las sensaciones
	P-p	Rol de la pareja: papel de la pareja, implicación, sentimientos...
	P-emociones	Emociones relacionadas con el parto
	P-riesgos	Riesgos en el parto
	P-familia	Parto y familiares

PUERPERIO	PP-físico	Puerperio, aspectos físicos
	PP-psico	Puerperio, aspectos psicológicos
	PP-sociales	Puerperio, aspectos sociales y familiares (apoyo familiar o intrusión familiar)
	PP-bebé	Atención al bebé: características del bebé, primeras atenciones en el hospital, curas generales del bebé, aspectos a tener en cuenta en el domicilio
	PP-lactancia	Aspectos relacionados con la lactancia: tipología, problemas de lactancia, promoción de la lactancia...
	PP-conducta	Conducta del recién nacido (llanto, tipos de sueño...)
	PP-p	Rol de la pareja
	PP-emociones	Emociones relacionadas con el parto
ENTRENAMIENTO PSICOFÍSICO	Entre-físic	Entrenamiento físico: trabajos corporales para compensar las modificaciones del embarazo, preparar determinados músculos para el parto y la lactancia
	Entre-resp	Tipos de respiración, aprendizaje de respiraciones para el parto y técnica
	Entre-relax	Aprendizaje de la relajación para el embarazo y para las contracciones en el periodo de dilatación

El análisis de contenido de las aportaciones derivadas de la reflexión y de la experiencia de los profesionales y las profesionales, la contribución del debate de madres y matronas en los grupos de discusión sobre la educación para el nacimiento así como la revisión bibliográfica, han permitido detectar las necesidades formativas de las madres o futuras madres.

Los diversos contenidos han sido estructurados en ocho unidades temáticas. Cada una de ellas fue desarrollada y elaborada conjuntamente por el equipo de investigación (matronas de la Asociación Catalana de Matronas y profesorado de la Universidad de Barcelona del grupo de investigación GRISIJ) en un proceso participativo. Como respuesta a las necesidades detectadas en torno a la preparación para el nacimiento, se propone el material educativo que se presenta en esta edición.

1.2. Objetivos

Este material pretende favorecer el desarrollo de tres dimensiones fundamentales en las madres y sus parejas de una forma integral:

- ✳ Dimensión actitudinal y emocional relacionada con cada fase del proceso de nacimiento: predisposición a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, disposición para ayudar al recién nacido a establecer el vínculo afectivo, así como para atender sus necesidades dentro de un clima emocional, aceptación de las implicaciones emocionales en la modalidad de parto y en la alimentación del bebé elegida.
- ✳ Dimensión comportamental que contempla el desarrollo de habilidades que permiten afrontar de una manera competente el proceso del embarazo, parto y posparto; estrategias ante el dolor, técnicas de relajación, habilidades de relación y comunicación.
- ✳ Dimensión cognitiva relacionada con el proceso del nacimiento y sus implicaciones en las diferentes etapas: embarazo, parto y posparto. Conocimiento de las fases del embarazo y el parto, las indicaciones de alarma, la alimentación y la higiene del bebé, la atención al propio cuerpo, el plan de nacimiento.

Por último, el desarrollo de este material en grupo ofrece a las personas participantes la oportunidad de:

- ✳️ Compartir vivencias, satisfacciones y dudas.
- ✳️ Sentirse parte de un colectivo que tiene los mismos intereses, deseos, necesidades y expectativas.
- ✳️ Analizar las propias actitudes y contrastarlas con las de otras personas que se encuentran en su misma situación.
- ✳️ Conseguir una visión más amplia y sensibilizada de determinados aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el posparto.
- ✳️ Comprender las diferentes formas de afrontar la maternidad según la situación particular de cada familia.
- ✳️ Reflexionar sobre las propias reacciones ante situaciones nuevas.

1.3. Estructura

El material de preparación para el nacimiento consta de un tema introductorio y ocho sesiones distribuidas de la forma siguiente: una sesión preliminar, dos sobre el embarazo, dos sobre el parto, una sobre el puerperio y dos sobre el recién nacido, con una duración aproximada de 2 horas cada una de ellas.

El material se ha estructurado siguiendo las sugerencias de las madres y matronas que han participado en el diagnóstico de necesidades y en la elaboración de las sesiones. Las sesiones están pensadas para aplicarse según el orden en que se presentan, ya que se tiene en cuenta el estado gestacional de las mujeres cuando se inician en la educación para el nacimiento y sus necesidades a medida que avanzan en su embarazo.

Los temas se han distribuido en las sesiones siguientes:

Sesión 0. ¡Comenzamos!

Sesión 1. La gestación y los cambios

Sesión 2. Embarazo y bienestar

Sesión 3. Llega el momento: el proceso de parto

Sesión 4. Diferentes situaciones, diferentes partos

Sesión 5. El puerperio

Sesión 6. Alimentación del recién nacido: lactancia materna

Sesión 7. Atención al recién nacido

Cada sesión consta de los apartados siguientes:

- Objetivos
- Actividades, estrategias y tiempo previsto

- Materiales y recursos didácticos
- Anexos

Este material se ha diseñado para que se aplique a los grupos de educación maternal: preparación para el nacimiento que ofrece el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya en las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva.

Se ha elaborado considerando la importancia del trabajo conjunto de madres y parejas, ofrece la oportunidad de compartir las experiencias y las vivencias individuales y grupales, unos elementos a partir de los cuales es posible analizar la propia realidad desde una perspectiva y promover cambios y nuevas experiencias positivas.

Este material presenta una nueva forma de trabajar: intercala las estrategias de trabajo didáctico individual y grupal, además de dar una nueva perspectiva a la parte de entrenamiento corporal. La filosofía del trabajo corporal es transmitir habilidades para este último; es decir, no se trata de ofrecer entrenamiento físico a las madres embarazadas, sino de facilitar las herramientas y las habilidades adecuadas para que puedan trabajar de manera autónoma, con la finalidad de favorecer el bienestar de la madre durante el embarazo, el parto y el posparto.

1.4. Materiales

Educación maternal: preparación para el nacimiento se completa con un conjunto de materiales:

✳ Un CD con:

- **Diapositivas**, que se utilizan como apoyo para desarrollar las actividades. Incluyen las preguntas que deben contestar las personas participantes en las diferentes actividades y también son útiles para dar soporte a las conclusiones de las matronas sobre los distintos temas.
- **Fichas de trabajo**, que contienen casos prácticos para complementar la exposición de la matrona, o fichas para aquellas actividades en las cuáles se debe responder a las cuestiones planteadas.

✳ Un DVD con:

- **Historias animadas**, que se corresponden con la descripción animada de casos o situaciones.
- **Videos**, en los que se presentan testimonios de embarazadas, madres y parejas sobre situaciones características del embarazo y del puerperio.

1.5. Estrategias y técnicas de trabajo

Los contenidos de este material se han estructurado en objetivos, con sus actividades y estrategias. El conjunto de técnicas y estrategias se basan en un trabajo grupal.

La selección se ha llevado a cabo atendiendo, por un lado, a la eficacia demostrada en el terreno de la formación y, por otro, a su adecuación a los contenidos de este material.

Las técnicas escogidas permiten trabajar, sistemáticamente y de forma estructurada, los aspectos cognitivos, emocionales, de habilidades, etc. Además, también ofrecen la oportunidad de analizar, reflexionar y compartir todos estos aspectos.

Las técnicas utilizadas son las siguientes:

- Exposición oral
- Ejercicios con papel y lápiz
- Diálogos simultáneos
- Discusión dirigida
- Trabajo en grupo
- Lluvia de ideas
- Estudio de casos
- Juego de rol
- Vídeo
- Fantasía guiada

1.5.1. Exposición oral

La exposición oral se puede definir como la presentación verbal de la información de forma estructurada y sistemática. Es una estrategia adecuada cuando se da un déficit de conocimientos básicos que se consideran importantes. Por el carácter pasivo que supone a las personas participantes, conviene tener la precaución de no abusar de esta técnica. Los factores que influyen en la efectividad de la exposición oral son: el mensaje (contenido y estructuración), la matrona (habilidades personales y de comunicación), las personas participantes (habilidades de comprensión y de retención), los recursos de apoyo (medios audiovisuales y formulación de cuestiones) y los factores ambientales (espacio, mobiliario e iluminación). Para la exposición oral, la matrona debe poner en juego una serie de destrezas que tienen impacto específico sobre el aprendizaje:

- 1) La atención y la motivación de las personas participantes dependerán en gran parte de:
 - El entusiasmo y la motivación que muestre la matrona en la transmisión de la información, así como de la implicación directa que exprese respecto al tema de la explicación.
 - El uso de los medios o recursos de apoyo (pizarra, diapositivas...) y actividades variadas, que harán más amenas las exposiciones, donde se deberían intercalar recursos de apoyo, actividades, preguntas y periodos de reflexión.
 - La lógica de la exposición, es decir, del esquema que la guía. Cuando el esquema es claro y los contenidos se exponen ordenadamente, se facilita la atención y la retención del contenido.
- 2) La asimilación y la comprensión de los contenidos que se pretenden difundir dependerá de las habilidades mencionadas anteriormente, así como de la contextualización de la información y de los ejemplos concretos, de la utilización de preguntas síntesis, del establecimiento de relaciones con los diferentes contenidos y de la realización de un resumen de la información expuesta hasta el momento.

1.5.2. Ejercicios con papel y lápiz

Las actividades con papel y lápiz permiten a las personas participantes conservar el producto de un ejercicio o de una reflexión, lo que facilita su recuerdo y la posibilidad de poder compartir con el grupo grande el contenido de una discusión que haya tenido lugar en el seno de un pequeño grupo; también permiten comparar respuestas surgidas en diferentes momentos. Por otra parte, así mismo, a la matrona le puede ser útil guardar estos escritos para evaluar al grupo.

Ahora bien, hay que tener en cuenta que el hecho de alargar demasiado estos ejercicios por escrito podría atrasar la dinámica del grupo. También hay que tener presente que algunas personas pueden sentirse incómodas si tienen que escribir algo y entregárselo a otra persona. En estas situaciones, la matrona debe mostrarse sensible frente a esta circunstancia y buscar alternativas que faciliten que todo el mundo esté cómodo. En este tipo de ejercicios, la matrona debe fijarse en el ritmo de trabajo del grupo y en las habilidades de las personas, con la finalidad de determinar si es conveniente o no que se realice una actividad por escrito, considerando la amplitud del texto y quién lo tiene que redactar.

1.5.3. Diálogos simultáneos (20-30 minutos)

Consiste en la organización del grupo por parejas para la discusión, debate o estudio de un tema propuesto por la matrona, o por el grupo mismo.

Objetivos:

- Promover la participación de todas las personas del grupo.
- Facilitar la recogida y la transmisión de información.
- Posibilitar la consecución rápida de acuerdos en la solución de un problema.

Ventajas:

- Implica a todas las personas del grupo.
- Facilita la comprensión del tema (participación activa).
- Ayuda a la toma de decisiones y a sentirse involucrado en los acuerdos a que se llegan.
- Estimula el conocimiento mutuo.

Inconvenientes:

- Puede darse una lectura demasiado superficial del hecho comentado.
- No implica acuerdos ni compromisos.
- Puede que no aparezca el consenso o que una persona participante domine a la otra, imponiendo su opinión.

Desarrollo de la técnica:

- La matrona informa sobre el objetivo, propone el tema o la pregunta y establece la forma de actuar de las parejas y el tiempo de discusión.
- Las parejas dialogan el tiempo establecido y, acto seguido, se informa de la discusión a la totalidad del grupo.
- Una vez todas las parejas han expuesto sus conclusiones, se extrae una síntesis general o decisión sobre el tema.

Papel de la matrona:

- Señalar el objetivo de las discusiones y asegurarse de que los participantes han comprendido bien su explicación. Debe repetir varias veces la pregunta o tema de discusión y constatar que los participantes lo han entendido, animándoles a plantear cualquier duda que conserven antes de empezar los diálogos.
- Limitar el tiempo que se dedicará a los diálogos.
- Recoger las informaciones de las diferentes parejas y realizar la síntesis final.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- Formar las parejas numerándolas para su posterior identificación en el momento de la puesta en común.
- Para la respuesta en común, se debe dar suficiente tiempo para recapitular todo lo discutido. Debe evitarse el protagonismo excesivo de algunas parejas, ya que el resto podrían sentirse menospreciadas.
- Es importante que en la síntesis final se resuman todas las aportaciones de las parejas, recordando cuál era el objetivo de la discusión y extrayendo conclusiones útiles.

1.5.4. Discusión dirigida (20-40 minutos)

Se trata de que todos los miembros del grupo polemiquen sobre un tema determinado. La cuestión objeto de discusión debe tratarse desde diferentes perspectivas dado que, en caso contrario, la discusión no tendría sentido, sería inexistente. Los intercambios de opinión no deben tener lugar entre los miembros del grupo y la matrona, sino que las apreciaciones personales deben dirigirse a todas las personas participantes. Tienen que debatir los unos con los otros.

Objetivos:

- Se pretende que todos los componentes del grupo expongan libremente sus ideas, sus puntos de vista y sus experiencias, para conseguir una aproximación a una situación o tema concreto desde diferentes puntos de vista.
- Se persigue también fundamentar las ideas y convicciones individuales sobre un determinado asunto a través de la reflexión personal.

Ventajas:

- Participación de todas las personas integrantes del grupo.
- Abrir perspectivas de análisis de un tema, situación, conflicto, etc.
- Estimular el razonamiento, la capacidad de análisis crítico, la intercomunicación, la comprensión y la tolerancia.
- Ayudar a superar prejuicios e ideas preconcebidas.

Inconvenientes:

- El rol de la matrona debe combinar la libertad de expresión de las personas participantes con el control del grupo, si la discusión se alarga.
- Pueden aparecer actitudes competitivas en diferentes miembros del grupo.

Desarrollo de la técnica:

– 1ª Fase: Preparación

- Elección del tema.
- Preparación de preguntas y propuestas de perspectivas por la discusión.
- Preparación de materiales de apoyo para la discusión, como por ejemplo, material gráfico (diapositivas, DVD...) o listados de verdadero o falso.

– 2ª Fase: Realización

- Introducción al debate. La matrona contextualiza el tema, da instrucciones, formula preguntas, invita a participar...
- Exposición de las diferentes perspectivas de la matrona.
- Utilización de los materiales de apoyo.
- Debate entre las personas participantes.
- Análisis y contrastes por parte de las personas participantes, guiados por la matrona.
- Conclusiones

Papel de la matrona:

- Seleccionar el tema.
- Dirigir la discusión:
 - Realiza una breve introducción para encuadrar el tema, da instrucciones generales y sitúa al grupo mentalmente en la discusión.
 - Formula la primera pregunta en función de los materiales de apoyo para la discusión (si se han preparado para el ejercicio) e invita a intervenir.
 - Propone perspectivas diferentes para tratar el tema. Este punto dependerá del número de participantes por grupo.
 - Dirige el turno de palabra y controla el tiempo.
 - No se debe participar en la discusión con opiniones personales. La función de la matrona es conducir, guiar y estimular.
- Cerrar la discusión y extraer conclusiones.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- Una vez iniciado el debate, se debe regir de manera prudente, procurando no ejercer presión, intimidación ni sumisión. Lo que interesa no es obtener la solución correcta a las cuestiones debatidas, sino la elaboración mental de la resolución y las respuestas propias del grupo, que servirán al coordinador para conducir los razonamientos hacia los objetivos deseados.
- Debe prestarse atención, no sólo al desarrollo del contenido que es objeto de debate, sino también a las actitudes de los miembros del grupo.

- Debe mantenerse siempre una actitud cordial, serena y segura. Nadie debe sentirse ni rechazado ni ridiculizado.

1.5.5. Trabajo en grupo (20-40 minutos)

a) Trabajo en grupo grande

Permite que todos los componentes del grupo puedan dar su opinión sobre un tema concreto. Esta estrategia se ha trabajado muy pocas veces, ya que el hecho de que todos los miembros del grupo participen individualmente puede significar, a veces, una demora de la actividad. Además, esta técnica no permite el comentario ni el trabajo cooperativo entre los participantes. No obstante, se ha utilizado para hacer el análisis de algún caso concreto.

b) Trabajo en grupos pequeños

Se divide el grupo en otros más reducidos y cada uno de ellos discute o trabaja una cuestión con el objetivo de alcanzar conclusiones parciales. Posteriormente, se extrae la conclusión general a partir de los informes de todos los grupos.

Objetivos:

- Promover la participación activa de todos los miembros del grupo, ayudar a las personas a trabajar con el resto, cooperar en el desarrollo de una tarea y permitir una interacción mayor.
- Obtener en poco tiempo las opiniones de todas las personas integrantes del grupo.
- Facilitar la exposición de los diferentes puntos de vista de las personas participantes, así como la expresión de sentimientos y vivencias personales.
- Despertar el interés de las personas participantes por el tema que se trata.
- Obtener información sobre los intereses comunes del grupo.

Ventajas:

- Permite hablar a todo el mundo, incluyendo a las personas con dificultades para expresarse en público, así como conocer mejor a los miembros del grupo.
- Posibilita analizar un problema de difícil detección entre las personas que interactúan.
- Da a la matrona la oportunidad de observar a las personas en interacción.

Inconvenientes:

- No proporciona información especializada.
- El nivel de conocimientos y experiencias depende de los individuos de cada grupo.

Desarrollo de la técnica:

- La matrona propone dividir el grupo en subgrupos formados, aproximadamente, por el mismo número de miembros.
- La persona que dinamiza la actividad debe explicar el procedimiento a todo el grupo: por qué se utiliza, qué temas se pretenden tratar, cómo funciona, qué se espera, de cuánto tiempo se dispone, etc.
- A cada subgrupo se le asigna y se le especifica el trabajo que debe llevar a cabo.

- Cuando acaba el tiempo destinado al trabajo o a la discusión, se recogen los informes de los diferentes grupos y la matrona, va dando la palabra al portavoz de cada uno de ellos para que exponga sus conclusiones.
- La matrona debe ordenar las conclusiones de cada subgrupo para poder hacer una síntesis que integre todos los puntos de interés general

Papel de la matrona:

- Dejar claro el objetivo de la actividad a cada grupo y el tiempo que se dedicará a ella.
- Explicar cuál será su rol mientras los diversos grupos trabajan. Así, recorrerá todos los grupos resolviendo dudas, asegurándose que saben exactamente la tarea que deben realizar, ayudando a los grupos que se hayan desviado de los objetivos y desbloqueando situaciones que impidan al grupo proseguir, sobre todo cuando se trate de personas que no están acostumbradas a trabajar en equipo ni en este tipo de actividad.
- Dejar trabajar al grupo sin interferir. Sin embargo, puede escuchar la discusión del grupo durante un rato y hacer aclaraciones si lo solicitan.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- Se puede facilitar a los subgrupos una guía de cuestiones orientativas para el trabajo que se debe realizar, que les ayudará a mantenerse dentro de la actividad propuesta.
- Es recomendable enumerar los diferentes subgrupos para que se puedan identificar a la hora de poner en común las ideas.
- Cuando los grupos estén formados por cuatro personas o más, se aconseja que un miembro de cada grupo ejerza las funciones de portavoz con el fin de anotar las conclusiones, y que otra persona desempeñe la función de moderador o moderadora, con el propósito de agilizar las diferentes cuestiones que deban trabajarse.
- Debe evitarse dar protagonismo dominante a un grupo, ya que los demás grupos pueden sentirse devaluados.

1.5.6. Lluvia de ideas (5 -10 minutos)

El grupo debe producir y exponer el número más elevado posible de ideas y ocurrencias en torno a un tema o problema planteado, de una manera informal y libre. Es una técnica que permite originar ideas o soluciones frente a un problema o dificultad en un marco informal, de manera rápida y creativa.

Objetivos:

- Hacer uso de la creatividad y de la imaginación.
- Explorar nuevas posibilidades y soluciones ante un tema.
- Desbloquear un momento de estancamiento.
- Ejercitar la escucha sin prevenciones.

Ventajas:

- Aporta una gran cantidad de información.
- Es dinámica y lúdica.

- Permite variar el ritmo de la sesión.
- Ayuda a abandonar maneras de pensar rígidas.
- Permite más espontaneidad y libre expresión de diferentes puntos de vista sin miedo a ser juzgado.

Inconvenientes:

- Mucho material no aplicable.
- Puede provocar bloqueos individuales.

Desarrollo de la técnica:

– *1ª Fase: Presentación*

- La matrona debe determinar claramente el problema y los objetivos que se quieren obtener: expresar con frases cortas o palabras concretas todas las ideas que el problema sugiere, con total libertad, tal y como vayan acudiendo a la mente.
- Acto seguido, se nombrará uno o una portavoz que anotará las ideas y controlará el tiempo, salvo que esta función sea asumida por la matrona.

– *2ª Fase: Desarrollo*

- A continuación, se dará paso a la exposición de ideas. Se debe eliminar cualquier actitud crítica individual o del grupo que pueda conducir a la selección de las ideas propias o ajenas. La crítica y la autocrítica están prohibidas. Es posible utilizar la asociación de ideas; es decir, no sólo sirven las ideas propias, sino que se pueden utilizar las ajenas para combinarlas, relacionarlas o transformarlas en nuevas ideas.
- Es importante la cantidad de ideas que surgen, para posibilitar la selección y esclarecimiento del problema.
- Una vez finalizada la exposición de ideas y confeccionada la lista escrita por el o la portavoz en un lugar visible (como por ejemplo, la pizarra), deben elegirse las ideas de acuerdo con los criterios que se establezcan, como por ejemplo, que la idea sea realizable a corto o medio plazo, que sea realizable con los medios y las circunstancias actuales, que sea compatible con otras ideas ya seleccionadas, etc. Estos criterios se establecerán en función del problema que se esté tratando.
- Finalmente, se agruparán las respuestas en categorías o, cuando se trate de solucionar un problema, se analizarán las posibles consecuencias de cada una de las alternativas y, eventualmente, se escogerá la respuesta o las respuestas que se consideren más adecuadas.

Papel de la matrona:

- Dirigir los pasos de la técnica.
- Velar por la libre expresión de ideas.
- Eliminar la crítica y los juicios de valor.
- Establecer un clima de confianza y cordialidad.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- No hay respuestas verdaderas o falsas. Todas las opiniones son válidas, incluso si se repiten o suponen ideas que parecen irrelevantes o inapropiadas.

- La lluvia de ideas no debe quedar desconectada del resto de actividades de la sesión, sino que las personas participantes deben saber cuál es su propósito.
- Durante la fase de generación de ideas, la matrona debe reiterar en voz alta cada aportación y añadirla a la lista; a continuación, dará paso a otra contribución, de forma que no quede ninguna idea por apuntar.
- La actividad no debe extenderse demasiado. Es conveniente detenerse cuando la fase de generación de ideas no pueda continuar por más tiempo, pero sin olvidar que el silencio es idóneo cuando las personas requieren tomarse un tiempo de reflexión para sugerir más ideas a partir de las que ya se han expuesto.
- Cuando el grupo esté bloqueado y aporte pocas ideas, la matrona puede proponer alguna más como un miembro más del grupo.

1.5.7. Estudio de casos (30-50 minutos)

Consiste en la descripción detallada de una situación concreta (real o ficticia) sobre la cual se pide a las personas participantes que, en grupo grande o en grupos reducidos, analicen todos los factores que se deben tener en cuenta ante esta circunstancia o conducta. Después, se ponen en común y se sacan conclusiones.

Objetivos:

- Identificar y analizar problemas específicos.
- Desarrollar conocimientos y habilidades para extrapolarlos a situaciones propias de las personas participantes.
- Posibilitar la búsqueda y el intercambio de potenciales alternativas.
- Fomentar las habilidades de toma de decisiones, relacionar la teoría con la práctica, la comunicación y el trabajo en grupo.

Ventajas:

- Se generan gran cantidad de ideas.
- Se contrastan múltiples puntos de vista.
- Se fomenta la relación con la realidad diaria de las personas participantes.

Inconvenientes:

- Elevado nivel de comunicación directa y de conflictos.

Desarrollo de la técnica:

- Se debe explicar el mecanismo de la técnica. Si se trabaja con todo el grupo, se expondrá el caso; en cambio, si se trabaja en grupos pequeños, se repartirán los distintos casos entre los subgrupos.
- Es recomendable realizar una primera lectura, individual o en grupo, para familiarizarse con la problemática que se trata. Más adelante, se vuelve a leer una segunda vez, identificando los temas más relevantes, los problemas y las posibles opciones.
- Posteriormente, en grupos pequeños o con todo el grupo, se debatirá el supuesto de manera constructiva, con la finalidad de reflexionar sobre lo que sucede y lo que debería hacerse.

Para conseguirlo, como instrumento de soporte, se facilitará a cada subgrupo o a todo el grupo, un guión para analizar el caso. Si se trata de grupos reducidos, se designa un o una portavoz para que recoja las ideas comunes y las exponga al resto de participantes.

- Se ponen en común, en grupo grande, las conclusiones y los motivos obtenidos con el estudio de casos.
- Finalmente, se puede proponer una discusión general, procurando conseguir la formulación de un conjunto de conclusiones comunes.

Papel de la matrona:

- Facilitar y conseguir que las personas participantes reflexionen e interactúen a lo largo de la discusión.
- Escuchar atentamente todo lo que dicen las personas participantes a fin de poder analizar cuidadosamente todo aquello que pasa en el grupo.
- Durante el desarrollo de la técnica, participar, clarificando o animando pero sin imponer su opinión, y aceptar íntegramente las opiniones de los demás.
- Conseguir estimular suficientemente a las personas participantes para que se preparen adecuadamente los casos. Si ello no sucede, la técnica podría fracasar por falta de participación.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- Hay que advertir que el objetivo de la técnica no es elaborar una conclusión única y decisiva, sino reconocer cuales son las conclusiones que el grupo considera mejores para solucionar el caso propuesto, para poderlas aplicar en otras situaciones parecidas.
- Es importante extraer conclusiones o principios concretos que se puedan aplicar a situaciones análogas.

1.5.8. Juego de Rol (20-40 minutos)

Consiste en representar una situación imaginaria, que se pueda trasladar a la vida real, en la que las personas expresen sus propias emociones y reacciones ante una situación determinada. Su objetivo es dar y obtener información para adquirir una mejor comprensión e interés sobre un tema. Esta representación se puede llevar a cabo a partir de un guión elaborado que los actores y actrices sólo deben leer y representar, o a partir de una historia sobre la que los actores y actrices deberían improvisar sus papeles, en función de cómo perciben la situación o de cómo piensan que actuarían en una circunstancia similar.

Objetivos:

- Indagar en un problema más profundamente de lo que las técnicas tradicionales permiten.
- Asegurar la máxima compenetración psicológica e identidad con un problema para aumentar la participación.
- Ensayar soluciones para problemas de la vida real o dramatizar soluciones alternativas a una dificultad.

- Proporcionar a las personas participantes oportunidades para desarrollar su comprensión, al ponerse en el lugar del otro y reflexionar sobre las actitudes implicadas.
- Desinhibir la resistencia a expresar las opiniones en el grupo, los sentimientos y las actitudes personales de cada uno de los miembros.

Ventajas:

- Permite a las personas participantes observar cómo sus actitudes particulares repercuten en la situación que deben vivir.
- Se efectúa en una situación estructurada, dentro de un contexto, cuyas variables más importantes son controladas por la matrona.
- Favorece la transferencia de sentimientos, actitudes, creencias y valores al papel representado.
- Desarrolla la capacidad para percibir el punto de vista de los demás, ponerse en su lugar, contrastar opiniones, etc.

Inconvenientes:

- Posible elevada implicación emocional.
- Resistencias iniciales a la participación.

Desarrollo de la técnica:

– 1ª Fase: Preparación

- Crear un buen clima que facilite una acción espontánea. Para conseguirlo, la motivación es muy importante y debe prepararse adecuadamente. Se debe plantear de manera que los sujetos lleguen a estar interesados en representar el papel que se les ha asignado, debe conseguirse que “se metan” en el personaje y, de esta manera, puedan adquirir un conocimiento muy útil desde el punto de vista de la experiencia, difícil de alcanzar de otro modo.
- Selección del problema. Se trata de plantear una situación en la que se defina a los personajes y que sugiera algún conflicto que provoque la discusión. Consiste en situar al o a la participante en situaciones conflictivas de la vida cotidiana. Dentro del planteamiento de la situación o problema deberán aparecer diversos personajes y cada uno de ellos defenderá puntos de vista y posiciones distintas.
- Elección de actores y actrices. Siempre deben ser personas voluntarias. Se explica que cada actor o actriz debe vivir su papel, se debe identificar al máximo con el personaje al que representa.
- Designación de observadores y observadoras. Son el resto del grupo, que no participan directamente en la representación, pero que deben estar atentos al contenido de la discusión (diálogo de los actores y actrices) y a los comportamientos, reacciones, actitudes, sentimientos e intereses percibidos.

– 2ª Fase: Desarrollo

- Representación. Los actores y actrices improvisan un escenario. Cada uno tiene su papel, que ha leído previamente, en el que se describe la situación que se pretende evocar o bien, la historia a partir de la cual tendrá que desarrollar su rol.

La representación debe finalizar cuando hayan expuesto suficientes circunstancias para poder iniciar una discusión, cuando parezca que los actores y actrices no generan ninguna información nueva, o cuando la atmósfera se vuelva demasiado emocional.

- Debate. Se comienza el debate tras la representación. Es preferible que las primeras personas en responder sean las personas intérpretes y que extiendan su reacción a todo el grupo. Se deben analizar y valorar los diferentes elementos surgidos durante la representación del problema: contenidos, sentimientos, soluciones aportadas, etc.

Papel de la matrona:

- Seleccionar o redactar la situación del conflicto que se representará y un breve perfil de cada uno de los personajes.
- Poner a los intérpretes en escena y procurar una atmósfera relajada.
- Conceder a los actores y actrices un tiempo para interiorizar sus papeles.
- Dejar que la escena se desarrolle libremente.
- Interrumpir la escena cuando se hayan puesto de manifiesto los temas que se pretenden evocar.
- Moderar el debate (sin participar).
- Tener preparadas algunas preguntas para los observadores y las observadoras, así como para los actores y las actrices, con la finalidad de iniciar el debate en caso de que no surja espontáneamente.
- Acabar el debate antes de que decaiga.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- Es conveniente que los personajes que se representan no sean excesivamente complicados.
- Las primeras representaciones deben introducirse después de haber transcurrido algunas sesiones en el curso para que las personas participantes se encuentren cómodas, se conozcan y hayan adquirido confianza. Todo ello disminuirá la dificultad de las personas participantes para asumir papeles y recrear los personajes.
- Es sumamente útil proporcionar a cada uno de los actores y actrices una pequeña ficha en la cual se señalen los rasgos generales de su personaje, en lugar de facilitarles únicamente información oral.
- Si bien la misión principal de los miembros del grupo que no participan directamente en la dramatización es la de convertirse en observadores y observadoras de todo aquello que sucede, a veces puede ser conveniente que la matrona les prepare una breve hoja de observación que haga referencia a los aspectos que se consideren más relevantes de la situación dramatizada, con el objetivo de centrar su atención.

1.5.9. Vídeo (15-40 minutos)

Se utiliza una película de vídeo para presentar y analizar un tema. Previamente, se presenta la película y se destacan algunas ideas. Después de verla, la matrona formula una serie de preguntas referidas a su contenido y destinadas a favorecer la reflexión y generar un debate en el grupo sobre el tema que se trate.

Objetivos:

- Aprovechar la temática y el contenido de la película o grabación seleccionada para formar e informar a las personas participantes sobre cuestiones específicas y para darles, a la vez, la oportunidad de contrarrestar sus expectativas y vivencias.

Ventajas:

- Es un método atractivo para el grupo, dados los testimonios o vivencias que aparecen en la película.
- Se ofrece gran cantidad de información.

Inconvenientes:

- La participación del grupo se puede ver reducida si no se preparan bien las fases previa y posterior al visionado.

Desarrollo de la técnica:

– 1ª Fase: *Previsionado*

- Elección de la película. Disponer de películas adecuadas en función de los objetivos propuestos.
- Preparación. Analizar y preparar los apoyos técnicos correspondientes que resalten y potencien los aspectos destacables de la película y que permitan un trabajo previo y posterior al visionado.

– 2ª Fase: *Desarrollo*

- Presentación de la película. La matrona presentará el contenido y la estructura de la película y señalará los objetivos que se persiguen con esta actividad. Deberá motivar a las personas participantes y destacar las ideas clave para identificarlas durante el desarrollo de la película y trabajarlas en el análisis posterior.
- Visionado de la película.

– 3ª Fase: *Postvisionado*

- Discusión. El mismo día de la proyección se comentará la película, estableciendo una discusión con el grupo, por lo que se puede utilizar otra técnica que promueva el coloquio. Esta otra técnica integrada en el vídeo-fórum se puede poner en práctica en el grupo grande (discusión dirigida), en los subgrupos (trabajo en grupos pequeños) o en parejas (diálogos simultáneos). La discusión puede girar en torno a los temas y las finalidades siguientes:
 - Nivel de comprensión de la película a partir de preguntas que permitan a las personas participantes resumir la trama e iniciar la charla y la puesta en común de ideas.
 - Análisis de secuencias o situaciones concretas de la película o análisis de los personajes, intentando definirlos a partir de la observación de sus comportamientos.
- Síntesis final. Durante la discusión, la matrona puede ir anotando en la pizarra las aportaciones de los miembros del grupo y, al final, sintetizar los diversos temas que hayan surgido.

Papel de la matrona:

- Informar al grupo sobre el contenido de la película que verán.
- Sensibilizarlos sobre los contenidos más importantes que se presentarán y sobre los que hay que prestar especial atención.
- Animar la participación en la fase de postvisionado.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- En la fase de postvisionado, debe generarse una atmósfera que fomente la participación en el grupo.
- El ambiente debe propiciar, también, la tolerancia y el respeto.

1.5.10. Fantasía guiada (15-40 minutos)

Las personas participantes deberán cerrar los ojos y se imaginarán una situación determinada, descrita por la matrona de la manera más realista posible. Al mismo tiempo, se darán indicaciones sobre los aspectos o preguntas en los que conviene focalizar la atención. Posteriormente, una vez acabada la fantasía, se invita a las personas participantes a comentar su experiencia.

Objetivos:

- Se pretende que las personas del grupo puedan experimentar situaciones que nunca antes habían vivido y, de esta forma, acercarse a las vivencias de otras personas.
- Se pretende que los participantes lleguen a comprender, no sólo cognitivamente, sino también de forma vivencial, las percepciones y emociones que sienten las personas que se ven implicadas en experiencias determinadas.
- Permite contrastar cómo una misma situación puede provocar reacciones, emociones y comportamientos diferentes en distintas personas.

Ventajas:

- Posibilita la vivencia de ideas y de emociones.
- Se crea una situación estructurada y flexible en un contexto en el que las variables más importantes están controladas por la matrona.
- Se comparan múltiples puntos de vista.

Inconvenientes:

- Puede haber una elevada implicación emocional.

Desarrollo de la técnica:

- Se deben crear las condiciones adecuadas para facilitar a las personas participantes la concentración en la actividad. Para conseguirlo, se debe procurar que la luz y los ruidos no interfieran. Se puede escuchar música relajante. La matrona deberá guiar la fantasía con voz suave y cadenciosa, haciendo las pausas adecuadas para permitir que las personas realicen la introspección necesaria para captar y conceptualizar sus sentimientos. Esta fase no debe durar más de 15 minutos.

- Posteriormente, se debe pedir a las personas participantes que expresen sus sentimientos, sin dar la impresión de que deben contestar a algo determinado. Es importante demostrar que cada sentimiento se produce por una percepción concreta de la realidad y que esta interpretación puede variar de una persona a otra, en función de los datos de que disponga o de sus experiencias anteriores.

Papel de la matrona:

- Procurar que las condiciones faciliten la concentración de las personas participantes.
- Guiar la fantasía.
- Intervenir y dar apoyo en casos de elevado grado de emotividad.

Recomendaciones para la aplicación de la técnica:

- Hay que tener en cuenta que esta técnica puede provocar reacciones emocionales muy intensas. Se debe utilizar en un grupo de formación, y no de terapia, por lo que se debe ser muy respetuoso con el deseo de las personas de compartir o no la experiencia, así como evitar profundizar e investigar más allá del objetivo de la actividad.

1.6. ¿Cómo desarrollar las sesiones?

1.6.1. Preparación de la sesión

La matrona debe saber que dispone de siete temas, además de la sesión preliminar. Cada sesión expone las orientaciones para su desarrollo idóneo, está temporalizada y presenta los recursos necesarios para su ejecución.

- ✳ Se debe seguir el orden establecido de las sesiones.
- ✳ Hay que leer el tema atentamente para conocer las actividades que deben desarrollarse y para tener presente el objetivo que se pretende conseguir con cada una de ellas.
- ✳ Es preciso seleccionar el material que se requiere para el desarrollo de la sesión: CD (diapositivas y fichas) y DVD (vídeos e historias animadas).
- ✳ Hay que imprimir las fichas de trabajo que sean necesarias para desarrollar la sesión.
- ✳ Deben prepararse los recursos audiovisuales que exija la sesión.
- ✳ Una vez concluidas estas tareas, la matrona podrá desarrollar con éxito la sesión.

1.6.2. Preparación del grupo de participantes

Para organizar un grupo, conseguir asistencia máxima y, especialmente, su implicación, es importante tener presentes algunas premisas:

- ✳ Adecuación al horario. Es importante considerar la disponibilidad de las personas participantes (madres y parejas) para establecer los horarios y días de las sesiones.
- ✳ Composición del grupo. Es aconsejable que el número de personas que componen el grupo oscile entre diez y dieciocho. Es recomendable que se fomente la participación de las parejas en el material.
- ✳ Sería conveniente informar o enviar una carta a las personas participantes detallando la planificación con las horas y los días de las sesiones.

1.6.3. ¿Cómo se desarrolla la sesión?

- ✳ Al inicio de cada sesión, la matrona se presentará al grupo y recordará la importancia de comenzar y acabar cada sesión puntualmente, para aprovechar óptimamente el tiempo disponible. En el supuesto de que haya nuevos o nuevas participantes en las sesiones, se presentarán al grupo, con una breve explicación sobre quiénes son. También es elemental informar a las personas asistentes que todo aquello que se trate en las sesiones permanecerá dentro del grupo y estará sujeto a las normas de ética profesional relativas a la confidencialidad.
- ✳ El tipo de relación que debería establecerse entre matronas o profesionales de la salud y participantes es la de colaboración y cooperación, y no la de profesor/a y alumno/a, puesto que de esta manera las personas participantes recibirán mejor la ayuda que se les pretende ofrecer, a la vez que sentirán que sus experiencias con la educación para el nacimiento

(directas o indirectas) son relevantes para el buen funcionamiento de la sesión. Se facilitará, pues, un ambiente de trabajo basado en la confianza y ayuda mutuas.

✳ Después de la presentación, se procederá a exponer los objetivos de la sesión y el índice correspondiente a las actividades mediante una diapositiva. Se animará a las personas asistentes a participar haciendo preguntas y expresando sus dudas respecto a los temas tratados durante la sesión.

✳ Al final de cada sesión, se evaluará, entre todas las personas participantes y la matrona, si se han logrado los objetivos planteados.

1.6.4. ¿Qué hacer durante la sesión?

Es conveniente que la sesión sea dirigida y estructurada, pero con un cierto margen de flexibilidad. Asimismo, la matrona debe permanecer atenta a las señales que el grupo pueda dar para ir adaptando las actividades según corresponda.

Uno de los elementos más importantes es que la matrona tenga claro cómo debe dar las instrucciones al grupo y, por este motivo, es importante que conozca bien la sesión. Las normas deben ser sencillas, claras y concretas. Se debe informar del tiempo del que disponen para realizar cada actividad.

Es importante enlazar las actividades que se van haciendo a lo largo de las sesiones, ya que ello permite aprovechar mejor las oportunidades que ofrece este material.

1.6.5. ¿Qué hacer después de cada sesión?

Se debe intentar que todas las personas participantes salgan satisfechas de la sesión, tanto las mujeres como sus parejas. En caso de que alguien se haya sentido incomprendido, conviene solucionar esta cuestión, hablándolo con la persona implicada.

La matrona debe reflexionar, tras cada sesión, sobre cómo se ha desarrollado y anotar todos los datos que puedan ser provechosos para las siguientes sesiones.

A medida que la matrona se sienta más cómoda y segura en la puesta en marcha del material, se pueden diseñar nuevas actividades y usar nuevos materiales que se adapten a los retos o necesidades emergentes del grupo.

Es importante que la matrona, y los propios asistentes, evalúen cada sesión para poder introducir las adaptaciones y modificaciones que sean precisas y para poder dar respuesta a las necesidades e intereses concretos de las personas que participan.

PUNTOS PARA REFLEXIONAR DESPUÉS DE LA SESIÓN

A. ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

- a. ¿Has presentado adecuadamente la sesión?
- b. ¿Has introducido las actividades de manera atractiva?
- c. ¿Has acabado una actividad y empezado la siguiente sin forzar la situación?
- d. ¿Has provocado una reflexión en el grupo al finalizar la sesión?

B. OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- a. ¿Has transmitido claramente los contenidos de la sesión?
- b. ¿Has relacionado los contenidos teóricos con las actividades?
- c. ¿Has conseguido todos los objetivos de la sesión?
- d. ¿Has acabado la sesión en el tiempo previsto?

C. DINAMIZACIÓN DEL GRUPO

- a. ¿Has mantenido la motivación del grupo durante toda la sesión?
- b. ¿Has aprovechado las experiencias y las opiniones de las personas participantes para trabajar las actividades?
- c. ¿Has motivado a todos y todas las participantes de la misma forma?
- d. ¿Has creado un ambiente comunicativo entre las personas participantes?
- e. ¿Has generado en las personas del grupo el interés suficiente para que asistan a la siguiente sesión?

D. ASPECTOS QUE HAY QUE TENER EN CUENTA PARA LA PRÓXIMA SESIÓN

- a. Referidos a la planificación de la sesión
- b. Referidos a las características y necesidades del grupo

EVALUACIÓN DE LA SESIÓN:

(a rellenar por los participantes)

Fecha:

DESARROLLO DE LA SESIÓN	Mucho	Bastante	Poco	Nada
¿Le ha gustado cómo se ha desarrollado la sesión?				
¿Considera atractivo el tema tratado en la sesión?				
¿Considera que le puede ser útil?				
¿Considera que el tema se ha tratado adecuadamente?				
¿Le ha servido conocer las experiencias de otras personas?				
¿Considera interesante que se haya profundizado en el tema de la sesión?				
¿Considera acertada la duración de la sesión?				

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	Mucho	Bastante	Poco	Nada
¿Considera oportunos los recursos utilizados para realizar las actividades?				
¿Le han parecido útiles las actividades propuestas?				
¿Se ha sentido cómodo/a participando en estas actividades?				
¿Considera adecuada la actuación de la matrona?				
¿Considera que la matrona ha sabido promover la participación?				

ASPECTOS QUE LE GUSTARÍA COMENTAR

.....

.....

.....

.....

1.7. Referencias bibliográficas

Fernández, R., Prats, R., Cabero, LI., Carreras, JM. y Costa, D. (2005). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. 2ª edición. Barcelona. Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protsegui2006.pdf>

Medina, MT., González, A., Podadera, A., Villatoro, V., Martín, E. y Lavado, C. (2000). ¿Cómo es la atención al embarazo según nuestras gestantes? *Medicina de Familia (AND)*: 1: 37-40

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud*. Madrid.

2. Conciencia corporal. Entrenamiento psicofísico

2. Conciencia corporal. Entrenamiento psicofísico

Uno de los apartados que contiene *Educación maternal: preparación para el nacimiento* 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 embarazada. Antes de desarrollar las actividades específicas que se proponen, conviene hacer una serie de consideraciones generales sobre la relación existente entre el ejercicio físico y el embarazo.

2.1. 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 actividades.

De acuerdo con las directrices del *American College of Obstetricians and Gynecologists*, el *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG, 2006) sugiere que :

- 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 glicemia 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 diabetógena. Las alteraciones de los diferentes sistemas funcionales suponen una sobrecarga para las mujeres embarazadas, lo que se tendrá que tener en cuenta a la hora de realizar ejercicio físico.

2.2. Recomendaciones relativas a la actividad física durante el embarazo

- 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.

2.3. Patologías que requieren supervisión médica que autorice la práctica de ejercicio físico durante el embarazo

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad pulmonar restrictiva
- Hemorragia persistente en el segundo y tercer trimestre
- Preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo
- Amenaza de parto prematuro (anterior o actual)
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Incompetencia cervical/cerclaje
- Placenta previa después de 26 semanas
- Ruptura prematura de membranas
- Gran fumadora (más de 20 cigarrillos al día)
- Limitaciones ortopédicas
- Control incorrecto de la hipertensión
- Estilo de vida extremadamente sedentario
- Arritmia cardíaca materna sin evaluar
- Bronquitis crónica
- Gestación múltiple (individualizada y supervisada médicamente)
- Disfunción de la tiroides
- Obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal superior a 40)
- Malnutrición o trastornos alimenticios
- Control inadecuado de la Diabetes Mellitus

- Control erróneo de las aprehensiones.
- Ataques de epilepsia
- Anemia (hemoglobina inferior a 100 g/l).

Debe usarse el criterio profesional para determinar el tipo y la duración de los ejercicios físicos que pueden realizar las gestantes que presentan alguna de las circunstancias mencionadas.

2.4. Signos que indican la necesidad de suspender la práctica de ejercicio

- Excesiva falta de aire
- Dolor en el pecho o palpitaciones
- Síntomas presincopales o mareos
- Contracciones uterinas dolorosas o amenaza de parto prematuro
- Pérdidas de líquido amniótico
- Sangrado vaginal
- Exceso de fatiga
- Dolor abdominal, lumbar o en el área púbica
- Dolores en la cintura pélvica
- Reducción de movimientos fetales
- Disnea antes del esfuerzo
- Dolor de cabeza
- Debilidad muscular
- Dolor o edemas en las piernas

Las mujeres que presenten alguno de estos síntomas deben buscar el asesoramiento de su médico o médica.

2.5. Gimnasia prenatal

En el apartado anterior se han explicado ampliamente los efectos positivos del ejercicio físico durante el embarazo, así como las condiciones óptimas para desarrollarlo. Es preciso remarcar que las actividades de gimnasia para embarazadas que se practican dentro del agua son bastante beneficiosas para el embarazo, pero en este documento no se describirán.

OBJETIVOS

1. Aprender las posturas y los movimientos idóneos para evitar sobrecargas musculares.
2. Adquirir hábitos de estática corporal correcta para ponerlos en práctica en las actividades cotidianas.
3. Mejorar el tono muscular de diferentes zonas: pectoral, dorsal, abdominal, cintura escapular, suelo pélvico...
4. Favorecer la circulación de retorno de las extremidades inferiores.
5. Trabajar la flexibilidad de las articulaciones a partir de ejercicios en diferentes decúbitos: basculaciones, movilizaciones articulares y balanceos para dotar de flexibilidad las articulaciones (sin llegar a la máxima amplitud articular).
6. Reconocimiento de la pelvis, de su forma y de su movilidad.
7. Experimentar la sensación de una tensión muscular que se asemeje, en forma y duración, a la contracción uterina, sincronizándola con los elementos de ayuda.
8. Utilizar la prensa abdominal, la técnica de empujar (pujos).

2.6. Recomendaciones para hacer los ejercicios

La conciencia del cuerpo

Con la práctica de la actividad corporal, se pretende que la mujer tome conciencia de su cuerpo, conozca las posturas más adecuadas para la realización de sus actividades diarias y tenga a su alcance una serie de ejercicios que le servirán para compensar los cambios que el embarazo provocará en su cuerpo.

El trabajo de conciencia corporal requiere que los ejercicios se lleven a cabo lentamente, partiendo de una posición correcta del cuerpo, profundizando en su conocimiento y en su vivencia, observando los movimientos. En cada uno de los movimientos, es preciso distinguir el tono muscular de la parte del cuerpo que se trabaja y el tono muscular del resto del cuerpo que está en reposo.

Inicialmente, los ejercicios constarán de 5 repeticiones. Este número aumentará progresivamente. En cualquier caso, hay que insistir en la idea de que es más importante la toma de conciencia del cuerpo, del esquema corporal mientras se ejecuta el ejercicio, que no la repetición mecánica del ejercicio muchas veces.

Para explicar los diferentes ejercicios de gimnasia, se han clasificado por áreas musculares. En la propuesta de los ejercicios de cada sesión, se agruparán según los diferentes decúbitos en que se llevarán a cabo.

Se proyectan diversas actividades para cada sesión dentro del apartado de conciencia corporal: ejercicios de gimnasia, respiraciones, masaje y relajación. Asimismo, se intenta relacionar la actividad correspondiente con el contenido teórico de la sesión.

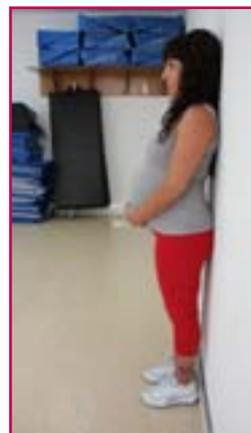
ESTÁTICA CORPORAL CORRECTA (ECC)

Actividades:

- Aprender la posición de columna bien alineada.

ECC 1 - 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.



ECC 2 - Decúbito sedente (sentadas)

Cabeza alineada con el cuerpo, barbilla inclinada hacia abajo (cabeza y espalda correctamente alineadas), piernas estiradas o cruzadas (postura de sastre). Se recomienda apoyar la espalda en la pared o en un cojín en forma de cuña.



ECC 3 - 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.



ECC 4 - Decúbito lateral

a- Piernas flexionadas y brazos delante del cuerpo.

b- 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).



ECC 5 - Movimientos cotidianos

a- Pasar de decúbito supino a decúbito lateral y, con la ayuda de los brazos, incorporarse. Al mismo tiempo que te incorporas es recomendable expulsar el aire y contraer el perineo para no hacer presión en la zona abdominal ni en el suelo pélvico.



b- Saber cómo recoger un objeto del suelo: flexionando las piernas y no doblando la espalda.

c- Tomar conciencia de cómo está la espalda cuando se realizan las tareas habituales (poner una lavadora, cambiar un pañal, escribir en el ordenador, levantarse de la cama, etc.).



2.7. Ejercicios

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.



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.



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.





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.



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.



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.



EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO Y EXPLORACIÓN Y MOVIMIENTOS DE LA PELVIS

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”.

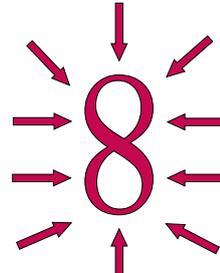
1. Contraer hacia adentro y hacia arriba sólo los músculos del suelo pélvico, evitando la contracción de los abdominales, de los abductores y de los glúteos. Mantener la contracción de 4 a 5 segundos.
2. Relajar unos 8 o 10 segundos.

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.



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

• INVITAR A LAS MUJERES A EXAMINAR LA PROPIA 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.



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.



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.



Ejercicio 13

Posición inicial: de pie, brazos sobre las crestas ilíacas.

1. Subir y bajar las caderas, derecha e izquierda, alternativamente.

Respiración libre, sin apneas.



Ejercicio 14

Posición inicial: de pie, brazos sobre las crestas ilíacas.

1. Balancear la pelvis a derecha e izquierda, alternativamente.

Respiración libre, sin apneas.



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.



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.



Ejercicio 17 -Basculación de 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.



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.



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.



• EJERCICIOS CON PELOTA MEDICINAL O SWISS BALL

Objetivos: considerar este tipo de pelota como un recurso que se puede utilizar en el momento de trabajo de parto.

Ejercicio 20

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.



Ejercicio 21

Posición inicial: la misma que en el ejercicio anterior.

Realizar oscilaciones laterales de la pelvis.



Ejercicio 22

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.

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



Ejercicio 23

Posiciones de descanso: con estiramiento de los músculos abductores.



• EJERCICIOS DE POSICIONES CON LA PAREJA PARA MOVILIZAR LA PELVIS

Ejercicio 24

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.



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.



EJERCICIOS EXTREMIDADES INFERIORES Y CADERAS

Ejercicio 26

Posición inicial: de pie.

1. Caminar de puntillas, después de talones y, finalmente, flexionar y estirar las rodillas siempre con la columna correctamente alineada.

Respiración libre, sin apneas.



Ejercicio 27

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.



Ejercicio 28

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.



Ejercicio 29

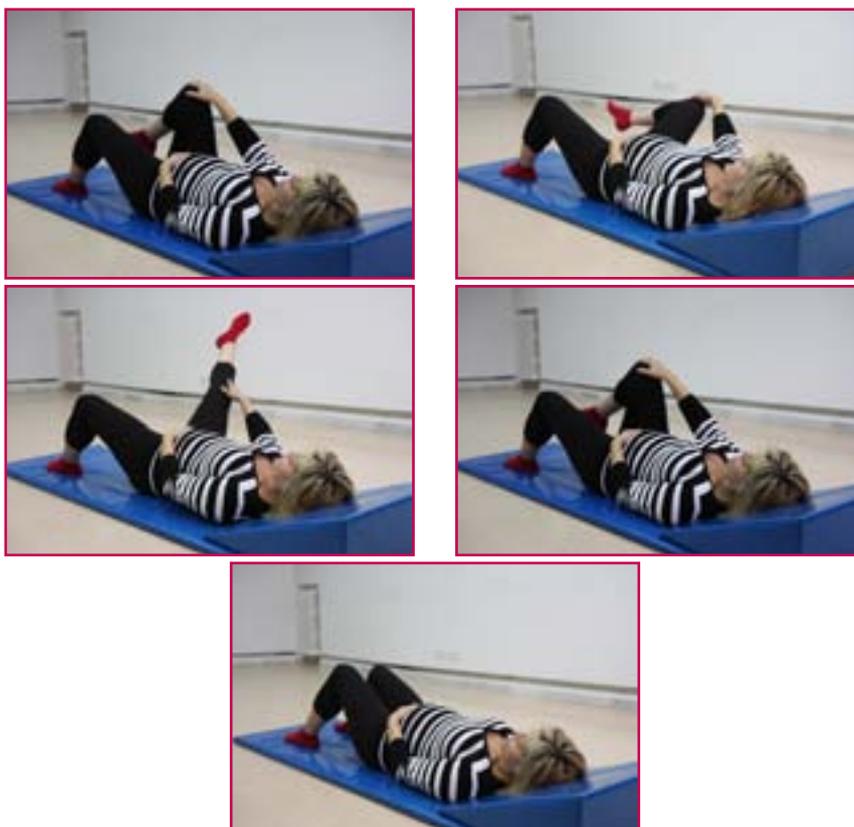
Posición inicial: estirada, en decúbito supino, piernas flexionadas.

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.



EJERCICIOS DE SIMULACIÓN DE LA CONTRACCIÓN UTERINA (ESC)

Ejercicio 30

Objetivo: 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.



LOS PUJOS

Introducción

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 periodo expulsivo, disminuyendo el reflejo de empujar. Es por ello que se recomienda practicar, antes del parto, ejercicios que faciliten esta fase.



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.

- Relajar la zona del perineo, apoyándola bien sobre la colchoneta, evitando contraer el perineo y los glúteos.
- 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, semi-incorporada, 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.

2.8. Masaje

Introducción

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.

OBJETIVOS

1. Aprender diferentes movimientos de masaje para relajar y aliviar el dolor en el trabajo de parto.
2. Percibir las sensaciones de relajación y bienestar que genera el masaje.
3. Disponer de información sobre el masaje del perineo.

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.



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.



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.



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.



Pases magnéticos sedantes

La secuencia de masajes finalizará con la repetición de este masaje magnético sedante.

Posteriormente, se intercambiarán los roles de las parejas para que reciba el masaje la persona que lo ha realizado. En cualquier caso, es importante que la persona receptora vaya puntualizando cómo le va mejor, qué zona se le debe presionar y la intensidad que desea. Al acabar, se pondrán en común las sensaciones percibidas, tales como la relajación, el bienestar, la calma u otras impresiones vividas.



El masaje perineal

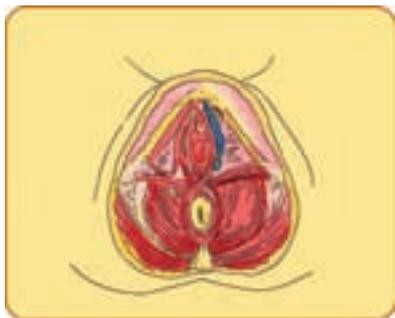
Recomendaciones previas al masaje

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.

Masaje del perineo

- 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 estirla. 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.



2.9. Respiración

Introducción

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.

MECÁNICA RESPIRATORIA

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:

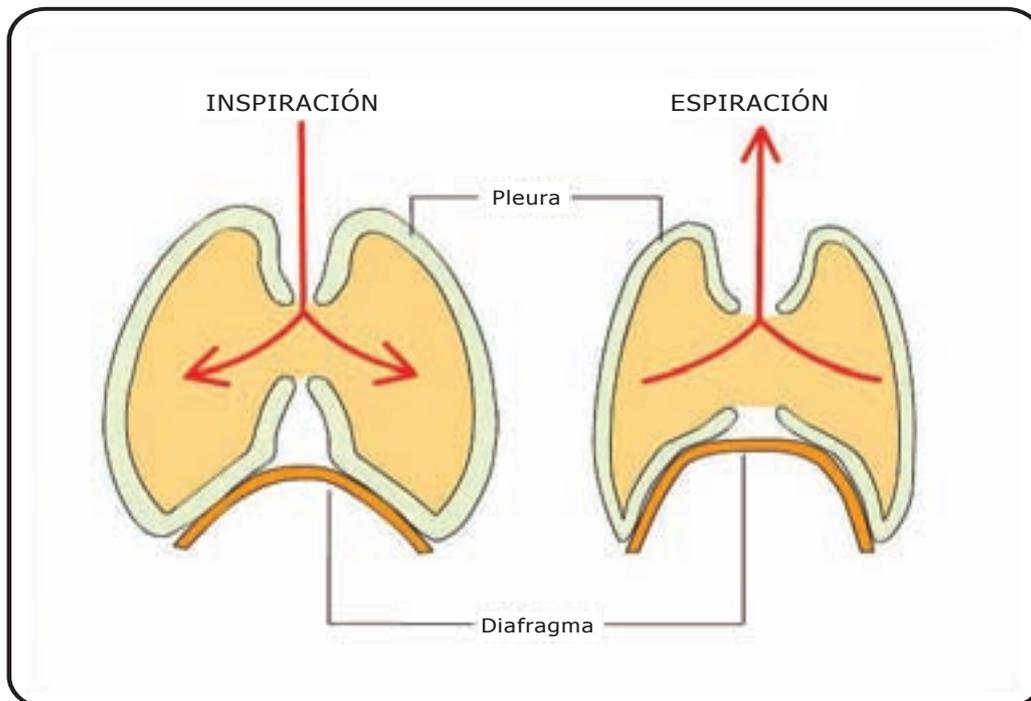
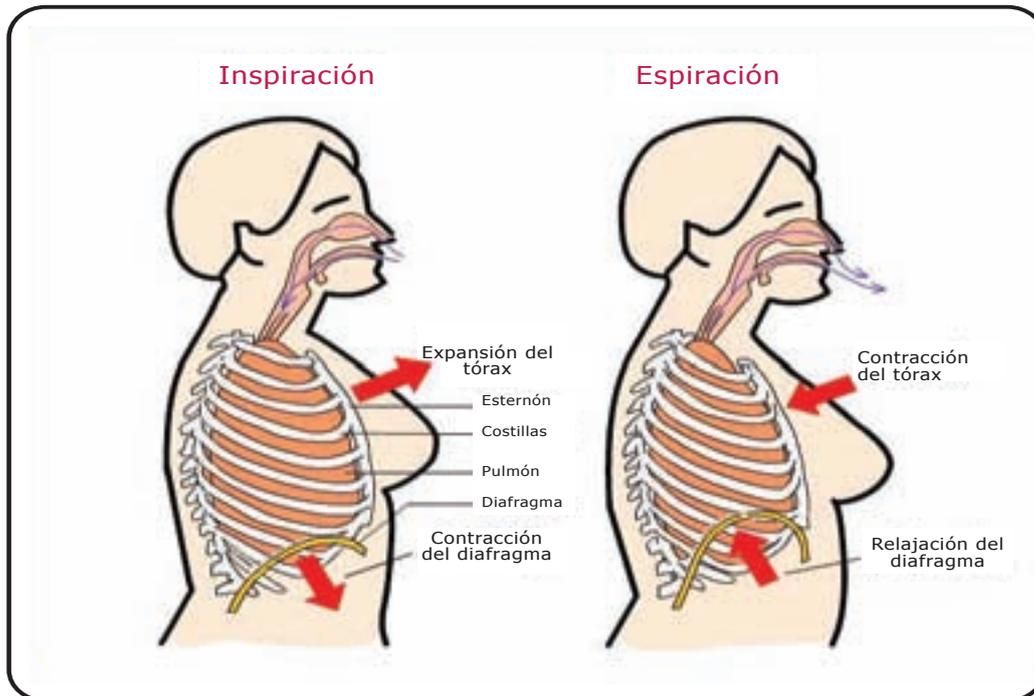
Proceso activo que implica:

- 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.

Imagen del perfil de una mujer gestante



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.

REGULACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

La respiración supone un proceso semivoluntario; es decir, aunque se pueda ejercer un cierto control sobre la respiración, una apnea que sea peligrosa para nuestro equilibrio no se puede prolongar voluntariamente ya que, ante este hecho, automáticamente actuarían los centros bulbar, apnéustico y neumotáxico.

La frecuencia respiratoria varía en función de la situación (reposo, sueño, actividad física, etc.). Con el entrenamiento respiratorio se pueden modificar tanto el volumen como la frecuencia de la respiración.

FRECUENCIA RESPIRATORIA POR MINUTO	
35 - 50	Recién nacidos
30	Adulto en ejercicio físico
14 - 20	Adulto en reposo
3 - 6	En relajación, yoga, zen
1 cada 3 minutos	Inmersión a pulmón libre

FUNCIONES DE LA RESPIRACIÓN

Aportar O₂

Eliminar CO₂

Eliminar tóxicos

Eliminar H₂O

Controlar la temperatura

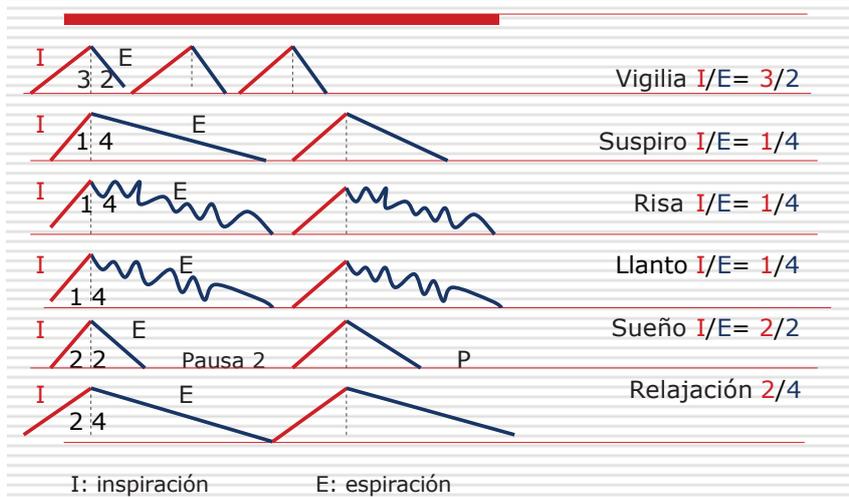
Mantener el equilibrio del ph

Comunicación (articulación de la palabra)

Vehículo de expresión de los estados de ánimo

Alteración del nivel de conciencia

Ritmo respiratorio según estado emocional



La respiración es una función vital semivoluntaria; se pueden modificar el número de respiraciones por minuto y la duración de la inspiración y de la expiración, para conseguir una buena oxigenación y, a la vez, una buena relajación. Los ritmos de inspiración y de expiración se relacionan con estados de ansiedad-agresividad o de calma-reposo. La sensación de calma-reposo se fomenta prolongando la expiración.

OBJETIVOS

1. Aprender los diferentes tipos de respiración para adaptarlos a los cambios del embarazo y el trabajo del parto.
2. Asociar el movimiento de salida del aire con la relajación.

Programa de entrenamiento respiratorio

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

1. Respiración abdominal o del bajo vientre de expiración prolongada

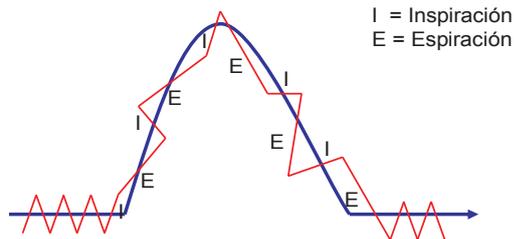
Objetivo: prolongar la expiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción.

- Expiración 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.
- Expiración activa y prolongada.

2. 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.
- Inspiración pasiva hinchando el pecho.
- Pausa postinspiratoria para favorecer el intercambio de gases y la relajación.
- Espiración activa y prolongada.

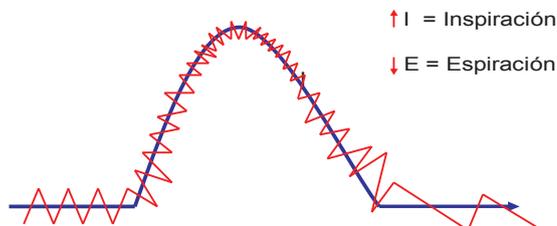


3- Respiración superficial o “de emergencia”

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.



2.10. Relajación

Introducción

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.

OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO SOFROLÓGICO

1. Conocer el esquema corporal.
2. Disminuir la tensión, ansiedad o angustia.
3. Incrementar la voluntad y la concentración.
4. Aumentar la autoestima, la seguridad y el control emocional.

El entrenamiento sofrológico

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

1- SOFRONIZACIÓN SIMPLE O BÁSICA (SS)

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.

2- SOFROACEPTACIÓN PROGRESIVA (SAP)

- 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

3- ACTIVACIÓN INTRASOFRÓNICA (AIS)

- 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.

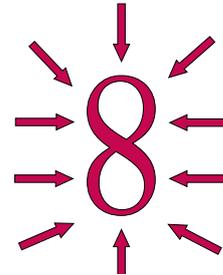
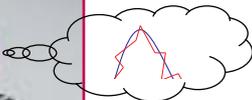
Sofronización

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



4- RELAJACIÓN DINÁMICA DE CAYCEDO I Y II GRADO, ADAPTADA A LA EMBARAZADA

El **objetivo** de la técnica es alcanzar un mejor control del tono muscular y un mejor control emocional, favoreciendo la aceptación de los cambios del esquema corporal y la integración de los recursos propios para el momento del parto. Con el entrenamiento de la RDC I y II, se dibuja en el cerebro el cuerpo, por dentro y por fuera, se entrena el esquema corporal (sentimiento del cuerpo) y se adquiere progresivamente más seguridad y confianza en uno mismo.

Posición: sentada con la espalda apoyada en la silla.

Hacer una sofronización simple o básica y realizar las siguientes actividades:

- Contraer los músculos de la cara y de las manos (en forma de garra) 3 veces y vivir las sensaciones recuperativas (la sensación que se percibe después del movimiento) al acabar cada ejercicio. La respiración será libre.

Ejercicio de brazos:

- Inspirar en reposo, espirar levantando un brazo (derecho, izquierda, y después los dos a la vez), inspirar en reposo, espirar bajando el brazo.
- Durante el ejercicio, se tomará conciencia del desplazamiento, longitud, forma y tensión del brazo o brazos, así como también de la distensión del resto del cuerpo. Es preciso vivir las sensaciones recuperativas después de cada ejercicio.

Ejercicio de piernas:

- Inspirar en reposo, espirar levantando una pierna (derecha e izquierda), inspirar en reposo, espirar bajando la pierna.
- Durante el ejercicio, se tomará conciencia del desplazamiento, longitud, forma y tensión de la pierna y de la distensión del resto del cuerpo. Es preciso vivir las sensaciones recuperativas después cada ejercicio.

Ejercicios selectivos de suelo pélvico:

- Con respiración libre, contraer y relajar el suelo pélvico. Tomar conciencia de esta parte del cuerpo al contraerse y al relajarse.

Concentración en un objeto:

- Centrar la atención en imaginar un objeto de la naturaleza (un paisaje, una flor, un árbol, una nube, el sol, etc.), percibiendo sensaciones agradables.
- Centrar la atención en la respiración y sincronizar la salida del aire con sensaciones y pensamientos positivos de tranquilidad, armonía, calma, serenidad, etc.

Desofronización simple

Diálogo postsofrónico





5. CUADRO RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE CONCIENCIA COPORAL RELAJACIÓN DINÁMICA DE CAYCEDO III GRADO (RDC III)

El **objetivo** de la técnica es alcanzar un nivel de conciencia de atención y relajación al mismo tiempo.

Posición: sentada, apoyada en el respaldo de la silla.

Hacer una sofronización simple o básica.

Concentrarse en la posición del cuerpo.

Imaginar/visualizar el propio cuerpo en postura de III grado sin moverse de la silla:

Sentada en la parte anterior de la silla.

Columna vertebral anatómica

La cabeza siguiendo la vertical del tronco, hombros ligeramente hacia atrás, manos cogidas en el bajo vientre o apoyadas sobre los muslos, piernas ligeramente separadas con las plantas de los pies apoyadas al suelo o pies cruzados debajo de la silla, con las rodillas separadas mirando hacia el suelo.

Ojos entreabiertos

Mirando sin ver, con la mirada perdida.

Respiración sobre el bajo vientre

Espiraciones activas y largas, contrayendo el bajo vientre.

Inspiraciones pasivas aflojando el bajo vientre.

Después de haber visualizado la postura de RDC III, concentrarse en:

la postura

los ojos

la respiración

Vivir las sensaciones de fuerza, seguridad y energía que aporta la postura en “el aquí y el ahora”.

Cerrar los ojos y volver a la posición inicial “a ras de sueño”.

Repetir la postura 3 veces.

Nota: En esta postura se pueden entrenar las respiraciones y hacer sofoceptaciones progresivas del parto, del hijo/a, etc.

Desofronización simple

Diálogo sofrónico



CUADRO RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE CONSCIENCIA CORPORAL

	Ejercicios de gimnasia	Respiraciones	Relajación
Comenzamos	Respiración y relajación	Sofronización simple (SS) Sedestación (Sentada)
La gestación y los cambios	Estática corporal correcta Ejercicios en diferentes decúbitos Ejercicios selectivos de suelo pélvico Circulatorios- columna vertebral	Respiraciones abdominales y torácicas con espiración activa y prolongada	Sofronización Simple (SS) Sofroaceptación progresiva SAP con visualización en el vientre materno del hijo/a Decúbito lateral/ decúbito supino o sedestación (sentada)
Embarazo y bienestar	Ejercicios de pie	Respiraciones con espiración activa y prolongada Respiración superficial rápida durante un minuto. Comparar vivencias	Relajación dinámica (RDC) I, II, III grado adaptada a la embarazada
Llega el momento: el proceso de parto	Ejercicio de simulación de la contracción uterina	—————→	Masaje corporal
Diferentes situaciones, Diferentes partos	Masaje perineal Exploración de la propia pelvis Pujos	—————→	RDC III grado, activación intrasofrónica (AIS) de las respiraciones, SAP del parto
Puerperio	Estática corporal correcta posparto Ejercicios cervicales, pectorales, Kegel Espiración lenta – trabajo músculos abdominales Ficha para llevar a casa	—————→	SS y AIS de las respiraciones, decúbito dorsal Masaje del cuerpo
Alimentación del recién nacido: lactancia materna	—————→	RDC I y II grado, AIS de las respiraciones, SAP- visualización del cuidado del recién nacido
Atención al recién nacido	Repaso de los ejercicios Estática corporal correcta Pujos	—————→	RDC I, II y III grado, AIS de las respiraciones

2.11. Referencias bibliográficas

Bung, P., Artal, R. y Khodiguan, N. (1991). Exercise in gestational diabetes: an optional therapeutic approach? *Diabetes*, 40, 182-5.

Bung, P. y Artal, R. (1996). Gestacional diabetes and exercise: A survey. *Semin Perinatol*, 20, 328- 33.

En Kumbhare, D.A. Basmajian, J.V. editores. *Decision-making and Outcomes in Sports Rehabilitation*. New York: Churchill Livingstone, 205-22.

Fernández, R., Prats, R., Cabero, Ll., Carreras, JM. y Costa, D. (2005). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. 2ª edición. Barcelona. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protseguir2006.pdf>

Paisley, T.S, Joy, E.A. y Price, R.J. (1996). Exercise during pregnancy: A practical approach. *Curr Sports Med Rep*. 2, 325-30.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2006). *Exercise in Pregnancy, Statement*, 4 (January), 1-7.

Sorensen, TK., Williams, M.A., Thompson, M.L. y Luthy, D.A. (2003). Recreational physical activity during pregnancy and risk of preeclampsia. *Hypertension*, 41, 1273-80.

Wolf, L.A. y Mottola, M.E. (2000). Validation of guidelines for aerobic exercise in pregnancy.

2.12. Bibliografía específica de los ejercicios de entrenamiento psicofísico

Ejercicio Físico

Balagué, N. y Martínez, M. (1988). Embaràs i activitat física. *Apunts de Medicina*, 25, 149-158.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). (2006). *Exercise in Pregnancy, Statement*, 4, 1-7.

Masaje

Beckmann, M.M. y Garrett, A.J. (2007). *Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Furlan, A.D, Brosseau, L., Imamura, M. e Irvin, E. (2007). *Masaje para el dolor lumbar* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Leboyer, F. (1978). *Shantala, un arte tradicional de masaje de los niños*. Buenos Aires: Hachette.

Mynaugh, P.A. (1991). A randomized study of two methods of teaching perineal massage: effects on practice rates, episiotomy rates, and lacerations. *Birth*, 18 (3), 153-159.

Porres, E. (1995). *Tócame, mamá*. Madrid: Edaf.

Sagrera, J. (1983). *Curso de masaje manual*. Barcelona: Portavella.

Sanz, J. *El masaje perineal ¿Es efectivo para prevenir los traumatismos perineales?* Recuperado el 13 de febrero de 2009, de http://www.episiotomia.info/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=26

VV.AA. (1989). *El arte del masaje*. Barcelona: Integral.

Gimnasia

Caillet, R. y Gross, L. (1988). *Más joven y en forma. Técnicas para rejuvenecer*. Barcelona. Urano.

Calais-Germain, B. (1996). *El periné femenino y el parto*. Barcelona: la liebre de marzo.

Coll, C., Sebastia, G., Salgado y Munuera, F. (1995). *Tu hijo. Preparación para el parto*. Barcelona: Planeta De Agostini.

Cotelle, O. (2005). *Guide pratique de rééducation uro-gynecologique*. Paris: Ellipses.

Dale, B. y Roeber, J. (1986). *Ejercicios para embarazadas*. Barcelona: Plaza & Janes.

G.A.H, *Parto y swiss ball*. Recuperado el 10 de febrero de 2009, de <http://www.matronas.org/downloads/pdf/G.A.H.%20parto%20y%20swiss%20ball.pdf>

López, C. (2000). Ejercicio de simulación de la contracción. Entrenamiento activo. *Matronas profesión*, 2, 35-36

Mahesh, S. y Raoul, E. (1988). *Naître en Yoga*. Paris: Maloine.

Novak, J. S (1988). *Enhancing Lamaze Techniques: The exercise book for Pregnancy Birth and Recovery*. Los Angeles. United States of America: The body press.

Pirie, L. (1989). *El deporte durante el embarazo*. Buenos Aires: Panamericana.

Sebastià, G. (1981). *Gimnasia prenatal*. Barcelona: Diafora.

Sebastià, G. (1994). Importancia del suelo pélvico en la incontinencia urinaria de la mujer. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*, 52, 24-28.

Sebastià, G. (2000). Entrenamiento psicofísico en la gestante. *Matronas profesión*, 1, 4-13.

Sebastià, G. (2003). Entrenamiento psico-físico antenatal. *Nuk service Formación*, 1, 5-28.

Whiteford, B. y Polden, M (1986). *Ejercicios para despues del parto*. Barcelona: Plaza & Janes.

Respiraciones

Calais-Germain, B. (2005). *La reparación anatomía para el movimiento. El gesto respiratorio*. Barcelona: La Liebre de marzo.

Courchet, J. (1974). *Respiration Dynamique relaxante*. Paris: Maloine.

Lodes, H. (1990). *Aprender a respirar*. Barcelona: Integral.

Sebastià, G. (2003). Entrenamiento psico-físico antenatal. *Nuk service Formación*, 1, 29-3.

Vicente, P. (1985). *Apuntes: Curso de Psicoprofilaxis Obstétrica de II Curso de preparación a la maternidad para matronas*. Escuela Universitaria de enfermería del hospital de la Santa Creu y Sant Pau.

West, J.B. (1981). *Fisiología respiratoria*. Buenos Aires: Panamericana.

Relajación

Espinosa, M. (1986). *Realidad de una ciencia Sofrología pasado y presente*. Madrid Egraf-Sección central.

Espinosa, M. (1986). *Realidad de una ciencia Sofrología pasado y presente*. Volumen II. Rol de la matrona. En: Gracia, S: *La preparación sofrológica a la maternidad*, 501-511. Madrid: Egraf.

Espinosa, M. (1995). *Sofrología el método abreviado de la relajación dinámica*. Bilbao: Egraf-Sección central.

López, C. (2000). Ejercicio de simulación de la contracción. Entrenamiento activo. *Matronas profesión*, 2, 35-36.

Rubió, J. (1998). *Apuntes curso relajación dinámica de Caycedo. Curso de preparación sofrológica a la maternidad para matronas*. Sección española de la Escuela Internacional de sofrología. Barcelona.

Raoul, E. (1983). *Preparation Sophologique a la Maternite*. Paris: Maloine.

Sebastià, G. (2003). Entrenamiento psico-físico antenatal. *Nuk service Formación*, 2, 34-42.

Sesión

0

¡Comenzamos!

¡Comenzamos!

“**E**ducación maternal”, “preparación para la maternidad” o “educación para el parto” son las expresiones que clásicamente se han utilizado para definir las actividades grupales dirigidas a las gestantes y a sus parejas que tienen como objetivo general informar y asesorar sobre el embarazo, la maternidad y la paternidad, así como promocionar hábitos saludables (Departamento de Salud, 2003). *Educación maternal: preparación para el nacimiento* es un material que, en consonancia con aspectos culturales y sociales, se estructura como un conjunto de actividades que llevan a cabo las matronas, junto con la colaboración de otros profesionales de la salud, las mismas gestantes y sus parejas. Su finalidad reside en contribuir a que el embarazo se viva de manera positiva y se llegue a las fases de parto y de puerperio disfrutando de conocimientos, habilidades y capacidades emocionales que faciliten la resolución de situaciones cotidianas relacionadas con los procesos de maternidad y paternidad.

Educación maternal: preparación para el nacimiento entendemos engloba los títulos mencionados anteriormente y sirve para describir una actividad educativa dirigida a un grupo. Se trata de una denominación más amplia, puesto que comprende el proceso de maternidad, el de paternidad, así como el embarazo, el parto y el puerperio. Así pues, el aprendizaje no acaba en el momento del parto, sino que se extiende más allá del nacimiento.

El embarazo y el parto son fenómenos corrientes que forman parte de la vida las familias. A pesar de ello, en muchos casos comportan una etapa de crisis, ya que la mujer y la pareja deben afrontar situaciones nuevas e inciertas, así como la incorporación de un nuevo miembro en el entorno familiar. En este sentido, *Educación maternal: preparación para el nacimiento* pretende ayudar a desarrollar los mecanismos necesarios para conseguir, con una actitud positiva, una adaptación satisfactoria a las circunstancias que se presentan durante la maternidad y la paternidad, puesto que se considera que tiene mucha más importancia la posibilidad de trabajar los aspectos afectivos y emocionales que los aspectos cognitivos (Sasmor, 1982).

El trabajo con las gestantes y con sus parejas o personas referentes (que acompañan a las embarazadas a las sesiones) ofrece la oportunidad de experimentar diversos sentimientos y vivir emociones como la ilusión, la felicidad, la alegría, el miedo, la incertidumbre o la vulnerabilidad. Como estas emociones son comunes a la gran mayoría de gestantes, es fundamental que se puedan compartir con el resto. Por este motivo, es primordial crear un clima favorable que permita establecer una dinámica de grupo fluida y abierta en la que las personas participantes se sientan suficientemente cómodas como para poner en común sus experiencias y sentimientos. Precisamente, esta sesión preliminar quiere crear un ambiente que determine el funcionamiento de las sesiones posteriores y que motive a las personas a mantener su participación en ellas.

De acuerdo con ello, es preciso tener en cuenta los diferentes ejes de trabajo de este material de preparación para el nacimiento que se recogen en diferentes artículos y libros de metodología didáctica (Ferrer, 1994):

Mantener el equilibrio entre el contenido y la forma

Las sesiones no se centran exclusivamente en el contenido, sino que tienen muy en cuenta la forma mediante la que se transmite el mensaje, ya que la estructura y presentación del contenido pueden asegurar un mejor aprendizaje.

No es necesario exponer continuamente

La concentración máxima de las personas se mantiene aproximadamente durante unos 20-30 minutos, transcurridos los cuales, la atención disminuye. Se recomienda la introducción de actividades de aprendizaje que permitan a las personas participantes adoptar una actitud activa en el proceso. El material contempla muchas estrategias participativas (vídeos, juegos de rol, fantasía guiada, lluvia de ideas, trabajo en pequeño grupo, historias animadas, etc.).

Es recomendable utilizar cápsulas explicativas de la exposición

Deben indicarse los objetivos de la sesión correspondiente, los diferentes apartados que la forman y, finalmente, concluir exponiendo los aspectos fundamentales de la sesión.

Evaluar la comprensión

Al finalizar la sesión, es importante para las personas participantes comprendan el significado del contenido y las actividades que se han realizado.

En esta sesión introductoria, se expondrán el funcionamiento, los contenidos y la metodología de cada una de las sesiones para que las personas integrantes del grupo puedan tener una idea general de cómo se desarrollará el material.

0.1. Objetivos de la sesión

1. Conocer las diferentes personas que constituyen el grupo y su rol.
2. Comprender las diferentes opciones y formas de entender la maternidad y el parto.
3. Identificar las necesidades y expectativas de las embarazadas y de sus parejas.
4. Familiarizarse con el contenido de las sesiones y su metodología.
5. Relacionar la respiración con la relajación y vivir las sensaciones de recuperación y descanso.

0.2. Índice de la sesión

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Nos presentamos** (trabajo en parejas, 20 minutos)
- Actividad 2. **La maternidad y el parto en las diferentes culturas** (exposición oral y trabajo en grupo, 20 minutos)
- Actividad 3. **El rincón de las expectativas** (trabajo individual y en pequeños grupos, 20 minutos)

Descanso

- Actividad 4. **Nos preparamos** (exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 5. **Conciencia corporal** (20 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (cajón de emoticonos, 5 minutos)

0.3. Contenidos de la sesión

1. El conocimiento de las características personales de las personas participantes en el grupo

2. Las diferentes opciones y formas de maternidad

- La reflexión sobre la maternidad y el parto en nuestro entorno y en otras culturas.
- La concienciación de la importancia de la educación para la salud durante la gestación y la maternidad.

3. Las expectativas de las embarazadas y de sus parejas

4. Las sesiones y la metodología

- Los contenidos del material.
- La metodología del material.
- El entrenamiento psicofísico de la gestante.

5. Conciencia corporal

- La respiración y el estado emocional (exposición oral).
- La relajación y las sensaciones de bienestar y descanso.

0.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor de CD/DVD
- Papel y bolígrafos
- Papeles adhesivos (“Post-it”)

• CD

Fichas

- Ficha 0.1. Nos presentamos
- Ficha 0.4. Nos preparamos

Diapositivas

- Diapositiva 0.0. Objetivos e índice de la sesión
- Diapositiva 0.2. Imágenes de la maternidad en diferentes culturas y entornos
- Diapositiva 0.4. Las sesiones del material
- Diapositiva 0.5.a. La respiración y el estado emocional
- Diapositiva 0.5.b. La sofronización simple o básica

0.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las madres y a sus parejas y se las situará en el tema de la actual sesión: **¡Comenzamos!** Se presentarán con la ayuda de la *diapositiva 0.0. Objetivos e índice de la sesión*, los objetivos generales, las actividades y los contenidos de la sesión.

Diapositiva 0.0. Objetivos e índice de la sesión

OBJETIVO DE LA SESIÓN 0

1. Conocer las diferentes personas que constituyen el grupo y su rol.
2. Comprender las diferentes opciones y formas de entender la maternidad y el parto.
3. Identificar las necesidades y expectativas de las embarazadas y de sus parejas.
4. Familiarizarse con el contenido de las sesiones y su metodología.
5. Relacionar la respiración con la relajación y vivir las sensaciones de recuperación y descanso.

ÍNDICE DE LA SESIÓN 0

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Nos presentamos** (trabajo por parejas, 20 minutos)
- Actividad 2. **La maternidad y el parto en las diferentes culturas** (exposición oral, trabajo en grupo grande, 15 minutos)
- Actividad 3. **El rincón de las expectativas** (trabajo individual y en pequeños grupos, 20 minutos)

Descanso

- Actividad 4. **Nos preparamos** (exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 5. **Conciencia corporal** (20 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (cajón de emoticonos, 5 minutos)

Actividad 1

NOS PRESENTAMOS

Trabajo por parejas
20 minutos

OBJETIVO 1

- Conocer a las diferentes personas que constituyen el grupo y su rol.

CONTENIDOS

- El conocimiento de las características personales de las personas participantes en el grupo.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se pretende conocer a las diferentes personas participantes e iniciar un diálogo que permita crear un ambiente relajado en el que se puedan expresar calmadamente delante de personas desconocidas.

b. Desarrollo de la actividad

Cada una de las embarazadas se emparejará con otra y se harán preguntas mutuamente. Se cumplimentará la *Ficha 0.1. Nos presentamos*, en la que aparecen las cuestiones que deben responder. Se facilitará un post-it a las participantes para poder escribir las respuestas que se den.

Ficha 0.1. Nos presentamos

Nombre

Número de hijos

Aficiones

Color preferido

Motivos para realizar el curso

Semana de gestación

Se darán 5 minutos para que cada embarazada recoja la información de la otra y, posteriormente, cada una de ellas presentará a su compañera al resto del grupo, añadiendo a la presentación aquellos detalles que considere interesantes.

Cada uno de los papeles adhesivos utilizados se colgará en una pared de la sala.

c. Conclusiones de la actividad

Se resaltarán que el grupo está formado por personas de diferentes características, lo cual enriquecerá el aprendizaje. Finalmente, para concluir la actividad, se pueden destacar brevemente los aspectos relacionados con las motivaciones personales que les han llevado a participar en el grupo de preparación para el nacimiento o con la existencia de embarazadas que ya son madres y de otras que aún no lo han sido.

Actividad 2

LA MATERNIDAD Y EL PARTO EN LAS DIFERENTES CULTURAS

Exposición oral
Trabajo en grupo grande
20 minuts

OBJETIVO 2

- Comprender las diferentes opciones y las diversas formas de entender la maternidad y el parto.

CONTENIDOS

- La reflexión sobre la maternidad y el parto en nuestro entorno y en otras culturas
- La importancia de la educación para la salud durante la gestación y la maternidad.

a. Introducción a la actividad

Los cambios sociales, económicos y culturales influyen directamente en salud de las mujeres y en la manera de entender la maternidad, el parto y el cuidado de los hijos o hijas. Así pues, por ejemplo, la atención al parto en nuestro país ha ido variando, sobre todo a partir de los años sesenta, cuando la estructura hospitalaria permitió que la gran mayoría de partos se desarrollaran en un entorno clínico. El paso del parto en el domicilio al parto hospitalario implicó diferentes cambios en lo que concierne a la atención hacia las mujeres (FAME, 2007), además de un mayor control durante el embarazo y el parto. Esta situación ha permitido que la tasa de mortalidad materna y perinatal en Cataluña disminuyera de forma progresiva a lo largo de los años. Los datos relativos al 2006 señalaban que la tasa de mortalidad materna se situaba en $3,8 \times 100.000$ nacidos vivos y muertos; y la tasa de mortalidad perinatal, en $3,4 \times 1.000$ nacidos. Estas cifras son muy similares a las de los países desarrollados, pero muy distintas a las de los países en vías de desarrollo (Departamento de Salud, 2006; OMS, s.f; INE, s.f).

Por otra parte, hoy en día, las personas exigen más seguridad en relación al control de los procesos y un incremento de su participación y autonomía en cuanto a las decisiones en torno al embarazo y al parto. Así mismo, también solicitan a menudo retornar a un tipo de control de los procesos normales mucho más fisiológico. Esta demanda es compartida cada vez por más profesionales.

Para tener más capacidad de decisión y más autonomía, las mujeres y sus parejas requieren de más conocimientos, habilidades y actitudes que les posibiliten resolver las nuevas situaciones que se presentan en la preparación del nacimiento.

b. Desarrollo de la actividad

Visionado de la *Diapositiva 0.2. Imágenes de la maternidad en diferentes culturas y entornos*. El trabajo con la diapositiva mencionada nos permitirá comprender que la maternidad, el parto y el nacimiento se plantean de diferente forma en función de las distintas sociedades.

La matrona incitará a la participación. Comentaré las diferentes opciones y formas de entender la maternidad y el parto y preguntaré a los participantes:

- ¿Qué pensáis de estas imágenes?
- ¿Con cuál de las imágenes os identificáis?

c. Conclusiones de la actividad

A partir de las aportaciones de las personas participantes se hará una síntesis de los aspectos trabajados. Hay que incidir en la relevancia de los cambios que se producen en el proceso de la maternidad y en el papel de la pareja.

La matrona puntualizará que la finalidad del material es proporcionar herramientas para poder reflexionar y exteriorizar las diferentes emociones y sentimientos que se viven durante el proceso, así como también ofrecer suficiente información y habilidades para desarrollar la autonomía de las personas participantes a la hora de tomar decisiones relacionadas con los temas que se traten y para llevar a cabo los autocuidados y los cuidados de sus hijos o hijas.

Actividad 3

EL RINCÓN DE LAS EXPECTATIVAS

Trabajo individual
Trabajo en pequeños grupos
20 minutos

OBJETIVO 3

- Identificar las necesidades y expectativas de las embarazadas y de sus parejas.

CONTENIDOS

- Las expectativas de las embarazadas y de sus parejas.

a. Introducción a la actividad

El rincón de las expectativas es una actividad que permitirá a los integrantes del grupo reflexionar sobre lo que esperan de este material. De esta manera, se pretende demostrar que la mayoría de sus preocupaciones o necesidades respecto a los conocimientos, habilidades y manejo de las emociones quedarán cubiertas. Esta tarea permitirá registrar los temas o cuestiones que más angustian o interesan a las personas participantes de cada grupo para poder trabajarlos y matizarlos en la sesión pertinente.

b. Desarrollo de la actividad

Se entregarán dos papeles adhesivos (*Post-it*) a cada participante para que escriba, en el primero, las expectativas relativas a su participación en el grupo y, en el segundo, las necesidades o aspectos que cree que tendría que incluir el material. Se dejarán 2 minutos para que cada participante responda y, a continuación, se harán grupos de tres o cuatro personas, donde se comentarán las expectativas y necesidades de cada uno de sus integrantes.

Después, el grupo especificará cuales de ellas son comunes a todos ellos y cuales son específicas de alguno de sus miembros. Un portavoz las describirá y la matrona las apuntará en la pizarra, clasificándolas en tres apartados: embarazo, parto y posparto.

c. Conclusiones de la actividad

Para finalizar la actividad, la matrona comentará positivamente las aportaciones hechas por el grupo y explicará que la mayoría de ellas se trabajarán a lo largo de las diferentes sesiones del material. Enlazará esta conclusión con la siguiente actividad que corresponde, precisamente, a la presentación de los contenidos y a la metodología del material. En caso de que se mencione alguna necesidad que no recoja el material, la matrona indicará en qué sesiones se hará referencia.

Actividad 4

NOS PREPARAMOS

Exposición oral

20 minutos

OBJETIVO 4

- Familiarizarse con los contenidos de las sesiones y su metodología.

CONTENIDOS

- Los contenidos del material.
- La metodología del material.
- El entrenamiento psicofísico de la gestante.

a. Introducción a la actividad

La intención del material es que la mujer y su pareja vivan el proceso de embarazo, parto y posparto con una actitud positiva y enriquecedora. Quiere contribuir a satisfacer las exigencias de conocimientos, de habilidades y de gestión de las emociones. También pretende favorecer la autonomía de la mujer para que pueda cuidarse y profundizar sobre aspectos individuales de su maternidad, fomentando, por un lado, su capacidad de resolución de las nuevas situaciones que y, por otro, la capacidad de buscar la ayuda necesaria, ya sea profesional o familiar. Para la mujer, es primordial la integración de la pareja o de una persona referente en las sesiones; en este sentido, durante las diferentes sesiones, se potenciará su papel para alcanzar una óptima distribución de las responsabilidades y tareas.

b. Desarrollo de la actividad

A partir de las aportaciones del ejercicio anterior y con la ayuda de la *diapositiva 0.4.*, se hará una presentación general de los objetivos y contenidos de cada una de las sesiones.

Las diferentes sesiones se pueden exponer resaltando algunos de los aspectos que aparecen en la introducción inicial de cada una de ellas. Se debe especificar que todas las sesiones presentarán el mismo esquema y formato y que, según cuál sea la sesión, se realizarán diferentes actividades (reproducción de vídeos, historias animadas, estudio de casos, trabajos en grupo, juegos de rol, etc.).

Ejemplo de explicación de la Sesión 1:

La Sesión 1, *La gestación y los cambios*, nos ayudará a entender diversas cuestiones mediante algunas actividades como:

- ¿Qué cambia en mi cuerpo?
- Cuando tengo molestias, ¿qué puedo hacer?
- Emociones y embarazo.

Con el objetivo de:

- Saber cuáles son los cambios físicos más importantes que se producen a lo largo del embarazo y sus consecuencias en el cuerpo de la mujer.
- Adquirir habilidades para la realización de cuidados personales que reducen las molestias habituales de la embarazada y mejoran el bienestar de la mujer y del feto.
- Tomar conciencia de las emociones relacionadas con los cambios durante el embarazo.

Ejemplo de explicación de la Sesión 2:

La Sesión 2, *Embarazo y bienestar*, nos proporcionará información sobre diferentes temas como:

- La nutrición durante el embarazo.
- Decisiones ante los signos de alarma y bienestar.
- El embarazo y la sexualidad.

Con la finalidad de:

- Tomar conciencia de la importancia de la nutrición y sus consecuencias para la salud.
- Valorar los signos de alarma y bienestar que pueden aparecer durante la gestación.
- Reflexionar sobre los mitos y los miedos relacionados con la sexualidad durante el embarazo.
- Aprender a trabajar diferentes elementos de la respiración que ayudan al bienestar de la embarazada y al proceso del parto.

El material contempla, en cada una de las sesiones, un conjunto de actividades de carácter transversal en que se trabajarán la actividad corporal, la utilización de la respiración y las técnicas de relajación. El reconocimiento del cuerpo permite a la gestante ser más consciente de las diferentes partes y ejercitar determinados grupos musculares que son importantes durante el embarazo, el parto y el posparto. El aprendizaje de las técnicas de relajación que se presentarán en cada sesión nos permitirá vivir las sensaciones de la relajación, relacionar la respiración con la relajación y conocer un método para mejorar el estado físico y emocional.

A lo largo de la presentación de las diferentes sesiones, se comentarán las necesidades que hayan surgido en la actividad 3 de esta sesión 0, para precisar en qué sesiones se tratarán.

De esta manera, se demostrará a las personas participantes que el material cubrirá sus exigencias.

c. Conclusiones de la actividad

Al finalizar la presentación, se insistirá en la importancia del trabajo personal y se facilitará la *ficha 0.4. Nos preparamos* que describe las diferentes sesiones, sus fechas, la metodología que se utilizará y otros aspectos relativos a lo que es preciso traer o recordar.

Ficha 0.4. Nos preparamos

Sesiones del material de preparación para el nacimiento	Fechas
<p>Sesión 0. ¡Comenzamos!</p> <p>Sesión 1. La gestación y los cambios</p> <p>Sesión 2. Embarazo y bienestar</p> <p>Sesión 3. Llegamos el momento: el proceso del parto</p> <p>Sesión 4. Diferentes situaciones, diferentes partos</p> <p>Sesión 5. El puerperio</p> <p>Sesión 6. Alimentación del recién nacido. Lactancia materna</p> <p>Sesión 7. Atención al recién nacido</p>	

¿Cómo lo haremos?

Cada sesión se compondrá de una serie de actividades que facilitarán la comprensión y reflexión sobre cuestiones relacionadas con el embarazo, el parto y el posparto, con el objetivo de que el grupo participe y aporte sus experiencias y emociones. Las sesiones incluirán exposiciones orales, pero también juegos de rol, películas, historias animadas, fantasías guiadas, lluvias de ideas y trabajos en pequeños grupos, entre otras actividades.

En todas las sesiones, se distinguirá un apartado relativo a la conciencia corporal, que trabajará el cuerpo mediante diferentes ejercicios (ejercicios respiratorios, de estática corporal, de balanceo de pelvis, de trabajo de hombros y pectorales, ejercicios de pujos, etc.) y otro apartado relativo a las técnicas de relajación.

La gestante podrá asistir acompañada por su pareja o por la persona que permanecerá a su lado en el momento del parto.

Cada una de las sesiones tendrá una duración de dos horas

Es conveniente que la gestante vista ropa cómoda que le permita efectuar los diferentes ejercicios que se propondrán en la actividad de conciencia corporal.

Si lo cree adecuado, puede utilizar un aparato de grabación de voz para registrar las técnicas de relajación y un bloc de notas y un bolígrafo para poder tomar notas.

¿Qué hay que recordar?

Para potenciar la efectividad de los ejercicios y de las técnicas de relajación que se realizarán en cada sesión, se deberán practicar en casa. De esta manera, se dotará a la mujer de más autonomía en el momento del parto y aumentará su capacitación y aprendizaje, lo cual, seguramente, mejorará los resultados del proceso del nacimiento, además de conseguir reforzar su seguridad en las decisiones que deberá tomar.

Actividad 5

CONCIENCIA CORPORAL

20 minutos

OBJETIVO 5

- Relacionar la respiración con la relajación y vivir las sensaciones de recuperación y descanso que proporciona.

CONTENIDOS

- La respiración y el estado emocional.
- La relajación y las sensaciones de bienestar y descanso.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se aprenderá a utilizar la respiración como una herramienta que favorece la relajación y a vivir y disfrutar de las sensaciones de descanso que ofrece la relajación.

b. Desarrollo de la actividad

b1. Relacionar la inspiración con la tensión y asociar la espiración con la relajación, de Vicente, P. (1985)

Se preguntará:

¿Qué hacemos cuando nos enfadamos?(inspirar-coger aire)

¿Qué hacemos cuando no nos queremos enfadar?..... (espirar-expulsar aire)

b.2. La matrona explicará la técnica de relajación de Rubio, J., Espinosa, M. y Sebastià, G. (1990). Pedirá que las mujeres se sienten cómodamente con la espalda correctamente alineada y, posteriormente, conducirá la técnica de relajación con una sofronización simple o básica (*Diapositivas 0.5.b. Sofronización Simple o básica*). Al acabar, se pondrán en común las emociones vividas y cómo se han sentido.

c. Conclusiones de la actividad

Se remarcará la relación existente entre la respiración y el estado de ánimo (*Diapositiva 0.5.a. La respiración y el estado emocional*). La modificación de la respiración permite incidir en el estado de ánimo, atendida la capacidad que tiene la relajación de proporcionar descanso. Se recomendará a las gestantes que pongan en práctica la relajación cada día, durante unos 10-15 minutos, preferiblemente a mediodía (si les es posible) o por la noche (para favorecer el sueño). Igualmente, se puede animar a las parejas a participar en este ejercicio diario, ya sea realizándolo, ya sea guiando la relajación.

0.6. Valoración y cierre de la sesión

5 minutos

Se abrirá un pequeño debate para que las personas participantes puedan opinar sobre el material y la distribución de sus contenidos. Se intentarán aclarar las dudas que planteen las mujeres y/o sus parejas y se procurará conseguir su compromiso de asistir a las futuras sesiones.

Antes de finalizar, se entregará un papel adhesivo (post-it) a cada uno de los asistentes para que dibujen una cara que refleje cómo se han sentido en esta sesión (emojiconos) y se colgarán en una zona de la pared de la sala. Finalmente, la matrona se despedirá de todos, recordará el día y la hora de la próxima sesión y agradecerá la participación de los integrantes del grupo.

0.7. Referencias bibliográficas

Espinosa, M. (1986). *Realidad de una ciencia Sofrología: pasado y presente, en la preparación sofrológica a la maternidad*, 501-511, vol II, Madrid: Egraf.

FAME. (2007). *Iniciativa al Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

Fernández, R., Prats, R., Cabero, LI., Carreras, JM. y Costa, D. (2005). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. 2ª edición. Barcelona. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protseguir2006.pdf>

Ferrer, V. (1994). *La metodologia didàctica a l'ensenyament universitari*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.

INE (s.f). *Mortalidad perinatal*. Recuperado el 3 de marzo de 2009 en: <http://www.ine.es>

Jané, M., Prats, R. y Plasència, A. (2008). *Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya 2003-2005*. Barcelona: Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2057/indica2003.pdf>

Jané, M., Vidal, MJ., Tomás, Z y Cabezas, C., *Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya*. Resumen ejecutivo 2008. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2057/indicaresumexe2008.pdf>

Rubió, J., Espinosa, M. y Sebastià, G. (1990). *Curso de preparación sofrológica a la maternidad para matronas*. Sección española de la Escuela Internacional de sofrología, 1990.

Sasmor, J.L. (1982). *Educación para el parto*. Mèxic: Limusa.

Vicente, P. (1985). *Curso de Psicoprofilaxis Obstetricia de II Curso de preparación a la maternidad*. EUE H. Santa Creu i Sant Pau 1985.

Sesión

1

La gestación y los cambios

La gestación y los cambios

El embarazo o la gestación es un proceso que se inicia en el momento de la fecundación (normalmente, unión de un espermatozoide con un óvulo, salvo en los casos de embarazo múltiple) y finaliza con el nacimiento de un nuevo ser. Durante este proceso, se experimentan importantes modificaciones en el organismo materno, esenciales para el buen desarrollo de la gestación. A la vez, todos estos cambios comportan una serie de estados físicos y emocionales, bien documentados en el Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña del Departamento de Salud (2005) y en Enfermería de la mujer de Torrens y Martínez (2003).

El desarrollo del embarazo es esencial, no sólo para el bienestar de la mujer y del feto, sino también para el momento del parto, para el puerperio y para el desarrollo posterior del niño/a (Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 2003). La experiencia del embarazo genera muchas inquietudes alrededor de los cambios (¿Qué me pasa? ¿Esto es normal? ¿Qué puedo hacer?). Estas inquietudes, expresadas por las madres en los grupos de discusión, se tienen que abordar desde un espacio de preparación al nacimiento, tal y como proponen diferentes instituciones y especialistas (Departamento de Salud, 2007; Nolan, 2002, 1998; Wilberg, 1992).

En la primera sesión se pretende ayudar a las personas participantes a tomar conciencia del proceso de gestación, de la complejidad de los cambios que se originan a nivel físico y emocional y de las acciones que se pueden emprender para mejorar la calidad de vida y el bienestar durante este período. En primer lugar, en cuanto a la toma de conciencia del embarazo, se tratarán los cambios físicos que sufre el cuerpo de la mujer, ayudando a identificar las modificaciones asociadas a las diferentes semanas de gestación y las consecuencias que comportan.

En segundo lugar, se hará referencia a las molestias más habituales ligadas a los cambios fruto del embarazo y se ofrecerán recomendaciones para reducirlas. Se promoverán estilos de vida saludables y se propondrán actividades de higiene personal.

En tercer lugar, se tratará el tema relativo a las emociones unidas a los cambios físicos que se están produciendo y a las emociones que supone la transición hacia el rol de maternidad/paternidad.

Por último, para completar los consejos, se realizarán una serie de ejercicios de conciencia corporal, que servirán para preparar el cuerpo de la mujer y para disminuir las incomodidades o molestias asociadas a la gestación.

1.1. Objetivos de la sesión

1. Conocer los cambios físicos más importantes que se producen a lo largo del embarazo y sus consecuencias sobre el cuerpo de la mujer.
2. Adquirir destrezas para la realización de cuidados personales que reducen las molestias habituales de la embarazada y mejoran el bienestar de la mujer y del feto.
3. Tomar conciencia de las emociones relacionadas con los cambios durante el embarazo.
4. Tomar conciencia del propio cuerpo, aprender movimientos y posturas para compensar los cambios y prevenir molestias ligadas al embarazo.

1.2. Índice de la sesión

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **¿Qué cambia en mi cuerpo?** (Lluvia de ideas. Historias animadas. Exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **Cuando hay molestias, ¿qué puedo hacer?** (Trabajo en pequeños grupos, 25 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **Emociones y embarazo.** (Visionado DVD, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal.** (45 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

1.3. Contenidos de la sesión

1. Los cambios físicos durante el embarazo

- Los cambios físicos en los diferentes aparatos y sistemas: reproductor, circulatorio, digestivo, respiratorio, urinario, endocrino y dermatológico.

2. Las destrezas ante las molestias

- Las molestias habituales.
- Los hábitos saludables en la actividad cotidiana.
- Las recomendaciones para reducir las molestias más habituales ocasionadas a partir de los cambios durante la gestación.
- Las actividades referentes a la higiene personal adecuadas para la gestante.

3. Las emociones y el embarazo

- Las emociones derivadas de la aceptación de los cambios de imagen, de los cambios en la relación de pareja, de la anticipación y preparación para el rol de maternidad – paternidad (nuevas responsabilidades).
- Ambivalencia de sentimientos.

4. La respiración

- La fisiología de la respiración.
- La estática corporal, mejorar la circulación de retorno, reforzar los pectorales, ejercicios de Kegel.
- La sofronización simple y la sofroaceptación progresiva (vinculación con el recién nacido).

1.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor CD/DVD.

- **CD**

- **Fichas**

- Ficha 1.2.a. Molestias y cuidados personales
 - Ficha 1.2.b. Cuidados personales y molestias habituales de la embarazada
 - Ficha 1.4.a. Respiración abdominal o del bajo vientre de espiración prolongada
 - Ficha 1.4.b. Respiración torácica de espiración prolongada
 - Ficha 1.4.c. Ejercicios de gimnasia

- **Diapositivas**

- Diapositiva 1.0. Objetivos e índice de la sesión
 - Diapositiva 1.1. Cambios en el cuerpo durante la gestación
 - Diapositiva 1.3.a. Las emociones durante el embarazo
 - Diapositiva 1.3.b. Los cambios psíquicos y hormonales ligados a las emociones
 - Diapositiva 1.4. La respiración

- **DVD**

- Historias animadas. 1.1. ¿Qué cambia en mi cuerpo?
 - Vídeo. 1.3. Emociones y embarazo

1.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las mujeres y a sus parejas. Se hará un breve recordatorio de la sesión anterior y se situará a las personas participantes en el tema que se tratará en la actual sesión: la gestación y los cambios. Se presentarán, con la ayuda de una diapositiva, los objetivos generales y las actividades de esta sesión para que puedan tener una visión tanto de lo que se pretende como de los contenidos y actividades que se realizarán a lo largo de la sesión.

Diapositiva 1.0. Objetivos e índice de la sesión

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 1

1. Conocer los cambios físicos más importantes que se producen a lo largo del embarazo y sus consecuencias sobre el cuerpo de la mujer.
2. Adquirir destrezas o habilidades para la realización de cuidados personales que reducen las molestias habituales de la embarazada y mejoran el bienestar de la mujer y del feto.
3. Tomar conciencia de las emociones relacionadas con los cambios durante el embarazo.
4. Tomar conciencia del cuerpo, aprender movimientos y posturas para compensar los cambios y prevenir molestias relacionadas con el embarazo.

ÍNDICE DE LA DE LA SESIÓN 1

Introducción a la sesión

- Actividad 1. **¿Qué cambia en mi cuerpo?** (Lluvia de ideas. Historias animadas. Exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **Cuando hay molestias, ¿qué puedo hacer?** (Trabajo en pequeños grupos, 25 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **Emociones y embarazo** (Visionado DVD, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (45 minutos)

Valoración y cierre de la sesión

Actividad 1

¿QUÉ CAMBIA EN MI CUERPO?

Lluvia de ideas
Historias animadas
Exposición oral
20 minutos

OBJETIVO 1

- Conocer los cambios físicos más importantes que se producen a lo largo del embarazo y sus consecuencias sobre el cuerpo de la mujer.

CONTENIDOS

- Los cambios físicos en los diferentes aparatos y sistemas: reproductor, circulatorio, digestivo, respiratorio, urinario, endocrino y dermatológico.

a. Introducción a la actividad

El embarazo es un período lleno de cambios en el desarrollo de la mujer. Estos cambios varían en función de las semanas de embarazo y es importante que se reconozcan como alteraciones propias del proceso de gestación.

b. Desarrollo de la actividad

Se introducirá la actividad destacando la importancia de identificar los cambios para saber interpretarlos como variaciones asociadas a la evolución del embarazo. Por ello, se propondrá reflexionar acerca de estos cambios partiendo de las propias experiencias de las participantes. La técnica que se utilizará para realizar la actividad es la lluvia de ideas, formulando al grupo la siguiente pregunta:

- ¿Qué cambios físicos has notado desde el inicio del embarazo?

Se debe puntualizar que no existen respuestas acertadas o incorrectas, buenas o malas, sino que se trata de ir nombrando en voz alta, con una o dos palabras, las variaciones más significativas que se ha experimentado. Todas las aportaciones se anotarán en una pizarra para comentarlas más adelante. La matrona reforzará las aportaciones hechas por el grupo, clarificará aquellas ideas que considere claves para comprender algunos de los cambios que se pueden originar durante el embarazo y ampliará aspectos que no hayan surgido y considere importantes. Para destacar algunos de estos aspectos, se pueden utilizar las *Historias animadas 1.1 Qué cambia en mi cuerpo y/o la diapositiva 1.1. Cambios en el cuerpo durante la gestación*, que resume de forma gráfica los aparatos que experimentan transformaciones. Se pueden presentar de la siguiente forma:

Las siguientes imágenes permiten visualizar un cuerpo de mujer no gestante y un cuerpo de mujer gestante en diferentes semanas del embarazo. En las ilustraciones, se observa cómo el útero gestante comprime los órganos vecinos y también se observan los cambios que se producen en los diferentes aparatos.

Mientras se van proyectando las imágenes, se puede ir dialogando con el grupo sobre las modificaciones que se aprecian, poniendo especial énfasis en aquellos que no se hayan mencionado con anterioridad. Puede utilizar algunas de las orientaciones que figuran en el siguiente cuadro y, si lo cree oportuno, puede facilitar por escrito el resumen posterior a los participantes.

Orientaciones sobre los cambios físicos durante el embarazo

EXPLICACIÓN DE LOS CAMBIOS FÍSICOS

En el cuerpo de la gestante se producirán una serie de modificaciones a consecuencia de factores hormonales, del crecimiento del feto dentro del útero materno y de su adaptación a todos estos cambios (Departamento de Salud, 2005; Torrens y Martínez, 2009; Vanrell, Iglesias, Cabero, 1994).

Aparato reproductor:

El **útero** irá creciendo a medida que el embrión/feto se desarrolle. Al inicio del embarazo no lo palparemos, ya que estará detrás de la sínfisis púbica, pero alrededor de las 20 semanas ya estará al nivel del ombligo e irá aumentando su volumen progresivamente.

El **cuello uterino** estará formado y cerrado. En su interior, encontraremos el tapón mucoso, cuya función es obturar el canal endocervical, evitando así posibles infecciones.

La **vagina y el periné** tienen una mayor irrigación gracias al efecto de los estrógenos. Ello puede incrementar la sensibilidad de los genitales y provocar un cambio en su coloración.

Las **mamas** comienzan a prepararse para la lactancia. Crece su medida y se vuelven más sensibles al tacto. En el pezón y en la aureola se observará una coloración más oscura, debido al aumento de pigmentación. Los tubérculos de Montgomery sufren una hipertrofia y serán más grandes. Asimismo será más fácil observar la red venosa de las mamas y, en algunos casos, podrían aparecer estrías.

Durante la gestación también se puede segregar calostro, leche inicial espesa y de aspecto amarillento.

Aparato circulatorio:

El **corazón** de la gestante aumenta de tamaño y se desplaza hacia arriba y hacia la izquierda, a consecuencia del crecimiento uterino, el cual, a la vez, eleva el diafragma.

El volumen sanguíneo incrementa aproximadamente un 30%, lo que significa que la frecuencia cardíaca materna crece en unos 15 latidos por minuto.

A **nivel hematológico**, tiene lugar una hemodilución (el volumen plasmático aumenta un 50%, mientras que el de glóbulos rojos, un 30%). Existe la posibilidad de aparición de una anemia fisiológica, fácilmente mejorable con una dieta adecuada o con la aportación de algún complemento específico.

La **tensión arterial** no debería variar, pero durante el primer trimestre, acostumbra a disminuir ligeramente y a mantenerse estable a lo largo de embarazo. Si los valores tensionales superan los 140/90, sería necesaria una consulta médica, ya que podría constituir un signo de alarma. Por el contrario, una hipotensión, (descenso de la presión arterial), conocida como **síndrome de hipotensión supina**, puede darse cuando la gestante se encuentra en posición de decúbito supino, es decir, estirada boca arriba, por compresión de la vena cava inferior. Aparte de la hipotensión, pueden presentarse otros síntomas debidos a la dificultad del retorno venoso, como pueden ser náuseas, mareo, taquicardia, palidez, sudoración, etc. Para solucionar esta situación, hay que colocar a la gestante en decúbito lateral izquierdo (de lado sobre la parte izquierda).

La presión sobre la vena femoral, resultante de la presión del útero gestante, puede dificultar el retorno venoso de las extremidades inferiores. Esta situación facilita la aparición de estasis venosa, edemas y varices, sobre todo en las piernas, pero también en los genitales. Esta es la razón por la cual algunas gestantes sufren edemas y varices vulvares, así como hemorroides.

Aparato respiratorio:

Sobre el **sistema respiratorio**, debe comentarse que la gestante aumenta sus necesidades en aproximadamente un 20% para conseguir una buena oxigenación materna y fetal.

Aparato digestivo:

A nivel **gastrointestinal**, acostumbran a aparecer náuseas y vómitos, sobre todo durante el primer trimestre y a primera hora de la mañana. A veces, también se altera el sentido del olfato. Puede producirse un incremento de saliva, sialorrea o gingivitis. Todos estos factores no ayudan demasiado a remitir las náuseas, pero pueden seguirse una serie de consejos para tolerarlas mejor.

A medida que avanza el embarazo, el útero va creciendo y desplaza a los órganos vecinos. Entre estos últimos, encontramos el estómago el cual, además de modificarse por lo que se refiere a su capacidad, varía en su ángulo con el esófago. De esta manera, se facilita un reflujo del estómago al esófago de las secreciones gástricas que suele provocar la aparición de pirosis (sensación de ardor). El volumen del estómago se reduce y además trabaja más lentamente, de manera que la gestante debería hacer comidas de menor cantidad para no sufrir una sensación de excesiva plenitud después de las ingestas.

Como el útero también comprime los intestinos, éstos ralentizan su funcionamiento habitual y puede aparecer distensión abdominal y estreñimiento. El estreñimiento es otro factor que, al igual que la dificultad del retorno venoso, puede ocasionar la presencia de hemorroides.

Aparato urinario:

El **aparato urinario** también se ve afectado por la compresión. Esto se traduce en que la vejiga de la orina disminuirá su volumen y la mujer deberá orinar más a menudo (polaciuria), aunque la cantidad de orina será menor. La polaciuria suele aparecer a lo largo del embarazo con más o menos intensidad en función de la presión que ejerce el útero en crecimiento sobre la vejiga. También puede darse un aumento de la diuresis (cantidad de orina) como consecuencia del crecimiento del volumen plasmático. Si aparece nicturia (ganas de orinar por la noche), ésta es el resultado de la descompresión de la vena cava inferior durante el reposo.

Aparato endocrino y dermatológico:

A **nivel endocrino**, la tiroides, la hipófisis, las glándulas suprarrenales y el páncreas aumentan sus funciones y sus formaciones hormonales, ajustando las necesidades a la fase anabólica en la que se encuentra el cuerpo de la mujer.

Observaremos cambios en la **pigmentación de la piel** de la gestante. La pigmentación se incrementará y, por ello, observaremos las aureolas, los pezones y la vulva más oscurecidos. En el abdomen, puede surgir una línea marrón denominada **línea alba**. Se sitúa en medio del abdomen, en sentido vertical y va desde la sínfisis del pubis hasta unos centímetros por encima del ombligo.

La cara de la gestante puede estar hiperpigmentada y puede aparecer el cloasma gravídico en forma de manchas en las mejillas.

Una vez finalizada la gestación, estas modificaciones van desapareciendo paulatinamente.

Las estrías en la piel de la gestante están causadas por la rotura de las fibras, a consecuencia de un estiramiento excesivo o brusco de la piel. Suelen aparecer en las zonas que tienen más riesgo de estiramiento, no sólo en el abdomen, sino también en las mamas, nalgas y muslos. Al principio, se visualizan como unas líneas irregulares de color vino pero, aunque no desaparecen en el puerperio, sí que cambian de color y pasan a ser anacaradas, es decir, se hacen más discretas.

La gestante puede notar que la velocidad de crecimiento del cabello se ralentiza ligeramente y, en el periodo de posparto, también puede observar un aumento de la caída del cabello, pero todo acostumbra a volver a la normalidad en unos 3-6 meses.

c. Conclusiones de la actividad

Se concluirá la actividad señalando que los cambios físicos son inherentes al embarazo y que tienen repercusiones sobre todos los aparatos del cuerpo humano. Es importante acentuar que si la gestante es consciente de estas transformaciones y de sus consecuencias, que a veces pueden ser molestas, podrá adoptar una actitud positiva y activa para tolerarlas mejor.

Actividad 2

CUANDO TENGO MOLESTIAS, ¿QUÉ PUEDO HACER?

Trabajo en pequeños grupos
25 minutos

OBJETIVO 2

- Adquirir destrezas para la realización de cuidados personales que reducen las molestias habituales de la embarazada y mejoran el bienestar de la mujer y del feto.

CONTENIDOS

- Las molestias habituales.
- Los hábitos saludables en la actividad cotidiana.
- Las recomendaciones para reducir las molestias más habituales ocasionadas por los cambios durante la gestación.
- Las actividades referentes a la higiene personal adecuadas para la gestante.

a. Introducción a la actividad

De forma habitual, y con más intensidad durante el primer trimestre, se observa cansancio y sensación de somnolencia a lo largo de la gestación. También, sobre todo durante el primer trimestre, es común la aparición de náuseas y vómitos, que son consecuencia de los cambios metabólicos y hormonales que suceden en el cuerpo de la mujer. Estos dos aspectos deben sumarse a los que se han mencionado anteriormente y que originan ciertas situaciones engorrosas.

En esta actividad se pretende adquirir los conocimientos y las destrezas apropiadas para la realización de cuidados personales que mejorarán los síntomas que pueden aparecer durante el embarazo.

b. Desarrollo de la actividad

Se formarán grupos de tres o cuatro personas. Seguidamente, a cada participante se le entregará la *ficha 1.2.a. Molestias y cuidados personales* y se explicará que la tarea de esta actividad es doble. La primera tarea es la de responder individualmente a las dos preguntas de la *ficha 1.2.a*

Ficha 1.2.a. Molestias y cuidados personales

Responde individualmente a las siguientes cuestiones:

- ¿Cuáles han sido las molestias más habituales que has sufrido o estás sufriendo?

.....
.....
.....

- ¿Cómo has actuado o actúas para reducirlas?

.....
.....
.....

La segunda tarea consiste en comentar las respuestas personales al resto de individuos del grupo de 3 ó 4 personas. Cada uno puede apuntar dos molestias y todos los integrantes del grupo indicarán posibles actuaciones para aliviarlas. Posteriormente, escogerán uno de los casos tratados y lo compartirán con el grupo grande, formado por todas las personas participantes de la sesión, describiendo la molestia y cómo la han resuelto. Después de plantear cada caso, la matrona consultará si creen que existen otras posibles soluciones para las incomodidades presentadas. Si lo considera pertinente, la matrona puede aportar alguna recomendación alternativa a las que contiene la *ficha 1.2.b*.

Por último, se preguntará a los participantes si quieren exponer alguna situación más, diferente de las que hayan surgido a lo largo del ejercicio y se explicará que al final de la sesión se entregará la “Guía para embarazadas” del Departamento de Salud (2008). Si no se dispone de esta guía, se proporcionará la *ficha 1.2.b*. Tanto la guía como la ficha contienen consejos útiles de las personas profesionales de la salud destinados a mitigar las molestias más habituales de la embarazada.

Ficha 1.2.b Cuidados personales para molestias habituales de la embarazada según el Departamento de Salud (2005), Dodi y otros (1986), Gupta (2007), Torrens y Martínez (2009) y Shafik (1993).

Náuseas y vómitos:

Se recomienda consumir 3 ó 4 galletas o tostadas unos 15 minutos antes de levantarse.

Realizar ingestas de poca cantidad, pero a menudo.

Llevar una dieta suave, rehuendo alimentos grasientos o excesivamente condimentados.

Beber abundantes líquidos (sobre todo agua).

Evitar olores fuertes.

.....
.....

Polaciuria (micción frecuente):

No demorar la micción.

Si aparece nicturia (micción frecuente durante la noche) e interfiere en el reposo, evitar líquidos y sopas antes de acostarse.

.....
.....

Hipersensibilidad mamaria:

Utilizar un sujetador adecuado, que no comprima, preferiblemente de fibra natural, como el algodón.

.....
.....

Leucorrea (flujo blanco y abundante):

Higiene diaria.

No efectuar lavados vaginales.

Utilizar ropa interior de algodón, que no comprima y, si es preciso, cambiarla a menudo.

.....
.....

Higiene de la piel:

Ducharse o bañarse diariamente, evitando temperaturas excesivamente altas que podrían provocar una hipotensión arterial.

Hidratar bien la piel, sobre todo de las zonas abdominal, glútea y mamaria, para conseguir una buena elasticidad y evitar la aparición de estrías.

Utilizar cremas de alta protección solar para evitar el aumento de la pigmentación.

Realizar la higiene de la zona de los genitales de uretra a ano (de delante hacia detrás).

.....
.....

Congestión nasal:

Irrigar con suero fisiológico.

No utilizar antihistamínicos ni anticongestivos.

.....
.....

Gingivitis (inflamación de las encías):

Llevar una correcta higiene dental disminuye el riesgo de caries.

Utilizar cepillos de dientes suaves para evitar que las encías sangren.

Consultar con el odontólogo si hace tiempo que no se ha llevado a cabo una revisión.

Hacer gárgaras de agua con bicarbonato para cambiar el ph de la saliva y mejorar las molestias.

.....
.....

Pirosis (ardor de estómago, acidez):

Realizar ingestas (5 ó 6 al día) de poca cantidad, suaves y fraccionadas.

Evitar las grasas, así como las comidas irritantes y excitantes.

Obviar las bebidas con gas, el alcohol y el tabaco.

No estirarse inmediatamente después de las comidas.

Cenar un par de horas antes de ir a dormir.

Tomar antiácidos, eludiendo el uso del bicarbonato.

Descansar con la espalda y la cabeza ligeramente incorporadas con la ayuda de una almohada.

.....
.....

Estreñimiento:

Llevar una dieta rica en fibra, verdura, cereales y fruta.

Aumentar la ingesta de líquidos.

Realizar ejercicio físico moderado.

Procurar una regularidad en el hábito deposicional.

.....
.....

Hemorroides:

Evitar el estreñimiento.

Procurar una evacuación diaria.

Aplicar calor húmedo, con baños con agua tibia o caliente, con la finalidad de relajar el esfínter anal interno y así, a la vez, disminuir la inflamación del paquete hemorroidal.

Utilizar pomadas sin corticoides.

.....
.....

Varices:

- Realizar ejercicios de flexión/rotación de los tobillos con las piernas elevadas.
- Elevar las extremidades inferiores cuando se pueda, incluso en el reposo nocturno.
- Descansar en posición de lado izquierdo.
- Utilizar medias elásticas.
- Evitar estar de pie (y menos, de forma estática) durante largos períodos.
- No cruzar las piernas, para evitar compresión.
- No emplear ropa que comprima.
- Aplicar duchas de agua fría para mejorar la circulación.
- Realizar masajes en sentido ascendente para favorecer la circulación.

.....
.....

Edemas:

- Descansar con las piernas más elevadas que el cuerpo.
- Evitar la compresión de las extremidades.
- Masajear las piernas en sentido ascendente para favorecer la eliminación de líquidos.

.....
.....

Lumbalgias:

- Mantener una postura correcta en las actividades cotidianas.
- Utilizar zapatos cómodos, evitando tacones altos.
- Aplicar calor local.

.....
.....

Rampas en las extremidades inferiores:

- Flexionar y extender suavemente los pies para estirar los músculos.
- Consumir alimentos ricos en potasio, como por ejemplo, el plátano.
- Reposar el pie sobre una superficie fría.

.....
.....

Lipotimias (mareos, desmayos):

Levantarse lentamente.

Evitar las aglomeraciones y los espacios muy calurosos.

Hacer una ingesta adecuada de líquidos.

.....
.....

Disnea (dificultad respiratoria):

Mantener una postura corporal correcta, tanto sentada como de pie.

Dormir más incorporada con la ayuda de cojines o dormir apoyada sobre el lado izquierdo.

.....
.....

Descanso:

Dormir un mínimo de 8 horas.

Si es posible, hacer siesta o relajarse 10 minutos.

Evitar la posición estirada boca arriba.

Procurar dormir sobre el lado izquierdo.

.....
.....

Actividad física y trabajo:

Mantener una actividad física regular y adecuada.

Practicar posturas corporales saludables.

Evitar abusar de las horas diarias dedicadas al trabajo y abstenerse de realizar trabajos físicamente duros.

Descansar cuando sea posible.

.....
.....

Viajes:

Descansar a menudo y mover las piernas.

Hacer uso del cinturón de seguridad durante el embarazo pasando la cinta inferior por debajo de la barriga.

Comer y beber frecuentemente.

Orinar cuando se necesite durante el viaje y no atrasarlo.

.....
.....

Enfermedades transmisibles al feto:

Evitar el contacto con personas enfermas infectadas por el virus de la rubéola o citomegalovirus.

Controlar la comida para evitar la toxoplasmosis.

Evitar comer cualquier alimento de origen animal crudo y ser cuidadosa al manipular los alimentos.

Evitar el contacto con las deposiciones de los gatos.

.....
.....

Hábitos tóxicos:

No consumir alcohol, tabaco y otras drogas.

No tomar medicación sin prescripción médica (evitar la automedicación).

Huir de la exposición a radiaciones o a tóxicos laborales o ambientales.

.....
.....

Otros:

.....
.....

c. Conclusiones de la actividad

Es importante insistir en que las molestias son algo corriente y frecuente entre las mujeres embarazadas. A pesar de ello, el objetivo final de esta actividad es demostrar que existe una gran variedad de recomendaciones fáciles que ayudan a reducir las molestias y garantizan un mejor desarrollo de la gestación. Finalmente, la matrona manifestará que algunos de estos consejos están relacionados con los hábitos posturales corporales saludables y avanzará que estos últimos se trabajarán en la cuarta actividad de la presente sesión, en forma de ejercicios corporales. Hay que insistir en la prevención de hábitos tóxicos. El abandono del consumo de tabaco es importante en cualquier momento del embarazo y es necesario ofrecer a la mujer embarazada apoyo en este sentido, tal como se indica en el Programa Embaràs sense Fum (Jané M. y Martínez C. 2006 y 2007)

Actividad 3

EMOCIONES Y EMBARAZO

Visionado del vídeo
20 minutos

OBJETIVO 3

- Tomar conciencia de las emociones relacionadas con los cambios psicológicos durante el embarazo.

CONTENIDOS

- Las emociones derivadas de la aceptación de los cambios de imagen, de los cambios en la relación de pareja, de la anticipación y preparación para el rol de maternidad – paternidad (nuevas responsabilidades).
- Ambivalencia de sentimientos.

a. Introducción a la actividad

Los cambios psicológicos de la mujer embarazada están relacionados con otros muchos cambios, como son las variaciones relativas al cuerpo, al estilo de vida, o a la relación personal con los otros (la pareja, la familia, los amigos y amigas, otros hijos o hijas, los compañeros o las compañeras de trabajo, etc.). Todos estos cambios están vinculados con las emociones que aparecen durante el embarazo (Departamento de Salud, 2005; Nolan, 2002; Ockenden, 2002; Wilberg, 1992). Esta actividad intentará ayudar a las gestantes a verbalizar y a tomar conciencia de sus emociones a partir del análisis de diversos testimonios.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona explicará a las personas participantes que verán un video que contiene testimonios que comentan vivencias y sentimientos personales relacionados con el embarazo. El video servirá para iniciar posteriormente un pequeño coloquio sobre estas cuestiones. Antes de verlo, la matrona indicará que presten atención a las experiencias que se expresarán y que se fijen especialmente en las emociones, sensaciones, percepciones y sentimientos que presentan las personas protagonistas.

Una vez finalizado el visionado del video, la matrona planteará al grupo las preguntas que figuran en la diapositiva 1.3.a.:

- ¿Qué experiencias te han llamado más la atención durante el embarazo?
- Comenta dos aspectos relacionados con las satisfacciones (emociones positivas) y dos aspectos relacionados con las dificultades (emociones negativas).
- ¿Has experimentado alguna de las emociones que se han comentado en el vídeo?

Se señalará que los testimonios del vídeo han mostrado diferentes emociones, tanto positivas como negativas, que puede vivir una mujer embarazada y/o su pareja.

Como ejemplo de sentimientos positivos se pueden señalar:

- Alegría por el nuevo hijo o hija o por vivir una nueva experiencia.
- Felicidad y sentirse querida.
- Apoyo de la pareja.

- Satisfacción con la imagen personal.
- Complicidad con la pareja a la hora de compartir un nuevo proyecto.

Como ejemplo de sentimientos negativos se pueden señalar:

- Miedo: por lo que viene, por lo desconocido, por la soledad, por el dolor inadecuado, por problemas, por falta de amor...
- Ira: hacia los profesionales que atienden el control gestacional, hacia la pareja, hacia los amigos, hacia la sociedad...
- Envidia: de amigos sin hijos o hijas, de aquellos que disfrutan de una mejor situación económica, de otras mujeres gestantes o madres...
- Ansiedad: por el futuro, por la visión de uno mismo, por la salud, por el dinero, por la adaptación al rol maternal, por el cambio de estilo de vida...
- Tristeza: por la pérdida de la independencia, de la libertad...

Algunas de las emociones que vive la mujer embarazada están ligadas a los cambios hormonales y físicos, pero hay otras que se asocian al parto y al propio hecho de la maternidad. Las orientaciones que figuran en el siguiente cuadro pueden ayudar a completar algunos temas que se hayan mencionado, sin perder de vista que los objetivos fundamentales de esta actividad son los sentimientos y las emociones. Si se cree conveniente, para enriquecer las explicaciones, se puede recurrir a la *Diapositiva 1.3.b. Los cambios psíquicos y hormonales relacionados con las emociones*.

Orientaciones: los cambios psíquicos y hormonales ligados a las emociones según Torrens y Martínez (2009)

La mujer gestante sufrirá una serie de cambios, tanto a nivel **físico** como **psíquico**, durante la gestación.

Las consecuencias de la gestación y las modificaciones hormonales que experimentará su cuerpo harán que perciba unas vivencias psicológicas importantes.

A lo largo del primer trimestre, la mujer acostumbra a tener más sueño (hipersomnio), mientras que, en el tramo final del embarazo, se da una mayor tendencia al insomnio. Estos cambios del sueño y del descanso pueden afectar al estado de ánimo.

Aunque el embarazo sea deseado, la **ambivalencia** de **sentimientos** también es algo común. La gestante se plantea numerosas preguntas sobre la gestación y su evolución. Esta incógnita la angustia. También suelen presentarse sensaciones de miedo y de respeto por la responsabilidad que supone la maternidad.

Generalmente, cuando el embarazo es deseado, los cambios físicos que lo acompañan se acostumbran a aceptar con normalidad, pero, en caso contrario, no se suelen tolerar del todo bien.

A medida que evoluciona la gestación, las variaciones físicas se hacen más evidentes y el **vínculo madre/pareja-feto** se va acentuando. Un momento muy importante para estimularlo es la apreciación de los primeros movimientos fetales.

Cuando se acerca el momento del parto aparecen **sentimientos de atracción-evitación** del acontecimiento por parte de las madres y/o parejas. Desean la llegada del recién nacido, pero a la vez, la inquietud que genera el momento del parto hace que quieran evitar la situación o haber superado ya este proceso.

También es posible que aparezca un sentimiento de **introversión** en la madre gestante, que provoque que centre su atención fundamentalmente en ella misma y en sus sensaciones.

La gestante es más **susceptible** que su pareja a los **cambios de estado de ánimo**. Puede pasar de la risa al llanto sin saber el motivo. La **labilidad emocional** es muy habitual.

Hay que comunicar estas alteraciones emocionales a la pareja para que pueda comprender que todas son propias de este período y se mueven dentro de la normalidad.

La **imagen corporal** varía a lo largo de la gestación. Algunas mujeres viven el proceso de una manera altamente positiva, sintiéndose y viéndose guapas, mientras que otras lo viven muy negativamente, sintiéndose y viéndose poco atractivas.

Merece la pena recordar que nuestra sociedad da mucha importancia a la imagen corporal y al culto al cuerpo y algunas gestantes tienen miedo de que el embarazo deforme su silueta y jamás puedan recuperarla.

Por otra parte, hoy en día, tener un hijo o una hija, supone bastantes **cambios sociales** implícitos a nivel personal, de pareja, familiar, profesional y del entorno más próximo.

Durante la gestación, la mujer se da cuenta de que estas variaciones ya se comienzan a producir y de que los roles se van modificando progresivamente. Puede angustiarse el hecho de desconocer los límites de estos cambios, cómo se adaptará a ellos y las consecuencias que pueden comportar.

c. Conclusiones de la actividad

Las emociones están unidas a una experiencia tan vital como es la gestación. Cuando un hijo/a es deseado/a, se cree que las emociones que rodean a este acontecimiento deben ser forzosamente positivas y las experiencias, necesariamente satisfactorias. Es importante transmitir con claridad que los sentimientos que aparecen durante el embarazo son de ambos signos, positivos y negativos. En la mayoría de los casos, estas sensaciones responden a procesos hormonales y psíquicos. Es por ello que se debe de eliminar el sentimiento de culpa. Es preciso que las mujeres sean honestas para reconocer que sufren sentimientos negativos y lo suficientemente valientes como para reflexionar sobre su causa.

Actividad 4

CONCIENCIA CORPORAL

45 minutos

OBJETIVO 4

- Tomar conciencia del cuerpo, aprender movimientos y posturas para compensar los cambios y prevenir molestias ligadas al embarazo.

CONTENIDOS

- La fisiología de la respiración.
- La estática corporal, mejora de la circulación de retorno, refuerzo de los pectorales, realización de ejercicios de Kegel.
- La sofronización simple (SS) y la sofroaceptación progresiva (SAP) (vinculación con el hijo o hija).

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se pretende que las madres y sus parejas adquieran destrezas, habilidades o técnicas para el trabajo de parto.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona explicará cada uno de los ejercicios con el propósito de trabajar los tres contenidos que configuran la actividad:

- La respiración
- La conciencia del cuerpo
- La relajación

La respiración

Diferentes autores han descrito los procesos respiratorios ofreciendo recomendaciones para su trabajo (Courchet, 1974; Sebastià, 2000; West, 1981). La respiración es uno de los elementos básicos en el trabajo de parto (Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 2003; Departamento de Salud, 2007) y sufre modificaciones durante la gestación (Departamento de Salud, 2005; Torrens y Martínez, 2009; Vanrell, Iglesias y Cabero, 1994).

Concentraremos nuestra atención en todo aquello relacionado con la respiración. Para poder preparar a la mujer y mejorar su bienestar, la matrona preguntará al grupo cuáles son las funciones de la nariz en el proceso de la respiración. Se ayudará de la *diapositiva 1.4. La respiración* para explicar a los participantes estas funciones (filtrar el aire, calentarlo y humidificarlo).

A continuación, les enseñará a distinguir la respiración abdominal (músculo del diafragma), de la torácica (músculos intercostales) y la supraclavicular (músculos supraclaviculares). Se pedirá a las mujeres que realicen respiraciones profundas, colocando una mano encima del abdomen y la otra encima del tórax. De los tres tipos supuestos, la respiración abdominal es la que implica un menor consumo de oxígeno y, por tanto, debería ser la habitual en las gestantes. A pesar de ello, a partir del séptimo mes, la embarazada puede sufrir sensación de falta de

aire, porque el útero dificulta el desplazamiento del diafragma. Es por este motivo que también debería practicar la respiración torácica.

Espiración prolongada

Se solicitará a las mujeres que realicen una espiración prolongada y que observen cómo, ante la orden externa de no coger aire, se pondrá en marcha la parte automática de la respiración, que las obligará a inspirar.

La matrona explicará que no podemos decidir no respirar ya que, en este caso, la parte automática de la respiración interviene en nuestro organismo. Ahora bien, la respiración es una función vital semivoluntaria, puesto que podemos variar voluntariamente algunos aspectos, tales como el número de respiraciones por minuto o la duración de la inspiración y de la espiración. La práctica de modificaciones voluntarias de la respiración conduce a favorecer una buena oxigenación y una buena relajación.

Seguidamente, se propondrá realizar una espiración activa y larga para favorecer la relajación y la eliminación de CO₂. Una manera de prolongar la espiración es expulsar el aire por la boca con los labios poco abiertos, emitiendo el sonido de una vocal o imaginando que se intenta mantener inclinada la llama de una vela sin apagarla. La matrona recomendará a las mujeres que entrenen estas respiraciones en diferentes situaciones de estrés o en actividades que supongan esfuerzo físico, como por ejemplo, subir escaleras. Para que las mujeres/parejas puedan recordar los diferentes tipos de respiraciones y practicarlas les entregará las *fichas 1.4.a. y 1.4.b.*

Ficha 1.4.a. 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 inflando la barriga.
- Pausa postinspiratoria para favorecer el intercambio de gases y la relajación.
- Espiración activa y prolongada.

Ficha 1.4.b. 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.
- Inspiración pasiva inflando el pecho.
- Pausa postinspiratoria para favorecer el intercambio de los gases y la relajación.
- Espiración activa y prolongada.

La conciencia del cuerpo

La matrona explicará que con la práctica de la actividad corporal se pretende que la mujer tome conciencia de su cuerpo, descubra las posturas más adecuadas para la realización de sus tareas cotidianas diarias y conozca ejercicios para compensar los cambios que el embarazo origina en su cuerpo.

Según Sebastià, G. (2000), el trabajo de conciencia corporal requiere que los ejercicios se efectúen lentamente, partiendo de una posición correcta del cuerpo, intentando profundizar en su conocimiento y observando los movimientos. Cada movimiento exige que la mujer aprecie la diferencia entre el tono muscular de la parte del cuerpo que está trabajando y el tono muscular del resto del cuerpo, que se encuentra en reposo.

Por lo que se refiere al número de repeticiones que necesita cada uno de los ejercicios propuestos, inicialmente bastarán 5, pero se incrementarán de forma progresiva. En cualquier caso, la matrona destacará la importancia de tomar conciencia del cuerpo y del esquema corporal, antes que realizar un gran número de ejercicios y repeticiones de forma mecánica. Los ejercicios que se proponen se describen en la ficha 1.4.c., que se entregará posteriormente a las mujeres/parejas para que los practiquen en casa.

Ficha 1.4.c. Ejercicios de gimnasia

Estática corporal correcta

De pie

ECC 1 - Columna bien alineada

Ejercicio 17 - Basculación de pelvis

Ejercicio 19 - Basculación de pelvis en posición cuadrúpeda (gato)

Sentada

Ejercicio 7 - Contracción selectiva de los músculos del suelo pélvico (Kegel)

Ejercicio 27 - Flexión-extensión con los dedos de los pies

Decúbito dorsal

Ejercicio 28 - Flexión-extensión de los dedos de los pies y de los tobillos

Ejercicio 29 - Separar las rodillas, flexión y extensión de las piernas

También conviene que la matrona recomiende a las mujeres que revisen la posición de su espalda en la práctica de sus actividades cotidianas.

Se aconsejará que, para mantenerse en forma, se realice:

- Diariamente, un paseo de una media hora.
- Dos veces por semana, natación o ejercicios en el agua, preferiblemente en lugares con agua más caliente (piscinas infantiles). Si la gestante lo desea y no hay contraindicación médica, esta actividad se puede llevar a cabo hasta el final de la gestación.

Se señalará que si existen dudas sobre la posible ruptura de la bolsa de aguas, se deberá consultar al especialista para solventarlas, como se explicará en la siguiente sesión.

La relajación

La relajación es un elemento de ayuda primordial en el proceso de la maternidad, puesto que facilita la adaptación a los cambios y a las nuevas situaciones. Con este ejercicio se pretende que la madre consiga encontrar un espacio de descanso y comunicación con su hijo/a. En definitiva, esta técnica potencia la vinculación madre-hijo/a antes del nacimiento.

Para llevar a cabo la relajación, la matrona dará las orientaciones de la sofroaceptación progresiva de Sebastià (2000) que aparecen en el cuadro siguiente:

Posición: Sentada en una silla o en una colchoneta, en decúbito lateral o decúbito supino, apoyando la cabeza y las piernas.

Sofronización: Dentro del nivel sofroliminal (entre la vigilia y el sueño), imaginar que el feto está creciendo, cuál es su entorno, buscar formas para comunicarse.

Desofronización

Diálogo postsofrónico

Finalmente, se remarcará la capacidad recuperativa de la relajación y se animará a las mujeres/ parejas a comunicarse con su hijo o hija durante la relajación. Se les invitará a poner en práctica la relajación diariamente; el mejor momento es al mediodía y la duración recomendable, unos 10-15 minutos.

1.6. Valoración y cierre de la sesión

5 minutos

A lo largo del período de gestación se producen multitud de cambios. Los cambios físicos son los más evidentes, pero también existen otros a nivel psíquico y a nivel social. Muchos de ellos son transitorios, pero otros implican una alteración permanente de la dinámica de la vida de la embarazada y de su pareja.

Habitualmente, los cambios vienen acompañados de molestias y emociones. Su conocimiento nos permitirá aplicar cuidados personales, comprender los cambios emocionales y prepararnos para la adaptación a la nueva situación que se está viviendo y a la nueva situación que se anticipa. En este sentido, los ejercicios relacionados con la respiración, la conciencia corporal y la sofronización serán herramientas útiles para utilizar de forma regular y completar esta preparación.

1.7. Referencias bibliográficas

Courchet, J. (1974). *Respiration dynamique relaxante*. Paris: Librerie Maloine.

Departamento de Salud. Dirección General de Salud Pública. (2007). *Protocol per a l'assistència natural al part normal*. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/part2007.pdf>

Dodi, G. et al. (1986). Hot or cold in anal pain? A study of the changes in internal anal sphincter pressures profiles. *Dis Colon Rectum*, 29 (4), 248-51.

Fernández, R., Prats, R., Cabero, Ll., Carreras, JM. y Costa, D. (2005). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. 2ª edición. Barcelona. Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protsegui2006.pdf>

Fernández, R y Prats, R. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpart.pdf>

Gupta, PJ. (2007). Effects of warm sit bath on symptoms in post-anal sphinterotomy in chronic anal fissure. A randomized and controlled study. *World Journal of Surgery*, 31(7), 1480-4.

Jané, M. y Martínez, C. (2006). *Guia clínica per promoure l'abandonament del consum de tabac durant l'embaràs*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública, 1ª edición. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/catalegcatdefset06.pdf>

Jané, M i Martínez, C. (2007). *Tabaquismo y salud reproductiva en las mujeres*. En: Nerín, I i Jané, M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Jané, M., Martínez, C. y Vela. (2006). E. *Protocol del programa d'embaràs sense fum*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protembaras2007fum.pdf>

Martínez, C. Jané, M. y Prats, R. (2008). *Guia per a embarassades*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1963/gembarassades.pdf>

- Nolan, M. (1998). *Antenatal Education: A dynamic approach*. London: Baillière Tindall.
- Nolan, M. (2002). *Education and Support for Parenting. A guide for health professionals*. London: Baillière Tindall.
- Ockenden, J. (2002). *Antenatal education for parenting*. En M. Nolan (Ed.), *Education and Support for Parenting. A guide for health*. London: Baillière Tindall. Recuperado el 1 de marzo de 2009.
- Shafik, A. (1993). Role of warm water bath in anorectal conditions, the 'thermosphincteric reflex'. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 16 (4) 304-8.
- Sebastià, G. (2000). Entrenamiento psicofísico en la gestante. *Matronas profesión*, 1-13.
- Torrens, RM. y Martínez, C. (2009). *Enfermería de la mujer*. 2ª edición. Madrid: Difusión Avances en Enfermería.
- Vanrell, JA., Iglesias, X. y Cabero, LI. (1994). *Manual de obstetricia y ginecología para pregraduados*. Barcelona: Masson-Salvat Medicina.
- West, JB. (1981). *Fisiología respiratoria*. Buenos Aires: Medicina Panamericana.
- Wilberg, G. (1992). *Preparing for Birth and Parenthood. Awareness training and teaching manual for childbirth professionals*. Londres: Butterworth-Heinemann.

Sesión

2

Embarazo y bienestar

Embarazo y bienestar

En la primera sesión se ha trabajado lo que sucede durante el embarazo y se ha realizado una primera aproximación sobre lo que pueden hacer las gestantes y, si se da el caso, sus parejas, para mejorar su calidad y bienestar durante este período.

En línea con el trabajo llevado a cabo, en esta segunda sesión se pretende profundizar en tres aspectos clave (Cervera, 1987; Departamento de Salud, 2005; Torrens y Martínez, 2009).

El primer aspecto hace referencia a la alimentación; se reflexionará sobre los beneficios de una alimentación adecuada.

El segundo aspecto pretende ofrecer elementos de reflexión para que puedan valorar los signos que afectarán a la mujer durante todo el proceso. El hecho de poder diferenciar entre los signos de alarma y de bienestar les permitirá vivir con más tranquilidad y solicitar ayuda profesional cuando aparezcan dudas.

Y el tercer aspecto, está relacionado con la sexualidad y las relaciones afectivas durante el embarazo: los cambios, los miedos, las dudas, los mitos y los riesgos. Se busca crear un clima de confianza que permita tratar el tema abiertamente y ofrecer información que permita vivir favorablemente las relaciones afectivas y reducir los riesgos.

Por último, en esta sesión se trabajarán aspectos vinculados con la conciencia respiratoria, el cuidado de la estática corporal y la relajación. Todos ellos contribuyen al bienestar de la embarazada y, al mismo tiempo, la preparan para el parto.

2.1. Objetivos de la sesión

1. Sensibilizarse sobre la importancia de la nutrición y sus consecuencias para la salud.
2. Valorar los signos de alarma y bienestar que pueden aparecer durante la gestación.
3. Reflexionar sobre los mitos y los miedos relacionados con la sexualidad durante el embarazo.
4. Aprender a trabajar diferentes elementos de la respiración que ayudan al bienestar de la embarazada y al proceso del parto.

2.2. Índice de la sesión

Introducción (5 minutos)

- Actividad 1. **La nutrición durante el embarazo** (Diálogos simultáneos, Exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **Decisiones ante los signos de alarma y bienestar** (Resolución de situaciones en grupo grande, 25 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **El embarazo y la sexualidad** (Visionado DVD, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (45 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

2.3. Contenidos de la sesión

1. La dieta durante la gestación

- La importancia de una dieta equilibrada para la salud.
- El incremento de peso durante la gestación.
- La adecuación de las dietas a las necesidades nutricionales para el buen desarrollo de la gestación.
- Situaciones y factores de riesgo nutricional.

2. Los signos de alarma y los signos de bienestar durante la gestación

- Los signos de alarma más importantes durante la gestación y sus posibles consecuencias.
- Las formas de actuación ante los signos de alarma.
- Los signos de bienestar durante la gestación.

3. La sexualidad durante la gestación

- Las posibilidades que ofrece la sexualidad durante el embarazo y desmitificación de falsas creencias.
- Las posiciones más adecuadas para practicar el coito durante la gestación.

- Las situaciones en las que no se recomienda practicar el coito.
- Las medidas de sexo seguro ante conductas de riesgo.

4. La respiración

- Los diferentes patrones respiratorios. Buscar la respiración más adecuada para el trabajo de parto.
- La estática corporal, mejorar la circulación de retorno, los pectorales.
- La relajación dinámica de Caycedo I, II, III grado adaptada a la embarazada.

2.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor CD/DVD.

• CD

Fichas

- Ficha 2.1. Mitos y realidades sobre la nutrición y la dieta
- Ficha 2.2. Alarmas ante los signos
- Ficha 2.4.a. Entrenamiento respiratorio
- Ficha 2.4.b. Ejercicios de gimnasia
- Ficha 2.4.c. Relajación dinámica de Caycedo de I, II, III grado, adaptada a la embarazada

Diapositivas

- Diapositiva 2.0. Objetivos e índice de la sesión
- Diapositiva 2.1. Orientaciones sobre la nutrición durante el embarazo
- Diapositiva 2.2. Orientaciones para valorar los signos de alarma y bienestar
- Diapositiva 2.3. La sexualidad durante la gestación

• DVD

- Video. 2.3. La sexualidad y el embarazo

2.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las embarazadas y a sus parejas. Se hará un breve recordatorio de la sesión anterior y se situará a las personas participantes en el tema de la actual sesión: *Embarazo y Bienestar*. Con la ayuda de una *diapositiva (Diapositiva 2.0.)*, se presentarán los objetivos generales y las actividades de la presente sesión.

Diapositiva 2.0. Objetivos e índice de la sesión

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 2

1. Sensibilizarse sobre la importancia de la nutrición y sus consecuencias para la salud.
2. Valorar los signos de alarma y bienestar que pueden aparecer durante la gestación.
3. Reflexionar sobre los mitos y los miedos relacionados con la sexualidad durante el embarazo.
4. Aprender a trabajar diferentes elementos corporales que ayudan al bienestar de la embarazada y al proceso del parto.

ÍNDICE DE LA SESIÓN 2

Introducción (5 minutos)

- Actividad 1. **La nutrición durante el embarazo** (Diálogos simultáneos. Exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **Decisiones ante los signos de alarma y bienestar** (Resolución de situaciones en grupo grande, 25 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **El embarazo y la sexualidad** (Visionado DVD y debate en grupo grande, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (Relajación. Ejercicios. Respiración. 45 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

Actividad 1

LA NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Diálogos simultáneos

Exposición oral

20 minutos

OBJETIVO 1

- Sensibilizarse sobre la importancia de la nutrición y sus consecuencias para la salud.

CONTENIDOS

- La importancia de una dieta equilibrada para la salud.
- El incremento de peso durante la gestación.
- La adecuación de la dieta a las necesidades nutricionales para el buen desarrollo de la gestación.
- Situaciones y factores de riesgo nutricional.

a. Introducción

Está demostrado que tanto la alimentación que sigue la gestante como su estado nutricional afectan a la propia gestación, al parto y al postparto. En consecuencia, es importante comenzar a seguir una dieta adecuada antes de la concepción (Cervera, 1987; Departamento de Salud, 2005; Torrens y Martínez, 2009).

Una dieta equilibrada, variada y adecuada a las necesidades de la mujer permite un aumento de peso conveniente, cubre las necesidades nutricionales y metabólicas de la madre y del feto, disminuye los riesgos de cara al parto y asegura una buena lactancia.

Un objetivo de esta actividad es reflexionar sobre los aspectos de una dieta adecuada.

b. Desarrollo de la actividad

La actividad, relacionada con frases y mitos, se desarrollará en parejas. Éstas deben manifestar si creen que son ciertos (están de acuerdo) o no (están en desacuerdo) y explicar el porqué. Para llevar a cabo el ejercicio, la matrona habrá recortado cada una de las siguientes frases y mitos y las repartirá a las parejas.

Ficha 2.1. Mitos y realidades sobre la nutrición y la dieta

✂	“No puedes comer embutidos durante el embarazo”.
✂	“Es beneficioso beber agua para evitar la retención de líquidos”.
✂	“Es normal engordarse y aumentar de peso hasta 20 kg”.
✂	“El ácido fólico puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades congénitas del cerebro y de la médula espinal”.
✂	“No puedes tomar café durante embarazo”.
✂	“Nunca se debe renunciar a comer algunos alimentos”.
✂	“Cuando estás embarazada se debe comer sin sal y sin pimienta”.
✂	“Durante el embarazo tienes que comer por dos”.
✂	“Los kilos extras engordados durante el embarazo se pierden fácilmente después del parto por el estrés que supone el postparto”.
✂	“Hay que dejar de fumar aunque la ansiedad pueda provocar más apetito”.

Después de unos minutos cada pareja leerá su frase al grupo, contestará lo que considere conveniente y razonará su respuesta. La matrona consultará si hay alguna otra opinión al respecto y, si procede, corregirá aquellos errores que identifique sobre la base de sus conocimientos o de las orientaciones de Cervera (1987), del Departamento de Salud (2005), de Torrens y Martínez (2009) o de Vanrell, Iglesias y Cabero (1994.)

Orientaciones para la matrona sobre los mitos y realidades en la nutrición.

“No puedes comer embutidos durante el embarazo”.

FALSO

Normalmente esta afirmación se asocia con la intención de evitar la transmisión de la toxoplasmosis, como también con la intención de evitar un aumento excesivo de peso. En este momento, aunque cabe recordar que los embutidos son alimentos ricos en grasa, se dejará de lado el tema relativo al aumento excesivo de peso y se incidirá en las cuestiones relativas al toxoplasma.

La toxoplasmosis es una enfermedad sistémica producida por un protozoo, el toxoplasma gondii, que es un parásito intracelular. Puede producir un cuadro clínico infeccioso, pero lo más frecuente es que la enfermedad sea asintomática. El microorganismo puede adquirirse por la ingesta de carne cruda poco hecha, a través de la leche no pasteurizada o de las deposiciones de los gatos.

La prevalencia de seropositividad varía según la población estudiada. En nuestro ambiente, aproximadamente el 50% de las mujeres en edad reproductiva presentan anticuerpos residuales ante el protozoo. Si se produce la primoinfección del toxoplasma durante la gestación, el protozoo puede atravesar la placenta e infectar al feto. El riesgo de infección y afectación fetal es del 4,6% durante el primer trimestre y aumenta progresivamente hasta el 29% en el tercer trimestre.

La gravedad de la infección aumenta con el tiempo de gestación. Si la mujer se infecta durante el primer trimestre, la infección será más grave que si se infecta en el tercer trimestre.

El diagnóstico de la infección materna se realiza con la detección de anticuerpos específicos contra el toxoplasma en casos de infección activa, o cuando se lleva a cabo la prueba de detección a la gestante.

Si se confirma la infección materna por toxoplasmosis, hay que llevar a cabo un tratamiento y valorar la continuidad de la gestación.

Las medidas preventivas que se aconsejan son:

- No comer carne cruda o poco cocida o bien congelarla durante más de 24 h a $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$.
- Evitar el contacto con gatos y sus excrementos (limpiar diariamente el lugar donde realizan sus necesidades).
- Evitar trabajos que puedan facilitar el contacto con material posiblemente contaminado (jardinería).
- Lavarse las manos, y limpiar las superficies y los utensilios de cocina después de manipular carne cruda, verduras o frutas.
- No ingerir verduras, hortalizas, hierbas aromáticas ni vegetales crudos sin limpiarlos previamente a fondo con agua.

“Es beneficioso beber agua para evitar la retención de líquidos”.

VERDAD

Es importante ingerir una cantidad adecuada de fibra y de agua para el buen funcionamiento del aparato digestivo. Durante el embarazo aumenta la cantidad de sangre en circulación, de forma que debe aumentarse la ingesta de líquidos.

En cuanto a los diferentes tipos de bebidas, la más recomendable es el agua. Entre 4 y 8 vasos de agua cada día permiten un mejor funcionamiento de los riñones y reducen la retención de líquidos.

Además de agua, se aconseja tomar zumos de frutas, caldos e infusiones. Se deberían evitar las bebidas gaseosas, azucaradas y excitantes y eliminar las alcohólicas.

Las bebidas refrescantes presentan una interesante aportación de energía que se debe tener en cuenta.

“Es normal engordarse y aumentar el peso hasta 20 kg”.

FALSO

En general, se aconseja que el aumento de peso a lo largo del embarazo oscile entre los 9 y los 12 kg y que este crecimiento se produzca de forma progresiva. Los aumentos máximos aceptables y compatibles con embarazos y partos normales son muy variables. Los incrementos de peso inferiores a los 7 Kg. o superiores a los 15 Kg. se consideran de riesgo. De todas formas, los objetivos de aumento de peso se fijarán en función de la constitución pregestacional. Las mujeres delgadas son las que más dependen de un aumento de peso suficiente para conseguir un recién nacido que tenga un peso adecuado a su edad gestacional.

El incremento de peso variará en función del Índice de Masa Corporal (IMC) de la mujer previo a la gestación:

- Delgada IMC < 20.....12,5 kg.
- Normal IMC 20-25.....11,5 kg.
- Sobrepeso IMC 25-30.....7 kg.
- Obesa IMC 30-40.....7 kg.

El IMC se obtiene dividiendo el peso de la mujer en kilos por su altura en metros cuadrados. Siempre se debe tener en cuenta este IMC, ya que el aumento de peso se puede calificar de excesivo cuando el IMC de la mujer se incrementa en más de un 20% durante el embarazo.

Ahora bien, los aumentos de peso mencionados no son válidos para gestaciones múltiples.

Por otra parte, los aumentos de peso por debajo de los recomendados son signos de mala adaptación hormonal al embarazo o de consumo de reservas que conlleva una cierta cetosis, que podría desencadenar un crecimiento intrauterino retardado. Los incrementos superiores al 20% pueden indicar la posibilidad de macrosomas y, por lo tanto, de partos distócicos. Las mujeres que inician el embarazo con obesidad, es decir, con uno IMC de 30 a 40, tienen más riesgo de sufrir una hipertensión arterial y una diabetes gestacional.

“El ácido fólico puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades congénitas del cerebro y de la medula espinal”.

VERDAD

El ácido fólico es muy importante para todas las mujeres en edad fértil. La ingesta adecuada de folatos durante el periodo preconcepcional (si se trata de una gestación planificada) ayuda a proteger al recién nacido contra ciertas malformaciones congénitas, entre ellas, los defectos del tubo neural. Estos últimos pueden incluir malformación de la columna (espina bífida), de cráneo y del cerebro (anancefalia). El riesgo de defectos del tubo neural es significativamente menor cuando la mujer sigue una dieta rica en ácido fólico durante el periodo preconcepcional y durante el primer trimestre de embarazo. Para evitar estos defectos, se sugiere la ingesta de 400 microgramos/día de ácido fólico, en forma de suplemento si es necesario. Cabe destacar que se debe prestar atención con la automedicación. Se debe reseñar la existencia de alimentos ricos en ácido fólico, como frutas, sobre todo las cítricas, las verduras de hoja verde, los guisantes y los cereales.

“No podrás tomar café durante el embarazo”.

FALSO

Durante el embarazo se puede tomar café, pero se recomienda no abusar ya que atraviesa la barrera placentaria y actúa sobre el feto. Se recomienda que no se superen las dos tazas diarias, que aportan entre 200 y 300 miligramos de cafeína.

Si la gestante presenta molestias digestivas, se recomendará que prescinda del café y de las bebidas que lleven cafeína, como el café, el cacao, el té y las bebidas de cola.

La cafeína hace que el estómago segregue mayor cantidad de ácido clorhídrico y de pepsina; por este motivo las bebidas con cafeína están contraindicadas si aparecen molestias digestivas.

“Nunca hay que renunciar a comer algunos alimentos”.

FALSO

Con esta afirmación se pretende acabar con el mito relacionado con los “deseos” (antojos) alimenticios que presenta la gestante.

Ya hemos dicho que durante la gestación se debe procurar seguir una dieta equilibrada. A veces, la gestante puede experimentar ciertos “deseos” que, normalmente, se traducen en la necesidad o urgencia de ingerir un determinado alimento. Este consumo repentino de alimentos no es nocivo, por eso sólo se debe tolerar siempre y cuando no genere un desequilibrio nutricional o suponga un aumento excesivo de peso. En este sentido, cabe señalar que hay gran cantidad de alimentos denominados superfluos y que deberían obviarse, que aportan grandes cantidades de calorías pero nula nutrición, como es el caso de los azúcares, de los productos de pastelería o de los helados.

“Cuando se está embarazada, debe comerse sin sal y sin pimienta”.

FALSO

Durante la gestación se puede comer con sal, recomendándose la sal yodada. Igualmente, también se puede utilizar la pimienta. Es cierto que se aconseja un consumo moderado de sal y de otros alimentos ricos en sodio, pero la restricción radical sólo debe aplicarse por indicación médica.

“Durante el embarazo tienes que comer por dos”.

FALSO

Es cierto que el embarazo comporta la necesidad de un incremento de los nutrientes para garantizar el buen desarrollo del feto y la salud de la madre, pero la embarazada no debe comer por dos, sino, como se dice también popularmente, dos veces mejor. La gestante debe comer por una, siguiendo una dieta equilibrada, como se ha destacado anteriormente. Las comidas serán de menor cantidad, pero más a menudo; a lo largo del día se realizarán un mínimo de 5 ingestas. De esta manera, se mantendrán los niveles de glicemia y la gestante digerirá mejor. Es preciso recordar que es mejor la calidad que la cantidad de comida.

“Los kilos extras engordados durante el embarazo se pierden fácilmente después del parto por el estrés que supone el postparto”.

FALSO

Se debe acentuar que la idea de que el estrés del posparto ayuda a perder peso es un concepto del todo falso. Si durante el posparto la madre amamanta a su hijo/a, deberá seguir una dieta equilibrada para procurar una buena lactancia. No podrá realizar una dieta hipocalórica para perder peso. Como se verá en otras sesiones, la lactancia materna, en la mayoría de casos, favorece que el cuerpo de la madre vuelva paulatinamente a su estructura normal.

“Hay que dejar de fumar aunque la ansiedad pueda provocar más apetito”.

VERDAD

Cabe remarcar en este punto la importancia de abandonar el hábito del tabaco aunque pueda producir un aumento de la sensación de hambre.

El hecho de fumar durante el embarazo se considera un factor de riesgo. La nicotina es un tóxico vascular con efecto vasoconstrictor, reduce la circulación placentaria y dificulta la aportación de nutrientes al feto. Por ello es preciso conseguir que ninguna embarazada fume. Para abandonar este hábito, la educación sanitaria y el apoyo psicológico son fundamentales.

Dejar de fumar puede provocar ansiedad y, como consecuencia, aumento de la sensación de hambre. De todas formas, dejar de fumar no es necesariamente sinónimo de engordarse y, en cualquier caso, aunque este aumento de peso efectivamente se produzca, no suele ser exagerado; oscila entre los 2 y los 3 Kg. Así pues, el peso inicial se puede recuperar fácilmente al cabo de unos meses con un programa de ejercicio físico moderado y una dieta equilibrada y saludable, que ayudará mucho durante y después de la gestación.

Una vez comentadas las frases propuestas, se preguntará si existe alguna otra duda, frase o mito diferente a los mencionados, relacionado con el tema que se está tratando y que se quiera compartir con el grupo. La actividad se concluye dando los mensajes claves de la nutrición durante el embarazo (que se han trabajado con los mitos) y, a continuación, se presenta la pirámide de los alimentos que señala los puntos más importantes para confección de una dieta. Para poder seguir las explicaciones se proyectará la *diapositiva 2.1*. La matrona puede seguir las siguientes orientaciones basadas en Cervera (1987) y Torrens y Martínez (2003) que presentamos a continuación.

Orientaciones para explicar la importancia de la nutrición en el embarazo

La necesidad calórica de la gestante se determinará teniendo en cuenta el peso de partida, la altura, la constitución y la actividad física diaria. En cada visita prenatal se pesará a la gestante y se le hará un control personalizado del aumento de peso valorando su situación.

La gestante debe seguir una dieta equilibrada con una aportación de unas 200 a 300 Kcal/día extras para asegurar la fase anabólica en que se encuentra.

En algunos casos se aconseja aportación exógena de algunas vitaminas o minerales, como ácido fólico, calcio, hierro, yodo.

Calcio

El **calcio** suministrado al feto proviene de la alimentación de la madre y de sus reservas óseas. El paso de calcio de la madre al feto está asegurado a través de la placenta. Si la ingesta alimentaria de calcio por parte de la madre es escasa, se recurre a sus reservas, lo cual es perjudicial para ella.

A partir del tercer mes de embarazo, aparece en la gestante una ligera disminución de la calcemia. Las necesidades diarias de calcio de una gestante aumentan mucho, sobre todo durante el segundo y tercer trimestre.

Se aconseja una ración de 1000-1200 mg/día, y esto supone un suplemento de 300-400 mg/día.

Otro elemento mineral fundamental es el fosfato cálcico, ya que es imprescindible para la formación de los huesos y de los dientes del recién nacido. Generalmente, el fósforo se requiere en cantidades dobles al calcio. Para la óptima utilización y absorción del calcio, es indispensable la vitamina D.

Es evidente que la insuficiencia de suministros externos de calcio y vitamina D expone a la gestante a pérdidas altamente peligrosas; incluso hay riesgo de que el feto sufra hipovitaminosis D.

Yodo

El déficit de **yodo** puede producir bocio congénito y favorecer que la madre sufra abortos de repetición. Si la presencia de este mineral en la alimentación es escasa, es conveniente tomarlo en forma de sal yodada. Algunos profesionales aconsejan un aporte externo durante todo el embarazo, así como a lo largo de toda la lactancia. Las necesidades diarias de yodo recomendadas son de 175 microgramos/día.

Hierro

La exigencia de **hierro** durante el embarazo crece considerablemente debido a que el feto lo necesita para la formación de los hematíes durante la vida uterina, así como para las reservas que utilizará durante los primeros meses de vida, momento en que la alimentación del recién nacido estará limitada a la leche materna, cuyo contenido en hierro es casi nulo. La acumulación de estas reservas por parte del feto tiene lugar en el tercer trimestre de gestación.

Se ha calculado que para cubrir todas las necesidades de hierro de un embarazo se requieren de 670 a 800 mg, siempre que la mujer disponga de unas reservas de hierro de unos 500 mg o más antes de iniciar la gestación. Por este motivo, para poder asegurar ambas demandas de hierro, la materna y la fetal, se precisa la aportación diaria de 30 mg. Se debe puntualizar que la cantidad de hierro absorbido es una pequeña fracción del total ingerido. Por ejemplo, en el caso de las carnes, nos encontramos con una mayor biodisponibilidad y se absorbe un 20%. En cambio, los vegetales presentan menos biodisponibilidad y la absorción es de sólo el 5%.

Actualmente se ha observado que muchas mujeres tienen una reducida reserva de hierro antes de iniciar la gestación, hecho que facilita que desarrollen una anemia durante la misma. La anemia durante la gestación comporta un aumento del riesgo de parto prematuro y morbilidad fetal. En cuanto a la madre, provoca una disminución de la capacidad física, más cansancio, menos resistencia a la infección y mayor riesgo de sufrir afectación en piel y mucosas.

En conclusión, cabe destacar que este mineral es muy importante en la dieta de la mujer a nivel pregestacional y gestacional y en el postparto.

Si sospechamos que existe una deficiencia de hierro o que la alimentación no aporta la cantidad necesaria, deben aportarse suplementos externos.

La dieta equilibrada

La dieta equilibrada es aquella que permite un óptimo estado de salud en cualquier etapa de la vida, aporta la energía suficiente para el buen funcionamiento del organismo y asegura la función de nutrición.

Cabe remarcar que debe prevalecer la **calidad sobre la cantidad**. La embarazada deberá realizar comidas de poca cantidad pero a menudo. De esta manera, mantendrá los niveles de glicemia y digerirá mejor.

La aportación de los diferentes grupos de alimentos debe ser:

Glúcidos 50-55 %

Lípidos 30-35 %

Proteínas 20 %

Debe asegurarse también el consumo óptimo de vitaminas, que se encuentran fundamentalmente en las frutas y verduras, así como de minerales y oligoelementos.

Igualmente, la dieta debe aportar una cantidad idónea de fibra y de agua.

El aporte energético debe ser igual a 1 para no sufrir un exceso calórico.

Con estas indicaciones, las mujeres podrán confeccionar en casa una dieta proporcionada a sus necesidades calóricas, al índice de masa corporal, a las aportaciones vitamínicas, etc., y tendrán la posibilidad de comentarla en la consulta individual con la matrona.

c. Conclusiones de la actividad

Es importante seguir una dieta equilibrada y adaptada a las necesidades específicas que se presentan durante la gestación. Una buena alimentación contribuirá a un desarrollo satisfactorio de la gestación y a un buen desarrollo del feto. La dieta durante la gestación se debe elaborar de forma personalizada, procurando huir de los mitos populares y solicitando ayuda a la matrona.

Actividad 2

DECISIONES ANTE LOS SIGNOS DE ALARMA Y DE BIENESTAR

Resolución de situaciones en grupo grande

25 minutos

OBJETIVO 2

- Valorar los signos de alarma y de bienestar que puedan aparecer durante la gestación.

CONTENIDOS

- Los signos de alarma más importantes durante la gestación y sus posibles consecuencias.
- Formas de actuación ante los signos de alarma.
- Los signos de bienestar más importantes durante la gestación.

a. Introducción a la actividad

La finalidad de esta actividad es dar a conocer a los participantes los signos de alarma para poder actuar en consecuencia. Se ayudará a distinguir las verdaderas situaciones de riesgo que exigen una actuación profesional de las que son síntomas de bienestar, como por ejemplo, los movimientos fetales y las contracciones de Braxton Hicks.

b. Desarrollo de la actividad

A continuación, se expondrán diferentes situaciones con frases que las expresan. Cada participante tendrá una cartulina roja, otra naranja y otra verde. La roja significa “alarma, se debe consultar al profesional sanitario”; la naranja significa “tengo dudas sobre cómo actuar” y la verde representa “es una buena señal, puedo estar tranquila”. La matrona irá leyendo cada una de las oraciones que aparecen en la columna izquierda de la *ficha 2.2.* y las gestantes deberán levantar la cartulina con el color que consideren que es la reacción adecuada ante la situación aludida.

Ficha 2.2. Alarmas ante los signos

Es un signo de alarma, motivo de consulta urgente.	Es una situación que requiere más explicaciones.	La gestante puede estar tranquila.

Leer detalladamente cada situación y poner una cruz bajo el color que corresponda.

La roja significa “alarma, se debe consultar al médico”, la naranja “tengo dudas sobre cómo actuar” y la verde, “es una buena señal, puedo estar tranquila”.

Situaciones para valorar				Explicación de la respuesta
Mujer de 34 semanas de gestación que rompe la bolsa.	X			Amniorrexi en gestante pretérmino.
Mujer de 32 semanas de gestación con contracciones regulares.	X			Descartar amenaza de parto prematuro.
Gestante con fiebre de 39 °C.	X			Tratar la fiebre y descubrir el foco.
Gestante a término con bolsa rota y aguas teñidas.	X			Las aguas teñidas pueden ser un signo de sufrimiento fetal.
Gestante a término con bolsa rota y aguas claras.			X	Las aguas claras son un signo de bienestar fetal. Requiere ingreso, aunque no urgente.
Gestante a término y pérdida del tapón mucoso.			X	El tapón mucoso no es signo de parto inmediato.
Gestante con un episodio de diarrea.		X		Conducta expectante pendiente de evolución.
Gestante con cefalea importante que no cede.	X			Descartar la hipertensión arterial.
Gestante a término con contracciones regulares.		X		Puede ser inicio del trabajo de parto, conducta expectante pendiente de evolución.
Gestante que nota muchos movimientos fetales.			X	Los movimientos fetales son señal de vitalidad fetal.
Gestante que no nota movimientos fetales.	X			Consultar con urgencia, puede ser debido a diferentes motivos. Tomar azúcar y estimular el movimiento abdominal pueden ayudar a aumentar el movimiento fetal.
Gestante con presión en la pelvis.			X	El peso fetal provoca presión en la pelvis.

Situaciones para valorar				Explicación de la respuesta
Gestante con dolor dental leve inespecífico (encías-dientes).		X		Conducta expectante pendiente de evolución.
Gestante con alteraciones visuales.	X			Descartar hipertensión arterial.
Gestante con vómitos incoercibles y pérdida de peso.	X			Descartar hiperemesis gravídica.
Gestante con pérdida de sangre similar a la regla.	X			Consultar urgentemente, pueden ser diferentes motivos.
Gestante que orina a menudo.			X	La gestante tiene polaciuria.
Gestante que orina a menudo y refiere molestia cuando micciona.	X			Descartar infección de orina.
Gestante de 32 semanas con contracciones esporádicas indoloras.			X	Son las contracciones de Braxton Hicks.

A medida que se planteen las diversas situaciones, la matrona ofrecerá las explicaciones pertinentes que hacen que cada una de ellas se considere un signo de alarma o un signo positivo dentro de la normalidad de la gestación. Estas orientaciones se han elaborado siguiendo las aportaciones del Departamento de Salud (2005, 2007, 2009) y de Torrens y Martínez (2009). La *diapositiva 2.2.* puede ayudar a la matrona a apuntar los aspectos más relevantes que permiten evaluar las anteriores situaciones.

Orientaciones para valorar los signos

Es importante que la gestante **vaya a la consulta médica o al hospital** (en función de la gravedad de la situación) si aparece alguno de los siguientes síntomas:

Alteraciones visuales importantes.

Dolor de cabeza muy intenso (cefalea).

Sensación de mareo.

Náuseas muy frecuentes.

Vómitos incoercibles.

Problemas respiratorios.

Dolor abdominal intenso.

Dolores en la boca del estómago (el epigastrio).

Pérdidas de líquido o sangre por los genitales externos.

Edemas exagerados en las extremidades inferiores, manos y cara.

Sensación de malestar general.

Fiebre elevada.

Molestias urinarias.

Modificación de las características del flujo vaginal (color, olor, cantidad).

Diarrea intensa.

Ausencia de la percepción de movimientos fetales a partir del quinto mes.

Contracciones uterinas dolorosas.

Alergias. Erupciones en la piel.

Es motivo de consulta pero no urgente y, se valorará en cada caso, el dolor dental leve inespecífico. La gestante puede tener problemas por carencia de calcio y por inflamación de las encías.

Por el contrario, son signos de bienestar los movimientos fetales y las contracciones de Braxton Hicks.

Los **movimientos fetales** en las primíparas (gestantes de su primer hijo o hija) se comienzan a percibir sobre las 18-20 semanas, mientras que las multíparas los comienzan a notar antes, sobre las 16-18 semanas de gestación. Al principio, estos movimientos son muy suaves o sutiles, pero a medida que el embarazo evoluciona, se hacen mucho más perceptibles e incluso pueden llegar a ser molestos.

Los movimientos fetales nos proporcionan información sobre el bienestar del feto y, por lo tanto, son positivos.

La percepción de los movimientos fetales en la exploración abdominal se puede comenzar a observar sobre las 20 semanas de gestación. **Su ausencia es motivo de consulta.**

Las **contracciones de Braxton Hicks**, a diferencia de las contracciones que desencadenan el trabajo de parto, tienen una frecuencia e intensidad muy bajas.

A partir de la segunda mitad de la gestación, la embarazada puede empezar a apreciar estas contracciones en forma de endurecimiento del útero, pero no se producen modificaciones a nivel cervical.

Puesto que las contracciones de Braxton Hicks aumentan su intensidad y frecuencia de forma progresiva hasta el momento del parto, se pueden confundir con las contracciones de parto, aunque, como se verá en próximas sesiones, son muy diferentes.

A diferencia de las contracciones de parto, la frecuencia de las de Braxton Hicks es irregular a lo largo de la gestación.

Su función es únicamente madurar el cuello uterino y prepararlo para el parto. No participan en su dilatación.

Estas contracciones son indoloras.

La **ruptura prematura de las membranas (amniorrexis)** consiste en el rompimiento de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, con la consecuente salida del líquido amniótico y la comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical del cuello uterino y de la vagina. En la mayoría de casos (80%), la ruptura se produce cuando la gestante está a término y, seguidamente, la gestante inicia el trabajo de parto.

La importancia de este proceso radica en que se trata de una de las causas más relevantes de parto prematuro. En los partos a término, la frecuencia de complicaciones es pequeña, pero puede ser grave, como sucede en el caso de corioamnionitis, la endometritis y la fiebre puerperal. Ello puede provocar un aumento de las intervenciones obstétricas.

Los factores de riesgo que pueden originar una ruptura prematura de membranas son:

- Debilidad congénita de las membranas.
- Fumadoras.
- Déficit nutritivo de cobre y ácido ascórbico.

- Incompetencia cervical.
- Infecciones vaginales y, sobre todo, cervicales.
- Metrorragias durante la gestación.

Si se produce una ruptura prematura de membranas, debe distinguirse si es a término o pretérmino.

Si se produce pretérmino, es necesario un ingreso hospitalario urgente.

Si la ruptura es a término, debe distinguirse el color de las aguas.

Si las aguas son claras, la gestante se encuentra bien, no sufre contracciones uterinas y percibe movimientos fetales, el ingreso puede demorarse hasta 6 horas después de la ruptura.

Si las aguas son teñidas (meconiales) o hemáticas, el ingreso se hará rápidamente.

A veces la gestante puede dudar si se ha producido o no la ruptura de membranas.

Si la ruptura es baja, a causa de la gravedad, se pierde más cantidad de líquido amniótico y la rotura es muy evidente.

Si la ruptura es alta, se pierde menos cantidad de líquido y esto crea incertidumbre sobre la posible ruptura.

En cualquier caso, ante la duda, se deberá consultar. Es fácil confundir el líquido amniótico con la orina o con el flujo vaginal, ya que durante el embarazo aumenta y cambia sus características.

c. Conclusiones de la actividad

Durante la gestación, se pueden presentar diversas circunstancias y situaciones que acostumbran a originar inseguridad en las madres/parejas. Se debe valorar si se tratan de signos de alarma o de signos de bienestar. Poder evaluar estos signos les dará tranquilidad y sentimiento de control sobre lo que sucede. No obstante, se debe aclarar y remarcar que las madres/parejas no están solas, puesto que siempre pueden recurrir a los profesionales que los atienden para que resuelvan sus dudas.

Hay que recordar a las mujeres embarazadas que durante el embarazo se controlan diversos aspectos relacionados con la salud y el bienestar de la madre y el feto entre los que conviene destacar la realización del diagnóstico prenatal de anomalías congénitas (Jané M., Prats R. y Plasència A. 2008)

Actividad 3

LA SEXUALIDAD Y EL EMBARAZO

Visionado DVD
Debate en grupo grande
20 minutos

OBJETIVO 3

- Reflexionar sobre los mitos y los miedos relacionados con la sexualidad durante el embarazo.

CONTENIDOS

- La sexualidad durante la gestación.
- Las posibilidades que ofrece la sexualidad durante el embarazo y desmitificación de falsas creencias.
- Las posiciones más adecuadas para practicar el coito durante la gestación.
- Las situaciones en las que no se recomienda practicar el coito.
- Las medidas de sexo seguro ante conductas de riesgo.

a. Introducción

El deseo sexual puede variar durante el embarazo en función del trimestre de gestación y puede afectar a las relaciones sexuales y afectivas. La finalidad de esta actividad es reflexionar sobre las posibilidades de vivir la sexualidad durante el embarazo de una forma saludable y reducir los miedos y los mitos.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona comentará que las personas participantes verán un vídeo donde aparecen diferentes testimonios de mujeres, hombres y parejas que hablan sobre la sexualidad durante el embarazo. Durante el video, deberán fijarse en dos cuestiones:

- Identificar los sentimientos que se expresan.
- Identificar contraindicaciones y recomendaciones.

Al acabar, a partir de los diferentes testimonios, se iniciará un debate para clarificar los asuntos relacionados con la sexualidad durante la gestación y para comprobar que existen diferentes realidades, todas ellas dentro de la normalidad. En el video, se habrá observado que existen diferentes formas de vivir la sexualidad (aparición de miedos, diferentes intensidades, rechazo, complejos, etc.) y que, en definitiva, los testimonios exponen nuevas formas de relacionarse con la pareja.

Para enriquecer o complementar el debate, la matrona puede ayudarse de algunos de los siguientes aspectos de la *diapositiva 2.3.*, fundamentados en el Departamento de Salud (2005), Torrens y Martínez (2009) y Wilberg (1992).

Orientaciones sobre la sexualidad durante la gestación

La relación de pareja varía durante la gestación, como también cambia la libido.

El deseo sexual acostumbra a alterarse, en uno o ambos miembros de la pareja, en función del trimestre gestacional en que se encuentra la embarazada. Durante el primer trimestre, como se comentó en sesiones anteriores, la mujer suele sufrir hipersomnio, cansancio, hipersensibilidad mamaria y, muchas veces, náuseas y vómitos. Normalmente siente poco interés por las cuestiones relacionadas con la sexualidad. Durante el segundo trimestre acostumbra a recuperar el interés por la relación sexual, ya que se siente mejor y pierde el miedo al riesgo de aborto.

El hecho de que durante la gestación los genitales estén más vascularizados y más lubricados puede aumentar la excitación sexual de la mujer y, por lo tanto, puede incrementar el deseo sexual. Ahora bien, durante el tercer trimestre, generalmente, el interés decrece nuevamente, pues la mujer se siente más pesada (por el importante aumento de volumen del útero) y poco atractiva.

Merece la pena enfatizar que **la sexualidad no comienza ni acaba con el coito, sino que existen muchas otras maneras de expresión sexual** y que el embarazo se presenta como un momento idóneo e interesante para descubrirlas.

Es preciso potenciar la creatividad. La mujer puede requerir que en este momento se acentúen otros aspectos ligados a la sexualidad, como son la demostración de afecto, el erotismo o la ternura. Las caricias, los masajes, los abrazos y la comunicación facilitan la relación afectiva de la pareja, tan importante en esta etapa.

Hay que recordar los diversos tipos de actividad sexual que existen, como pueden ser el petting, la masturbación, la felación, el cunnilingus o el coito, entre otros.

El hecho de que se produzca alguna contracción uterina como consecuencia del orgasmo femenino, con o sin penetración, no debe preocupar a la pareja.

Concretamente, con el coito, la gestante puede sentirse incómoda en determinadas posiciones; cabe apuntar posturas que eviten que el peso de la pareja recaiga sobre el vientre materno.

Se explicará igualmente que **la actividad sexual se puede mantener hasta el mismo día del parto, siempre que la mujer así lo desee y no exista contraindicación específica.**

En líneas generales, los motivos de contraindicación del coito durante la gestación son:

- Amenaza de aborto (primer y segundo trimestre).
- Amenaza de parto prematuro (segundo y tercer trimestre).
- Hemorragia.
- Placenta previa.
- Bolsa de aguas rota.
- Después de una prueba de diagnóstico prenatal invasiva (biopsia de corion, amniocentesis).
- Otras situaciones especiales.

En determinadas situaciones, el miedo a lesionar al feto hace que sea la pareja de la mujer la que no quiera mantener relaciones sexuales.

Se explicará que la bolsa amniótica protege al feto y, por ello, en ningún caso hay contacto con él. A la vez, se recordará la primera de las actividades realizadas en la sesión relativa al embarazo, en la que se comprobó dónde finaliza la vagina y la localización del feto dentro del útero materno.

En todo caso, ante conductas de riesgo, se requerirá la utilización del preservativo masculino o femenino, según convenga, como método barrera.

c. Conclusiones de la actividad

La matrona deberá resaltar los siguientes mensajes:

- El deseo sexual puede modificarse durante la gestación, dependiendo del trimestre gestacional y de la relación de pareja establecida antes del embarazo.
- La sexualidad no empieza ni acaba con el coito, sino que existen muchas otras formas de expresión sexual.
- Hay que potenciar la creatividad para mantener una sexualidad enriquecedora.
- La actividad sexual se puede mantener hasta el mismo día del parto, siempre que la mujer lo desee y que no exista contraindicación específica.
- Ante conductas de riesgo, se deberá utilizar el preservativo masculino o femenino, según convenga.

Actividad 4

CONCIENCIA CORPORAL

45 minutos

OBJETIVO 4

- Aprender a trabajar diferentes elementos de la respiración que ayudan al bienestar de la embarazada y al proceso del parto.

CONTENIDOS

- Los diferentes patrones respiratorios. Buscar la respiración más adecuada al trabajo de parto.
- La estática corporal, mejorar la circulación de retorno, los pectorales.
- La relajación dinámica de Caycedo I, II y III grado adaptada a la embarazada.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se pretende que las madres y sus parejas adquieran destrezas, habilidades o técnicas para el trabajo de parto.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona explicará cada uno de los ejercicios con el propósito de trabajar los tres contenidos que configuran la actividad:

- Respiración
- Conciencia del cuerpo
- Relajación

La respiración

Siguiendo las orientaciones de Courchet (1974), Sebastià (2000) y West (1981), en esta actividad se practicarán diferentes tipos de respiraciones y se valorará las sensaciones que se generan para buscar las más apropiadas para el trabajo de parto.

Para comenzar, se preguntará a las gestantes y a sus parejas si han ensayado las respiraciones de espiración lenta, tal y como se indicó en la sesión anterior, si les han sido útiles o si, por el contrario, se han encontrado con alguna dificultad.

A continuación, se propondrá que realicen una respiración espiración lenta durante unos 60 segundos (duración aproximada de una contracción) y que contabilicen el número de respiraciones que hacen en ese tiempo. Al acabar el minuto, se les preguntará el número de respiraciones y las sensaciones percibidas. Generalmente, el número de respiraciones oscila entre 8 y 3 y la sensación predominante es la de tranquilidad.

La actividad se continuará con la explicación de la **respiración superficial o “de emergencia”**, que pretende alcanzar una mínima movilización abdominal y torácica.

Las respiraciones superficiales se pueden efectuar colocando la **boca en forma de “U”** (lengua detrás de los dientes) o también con la **nariz**. Es preferible hacerlas rápidamente, a la vez que muy suaves, sin emitir ningún sonido o ruido, para conseguir una respiración supraclavicular.

Se ejecutarán las respiraciones superficiales durante 60 segundos y se pedirá que se cuenten el número de respiraciones. Al acabar el minuto se les preguntará el número de respiraciones realizadas y las sensaciones percibidas. En general, el número de respiraciones oscila entre 20 y 50, y la sensación predominante es la de cansancio y, a veces, la de falta de aire y de que el tiempo transcurre más lentamente.

A continuación, se compararán las sensaciones e impresiones experimentadas a través de las dos formas de respiración con la finalidad de distinguir la más útil en las contracciones del trabajo de parto. El objetivo que se quiere conseguir es que se identifique la respiración de espiración lenta como la más idónea.

A partir de aquí, se incidirá en la necesidad de entrenar la espiración de espiración lenta, no sólo en situaciones normales, sino también en situaciones de esfuerzo y de estrés. Sin embargo, hay que señalar que durante el trabajo de parto, en algún momento, sobre todo al final de la dilatación, es habitual que algunas mujeres hayan de recurrir a las respiraciones superficiales ante la imposibilidad de efectuar las de espiración prolongada (*ver la ficha 2.4.a.*).

Se aconsejará la colaboración de las parejas en estos entrenamientos, ya sea contabilizando el número de respiraciones, ya sea aprendiendo los diferentes tipos de respiraciones necesarias para el parto.

Ficha 2.4.a. Entrenamiento respiratorio

- **Realizar respiraciones de espiración activa y prolongada durante 60 segundos** (duración aproximada de una contracción). Deberán contar cuantas respiraciones efectúan y darse cuenta de cómo disminuye el número a medida que entrenan.
- **Respiraciones superficiales rápidas durante 60 segundos.** Las gestantes deberán contar el número de respiraciones que hacen en ese tiempo.
- **Comparar un minuto de respiración prolongada y un minuto de superficial y valorar las diferencias:**
 - Número de inspiraciones/espiraciones.
 - Cansancio.
 - Vivencia del tiempo.

Conciencia corporal. Ejercicios de gimnasia

Se consultará a las gestantes y a sus parejas si han practicado las medidas de higiene postural introducidas en la sesión anterior al realizar sus actividades cotidianas. A continuación, se practicarán diferentes ejercicios centrando la atención en mantener una estática corporal correcta y tomando conciencia del cuerpo durante los diferentes movimientos (*ficha 2.4.b.*).

Ficha 2.4.b. Ejercicios de gimnasia

De pie

Ejercicio 26 - Caminar de puntillas, caminar de talones

Ejercicio 1 - Hombros. Rotación de los hombros hacia atrás

Ejercicio 2 - Hombros. Levantar y estirar el brazo efectuando una ligera flexión

Ejercicio 4 - Pectorales

Ejercicio 16 - Levantarse sobre la punta de los pies

La matrona recomendará a las mujeres seguir manteniendo una postura correcta en las actividades cotidianas y se incidirá, como en la anterior sesión, que es conveniente realizar un paseo de una media hora diaria y natación o ejercicios en el agua dos veces por semana para mantenerse en forma.

La relajación

La matrona explicará el método de la relajación dinámica de Caycedo I, II y III grado. Seguidamente, se realizarán ejercicios y respiraciones de relajación adoptando la postura de meditación inspirada en el Zen japonés (*ficha 2.4.c.*). Esta postura favorece el trabajo de parto, ya que permite que la mujer esté alerta ante la llegada del hijo o hija, pero, a la vez, con el cuerpo relajado. Al terminar, se pondrán en común las sensaciones vividas.

Ficha 2.4.c. Relajación dinámica de Caycedo (RDC) I, II y III grado, adaptada a la embarazada

Posición: sentada con la espalda apoyada en la silla.

Realizar una sofronización simple (SS) o básica y desarrollar las siguientes actividades:

- Contraer los músculos de la cara y de las manos (en forma de garra) 3 veces y vivir las sensaciones recuperativas después de cada ejercicio. Respiración libre.

Ejercicio de brazos:

- Inspirar en reposo, espirar levantando un brazo (derecho, izquierdo, los dos juntos), inspirar en reposo, espirar bajando el brazo/brazos.
- Durante los ejercicios se toma conciencia del desplazamiento, longitud, forma, tensión del brazo/brazos y de la distensión del resto del cuerpo. Vivir las sensaciones recuperativas después de cada ejercicio.

Ejercicio de piernas:

- Inspirar en reposo, espirar levantando una pierna (derecha, izquierda), inspirar en reposo, espirar bajando la pierna. Durante el ejercicio se toma conciencia del desplazamiento, longitud, forma, tensión de la pierna y de la distensión del resto del cuerpo. Vivir las sensaciones recuperativas después de cada ejercicio.

Ejercicio selectivo del suelo pélvico:

- Respiración libre, contraer y relajar el suelo pélvico. Tomar conciencia de esta parte del cuerpo al contraerse y relajarse.

Concentración en un objeto:

- Centrar la atención en imaginar un objeto de la naturaleza (un paisaje, una flor, un árbol, una nube, el sol, etc.) percibiendo sensaciones agradables.
- Concentrarse en la posición del cuerpo:
- Imaginar/visualizar el propio cuerpo en postura de III grado sin moverse de la silla:

Sentada en la parte anterior de la silla, sin moverse.

- Columna vertebral anatómica

La cabeza siguiendo la vertical del tronco, hombros ligeramente atrás, manos cogidas en el bajo vientre o apoyadas sobre los muslos, piernas ligeramente separadas con las planta del pie apoyada en el suelo o pies cruzados bajo la silla, con las rodillas separadas mirando el suelo.

- Ojos entreabiertos

Mirar sin ver, con la mirada perdida.

- Respiración sobre el bajo vientre

Espiraciones activas, largas, contrayendo el bajo vientre.

Inspiraciones pasivas aflojando el bajo vientre.

Después de haber visualizado la postura de RDC III grado, es necesario concentrarse en:

- la postura
- los ojos
- la respiración

Vivir las sensaciones que aporta la postura de fuerza, seguridad, energía en el AQUÍ y en el AHORA.

Cerrar los ojos y volver a la posición inicial (postura II grado).

Centrar la atención en la respiración y sincronizar la salida del aire con sensaciones y pensamientos positivos de tranquilidad, armonía, calma y serenidad.

Desofronización simple

Diálogo postsofrónico

La matrona pondrá de relieve y destacará la capacidad que han demostrado las mujeres de percibir la tensión muscular en la parte del cuerpo contraída y la relajación del resto del cuerpo, así como su capacidad para concentrar la atención en el objeto y relajarse, sentadas con los ojos abiertos.

Para concluir, las mujeres analizarán el momento en que creen que se han mostrado más atentas y concentradas en la respiración (estiradas, sentadas, etc.). El objetivo es reforzar la idea de que la postura de III grado es la que mejor contribuye a enfocar la atención en aquello que se está haciendo. Finalmente, se propondrá a las gestantes/parejas que practiquen la postura mencionada durante la semana.

2.6. Valoración y cierre de la sesión

5 minutos

En esta sesión se han acentuado cuatro aspectos de la vida de la gestante que deben recordarse. Un primer aspecto, trascendental para la salud de la madre y del feto, es el relativo a la alimentación; con unas pautas adecuadas a cada mujer podremos optimizar el buen desarrollo del embarazo y del feto. Un segundo aspecto hace referencia a la capacidad de identificación de signos de bienestar y de alarma, que nos permitirán interpretar cuándo debemos inquietarnos y, por el contrario, cuándo debemos permanecer serenos y tranquilos. Un tercer aspecto se refiere a la sexualidad. Durante la gestación, aparecen cambios que pueden afectar a la libido; se deben tener presentes las contraindicaciones y es útil la creatividad para conseguir unas vivencias sexuales positivas y saludables. Y, por último, el cuarto aspecto está relacionado con la respiración; hemos descubierto formas de relajación que permiten concentrarse en lo que sucede durante el embarazo y, especialmente, en el momento del trabajo de parto.

2.7. Referencias bibliográficas

Cervera, P. (1987). *Alimentació materno-infantil*. Vic: Eumo.

Courchet, J. (1974). *Respiration dynamique relaxante*. Paris: Libriere Maloine.

Fernández, R., Prats, R., Cabero, LI., Carreras, JM. y Costa, D. (2005). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. 2ª edición. Barcelona. Generalitat de Catalunya. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protseguir2006.pdf>

Fernández, R y Prats, R. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpart.pdf>

Jané, M., Prats, R y Plasència, A. (2008). *Protocol de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites fetals*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3312/diagprenfetcatcomp.pdf>

Martínez, C., Jané, M., Prats, R. (2008). *Guia per a embarassades*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1963/gembarassades.pdf>

Torrens, R. Mª y Martínez, C. (2009). *Enfermería de la mujer*. 2ª edición. Madrid: Difusión Avances en Enfermería.

Sebastià, G. (2000). Entrenamiento psicofísico en la gestante a *Matronas profesion*, 1-13.

Vanrell, J.A., Iglesias, X. y Cabero, LI. (1994). *Manual de obstetrícia y ginecologia para pregraduados*. Barcelona: Masson-Salvat

West, J.B. (1981). *Fisiología respiratoria*. Buenos Aires: Medicina Panamericana.

Wilberg, G. (1992). *Preparing for Birth and Parenthood. Awareness training and teaching manual for childbirth professionals*. Londres: Butterworth-Heinemann.

Sesión

3

**Llega el momento:
el proceso del parto**

Llega el momento: el proceso del parto

En nuestra sociedad, el parto es un proceso fisiológico que principalmente se vive dentro del entorno hospitalario, donde la mujer puede recibir una atención más o menos medicalizada. Se trata del nacimiento de un ser humano que deberá adaptarse a un nuevo medio y que necesitará de la atención y cuidado de su familia para cubrir sus necesidades básicas. También es el instante en que las madres y los padres conocerán a su bebé e iniciarán con él una relación mucho más directa, después del periodo de espera del embarazo. En el parto confluyen proyecciones, cambios físicos, emociones, sensaciones, dolor, sentimientos y miedos; por todo ello, es un momento muy intenso en la vida de la mujer y de la pareja que se debe vivir y asumir de forma positiva.

Para conseguir una buena vivencia del momento del parto se incidirá en diferentes aspectos a lo largo de la tarea de preparación.

Se trabajarán los conocimientos con el objetivo de que la mujer conozca cuáles son los órganos que tienen un papel importante durante el parto, su fisiología, los cambios y los diferentes procesos, para que pueda comprender mejor lo que sucede en su cuerpo. Con esta información, la podremos ayudar a abandonar el miedo a lo desconocido y favoreceremos la confianza en su capacidad de reconocer los cambios que tienen lugar en su cuerpo. Así pues, podrá discernir entre los signos que indican que el trabajo de parto ha comenzado, los signos de normalidad y los signos que debe consultar con urgencia. Al mismo tiempo, es preciso ofrecer, tanto a la mujer como a su pareja, estrategias para que puedan participar activamente en el parto, como por ejemplo, técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor. Se facilitará, pues, que adquieran destrezas y habilidades y se reforzará la seguridad y fortaleza ante la situación que deberán vivir.

Para muchas mujeres, el nacimiento de su primer hijo o hija es su primer ingreso en un centro hospitalario, de manera que muchas de las situaciones con las que se enfrentarán les serán nuevas. El hecho del nacimiento de un hijo o hija puede generar miedos que, según la propia vivencia en el entorno hospitalario, se pueden agravar, generándole inseguridad y estrés, o bien, al contrario, pueden menguar, proporcionándole tranquilizar y seguridad. Se debe ofrecer toda la información necesaria para que la mujer y su pareja conozcan cuáles son los procedimientos más habituales que se encontrarán en el hospital y cuáles son los recursos con los que podrán contar.

El nacimiento es un fenómeno intenso no sólo para la madre y para el padre, como hemos dicho, sino también para el recién nacido. Un indicio de la intensidad que supone este proceso para el bebé es el alto nivel de adrenalina que presenta en el momento del nacimiento, lo que facilita su adaptación al nuevo entorno. Por otra parte, un hecho fundamental para el bienestar del recién nacido es que las madres y los padres conozcan los cambios que experimenta por el simple hecho de nacer, sus necesidades físicas y emocionales, así como la importancia de las primeras horas de vida para el establecimiento de los vínculos afectivos. En proceso, crece el protagonismo del entorno hospitalario; su papel es fundamental para facilitar la cobertura de las necesidades físicas y emocionales de la criatura, especialmente de las relacionadas con la formación de los vínculos afectivos.

3.1. Objetivos de la sesión

1. Identificar cuáles son los signos y síntomas que indican que el trabajo de parto ha comenzado y cuándo hay que acudir al hospital
2. Conocer las fases del trabajo de parto y los cambios que supone el parto para el recién nacido
3. Analizar las técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor
4. Adquirir destrezas para el trabajo de parto

3.2. Índice de la sesión

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Signos de parto** (trabajo en pequeños grupos y exposición oral, 15 minutos)
- Actividad 2. **¿Qué sucede en el proceso del nacimiento?** (Historia animada, visionado de vídeo, trabajo en grupo grande, 45 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **¿Cómo me puedo sentir mejor?** (trabajo en pequeños grupos, trabajo en pareja y trabajo individual, 30 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (30 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

3.3. Contenidos de la sesión

1. Identificación de los signos y síntomas que indican que el trabajo de parto ha comenzado e identificar cuándo hay que acudir al hospital

- El reconocimiento de una contracción uterina.
- El reconocimiento de cuándo se debe acudir al hospital.
- Significado del ritmo de las contracciones.
- Identificación y tratamiento de la bolsa de las aguas e identificación de las aguas claras y de las aguas teñidas.
- Valoración de la metrorragia como signo de problemas a nivel placentario.

2. El conocimiento de las fases del parto y los cambios que supone el parto para el recién nacido

- Fases: parto, dilatación, expulsivo y alumbramiento.
- Qué sucede en cada fase, su duración, los signos a nivel hospitalario y qué papel tienen la mujer y la pareja.
- Los cambios que supone el momento del nacimiento para el recién nacido.

3. Análisis de técnicas no farmacológicas para aligerar el dolor

- Valoración de las diferentes técnicas y su aplicación en cada una de las fases.

4. Adquisición de destrezas para el trabajo de parto

- La simulación de una contracción.
- El masaje para acompañar a la mujer durante el trabajo de parto.
- Ejercicio de reflexión sobre los cambios que supone el nacimiento para el recién nacido.

3.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor de CD/DVD.

• CD

Fichas

- Ficha 3.1. Síntomas de parto
- Ficha 3.2.a. Las fases del parto
- Ficha 3.2.b. Mis emociones
- Ficha 3.3.a. Estrategias para moderar el dolor
- Ficha 3.3.b. ¿Qué puedo hacer para sentirme mejor?

Diapositivas

- Diapositiva 3.0. Objetivos e índice de la sesión
- Diapositiva 3.1.a. ¿Cómo reconocer una contracción?
- Diapositiva 3.1.b. ¿Cuándo es preciso ir al hospital?
- Diapositiva 3.2. ¿Qué sucede durante el nacimiento?
- Diapositiva 3.3. ¿Qué puedo hacer para sentirme mejor?
- Diapositiva 3.4.a. Simulación de una contracción
- Diapositiva 3.4.b. Masaje para acompañar durante el trabajo de parto
- Diapositiva 3.4.c. Ejercicio de reflexión sobre cambios para el recién nacido

• DVD

- Historias animadas. 3.2.a. ¿Qué sucede durante el nacimiento?
- Video. 3.2.b. El momento del nacimiento

3.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las embarazadas y a sus parejas. Se hará un breve recordatorio de la sesión anterior y se situará a las personas participantes en el tema de la actual sesión: *el proceso del parto*. Con la ayuda de la *diapositiva 3.0. Objetivos e índice de la sesión*, se presentarán los objetivos generales y las actividades.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 3

1. Identificar cuáles son los signos y síntomas que indican que el trabajo del parto ha comenzado y cuándo se debe acudir al hospital.
2. Conocer las fases del trabajo del parto y los cambios que supone el parto para el recién nacido.
3. Analizar las técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor.
4. Adquirir destrezas para el trabajo del parto.

ÍNDICE DE LA SESIÓN 3

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Signos de parto** (trabajo en grupos y exposición oral, 15 minutos)
- Actividad 2. **¿Qué sucede durante el proceso de nacimiento?** (Historia animada, visionado de vídeo y trabajo en grupo grande, 45 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **¿Cómo me puedo sentir mejor?** (trabajo en pequeños grupos, trabajo en pareja y trabajo individual, 30 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (30 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

Actividad 1

SIGNOS DE PARTO

Trabajo en pequeños grupos
Exposición oral
15 minutos

OBJETIVO 1

- Identificar cuáles son los signos y síntomas que indican que el trabajo del parto ha comenzado e identificar cuándo se debe acudir al hospital.

CONTENIDOS

- El reconocimiento de una contracción uterina.
- El reconocimiento de cuándo se debe acudir al hospital.
- Significado del ritmo de las contracciones.
- Identificación de la ruptura de la bolsa de las aguas e identificación de las aguas claras y de las aguas teñidas.
- Valoración de la metrorragia como signo de problemas a nivel placentario.

a. Introducción a la actividad

Muchas embarazadas, sobre todo las primerizas, coinciden en dudar acerca de si serán capaces de reconocer las contracciones o el inicio del trabajo del parto. Con el desarrollo de esta actividad se pretende poner a su alcance la información necesaria para resolver su incertidumbre, de manera que sepan identificar el momento en que deben dirigirse al hospital.

b. Desarrollo de la actividad

Se propondrá a los participantes que se agrupen, en función del número de asistentes, en grupos de un máximo de cuatro personas cada uno procurando, cuando sea posible, que en cada grupo exista, como mínimo, una persona que haya sido madre. Para poder guiar la discusión en grupo, se proyectará una diapositiva que contiene diversas cuestiones, algunas para mujeres que no han sido madres, y otras para mujeres que sí lo han sido. Se designará una portavoz en cada grupo que se encargará de trasladar al conjunto de los participantes de la sesión las reflexiones comentadas sobre cada una de las preguntas planteadas.

Ficha 3.1. Síntomas de parto

Responded a las siguientes preguntas en grupos de un máximo de 4 personas:

Mujeres que hayan sido madres:

- ¿Cómo recuerdas tus contracciones?
- ¿Cómo te sentiste?
- ¿Qué te hizo decidir acudir al hospital?

Mujeres primerizas:

- ¿Cómo te imaginas que serán las contracciones?
- ¿Qué sentimientos esperas que se den?
- ¿Qué te hará decidir ir al hospital?

Después, la matrona continuará la actividad realizando una exposición oral ayudándose de la *diapositiva 3.1.a ¿Cómo reconocer una contracción?* y de la *diapositiva 3.1.b. ¿Cuándo es preciso ir al hospital?*, con el objetivo de recoger todas las aportaciones hechas y de explicar otras cuestiones que no se hayan planteado.

Orientaciones para la matrona sobre los signos y vivencias del parto

El contenido teórico que figura a continuación es una simple guía orientativa que la matrona puede utilizar según le convenga. No se debe transmitir toda la información a los participantes de la sesión, sino sólo aquella que la matrona crea oportuna según las características del grupo.

Signos y síntomas que indican que el trabajo de parto ha comenzado. Identificar cuándo se debe acudir al hospital.

Cuando la mujer dispone de la información adecuada, es capaz de distinguir los signos que indican el inicio del trabajo de parto y los síntomas por los que debería ponerse en contacto con un centro hospitalario. Esta información fomenta su seguridad ante nuevas situaciones y la ayuda a aminorar su angustia.

Para poder identificar el momento del inicio del trabajo de parto, la mujer debe reconocer una contracción uterina y valorar su periodicidad. Se debe explicar que, al comienzo del parto, las contracciones rítmicas no siempre están asociadas a una sensación dolorosa y que la aparición de contracciones rítmicas antes de las 36 semanas puede indicar una amenaza de parto prematuro, caso en el que debería acudir al hospital para valorar la necesidad de pararlo o no.

Otro signo que debe ser capaz de reconocer es la ruptura de la bolsa de las aguas, puesto que también es un motivo por el cual deberá ir al hospital.

También debe saber que el color normal de las aguas es claro y transparente y que la presencia de coloración verdosa es un signo de alerta. Igualmente, la pérdida de sangre en cantidad considerable es siempre un signo de alerta, ya que puede significar un desprendimiento de la placenta y, por lo tanto, un riesgo de sufrimiento fetal. Es, pues, causa de consulta urgente con el profesional correspondiente del centro hospitalario.

Según una revisión bibliográfica de la Cochrane (2006a), se evidencia que la información sobre el autodiagnóstico del trabajo de parto activo suministrada en la fase educativa prenatal reduce el promedio de visitas anticipadas al parto.

El parto es el proceso que consigue que el feto transite desde la cavidad uterina al exterior del organismo materno. Generalmente se considera que el parto se ha iniciado cuando existe una actividad uterina rítmica de 2 o más contracciones uterinas cada 10 minutos, el cuello del útero presenta cambios hacia la maduración y ha comenzado la dilatación (Departamento de Salud, 2003). El trabajo de parto es un esfuerzo muy considerable en el que se consumen grandes cantidades de energía.

¿Cómo reconocer una contracción?

Definimos a continuación aquello que caracteriza a una contracción:

1. El útero, como cualquier otro músculo, se endurece cuando se contrae. Por lo tanto, las paredes uterinas se tensarán y no se podrán detectar las partes fetales ni percibir los movimientos fetales con claridad.
2. Si tuviéramos que definir el camino que recorre la intensidad de una contracción, la representaríamos con el dibujo de una montaña. Inicialmente, las fibras uterinas se contraen de forma suave, aumenta progresivamente la intensidad hasta llegar a su máximo y, entonces, decrece paulatinamente, desapareciendo poco a poco la sensación de contracción.
3. La duración de la contracción varía según la fase del parto. Al principio puede prolongarse hasta unos 30 segundos y, al final, como máximo, hasta unos 60 segundos.
4. La sensación de dolor durante la contracción cambia bastante en función de la persona y de la fase del parto. La sensación se podría comparar con un dolor menstrual y, a veces, con un dolor lumbar.

Motivos para ir al hospital

1. Experimentar contracciones uterinas rítmicas (1 cada 5 minutos en un período de una hora) que no ceden con el reposo.
2. Romper la bolsa de las aguas:
Se debe de observar la hora de la ruptura y las características de las aguas. Su color normal es transparente.
La presencia de líquido verde puede evidenciar signos de sufrimiento fetal y es preciso consultar con urgencia al centro hospitalario.
3. Metrorragia (pérdida de sangre por vía vaginal); puede revelar que existe un desprendimiento de la placenta y se debe consultar al hospital con urgencia.

c. Conclusión de la actividad

Una vez finalizada la actividad, la matrona reforzará la confianza de las madres y de sus parejas, que ahora ya disponen de la información adecuada para identificar los cambios en el cuerpo materno que señalan el inicio del trabajo de parto. Las indicaciones sobre la significación del ritmo de las contracciones, del rompimiento de la bolsa de las aguas y la valoración de la metrorragia también les permitirán realizar un planteamiento sobre su actuación cuando se presente esta situación.

Actividad 2

¿QUÉ SUCEDE DURANTE EL PROCESO DEL NACIMIENTO?

Historia animada
Visionado de vídeo
Trabajo en grupo grande
45 minutos

OBJETIVO 2

- Conocer las fases del trabajo de parto y los cambios que supone el parto para el recién nacido.

CONTENIDOS

- Fases: parto, dilatación, expulsivo y alumbramiento.
- Qué sucede en cada fase, su duración, los signos a nivel hospitalario y qué papel tienen la mujer y la pareja.
- Los cambios que supone el momento del nacimiento para el recién nacido.

a. Introducción a la actividad

En general, el parto se asocia sólo con la imagen de la salida del bebé pero, en realidad, el parto es un fenómeno mucho más complejo, con diferentes fases. El proceso del nacimiento incluye cambios tanto en el cuerpo de la madre, para facilitar la expulsión del hijo/a, como en el cuerpo del recién nacido, para adaptarse a un nuevo medio. Con la realización de esta actividad se intentará que las mujeres y sus parejas adquieran conocimientos sobre las diferentes fases del parto, y sobre todo lo que acontece a cada una de ellas, su duración y las posibles actuaciones ante las diversas situaciones. La información que se ofrecerá a continuación puede ser desconocida para algunos de los asistentes mientras que para los que ya la conozcan, les servirá de recordatorio.

b. Desarrollo de la actividad

A partir de la historia animada correspondiente a la *diapositiva 3.2.a. ¿Qué sucede durante el nacimiento?*, se explicarán las diferentes fases del parto, cuánto duran y qué ocurre.

Es indispensable instruir a la mujer sobre las diferentes etapas del parto (parto o pródromos, dilatación, expulsivo y alumbramiento) para que pueda identificarlas, así como dominar sus características fundamentales y cuál puede ser su duración (a pesar de que ésta varía según si se trata de una evolución espontánea o inducida). Se debe remarcar que, generalmente, la etapa más extensa es la de dilatación, por ello es la fase que requerirá más recursos para poder vivirla positivamente.

Al finalizar la exposición de la matrona, se pedirá a las mujeres y a sus parejas que respondan a las cuestiones de la *ficha 3.2.a. Las fases del parto*.

Responded a las siguientes preguntas en grupo

1. ¿Cuáles son las fases del trabajo de parto?
2. ¿Cuál es la fase más duradera?

Orientaciones para la matrona sobre las diferentes fases del trabajo de parto

PREPARTO	
¿Qué es?	Es el período previo al inicio del trabajo de parto que supone la preparación para este último.
¿Cuánto dura?	Puede abarcar desde unas horas hasta varios días.
¿Qué ocurre?	Se puede producir la expulsión del tapón mucoso. Hay contracciones, pero NO SON RÍTMICAS. El cuello uterino se borra y se puede empezar a dilatar.
DILATACIÓN	
¿Qué es?	Período en el que el cuello uterino se va abriendo paulatinamente. Se debe alcanzar una dilatación de 10 cm. Se pueden diferenciar dos fases en este período (Departamento de Salud, 2003): Fase latente, que comprende desde los 0 cm hasta los 2 cm (fase lenta) Fase activa, que comprende desde los 2 cm hasta los 10 cm y se distinguen: Período acelerativo: de 2 a 4 cm Período de velocidad máxima: de 4 a 9 cm Período de desaceleración: de 9 cm a dilatación completa.
¿Cuánto dura?	En una nulípara puede durar hasta 15 horas. En una multípara puede durar hasta 10 horas
¿Qué ocurre?	Existen CONTRACCIONES RÍTMICAS, intensas y que no ceden cuando se está en reposo. En el período acelerativo, el ritmo de las contracciones suele ser de 1 cada 5-10 minutos. En el período de velocidad máxima, el ritmo de las contracciones suele ser de 3-4 cada 10 minutos.
EXPULSIVO	
¿Qué es?	La bajada del feto por el canal de parto y la salida al exterior.
¿Cuánto dura?	Puede durar hasta dos horas.
¿Qué ocurre?	Una vez aplicada la analgesia peridural, esta fase puede ser más extensa. Las contracciones son rítmicas y aparece la sensación de pujo. La cabeza del feto presiona el recto cuando aparece una contracción.
ALUMBRAMIENTO	
¿Qué es?	La expulsión de la placenta.
¿Cuánto dura?	Puede tardar de 10 a 60 minutos en ser expulsada.
¿Qué ocurre?	El útero se contrae después de salir el feto y ello provoca que la placenta se desprenda.

Se seguirá la actividad con la ayuda del vídeo (*vídeo 3.2.b. El momento del nacimiento*), donde se reflejarán imágenes reales sobre las diferentes fases del parto, las expectativas de las parejas, el inicio del parto en casa, qué ocurre en el hospital, cuáles son las actitudes que adoptan la mujer y su pareja y qué se puede hacer para vivirlas positivamente.

Al finalizar el video se pedirá a las personas participantes que expresen qué es lo que más les ha impactado del proceso del parto y qué es aquello que más les ha emocionado (*ficha 3.2.b.*).

Ficha 3.2.b. Mis emociones

Después de visualizar el vídeo “El momento del nacimiento”, los participantes reflexionaran sobre las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es lo que más os ha impactado del proceso del parto?
2. ¿Qué es lo que más os ha emocionado?

Orientaciones para la matrona sobre qué se hace en el hospital y qué actitud se deben adoptar en las diferentes fases del trabajo de parto

- Proporcionar información sobre el procedimiento más habitual que se lleva a cabo en el hospital a lo largo de las diferentes fases del trabajo de parto.
- Facilitar diferentes estrategias para cada una de las fases del parto, tanto para la mujer como para la pareja o persona acompañante.
- Analizar cuáles son los cambios que vive el recién nacido cuando nace, cuáles son sus necesidades y cómo satisfacerlas.
- La hora que sigue al nacimiento es una de las etapas más críticas en la vida de los seres humanos. El recién nacido debe comenzar a respirar, su corazón debe bombear sangre para la circulación pulmonar, la circulación pulmonar y sistémica deben separarse con el cierre de las conexiones que existen entre ellas (ductus arteriosos y foramen oval), debe regular su temperatura y adaptarse a la gravedad.

Se debe tener en cuenta que el neonato está libre de gérmenes; al cabo de una hora de nacer, millones de estos gérmenes habrán colonizado sus mucosas. La adaptación es más fácil si lo colonizan las bacterias de su madre, ya que comparte con ella los mismos anticuerpos IgG. En consecuencia, es aconsejable que el primer ser humano con quien el recién nacido debería tener contacto es con la madre. Por otro lado, el recién nacido está habituado a recibir niveles de glucosa continuos dentro del útero, a través del cordón umbilical; después del nacimiento, deberá de acostumbrarse al suministro discontinuo de alimentos. También cabe destacar que las hormonas del recién nacido y su niveles juegan un papel clave en lo que se refiere a la interacción madre-hijo/a. La noradrenalina que libera el feto le permite adaptarse a la falta fisiológica de oxígeno de la fase de expulsión. El efecto más visible de esta liberación hormonal es que el neonato está alerta. Generalmente, al nacer con los ojos bien abiertos y las pupilas dilatadas, las madres se sienten fascinadas y encantadas con la mirada de sus hijos. Parece que el recién nacido dé una señal. Este contacto visual es un aspecto importante para el comienzo de la relación madre-recién nacido. (Odent, M. 1999).

Qué se hace en el hospital y actitudes que deben tomarse en las diferentes fases del proceso de parto

PREPARTO	
¿Qué se hace en el hospital?	<p>Controles semanales a partir de las 38 semanas.</p> <p>Pruebas para valorar el bienestar fetal con el registro cardiotocográfico (RCTG).</p>
¿Qué actitudes deben adoptarse?	<p>Distraerse, pasear, leer, escuchar música, bañarse, descansar, bailar, reír, etc.</p> <p>Continuar con la vida cotidiana</p> <p>Respiración lenta y masajes durante las contracciones, que servirán de entreno para el parto.</p>
DILATACIÓN	
¿Qué se hace en el hospital?	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del bienestar fetal y de si el trabajo de parto ha empezado (tacto vaginal, RCTG): <ul style="list-style-type: none"> • Si es una fase muy inicial, se enviará a la gestante a su domicilio. • Si el trabajo de parto ha comenzado, se ingresara a la gestante en una habitación o en la sala de dilatación/parto. • Anamnesis, control de constantes vitales. • Control del ritmo de las contracciones uterinas y del latido cardíaco fetal que se puede realizar con un monitor, de forma intermitente o continua. • Colocación de una vía y/o utilización de oxitócico si el ritmo del parto lo requiere. • Tactos vaginales para valorar cómo evoluciona la dilatación. • Aplicación de analgésicos o de anestesia, según la voluntad de la mujer.
¿Qué actitudes deben adoptarse?	<p>Fase latente y período acelerativo: la mujer puede seguir haciendo vida normal y debe distraerse. Controlará el ritmo de las contracciones y realizará respiraciones en aquellas que sean más intensas o que lo requieran. Si el ritmo de las contracciones es de 1 cada 10 o 15 minutos, entre una y otra se pueden llevar a cabo actividades que faciliten el entretenimiento. En esta fase, la mujer aún puede permanecer en casa e ir preparando todo aquello que necesitará en el hospital.</p> <p>Período de velocidad máxima: se producen 3 o 4 en aproximadamente 10 minutos y la sensación de presión es más intensa. Se recomienda que durante la contracción se pongan en práctica los recursos que se han aprendido, tales como las respiraciones con espiración y los masajes en la zona dorsal. También es aconsejable el uso de una pelota grande para buscar la movilidad de la pelvis, el uso de calor local, un baño, etc., en función de los recursos del centro. Es importante descansar e intentar pensar en positivo durante los momentos en que no hay contracción. En este período de velocidad máxima, la mujer acostumbra a estar en el hospital y puede llevar una vía canalizada, se le puede administrar suero y puede estar conectada a un monitor, de forma continua o intermitente, para ir valorar el latido fetal y el ritmo de las contracciones.</p>

EXPULSIVO	
¿Qué se hace en el hospital?	<p>Este período se vive en la sala de dilatación/partos.</p> <p>La mujer debería colocarse en la posición que le sea más cómoda para parir, aunque a la vez debe procurar que los profesionales que la atenderán se encuentren seguros en la posición escogida.</p> <p>Desinfección de la región del perineo, sondaje vesical (si es preciso), lubricación del canal de parto.</p> <p>Asistencia al nacimiento.</p> <p>Episiotomía cuando se considere necesaria.</p>
¿Qué actitudes deben adoptarse?	<p>Realización de los pujos durante la contracción.</p> <p>Mientras no aparezca la contracción; descansar, relajarse y realizar respiraciones profundas para oxigenar bien al feto.</p>
ALUMBRAMIENTO	
¿Qué se hace en el hospital?	<p>Ligera presión en la región abdominal para facilitar la salida de la placenta.</p> <p>Revisión de la placenta.</p> <p>Sutura (si es preciso) del desgarro o de la episiotomía.</p> <p>Administración de medicamentos para contraer el útero.</p> <p>Pinzamiento y sección del cordón umbilical cuando deje de latir.</p> <p>En caso de que los padres quieran realizar una donación de la sangre del cordón, habrá que pinzarlo inmediatamente ya que, en caso contrario, pueden surgir dificultades para obtener la cantidad suficiente de sangre para la donación.</p>
¿Qué actitudes deben adoptarse?	<p>Relajarse, descansar, respirar lentamente, contacto piel con piel con el bebé, observación del recién nacido, ofrecerle el pecho.</p>

Siempre que el estado del recién nacido lo permita y la madre lo desee, es conveniente el contacto piel con piel de ambos, colocando al neonato sobre el pecho de la madre. Ella le puede ofrecer el calor que el recién nacido necesita en los primeros momentos de vida y podrá comenzar a reconocerlo, podrá mirarlo, tocarlo y hablarle y, al mismo tiempo, él se irá tranquilizando; todo ello favorece la formación de los vínculos afectivos. En la revisión Cochrane, Moone y Hepwort, (2006 b), se describe que el contacto de la piel de la madre con la piel del recién nacido de forma precoz tiene efectos positivos sobre la lactancia materna y también sobre el contacto afectivo.

Es conveniente que la mujer y la pareja reciban información en todo momento por parte de los profesionales del hospital, para saber en qué punto están del proceso, así como de todas las pequeñas o grandes intervenciones que deban ir haciéndose en la mujer o el neonato. En caso de que no se les ofrezca, pueden preguntar todas las dudas que tengan a la matrona u obstetra que les atiende, para poder de esta forma dar su consentimiento.

c. Conclusiones de la actividad

El trabajo de parto es una vivencia importante para la mujer, para la pareja y para el recién nacido. Conocer lo que acontece a lo largo del proceso de parto desde el punto de vista del cuerpo de la mujer, de los cambios que supone el nacimiento para el neonato y de lo que sucederá en el hospital, les ayudará a entender el proceso y a disminuir el miedo a aquello que les es desconocido. En esta actividad se indicarán los elementos relacionados con el momento del nacimiento en sus diferentes fases, así como las actitudes que deben adoptarse en relación con cada etapa y las vicisitudes que supone para la madre, para la pareja y también para el recién nacido.

Actividad 3

¿CÓMO ME PUEDO SENTIR MEJOR?

Trabajo en pequeños grupos,
trabajo en pareja y trabajo individual

30 minutos

OBJETIVO 3

- Analizar las técnicas no farmacológicas para aligerar el dolor.

CONTENIDOS

- Valoración de las diferentes técnicas y su aplicación en cada una de las fases.

a. Introducción a la actividad

Esta actividad persigue que las mujeres/parejas analicen diferentes estrategias que pueden utilizar durante el trabajo de parto para aliviar el dolor y obtener una mejor vivencia de este momento.

b. Desarrollo de la actividad

Se formarán 5 pequeños grupos, a cada uno de los cuáles se les asignará una de las cinco preguntas de la *ficha 3.3.a. Estrategias para moderar el dolor*, que contiene frases que se refieren a situaciones cotidianas que pueden tener lugar a lo largo del trabajo de parto, así como también dos respuestas que reflejarán actitudes opuestas. Cada grupo analizará cuál de las dos soluciones que se proponen es la más adecuada para moderar el dolor y el porqué. Después, cada grupo comentará y argumentará su pregunta y la respuesta elegida.

Ficha 3.3.a. Estrategias para moderar el dolor

¿Qué puedo hacer durante el parto y durante las contracciones en casa?

- a) Estar quieta en la cama o sentada.
- b) Estar de pie, cogida de la pareja, buscando el balanceo de la pelvis.

¿Qué puedo pensar en el periodo que se extiende entre contracción y contracción?

- a) Una contracción más, ahora vendrá otra, esto no se acaba...
- b) Una contracción menos, mi hijo/a está más cerca, ya queda menos...

¿Qué puedo hacer en el periodo entre contracciones de la fase inicial (1 contracción cada 10 minutos)?

- a) Distraerse, hacer vida normal, tomar un baño...
- b) Avisar a toda la familia, que todo el mundo esté pendiente de lo que pasa, dirigirse rápidamente al hospital...

¿Qué puedo hacer durante la contracción?

- a) Respiración lenta, adoptar la postura apropiada, fijar la mirada, intentar relajarse...
- b) Gritar para aliviar el dolor, coger la mano fuertemente a la pareja, tensar todo el cuerpo...

¿Qué puede hacer la pareja durante la contracción?

- a) Colaborar con la mujer masajeándole la zona lumbar, recordarle las respiraciones que debe efectuar, controlar el tiempo...
- b) Ocuparse de llamar por teléfono, enviar mensajes, distraerse con la televisión...

Respuestas correctas a las cuestiones formuladas:

¿Qué puedo hacer en el parto y durante las contracciones en casa?

- b) Estar de pie, cogida de la pareja, buscando el balanceo de la pelvis.

¿Qué puedo pensar en el periodo que se extiende entre contracción y contracción?

- b) Una contracción menos, mi hijo/a está más cerca, ya queda menos. Explorar pensamientos positivos es una técnica de distracción que evita comenzar a "sufrir" anticipando el dolor de la siguiente contracción.

¿Qué puedo hacer en el periodo entre contracciones de la fase inicial (1 contracción cada 10 minutos)?

- a) Distraerse, hacer vida normal, tomar un baño. Estas tareas ayudan a disminuir el dolor en el proceso de parto, mientras que tener mucha gente alrededor en estado de espera y de alerta genera tensión y estrés.

¿Qué puedo hacer durante la contracción?

- a) Respiración lenta, adoptar la postura apropiada, fijar la mirada, intentar relajarse. La respiración, los cambios de postura y la concentración son elementos que ayudan a disminuir el dolor. La tensión y la contracción muscular harán que el proceso del parto sea más agotador.

¿Qué puede hacer la pareja durante la contracción?

- a) Colaborar con la mujer masajeándole la zona lumbar, recordarle las respiraciones que debe efectuar, controlar el tiempo. El masaje lumbar ayuda a calmar la sensación dolorosa de la contracción y hace que la pareja o acompañante asuma un rol activo en el proceso del parto.

Para acabar la actividad, se proyectará la *ficha 3.3.b. ¿Qué puedo hacer para sentirme mejor?* y se comentará en grupo el cuadro del ritmo de las contracciones. El objetivo que se persigue es que puedan encontrar estrategias para seguir según el ritmo de las contracciones.

Ficha 3.3.b. ¿Qué puedo hacer para sentirme mejor?

Completa el cuadro siguiente:

Ritmo de las contracciones	Minutos con contracción	Minutos sin contracción	¿Qué puedo hacer o pensar durante y entre las contracciones? ¿Qué puede hacer la pareja?
1x15	1	14	
1x10	1	9	
2x10	1	4	
3x10	1	3	
4x10	1	2	

Orientaciones para la matrona sobre las diferentes técnicas para calmar el dolor

El **dolor** es una experiencia humana universal y es lo que frecuentemente motiva la petición de cuidados de salud. El dolor no se experimenta sólo físicamente, sino también emocional y cognitivamente. Clásicamente, por este motivo, se distinguen tres aspectos del dolor:

- Aspecto sensitivo (sensaciones físicas)
- Aspecto afectivo (sentimientos y emociones)
- Aspecto cognitivo (pensamientos)

La disminución del dolor durante el parto ha sido una preocupación constante de todas las sociedades. Progresivamente, las personas profesionales de la salud se han ido planteando cómo reducir el dolor y, precisamente, una parte importante de la labor de la matrona durante el parto tiene este objetivo.

Para alcanzar un correcto control del dolor durante el parto, es fundamental la preparación previa que ha llevado a cabo la mujer. Inicialmente, los grupos de preparación para la maternidad se centraban en la elaboración de métodos que permitieran el control del dolor; así, clásicamente se ha utilizado el método Read, fundamentado en la idea de que el parto no tiene que ser doloroso, cuando la mujer disfruta de un programa de entreno que tiene que incluir la información, la respiración correcta y la relajación. El método Lamaze utilizado tradicionalmente ponía énfasis en la fisiología del dolor y definía la psicoprofilaxis como la prevención del dolor mediante el uso de la palabra. Consideraba que si las mujeres conocían mucho mejor todo el proceso del parto, el miedo disminuía y, en consecuencia, también el dolor se reducía.

Características del dolor durante el parto:

El dolor tiene diversos orígenes en función de la etapa del parto en la que se encuentra la embarazada.

Primera etapa:

- Las contracciones uterinas causan dolor porque disminuye el riego sanguíneo del útero mientras se producen.
- La dilatación y el acortamiento del cuello del útero se consiguen por el estiramiento y la tracción de los músculos. Surge dolor, no sólo por la tracción, sino también por la estimulación de los ganglios nerviosos.
- La presentación fetal aumenta la incomodidad y el dolor ya que la cabeza del feto presiona la columna de la embarazada añadiendo tensión y molestias.
- El miedo, la tensión y el dolor causados por el desconocimiento de esta situación por parte de la mujer, por factores personales y por el entorno aumentan la sensación dolorosa. Se conoce como el ciclo clásico de miedo-tensión-dolor.
- Las características fisiológicas individuales también influyen en los límites personales del dolor.

Segunda etapa:

Además de los factores anteriormente mencionados, en esta etapa se origina el dolor por:

- Estiramiento de la vagina y del suelo pélvico y presión sobre el perineo por acomodación de la presentación fetal.
- El estímulo doloroso se transmite por los nervios torácicos, lumbares y sacros.
- Contracciones uterinas más intensas.
- Cansancio, en función de la duración del período de dilatación.

Tercera etapa:

Es más relajada para la mujer, pero también puede aparecer dolor como consecuencia de:

- Expulsión de la placenta.
- Episiotomía o desgarros y su reparación.
- Cansancio y fatiga intensa.

Aspectos psicológicos del dolor

Existen diferentes investigaciones y publicaciones que estudian los aspectos psicológicos de la percepción del dolor (De Palma, 1997) y, en todas ellas, existe un cierto acuerdo en que la percepción, la expresión y la reacción ante el dolor están influidos por variables genéticas, de desarrollo, familiares, psicológicas, sociales y culturales. Los factores psicológicos acostumbra a ser factores situacionales y/o emocionales. La mayoría de estos estudios también concluyen que la atención, la comprensión, el control, las expectativas y el significado adverso pueden afectar a la percepción dolorosa. Los factores psicológicos que parece que influyen más en la percepción dolorosa durante el parto son la ansiedad frente al dolor del parto y la ansiedad en general.

Todos estos elementos llevan a pensar que debemos proporcionar información suficiente a las gestantes sobre los métodos no farmacológicos y farmacológicos disponibles, ya que la atenuación del dolor durante el parto contribuye a aumentar su bienestar físico y emocional.

En general, debemos intentar facilitar a la mujer más datos sobre los métodos no farmacológicos, sin descuidar, no obstante, los farmacológicos, de los cuáles también dispone.

Cuando se suministra información a las gestantes sobre la mitigación del dolor en el parto, es necesario incluir, no sólo las ventajas y desventajas de la anestesia epidural, sino todas las opciones existentes, aunque no se estén poniendo en práctica en el centro médico asignado a la mujer, con el fin de ofrecerle una información amplia y completa y la oportunidad de elegir.

Puntos clave

El alivio del dolor durante el parto contribuye al bienestar físico y emocional de la gestante.

La preparación para el nacimiento debe incorporar, de forma detallada, la explicación de las diferentes técnicas para disminuir el dolor.

Alivio no farmacológico del dolor

Las gestantes deben poseer suficiente información sobre las diferentes técnicas para disminuir el dolor durante el parto. El conocimiento de estas técnicas les permitirá tomar decisiones respecto a lo que desean y disfrutar de una mayor autonomía para su utilización, sobre todo en el caso de técnicas no farmacológicas. El documento de la iniciativa del parto normal de la “Federación de Asociaciones de Matronas de España” (FAME, 2007) contiene un apartado sobre estas técnicas y puede ayudar a la matrona a explicar y razonar los distintos tipos de técnicas.

Estimulación cutánea

Estimulación cutánea

Se define como la estimulación de la piel. Se incluyen dentro de este tipo:

- Masaje.
- Aplicación superficial de calor y frío.

Masaje

Aplicación de presión intensa durante la contracción en la zona lumbar de la gestante con el objetivo de frenar el dolor. Esta presión se puede aplicar con el puño y puede aumentar o disminuir gradualmente según las necesidades de la gestante. Existen estudios (Sinkin y O'Hara, 2002) que determinan que la utilización de la técnica del masaje durante el parto favorece la relajación y reduce el dolor, dado que mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos. Esta técnica la pueden aplicar la pareja o la matrona.

Aplicación superficial de calor o frío

Es una técnica tradicional atenuante del dolor.

Durante la dilatación, se puede aplicar calor local en la zona lumbar. La aplicación puede realizarse con una bolsa de caucho con agua caliente, envuelta con una toalla para prevenir quemaduras. También se puede proporcionar calor en las zonas del abdomen, ingles, perineo o nalgas.

Algunas mujeres prefieren la aplicación de frío, que también puede actuar disminuyendo el dolor. Será necesaria la aplicación con protección de toallas, en caso de frío intenso, para no producir lesiones. Cada mujer deberá decidir qué solución le resulta más efectiva.

Hidroterapia

Se relaciona con la aplicación de calor. Se puede emplear agua caliente para inducir a la relajación, disminuir la ansiedad estimulando la producción de endorfinas y, en general, aumentar la sensación del control del dolor por parte de la mujer. La revisión Cochrane (Cluett, Nikodem, McCandlish y Burns, 2005) muestra que la utilización del agua reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación. Algunos hospitales ya disponen de bañeras, pero también se puede emplear la ducha. La temperatura del agua no debe superar los 37 °C y no se aconseja una inmersión que supere las dos horas. Las condiciones óptimas para la inmersión se dan cuando la dilatación del cuello uterino es de 5 cm.

Distracción

Consiste en centrar la atención en estímulos diferentes de la sensación dolorosa. La distracción es un tipo de protección sensorial que permite a la gestante protegerse de la sensación dolorosa aumentando otros impulsos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cenestésicos (escuchar, mirar, tocar y moverse). Con la distracción aumenta la tolerancia al dolor y la sensación dolorosa se hace más soportable. Por este motivo, se debe informar a la mujer sobre la posibilidad de escuchar su música, concentrarse en la respiración o moverse. En general, se recomienda que utilice diferentes modalidades sensoriales durante la dilatación.

Movimientos durante la dilatación

El movimiento durante la dilatación contribuye a aligerar la sensación dolorosa. La evidencia disponible sugiere que la mujer que está en posición vertical en la primera fase del parto padece menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones del patrón de la FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) y, al mismo tiempo, se acorta el tiempo de la primera fase del parto (FAME, 2007).

Relajación

Permite una disminución de la tensión muscular y mental, proporcionando una sensación de tranquilidad y calma de la mente y de los músculos, aminora la ansiedad, produce distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción. Las técnicas de relajación enseñan a percibir la sensación dolorosa más objetivamente, liberándose del componente emocional que convierte el dolor en sufrimiento. Este es el motivo por el cual las gestantes deben aprender y entrenar técnicas de relajación. Normalmente, las técnicas de relajación incluyen técnicas respiratorias que también actúan también positivamente en el control del dolor. Puesto que es muy recomendable que la mujer ponga en práctica estas técnicas por sí misma, se puede promover la grabación de los ejercicios de relajación que se llevan a cabo en cada una de las sesiones para entregarle una copia que le permita practicar también en casa. Las técnicas de relajación son muy variadas. Cada matrona debe servirse de aquellas que más domine. Las matronas en Cataluña suelen tener formación amplia en técnicas de relajación sofrológica, pero se deben utilizar diferentes métodos y técnicas. La sofoaceptación progresiva del parto o los métodos de relajación dinámica pueden contribuir a que la gestante mejore el control del dolor y las visualizaciones facilitan la adaptación a diferentes situaciones y circunstancias.

Otras técnicas

Existen otras técnicas que, de momento, no son demasiado utilizadas en Cataluña. No obstante, algunas matronas catalanas se han iniciado en su formación, de manera que se podrán utilizar en un futuro cercano. Así pues, también deben presentarse estos otros métodos alternativos para que las gestantes puedan conocer su aplicación y eficacia.

Inyecciones de agua estéril

Este método consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intercutánea (0,1-0,5 ml). Se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales. Las inyecciones deben colocarse a ambos lados de la columna vertebral (región lumbosacra dentro del área del rombo de Michaelis). Su efecto comienza a los pocos minutos de la aplicación y es total al cabo de 30-40 minutos. Pueden durar aproximadamente 90 minutos. La analgesia, aunque es efectiva para el dolor lumbar, no funciona para el dolor abdominal ni perineal. Se recomienda la aplicación al inicio de la fase de dilatación y se debe de informar a la mujer que la administración del agua produce dolor durante la inyección.

Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS: Transcutaneous electrical nerve stimulator)

Consiste en la utilización de un generador de impulsos eléctricos conectado a uno o dos pares de electrodos que van adheridos a la piel de la zona dónde se desea aliviar el dolor. Durante el trabajo de parto, los electrodos se colocan a los dos lados de la espina dorsal, en la parte media y baja de la espalda. La gestante, durante la contracción y a través de un pulsador, puede controlar el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica. Su mecanismo de funcionamiento se basa en que los estímulos eléctricos que proceden del aparato viajan más rápidamente que los estímulos dolorosos, bloqueando la transmisión de estos últimos hacia al cerebro y mejorando, por lo tanto, la percepción dolorosa. En general, las mujeres muestran satisfacción ante esta técnica (Pérez, 2006).

Posteriormente, continuando con la actividad, se pedirá a los participantes de la sesión que rellenen un cuadro (*diapositiva 3.3. ¿Qué puedo hacer para sentirme mejor?*), en el que se cuestiona qué debe hacerse entre contracción y contracción y dónde hay que permanecer (en casa o en el hospital)

d. Conclusiones

Se trata de lograr que la mujer y su pareja intenten adoptar una actitud positiva y activa y que recurran a las diferentes técnicas existentes para suavizar el dolor, ya que favorecerán que se guarde un mejor recuerdo de su experiencia en el proceso del parto.

Actividad 4

CONCIENCIA CORPORAL

30 minutos

OBJETIVO 4

- Adquirir destrezas o habilidades para el trabajo de parto.

CONTENIDOS

- Simulación de una contracción.
- Masaje para acompañar a la mujer durante el trabajo de parto.
- Ejercicio de reflexión sobre los cambios que supone el nacimiento para el neonato.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se pretende que las madres y sus parejas adquieran destrezas, habilidades o técnicas para el trabajo de parto. Estas destrezas se trabajarán a partir de la simulación de la contracción, a través del masaje y mediante las sensaciones que el feto vive en el interior del útero.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona explicará cada uno de los ejercicios con el propósito de trabajar los tres contenidos que configuran la actividad:

- Simulación de la contracción. *Diapositiva 3.4.a.* (10 minutos).
- Masaje para acompañar a la mujer durante el trabajo de parto. *Diapositiva 3.4.b.* (15 minutos).
- Sensaciones que el feto vive dentro del útero a través de ejercicios de reflexión sobre los cambios que supone el nacimiento para los neonatos. *Diapositiva 3.4.c.* (5 minutos).

Simulación de la contracción uterina

Se pretende fingir una contracción uterina llevando a cabo una contracción de los músculos de las piernas para poder aplicar los recursos asimilados en sesiones previas, vivir el espacio de recuperación entre contracciones y poner en práctica pensamientos positivos.

Se pedirá a las gestantes que se pongan de pie detrás de una silla, que se agachen flexionando las rodillas y que mantengan esta posición durante unos 45 segundos. La contracción de los cuádriceps suele ser desagradable. Al acabar los 45 segundos, se formularán diversas preguntas: si han empleado la respiración y/o la relajación; si el periodo de no contracción les ha molestado (vivencia de descanso entre contracciones) y pensarían si realmente estuvieran en el trabajo de parto (actitud optimista cuando no hay contracción). Se puede sugerir que confeccionen una lista de ideas y pensamientos positivos para utilizarlos en los momentos de no contracción.

A continuación, se repetirá el ejercicio pero indicando que, en este caso, realicen la respiración pertinente, adopten la posición de espalda recta y fijen la mirada en un punto determinado. Tendrán que evaluar cómo se vive este segundo período de contracción.

Finalmente, es importante saber aplicar los recursos aprendidos, es decir, la respiración y la relajación en las contracciones y entre ellas. A menudo se presentan contracciones durante los días que preceden al parto y, cuando se produzcan, es conveniente que la mujer compruebe por sí misma qué sucede si se practica la respiración entrenada en las sesiones y qué sucede si no se realiza. Todo ello le será provechoso para ir adquiriendo destreza y seguridad en estas nuevas habilidades.

El masaje para acompañar a la mujer durante el trabajo de parto

El objetivo de los masajes es relajar y mitigar la sensación dolorosa de las contracciones (aprendizaje de movimientos de masaje para poder aplicarlos durante el proceso de parto y maternidad).

Se describirá la actividad y, posteriormente, los participantes se organizarán por parejas. Se sentarán en una posición que les sea cómoda y relajada, quedando la espalda de quien recibirá el masaje delante de la persona que lo realice. Es importante que ambas personas estén cómodas.

Pases magnéticos sedantes

Se trata de rozar muy suavemente cabeza y la espalda de la embarazada con la punta de los dedos de las manos con movimientos largos. Se realizan al inicio y al final de la sesión de masaje y provocan un efecto sedante y analgésico.

Durante la contracción, hay tendencia a tensar manos y brazos. En este supuesto, la pareja puede aplicar este tipo de masaje en los brazos de la gestante para evitar la tensión y, a la vez, ésta lo puede efectuar sobre su útero para mitigar las molestias, así como para relacionarse con su hijo o hija.

Presión en la zona lumbar

Se trata de llevar a cabo movimientos circulares con la mano cerrada, provocando una ligera presión sobre el rombo de Michaelis. A medida que avanza la intensidad de la contracción, se debe procurar que esta presión también aumente. En todo caso, es necesario que la mujer exprese sus preferencias a la persona que ejecuta el masaje diciendo si es necesario disminuir o incrementar la presión y en qué zona la prefiere.

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. Los masajes en la zona del cuello y de los hombros promueven la relajación y, si bien este masaje no está indicado especialmente para el momento del parto, sí es aconsejable practicarlo porque en estas zonas suelen acumularse tensiones. Más adelante, en el periodo de posparto, también se recomiendan porque el cuidado del bebé supone una sobrecarga de estas áreas.

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 hay que evitar presionar directamente la columna vertebral.

La secuencia de masajes indicada finalizará con el primero de los tipos señalados, el *masaje magnético sedante*. Una vez finalizada, se intercambiarán los roles de las parejas. En cualquier caso, es importante que la persona receptora indique cómo le va mejor, qué zona le deben presionar y la intensidad que desea. Al acabar, se pondrán en común las sensaciones percibidas, tales como la relajación, el bienestar, la calma u otras impresiones vividas.

Terminada la actividad, se animará a los participantes a practicar los masajes en casa con las parejas. Cabe destacar que no es suficiente con haber proporcionado el masaje a la embarazada, sino que es necesario que quien se lo haya proporcionado a ella también lo reciba, ya que sólo así puede experimentar las sensaciones que se viven. A lo largo de los días previos al parto suelen aparecer algunas contracciones y éstas son una buena excusa para poner en práctica todo lo que se aprenda en la sesión sobre los masajes. Y, por último, también se debe tener en cuenta que, generalmente, los masajes proporcionan una sensación agradable de relajación, pero pueden existir personas a las cuales no cause este efecto, de modo que deberán comunicárselo a la matrona y no será necesario que realicen los ejercicios que hemos visto.

Sensaciones que tiene el feto dentro del útero

Esta actividad intenta acercar a los padres las sensaciones que el feto vive dentro del útero, como por ejemplo, el sonido rítmico del latido del corazón de su madre, la resonancia de su voz al hablar, el hecho de encontrarse en los últimos meses en un espacio reducido, sentirse acariciado por el líquido amniótico o por el útero o sentir un movimiento de balanceo continuo, ya que la madre está constantemente en movimiento, incluso cuando reposa, dado que su diafragma no se detiene.

Los participantes deberán distribuirse por parejas. Una de las personas apoyará su oreja sobre el pecho de la otra y esta última la abrazará y pronunciará algunas frases o palabras suavemente. Al mismo tiempo, ambas personas irán balanceándose lentamente.

Después, se intercambiarán los papeles y, al acabar, se les formularán dos preguntas:

- ¿Qué objetivo imagináis que persigue este ejercicio?
- ¿Cómo pensáis que podéis tranquilizar a vuestro hijo/a en cuanto nazca?

Se trata aquí de ayudar a los participantes a reflexionar sobre el entorno en que se encontrará el bebé al nacer. Se deberán de preguntar qué es, cómo es y qué sensaciones provocan una cama al bebé (está fría, es grande, no hay movimiento, no oye el latido de la madre, etc.).

c) Conclusiones de la actividad

Se recogerán las diferentes aportaciones de los asistentes. Se pretende que puedan indagar en su propio cuerpo las sensaciones que producen la simulación de la contracción uterina, el masaje y las percepciones vividas por el feto dentro del útero materno.

3.6. Valoración y cierre de la sesión

5 minutos

Se concluirá la sesión ofreciendo datos claros sobre cuándo se debe acudir al hospital porque el trabajo de parto se ha iniciado. Antes de las 37 semanas, es preciso acudir a él siempre que aparezcan contracciones rítmicas, ruptura de la bolsa de las aguas o metrorragia; después de las 36 semanas, siempre que existan contracciones rítmicas cada 5 minutos, ruptura de la bolsa de las aguas o metrorragia.

Por otro lado, la matrona incidirá en las diversas fases del trabajo de parto, qué debe hacerse en cada una de ellas y cuáles son los procedimientos hospitalarios que las acompañan.

Finalmente, se remarcará la importancia de llevar a cabo, en casa con la pareja, el conjunto de actividades propuestas a lo largo de la sesión, destacando la actividad 4 para aumentar la seguridad, el autodominio y la confianza.

3.7. Referencias bibliográficas

Cluett, E.R., Nikodem, V.C., McCandlish, R.E. y Burns, E.E. (2005). *Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto* (Revisión Cochrane traducida). En la Biblioteca Cochrane Plus, 3. Oxford: Update Software Ltd.

Cochrane A., (2006 a). *Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término*, Revisión de la Biblioteca Cochrane Plus, 2.

Cochrane A., Moore E. y Hepwort, J. (2006 b). *Contacto piel a piel para las madres y sus recién nacidos sanos*. Bergman, 1.

De Palma, M.T. (1997). Weisse CS. Psychological influences on pain perception and non-pharmacologic approaches to the treatment of pain. *J-Hand-Ther*, 10 (2), 183-191.

FAME. (2007). *Iniciativa Parto normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

Fernández, R. y Prats, R. et al. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpart.pdf>

Lamaze, F. (1970). *Painless Childbirth*. Chicago: Henry Regnery.

Odent, M. (1999). *La científicació del amor. El amor en la ciencia*. Buenos Aires: Creavida.

Departamento de Salud. Dirección General de Salud Pública. (2007). *Protocol per a l'assistència natural al part normal*. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/part2007.pdf>

Pérez L. (2006). Manejo del dolor del trabajo del parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas Prof.* 7 (1), 14-22.

Sinkin, P. y O'Hara, M. (2002). Non-pharmacologic relief of pain during labor. *Systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol* , 186, 131-59.

Sesión

4

**Diferentes situaciones,
diferentes partos**

Diferentes situaciones, diferentes partos

A lo largo de las décadas de los años 40 y 50, la mayoría de los partos en Cataluña tenían lugar en el domicilio de las gestantes. En las décadas posteriores, los nacimientos se fueron trasladando a los centros hospitalarios, donde se añadió el uso de fármacos como la anestesia o la oxitocina, así como la utilización de aparatos para controlar el bienestar fetal. Ello ocasionó una fuerte medicalización de los partos y una pérdida del protagonismo de la mujer, que comenzó a delegarlo al personal sanitario.

Actualmente, el parto más común en nuestro entorno es el parto hospitalario, en el que se emplea anestesia epidural en el 81% de los casos. El número de cesáreas varía entre el 10 y el 30 % en función del centro hospitalario. Es necesario aclarar a las parejas las diferentes intervenciones que se pueden realizar.

El modelo hospitalario, en algunas ocasiones demasiado intervencionista, ha originado en los últimos tiempos algunos movimientos de mujeres que se replantean retomar un parto más natural. Buscan un modelo en el que ellas y sus parejas puedan tomar decisiones sobre el nacimiento.

El nacimiento de un recién nacido genera muchas expectativas, miedos y preguntas (¿Cómo irá todo?, ¿Qué rutinas siguen en el hospital?, ¿Estará bien el bebé?, ¿Será un parto normal?). Precisamente, uno de los factores fundamentales que contribuyen a resolver las dudas sobre el nacimiento es la información que las personas profesionales pueden ofrecer sobre las diferentes etapas del parto.

De acuerdo con ello, los profesionales y las parejas deberán descubrir herramientas para comunicarse. El Plan de Nacimiento debe impulsar estas herramientas para que puedan dialogar sobre las expectativas, los deseos y las actuaciones necesarias, no sólo en situaciones cotidianas, sino también en situaciones de urgencia.

A veces, el nacimiento del hijo o hija se produce de una forma diferente a la que la madre y la pareja habían proyectado. El recién nacido que llega puede padecer algún problema de salud que requiera atenciones o cuidados especiales que le obliguen a permanecer alejado de sus padres. Este hecho, que genera angustia y preocupación, hace necesaria la búsqueda de algún instrumento que permita a la pareja integrar los procesos vividos de la forma más positiva posible.

4.1. Objetivos de la sesión

1. Analizar diversas maneras de afrontar las situaciones que se pueden presentar durante el proceso de parto.
2. Tomar conciencia de los diferentes tipos de partos. Plan de nacimiento.
3. Saber adaptarse a situaciones difíciles para poder actuar y colaborar de forma efectiva.
4. Reconocer el canal del parto, y asimilar estrategias para favorecer el período expulsivo.

4.2. Índice de la sesión

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **¿Qué necesito saber?** (Historias animadas, 20 minutos)
- Actividad 2. **El momento del parto; un momento esperado. Plan de nacimiento.** (Trabajo en pequeños grupos y grupo grande, 25 minutos)

Descanso

Actividad 3. **Cómo afrontar situaciones imprevistas o que difieren de las esperadas** (trabajo en pequeños grupos, 25 minutos)

Actividad 4. **Conciencia corporal** (40 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

4.3. Contenidos de la sesión

1. Las distintas maneras para afrontar las situaciones que se pueden presentar durante el trabajo de parto

- Sentimientos en el momento del expulsivo - Aceptación a las reacciones del cuerpo.
- Miedo al dolor - Recursos para afrontarlo.
- La pareja - La participación en el parto.
- El primer contacto con el recién nacido – Sensaciones.

2. Los diferentes tipos de parto

- Los diferentes tipos de parto y sus implicaciones. Parto fisiológico, parto medicalizado.
- Las situaciones de alteración de la normalidad en el nacimiento y que requieren ayuda farmacológica o instrumental.
- Los aspectos que forman parte del Plan de Nacimiento y deseos sobre cómo se quiere vivir el nacimiento del futuro neonato.

3. Las situaciones que pueden exigir una adaptación a los acontecimientos no previstos

- Herramientas para que la madre y su pareja puedan adaptarse positivamente a las situaciones de patología.
- Favorecer una actitud de aceptación y colaboración de forma efectiva ante diferentes situaciones:

- Sospecha de pérdida del bienestar fetal.
- Parto prematuro.
- Malformación.

4. El reconocimiento del canal de parto y las estrategias o tácticas para favorecer el periodo expulsivo

- Masaje perineal.
- Pelvis.
- Pujos.
- Relajación dinámica de Caycedo de III grado con activación de la respiración.

4.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor de CD/DVD.
- Pelvis.
- Colchonetas de gimnasia.
- Manta pequeña.
- Cojín.

• CD

Fichas

- Ficha 4.1. ¿Qué necesito aprender para saber más?
- Ficha 4.2.a. Tipos de parto
- Ficha 4.2.b. El plan de nacimiento
- Ficha 4.3. Cuento sobre los juicios y prejuicios
- Ficha 4.4.a. Masaje del perineo
- Ficha 4.4.b. Ejercicios de gimnasia
- Ficha 4.4.c. Los pujos
- Ficha 4.4.d. Relajación dinámica de III grado con activación intrasofrónica de las respiraciones

Diapositivas

- Diapositiva 4.0. Objetivos e índice de la sesión
- Diapositiva 4.2.a. Tipos de parto
- Diapositiva 4.2.b. Aspectos relevantes del plan de nacimiento
- Diapositiva 4.4.a. Masaje del perineo

• DVD

- Historias animadas. 4.1. ¿Qué necesito saber para estar bien?

4.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las madres y a sus parejas. Se hará un breve recordatorio de la sesión anterior y se situará a las personas participantes en el tema que se tratará: Diferentes situaciones, diferentes partos, ¿qué necesito saber?

Con la ayuda de una *diapositiva 4.0. Objetivos e índice de la sesión*, se explicarán los objetivos generales y las actividades de la sesión para que las madres y sus parejas puedan disfrutar de una visión más general de lo que se pretende, así como de los contenidos y actividades que se realizarán.

Diapositiva: 4.0. Objetivos e índice de la sesión

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 4

1. Analizar diversas maneras de afrontar las situaciones que se pueden presentar durante el proceso de parto.
2. Tomar conciencia de los diferentes tipos de partos. Plan de nacimiento.
3. Saber adaptarse a situaciones difíciles para poder actuar y colaborar de forma efectiva.
4. Reconocer el canal de parto y aprender estrategias para favorecer el periodo expulsivo.

ÍNDICE DE LA SESIÓN 4

Introducción a la sesión 5 minutos

- Actividad 1. **¿Qué necesito saber?** (Historias animadas, 20 minutos)
- Actividad 2. **El momento del parto; un momento esperado. Plan de nacimiento.** (Trabajo en pequeños grupos y grupo grande; 25 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **Como hacer frente a situaciones imprevistas o distintas a las esperadas.** (Trabajo en pequeños grupos; 25 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal.** (40 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

Actividad 1

¿QUÉ NECESITO SABER?

Historias animadas

20 minutos

OBJETIVO 1

- Analizar distintas maneras de afrontar las situaciones que se pueden presentar durante el proceso de parto.

CONTENIDOS

- Sentimientos en el momento del expulsivo - Aceptación de las reacciones del cuerpo.
 - Miedo al dolor - Recursos para afrontarlo.
 - La pareja - La participación en el parto.
 - El primer contacto con el recién nacido - Sensaciones.

a. Introducción a la actividad

La finalidad de esta actividad es que las mujeres y sus parejas se den cuenta de que una misma situación o circunstancia puede ser percibida de una manera muy diferente según cada persona y que este hecho puede influir en su vivencia y en su recuerdo del parto.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona presentará diferentes relatos (*historias animadas 4.1.b. ¿Qué necesito saber para estar bien?*) en los que se narran experiencias personales sobre el momento del parto. Cada una de ellas refleja una situación determinada que puede dar lugar a resoluciones y sentimientos opuestos. *Ficha 4.1. ¿Qué necesito aprender para saber más?*

Antes de la proyección de las historias, se dividirá el número de participantes en 4 grupos y se indicará a cada grupo en qué historia deben centrar su atención para comentarla posteriormente.

Ficha 4.1. ¿Qué necesito aprender para saber más?

1. Conversación: SENTIMIENTOS DURANTE EL EXPULSIVO

Aceptar las reacciones del cuerpo

Juana, de 25 años, recuerda su único parto. En el momento en que nació su hijo, gritó. Se sintió mal porque no sabía cómo reaccionarían las personas que la rodeaban. Su comportamiento provocó que se sintiera muy avergonzada.

Maria, de 29 años, es madre por segunda vez. Recuerda que en el momento en que nació su hija, al empujar, chilló. La matrona le dijo que eso era normal y que se debía al esfuerzo. Cuando sintió a su niña encima, vivió un instante tan emotivo y especial y se sintió tan feliz, que se olvidó del grito.

2 Conversación: MIEDO AL DOLOR

Recursos para afrontar el dolor

Mercedes, de 31 años, espera su segundo hijo. Recuerda que cuando tuvo a su primer hijo, en un principio deseaba un parto natural. Al final, estaba agotada y las contracciones le provocaban bastante dolor, por lo que optó por la epidural. Ahora, con el segundo hijo, ni siquiera se ha planteado la posibilidad del parto natural. Se decidió desde el primer momento por la epidural, ya que considera que no vale la pena sufrir.

Luisa, de 27 años, espera su primera hija. Desea un parto natural y está valorando a qué hospital se dirigirá, puesto que le han comentado que algunos disponen de bañera y que este método es efectivo para aliviar el dolor. Se ha informado sobre los recursos naturales. Asiste a las clases de educación maternal, cada día sale a caminar una hora, hace natación y practica con su pareja todo aquello que va aprendiendo en las sesiones. A veces duda sobre si el día del parto recordará todo lo que le han explicado.

3 Conversación: LA PAREJA

La participación en el parto

Jorge tiene 37 años y Montse tiene 35 años. Esperan su segundo hijo. Jorge trabaja muchas horas y no puede asistir a las clases. Por su parte, Montse a menudo se encuentra bastante cansada ya que tiene que cuidar a su primer hijo, Javier, de tres años y por las noches, prácticamente no tiene tiempo para charlar con su pareja. Jorge preferiría no estar en la sala de partos acompañándola, pues no le gustan los hospitales. No obstante, Montse insiste en que la acompañe.

Toni tiene 30 y Carmen tiene 28 años. Están esperando su primera hija. Están muy ilusionados. Toni ha podido asistir a algunas clases de preparto. Salen a caminar juntos y acostumbran a charlar sobre lo que les preocupa. Cuando ella tiene alguna molestia, él intenta hacerle un masaje para aliviarle el dolor. Toni, aunque no sabe cómo se sentirá, pretende estar presente en el parto y, si es posible, cortar el cordón umbilical.

4 Conversación: EL PRIMER CONTACTO CON EL RECIÉN NACIDO

Sensaciones

Elena es una chica de 32 años ha tenido a su hija. Su primogénito nació prematuro, necesitó oxígeno y tuvo que permanecer un tiempo en la incubadora. Su segunda hija nació a término. En este caso, considera que el mejor momento del parto ha sido el instante en que le pusieron a su hija encima.

Sara tiene 34 años. Tendrá pronto a su segunda hija. Con su primer hijo, vivió un parto largo y agotador, de modo que, cuando le colocaron a su niño encima, estaba tan exhausta que reaccionó rechazándolo. Ello la hizo sentir culpable y ahora, en su segundo embarazo, recuerda aquella sensación negativa.

La matrona pedirá a cada grupo que reflexione sobre la historias asignada. Después se comentarán las situaciones de cada historia.

c. Conclusiones de la actividad

La matrona cerrará la actividad reforzando la idea de que lo más relevante de los ejemplos que se han expuesto no es la circunstancia que se está viviendo, sino la manera personal de experimentarla. Hay que asumir positivamente las vivencias relacionadas con el nacimiento de los hijos o hijas.

Actividad 2

EL MOMENTO DEL PARTO; UN MOMENTO ESPERADO; PLAN DE NACIMIENTO

Trabajo en pequeños grupos

25 minutos

OBJETIVO 2

- Tomar conciencia de los diferentes tipos de partos y del Plan de nacimiento.

CONTENIDOS

- Diferentes tipos de parto y sus implicaciones. Parto fisiológico, parto medicalizado.
- Situaciones imprevistas de alteración de la normalidad en el nacimiento, que requieren ayuda farmacológica o instrumental.
- Aspectos que forman parte del Plan de nacimiento y deseos sobre cómo se quiere vivir el nacimiento del futuro recién nacido.

Introducción a la actividad

a) Primera parte: el momento del parto; un momento esperado

El parto es un proceso fisiológico, pero en ciertas condiciones puede aparecer la necesidad de ayuda farmacológica o instrumental. Se debe informar acerca de las diferentes situaciones que se pueden vivir en el parto o sobre los diferentes tipos de nacimiento, para comprender mejor las distintas situaciones que se puedan dar, y reducir así el miedo a lo desconocido.

Se pedirá a las personas participantes que de forma individual escriban los tipos de partos que conocen y cuáles son sus preferencias. *Ficha 4.2.a. Tipos de parto*, en la que se propondrán las siguientes preguntas:

Ficha 4.2.a. Tipos de parto

- ¿Qué tipos de partos conocéis?
- ¿Qué tipo de parto os gustaría tener?

Posteriormente, se presentarán las aportaciones y la matrona intercalará las explicaciones de carácter más técnico con las explicaciones sobre las modalidades que más interesen al grupo. La matrona podrá ayudarse de la *diapositiva 4.2.a. Tipos de parto* y apoyarse en las orientaciones que figuran en el siguiente cuadro:

Orientaciones para la matrona

Tipo de parto	Descripción
Parto normal	Proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del proceso (FAME, 2007).
Parto medicalizado	Proceso conducido por profesionales, utilizando instrumentos y fármacos.
Anestesia epidural	La epidural se refiere a la administración de fármacos anestésicos a través de un catéter muy fino en el espacio que rodea la columna vertebral (espacio epidural).
Inducción del parto	La inducción se refiere al hecho de provocar el parto. Se lleva a cabo cuando se debe finalizar el embarazo porque se ha alcanzado la semana 41-42 de gestación y no se ha iniciado el parto espontáneamente, o porque se ha presentado alguna patología que pone en riesgo al feto o a la madre. Consiste en la administración de oxitocina a través de un goteo intravenoso continuo hasta que se consiguen contracciones uterinas regulares y se desencadena el parto. Si el cuello uterino está inmaduro, se utilizan prostaglandinas. Estos dos métodos suelen combinarse con la ruptura artificial de membranas.
Parto con fórceps	Se trata ayudar a salir el feto a través de un instrumento que facilita el descenso y la rotación de su cabeza por el canal del parto. El fórceps está formado por dos palas articuladas. Es preciso el uso de anestesia y, habitualmente, se utiliza la epidural. Además, se debe practicar episiotomía.
Parto con espátulas	Se trata de ayudar a salir el feto con la ayuda de un instrumento que facilita el descenso del feto por el canal del parto. Actúa como un calzador. Se utiliza anestesia epidural.
Parto con vacuum	Se trata de una especie de cuenco pequeño que se sitúa sobre la cabeza del feto y provoca un vacío. Actúa como una ventosa. Después, se hace tracción para que el feto baje. A menudo se realiza con anestesia aunque, a veces, sólo se utiliza para favorecer la presentación y luego es la mujer quien empuja. Puede aparecer un hematoma en la cabeza del recién nacido, en la zona de aplicación del vacuum.
Parto por cesárea	Intervención quirúrgica que permite, mediante una incisión en el abdomen de la madre, la extracción del recién nacido de forma rápida, evitando que el feto tenga que recorrer el canal del parto. Habitualmente se aplica anestesia epidural, aunque también se puede efectuar con anestesia general. Requiere más días de ingreso hospitalario que en el parto vaginal.

Parto normal:

Este tipo de parto debería ser el más común, pero la generalización de la anestesia epidural como tratamiento del dolor en el parto y su excesiva medicalización, han provocado que sólo un porcentaje muy bajo de los partos en Cataluña sean normales.

La definición de parto normal de la *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME) es la siguiente: “Es el proceso fisiológico único por el que la mujer finaliza su gestación a término e implica factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, y culmina con el nacimiento y no implica ninguna otra intervención que el apoyo integral y respetuoso en el nacimiento”.

La utilización de la tecnología ha contribuido a mejorar la atención en el parto, dado que actualmente es más factible controlar los partos de riesgo que presentan complicaciones, y mejorar así los resultados perinatales. Ahora bien, el uso de la tecnología se ha extendido también a la atención en el parto de bajo riesgo, lo que supone, a veces, una medicalización innecesaria. Por este motivo, muchos profesionales, se cuestionan el excesivo intervencionismo en el parto normal que, en muchas ocasiones, provoca insatisfacción en las mujeres y en sus parejas respecto a la vivencia del parto e incrementa la posibilidad de aparición de complicaciones. La atención en el parto normal implica dejarlo evolucionar de manera fisiológica, sin intervencionismo, aunque controlando el proceso para detectar cualquier desviación de la normalidad.

El parto normal exige que la mujer posea conocimientos amplios sobre las diversas técnicas de aligeramiento del dolor y que la matrona proporcione ayuda y seguimiento durante todo el proceso de parto. Además, requiere igualmente que no se apliquen técnicas innecesarias, que se adecue al entorno físico en el que se realizará la dilatación y el parto a las necesidades de la mujer y, en general, que se respeten sus decisiones y las de su pareja en todo lo que se refiere al nacimiento de su hijo o hija.

Parto medicalizado o parto dirigido:

Anestesia epidural, inducción, parto instrumentado vaginal (fórceps, espátulas, vacuum) y parto por cesárea.

Anestesia epidural

Se ha demostrado que la anestesia epidural es el método más efectivo para eliminar el dolor del trabajo de parto. La administración de analgesia regional comprende, tradicionalmente, la inyección de un anestésico local a través de un catéter colocado en el espacio epidural. Las soluciones epidurales se administran con “bolos” o infusión, lo que permite mantener la analgesia durante todo el trabajo de parto. Además, generalmente, el catéter epidural permite administrar anestesia regional para intervenciones obstétricas, como el fórceps o la cesárea, evitando así los riesgos asociados a la anestesia general.

Las técnicas epidurales tradicionales que utilizan concentraciones de un anestésico local (bupivacaina, al menos al 0,25%), a veces dan lugar a trabajos de parto en los que se hace necesario el uso de oxitocina, así como a un aumento de la incidencia de partos vaginales instrumentados. Es probable que ello se deba a un bloqueo motor que provoca debilidad en las piernas, mala movilidad, disminución del tono muscular de la pelvis y deterioro de la percepción del pujo durante la fase de expulsivo. Las técnicas regionales más modernas para la analgesia durante el trabajo de parto utilizan una concentración más baja de anestésico local, que a menudo

se combina con un opiáceo. Esta combinación de dosis bajas parece proporcionar una mejor analgesia y, a la vez, mantiene la función motora. Por lo tanto, es más factible que la madre pueda caminar durante el trabajo de parto o pueda parir sin ayuda.

Las complicaciones comunes a las técnicas de anestesia epidural incluyen imposibilidad de atenuar satisfactoriamente el dolor, hipotensión materna, cefalea postpunción de la duramadre, retención de orina, prurito y dolor transitorio en la espalda, en la zona de aplicación de la inyección. Las complicaciones graves excepcionales incluyen meningitis, compresión de la medula espinal a partir de un coágulo sanguíneo o un absceso y lesión de las raíces nerviosas, que provoca parestesia o debilidad.

También se puede utilizar la anestesia raquídea, con punción dentro del espacio intradural, que proporciona una analgesia más rápida con bloqueo motor. Es necesaria una estricta vigilancia por la posible hipotensión.

Inducción

Una embarazada se encuentra “a término” cuando el embarazo alcanza las 37 semanas. Para algunas mujeres (entre el 5% y el 10%, el embarazo se extiende más allá de los 294 días (42 semanas completas). En esta situación, denominada “posttérmino” o “después de la fecha” (Olesen, 2003), la madre y el feto presentan un riesgo más elevado de padecer circunstancias adversas.

Inducir el parto significa provocarlo y será necesario cuando el embarazo deba finalizar porque la gestación se haya prolongado más allá de las 42 semanas o cuando, en cualquier momento, aparezca algún signo de riesgo o sospecha de pérdida del bienestar fetal (retardo del crecimiento intrauterino, aguas teñidas y registros patológicos del latido fetal).

Cuando el cuello uterino sea favorable (generalmente se requiere una puntuación de Bishop de 6 o más), se realizará la inducción con oxitocina y se procederá a la ruptura artificial de las membranas amnióticas. Si el cuello uterino es desfavorable, generalmente se aplicará una dosis de gel o un comprimido de prostaglandina en la vagina o en el cuello uterino para que éste madure y se inicien las contracciones uterinas y, por consiguiente, el trabajo de parto. En función de la aparición de las contracciones uterinas y de la evolución de la dilatación cervical, se utilizan diversos protocolos, con intervalos de repetición variados. También puede emplearse oxitocina y proceder a la amniotomía. Recientemente se ha revisado la utilización de Misoprostol por vía oral (Alfirevic, 2001) y vaginal (Hofmeyr, 2003) para la inducción del trabajo de parto.

Parto vaginal instrumentado

Se trata de la extracción del feto mediante el uso de fórceps, vacuum o espátulas. En principio, el riesgo de la instrumentación es bajo, pero se deberá realizar una valoración cuidadosa de la situación para utilizarlos cuando estén indicados.

○ Indicaciones:

Sospecha de pérdida del bienestar fetal, periodo expulsivo prolongado con dinámica uterina correcta, distocia de rotación o necesidad de disminuir los esfuerzos del periodo de expulsivo (Departamento de Salud, 2003).

Fórceps

Durante el expulsivo, la cabeza del feto va rotando y bajando por el canal del parto (vagina, músculos del suelo pélvico y pelvis ósea). Todo ello lo hace auxiliado por los pujos de la gestante.

A veces, el giro no se produce o la cabeza no desciende fácilmente y se hace necesario el uso de los fórceps.

Los fórceps son una especie de cucharas articuladas, que sujetan la cabeza del feto y le acompañan para ayudarlo a salir. Siempre que se asiste un parto con fórceps se utiliza anestesia, ya sea general o epidural. En el caso de la anestesia epidural, la maniobra con fórceps puede causar a la mujer sensaciones de presión y de tracción (estiramiento); por ello, resulta recomendable que cuando el ginecólogo se los coloque, ella tenga las nalgas relajadas y bien apoyadas sobre la cama de parto. Cuando el médico comience a estirar, es preciso que la mujer realice un pujo acompañando así el movimiento que lleva a cabo el profesional. En todo caso, la matrona acompañará y aconsejará a la mujer a lo largo de este procedimiento. Es frecuente que la utilización de fórceps conlleve la necesidad de practicar una episiotomía que facilite la extracción.

Espátulas de Thierry

Se trata de un instrumento metálico que consta de dos brazos que finalizan en una especie de cuchara. Es un utensilio parecido al fórceps, pero se diferencia en que las cucharas no se articulan. Las espátulas actúan sobre la cabeza del feto como un calzador y su principal función es ayudar al descenso y a la tracción de la misma. Normalmente, se usan en los mismos casos en que se requieren fórceps, pero, dado que no se pueden articular, no pueden aplicarse para conseguir la rotación de la cabeza del feto. Las espátulas se consideran menos traumáticas que el fórceps porque ejercen menos presión sobre la cabeza fetal.

Vacuum

Hoy en día su uso es bastante escaso. Se trata de una especie de cuenco muy pequeño que se coloca sobre la cabeza del feto y provoca un vacío (actúa como una ventosa). A continuación, se estira suavemente para conseguir que descienda. En la cabeza del neonato puede aparecer un hematoma causado por la presión.

Parto por cesárea

La cesárea es una intervención quirúrgica que presenta más riesgos para la salud de la madre que un parto vaginal.

- Indicaciones absolutas: su práctica está justificada por la evidencia científica. Desproporción pélvico-fetal, posiciones transversas, oblicuas y anómalas, tumores previos, placenta previa central, pérdida del bienestar fetal, enfermedad materna que contraindique el parto vaginal.
- Indicaciones relativas: por sí solas no son indicaciones puesto que dependen de la conjunción de diversos factores. Distocia dinámica, presentación podálica, cesárea anterior, riesgo fetal aumentado, algunas enfermedades fetales (Departamento de Salud, 2003).

En este tipo de intervención, el feto nace aproximadamente entre los 7 y 10 minutos posteriores a su inicio. En situaciones de emergencia, es la manera más rápida de terminar el parto.

Existen dos tipos de incisiones:

- Una incisión longitudinal (laparotomía-media). Es la más rápida. Cuando la cesárea es muy urgente, el niño o la niña sale más deprisa.
- Una incisión sobre el pubis (Pfannestiel) que es más estética y la más habitual hoy en día.

La cesárea puede realizarse con anestesia general o con anestesia epidural.

- **Si la anestesia es general**, se procurará no dormir a la mujer hasta el último momento, intentando así que se produzca la mínima transmisión posible de anestesia al feto. En caso contrario, éste quedaría demasiado deprimido y, una vez fuera del útero materno, le costaría respirar.
- **Si la anestesia es epidural**, bloquea las sensaciones dolorosas, pero se mantienen las sensaciones táctiles, aunque disminuye la percepción. La mujer notará que la van tocando. Algunas gestantes lo viven de manera positiva, mientras que a otras les incomoda y lo viven de manera negativa. En cualquier caso, la mayoría de cesáreas se hacen con anestesia epidural o raquídea.

La recuperación posterior de una cesárea es más lenta que la de un parto natural. Al salir del quirófano, la mujer se encuentra con más dificultades:

- Se le habrá administrado suero que se mantendrá, como mínimo, durante las 24 horas siguientes a la intervención.
- Llevará una sonda vesical con el objetivo de que la vejiga urinaria esté vacía durante unas 24 horas, si bien se puede retirar antes si la orina es clara y no presenta complicaciones.
- La herida puede provocar dolor. Se pueden suministrar calmantes.
- Necesitará ayuda para amamantar a su hijo o hija los primeros días.
- No se le permitirá ingerir alimentos durante las 24 horas posteriores a la intervención. Deberá esperar a que los intestinos comiencen a moverse (al realizar la incisión, entra aire en la cavidad abdominal y hasta que no se expulsa, el abdomen está distendido y los intestinos, paralizados). Por lo tanto, la dieta debe ser progresiva en función de cómo se tolere (primero se beberán líquidos, después se ingerirán alimentos blandos y, finalmente, si todo funciona correctamente, se pasará a una dieta normal).
- La mujer deberá evitar forzar la herida abdominal al levantarse de la cama. Deberá hacerlo de lado, apoyándose y haciendo fuerza con los brazos.
- Habrá que recordar a la madre que debe cambiar a su hijo o hija a en una superficie que le permita mantener la espalda recta. Las posturas erróneas le provocarán tensión sobre la herida.
- La actividad se aumentará paulatinamente en función de cómo se encuentre la mujer. Durante la cuarentena deberá evitar levantar pesos y todo aquello que suponga una sobrecarga en la musculatura abdominal.

Conclusiones de la primera parte de la actividad

Una vez realizadas las aportaciones oportunas, la matrona comentará que cuando un parto ha comenzado, los implicados desean que todo vaya correctamente y acabe deprisa pero se debe acentuar que, frecuentemente, en el proceso del parto se debe ser paciente y saber esperar, permitiendo que siga su curso natural y su evolución fisiológica. Sin embargo, pueden presentarse condiciones que reclaman la utilización de medicamentos o de instrumentos a fin de garantizar el bienestar del feto y/o de la madre.

b) Segunda parte: Plan de nacimiento

A continuación, la matrona explicará a los participantes de la sesión la importancia de que la mujer y su pareja conozcan el llamado *Plan de nacimiento*. Se trata de una herramienta que debe permitir a la mujer y a su pareja comunicar a los profesionales y las profesionales cuáles son sus expectativas y cómo quieren vivir el nacimiento de su hijo o hija. Los profesionales deben

proporcionarles la información adecuada para que puedan aclarar sus dudas y deben asesorarles en todo aquello que sea necesario para reducir sus temores.

El *Plan de nacimiento* debe elaborarse durante el embarazo y debe ser revisado en el primer contacto de la mujer y su pareja con los profesionales del hospital. Si no se ha realizado durante el embarazo, deberá proyectarse cuando tenga lugar la primera visita al hospital.

La matrona, con la ayuda de la diapositiva 4.2.b. *Aspectos relevantes del Plan de nacimiento*, indicará los aspectos más relevantes del *Plan de nacimiento*. Cada uno de los participantes tendrá un documento que contenga su propio plan (*ficha 4.2.b. El Plan de Nacimiento*). Después de comentar los puntos fundamentales de esta herramienta, la matrona puede proponer que algunas mujeres y sus parejas verbalicen lo que desearían. Al acabar, cada persona se llevará su *Plan de nacimiento* para completarlo en casa con su pareja (si no asiste a la sesión).

Ficha 4.2.b. El Plan de nacimiento

El Plan de nacimiento personal recoge las preferencias de la mujer respecto a:

- a. La persona que quiere que la acompañe.
- b. El espacio físico del periodo de dilatación (decoración, luz, música).
- c. Los procedimientos (enema, rasurado, deambular, administración de fármacos).
- d. La monitorización fetal (auscultación, monitor continuo o periódico).
- e. El alivio del dolor (relajación, respiración, masaje, anestesia, otros...).
- f. Disponer de material de apoyo (pelotas, espejo, bañera).
- g. No romper la bolsa de las aguas si no es necesario.
- h. Periodo de expulsivo (tipos de pujos, no practicar episiotomía).
- i. Posibilidad de que la pareja corte el cordón umbilical (cuando haya dejado de latir).
- j. Administración de vitamina K al recién nacido.
- k. Colocar al neonato sobre su piel inmediatamente después de haber nacido.
- l. Darle el pecho en la sala de partos.
- m. La duración de la estancia en el hospital, el hecho de no estar separada del recién nacido.
- n. Lactancia materna, tipos y forma de dar el pecho.

c. Conclusiones de la segunda parte de la actividad

Para finalizar, la matrona remarcará la importancia del Plan de Nacimiento como un instrumento útil para que las mujeres y sus parejas puedan ordenar y exponer sus deseos, anhelos o expectativas en relación al nacimiento de su hijo/a. Ahora bien, también cabe recordarles que el bienestar del feto y/o de la propia madre o ciertos imprevistos pueden obligarles a desviarse del plan concebido. Igualmente, puede suceder que el trabajo de parto venga acompañado de sensaciones no esperadas, de modo que no se cumplan todos los deseos o expectativas que se habían planificado. De todas formas, se debe procurar que la pareja integre y recuerde los momentos positivos vividos durante el nacimiento.

Actividad 3

CÓMO HACER FRENTE A SITUACIONES IMPREVISTAS O DISTINTAS A LAS ESPERADAS

Trabajo en pequeños grupos

25 minutos

OBJETIVO 3

- Saber adaptarse a situaciones difíciles para poder actuar y colaborar de forma efectiva.

CONTENIDOS

- Herramientas para que la madre y su pareja puedan adaptarse positivamente a las situaciones de patología.
- Favorecer una actitud de aceptación y colaboración de forma efectiva frente a diferentes situaciones:
 - Sospecha de pérdida del bienestar fetal.
 - Parto prematuro.
 - Malformación.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se busca favorecer la adaptación a situaciones imprevistas y su aceptación. A veces, el nacimiento no se produce como se desearía, el recién nacido puede llegar antes de hora o sufrir alguna malformación.

b. Desarrollo de la actividad

Se pretende aquí reflexionar sobre el **cuento *Los Juicios y los prejuicios* (ficha 4.3.)**. Se leerá la narración y se comentará en grupos de tres personas si se han vivido situaciones similares a las del cuento.

Ficha 4.3. Cuento sobre los juicios y los prejuicios

LOS JUICIOS Y LOS PREJUICIOS

Había una vez un pequeño pueblo donde vivía un hombre viejo y muy pobre que tenía un hijo. Todos los habitantes de la aldea envidiaban al hombre porque tenía un caballo blanco precioso. Un día, el rey le ofreció cantidades fabulosas de dinero por su caballo, pero el hombre le dijo:

– Para mí, este caballo es como una persona, es como un amigo... ¿Cómo se puede vender a una persona o a un amigo?

Aunque era pobre, el hombre no vendió nunca su caballo. Una mañana descubrió que había desaparecido del establo. Todo el pueblo se reunió y le dijeron:

– ¡Viejo estúpido! Ya sabíamos que algún día te robarían el caballo... habría sido mejor que lo hubieras vendido. ¡Qué desgracia!

Y el hombre respondió:

– No vayáis tan lejos. Sencillamente, lo único que ha sucedido es que el caballo no está en el establo. Éste es el único hecho cierto... todo lo que añadís no son más que vuestros juicios personales. Si es una suerte o una desgracia, yo no lo sé... porque esto sólo es un fragmento de la verdad. ¿Quién sabe qué puede pasar mañana?

La gente se rió. Por todos era conocido que el hombre estaba un poco chiflado. Pero, pasados quince días... ¡el caballo volvió! No lo habían robado, sino que se había escapado. Regresó acompañado de una docena de caballos salvajes. Los lugareños volvieron a congregarse y le comentaron:

– Tenías razón... no fue una desgracia que no hubieras vendido el caballo, sino... ¡una verdadera suerte!

Y el viejo contestó:

– Nuevamente estáis yendo demasiado lejos porqué... ¿quién sabe si es una suerte o no que el caballo haya vuelto? Sólo os fijáis en una fracción de los acontecimientos. Estáis leyendo solamente las palabras de una frase... entonces, ¿cómo podéis juzgar el libro entero?

Esta vez, los hombres y mujeres del pueblo no dijeron nada pero aun así, se mantenían firmes creyendo que el viejo estaba equivocado.

El viejo tenía un único hijo que comenzó a ocuparse y a entrenar a todos los caballos que habían aparecido con el caballo blanco. Una semana más tarde, cayó de lo alto de uno de ellos y se rompió las dos piernas. La villa entera coincidió en juzgar este hecho. Le dijeron al viejo:

– Es una contrariedad esto que te ha pasado. Tu único hijo ha perdido el uso de las dos piernas y él era el único que te podía apoyar. Ahora serás más pobre que nunca.

El viejo insistía en sus respuestas:

– Estáis obsesionados en juzgar las cosas que me suceden. No vayáis más allá del suceso. Sólo decid que mi hijo se ha roto las piernas. Nadie sabe si es una calamidad o una fortuna.

El tiempo transcurrió y, pocos días después, el país entró en guerra. Todos los jóvenes del pueblo se vieron obligados a marchar al frente y sólo se libró el hijo del viejo porque estaba mutilado. Los habitantes sabían que no volverían a ver a sus hijos y lloraban desesperados. Se dirigieron al viejo y le lloraban:

– Tenías razón, fuiste afortunado con la caída de tu hijo. Aunque se encuentre impedido... ¡tu hijo está contigo!, ¡los nuestros se han ido para siempre!

– Todavía seguís juzgando... ¿afortunado? Nadie lo sabe. Limitaos a decir que han obligado a vuestros hijos a ir al ejército y que al mío no. No juzguéis porque os obsesionaréis con las porciones y los fragmentos de las historias y de la vida. Cada vez que se enjuicia, se deja de crecer. La mente siempre quiere juzgar. El viaje nunca se acaba, siempre hay un camino que acaba y otro que comienza, se cierra una puerta y se abre otra. Se llega a una cima, pero siempre hay una más alta.

La gente del pueblo cesó en su empeño. Nunca más opinó sobre las desgracias o sobre la suerte. No volvieron a hacer juicios... deseaban crecer.

Cuento adaptado de "Until you die" pp 36-40 OSHO

Una vez leído el cuento la matrona invitará al grupo a reflexionar sobre:

- Las diferentes situaciones que se describen en el relato.
- La idea de que no todas las cosas que nos ocurren son totalmente negativas o positivas.
- La necesidad de mantener una actitud positiva ante las diversas circunstancias que se puedan dar.
- La necesidad de buscar soluciones que permitan huir de estados de ánimo negativos.
- La idea de que aquello que en un principio puede parecer negativo, no siempre acaba siéndolo.

Posteriormente, si a la matrona le parece oportuno, puede comentar muy brevemente, alguna o algunas de las situaciones imprevistas que pueden generar ansiedad, como pueden ser la sospecha de pérdida de bienestar fetal, el parto prematuro o las malformaciones.

Adaptación frente a situaciones diferentes:

- Sospecha de pérdida del bienestar fetal: la causa de esta pérdida es la falta de oxígeno. Existen señales que pueden indicar que esta situación se ha producido o se está produciendo. Es preciso reconocer los signos de alerta y saber cómo actuar. Esto puede mejorar la salud del recién nacido y facilitar la colaboración de las madres y sus parejas.
- Parto prematuro: la presencia de contracciones uterinas rítmicas antes de las 36 semanas de gestación es motivo de consulta en el hospital, para así tomar las medidas oportunas y frenar el parto. Si no se puede detener el parto, el nacimiento deberá tener lugar en un centro del nivel adecuado que pueda brindar la atención debida al prematuro.
- Malformaciones: para las madres y sus parejas puede ser difícil aceptar que su hijo o hija padece problemas de salud o malformaciones. Hoy en día se efectúan muchas revisiones a lo largo del embarazo. Se puede tener la sensación de que todo estará bien, pero no existen pruebas que garanticen la salud del neonato al cien por cien. Se deben proporcionar herramientas a las madres y a las parejas para poder afrontar positivamente situaciones de patología.

Sospecha de pérdida del bienestar fetal:

- Alteraciones patológicas del latido fetal: durante el trabajo de parto, se puede valorar el bienestar del feto escuchando el ritmo del latido de su corazón, que normalmente fluctúa entre las 120 y las 160 pulsaciones por minuto. Se pueden producir aceleraciones y desaceleraciones de este ritmo que son habituales, pero existen otras que son indicadores de patología.
- En el periodo activo de dilatación se puede conectar a la madre a un monitor, de forma continua o intermitente, que registra los cambios del latido del corazón fetal y el ritmo y la intensidad de las contracciones.
- Si en el transcurso del trabajo de parto se detecta que el latido del corazón del feto presenta variaciones anormales, se recomienda que la madre se coloque estirada sobre el lado izquierdo, de modo que así no exista compresión de ninguna de las arterias y venas. La madre puede ayudar respirando correctamente, realizando inspiraciones completas (para oxigenar al máximo), reteniendo el aire un instante (para dejar que el aire pase de los pulmones a la sangre) y, después, expulsando el aire lentamente (es relajante, los pulmones se vaciarán correctamente y el nuevo aire se inspirará mejor).

- Coloración de las aguas: las aguas son claras y transparentes y son incoloras. Pero si al feto le falta oxígeno puede reaccionar relajando el esfínter y excretar meconio por un reflejo vagal (parasimpático), que provocará una coloración verdosa de las aguas. La intensidad del color dependerá de la cantidad de meconio. Ante signos de sospecha de pérdida del bienestar fetal se puede realizar un **ph de calota**. Se trata de una intervención que permite evaluar el nivel de oxigenación fetal con el análisis de la sangre que se obtiene de la calota fetal. Se puede llevar a cabo cuando se detecta un registro patológico del latido fetal. Se pincha la piel de la cabeza del feto y se comprueba el valor del ph de la sangre, el cual nos indicará si el feto está bien oxigenado o no.

Parto prematuro:

Cuando la llegada de un bebé tiene lugar antes de las 35 semanas de gestación, surgen una serie de necesidades especiales que dependerán de su grado de inmadurez. Si se trata de un neonato muy inmaduro, quizás sea necesario un aparato que respire para él y no será factible que la madre lo pueda tener encima, ponérselo en el pecho, verlo o tocarlo. Frecuentemente, las madres con niños prematuros sienten angustia provocada por la hospitalización de su hijo o hija y culpa, responsabilizándose de lo que le sucede al niño/a.

Suelen pensar que la causa de los problemas de su hijo o hija reside en algo que han hecho o ha dejado de hacer. Es importante que la madre pueda ponerse en contacto con su hijo o hija cuanto antes y pueda ir cuidándolo (Klaus y Kennell, 1978).

Un recién nacido con alguna alteración:

En algunas ocasiones, el neonato puede sufrir algún problema motivado por la posición que presentaba dentro del útero. También puede suceder que se rompa la clavícula al nacer. Las madres y sus parejas lo pueden vivir con inquietud, angustia y preocupación el hecho de saber que existe alguna patología, aunque lo cierto es que en la mayoría de casos, se pueden poner en marcha las medidas oportunas para solucionarla. Las madres y parejas que deben asumir un diagnóstico de malformaciones graves suelen atravesar diferentes etapas:

- Primera etapa de conmoción, agitación, llanto, sensación de impotencia, ganas de huir.
- Segunda etapa de negación; no se admite que el niño o niña sufre la patología.
- Tercera etapa de tristeza, de rabia y de angustia.
- Cuarta etapa de equilibrio; disminuye la angustia y se sienten más capaces para afrontar las necesidades de su hijo o hija.
- Quinta etapa de reorganización; La madre y la pareja encaran la responsabilidad que implica la dificultad de su hijo o hija. Para conseguir una aceptación positiva a largo plazo, es preciso que la madre y su pareja se apoyen mutuamente (Klaus y Kennell, 1978)

c. Conclusiones de la actividad

Para concluir, la matrona hará referencia a los aspectos más relevantes que se han comentado durante la sesión e insistirá en que durante el parto pueden darse situaciones imprevistas que pueden generar angustia. Se debe reforzar la actitud de aceptación y colaboración que deben adoptar la madre y su pareja ante esta coyuntura, ya que así mejorará su vivencia. Por un lado, el tratamiento de este tipo de circunstancias exige que las madres y sus parejas encuentren apoyo por parte de los profesionales y, por el otro, descubran las estrategias que les servirán para superar las dificultades.

Actividad 4

CONCIENCIA CORPORAL

40 minutos

OBJETIVO 4

- Reconocer el canal del parto y aprender estrategias para favorecer el período expulsivo.

CONTENIDOS

- Masaje perineal.
- Exploración de la propia pelvis.
- Pujos.
- Relajación dinámica de Caycedo de III grado con activación de la respiración.

a. Introducción a la actividad

Masaje perineal

El masaje perineal durante el embarazo es una técnica útil para prevenir los traumatismos perineales. Con la realización del masaje se pretende estirar y dar más elasticidad al perineo. Se ha demostrado que el masaje 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.

Las gestantes esperan parir sin que se produzca ningún desgarro o sin que sea necesaria la sutura en la zona del perineo, dado que los desgarros y las suturas pueden ocasionar molestias después del parto y pueden repercutir negativamente en su vida sexual.

Según la revisión bibliográfica de la Cochrane (2007), la realización del masaje digital en la zona del perineo antes del parto reduce la probabilidad de traumatismo perineal (episiotomía) y del dolor perineal. En general, las mujeres responden favorablemente a la práctica del masaje del perineo; es por ello que se aconseja que reciban información sobre sus beneficios y sobre la forma de llevarlo a cabo.

Efectivamente, la revisión de los ensayos demostró que la realización del masaje perineal por parte de la mujer o de su pareja (una o dos veces por semana a partir de las 35 semanas de gestación) aminora la necesidad de episiotomías y el dolor. Los beneficios del masaje son más significativos en mujeres que no han tenido ningún parto vaginal.

b. Desarrollo de la actividad

Es necesario incluir dentro del material la información relativa al masaje y adiestramiento del perineo, para que las mujeres y sus parejas lo puedan poner en práctica, especialmente durante el último mes del embarazo. La matrona explicará ampliamente, con el apoyo de imágenes, cómo debe realizarse el masaje. *Diapositiva 4.4.a. Masaje del perineo.*

A continuación, se entregará a los participantes la *ficha 4.4.a. Masaje del perineo* que contiene las instrucciones adecuadas para la realización del masaje en el perineo. Se propondrá que se ejercite en casa, en compañía de la pareja y, en la siguiente sesión, se preguntará a las gestantes si han notado cambios o mejoras.

Ficha 4.4.a. Masaje del perineo

- 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 con la aplicación de compresas calientes en la zona perineal para relajarla.
- En caso de automasaje, se hará con el dedo pulgar y, si lo realiza 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 sienta escozor, y mantener la presión sobre la zona del perineo 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 hacer un movimiento de vaivén. Este movimiento estira los tejidos de la vagina, los músculos y la piel del perineo. Realizar este masaje durante 3 o 4 minutos.
- Durante el masaje no se debe presionar sobre la uretra para evitar posibles infecciones de orina.
- Coger la parte inferior de la vagina entre los dedos y estirar. Esto ayudará a experimentar la sensación de presión de la cabeza del feto sobre la zona, ayudando a relajarla.

Conviene practicar este masaje una vez al día. Después de una semana deberían apreciarse los resultados de este ejercicio sobre el perineo y la vagina, aumentando su flexibilidad y estiramiento (Sanz, 2007).

Ficha 4.4.b. Ejercicios de gimnasia

Sentadas

Ejercicio 9 - Reconocimiento de la pelvis ósea.

Ejercicio 10 - Movilidad lateral.

Ejercicio 11 - Movilidad delante - atrás.

Ejercicio 12 - Movilidad de los isquiones. Se sitúan las manos bajo los isquiones, se separan y se juntan las rodillas para observar su movilidad.

De pie

Ejercicio 13 - Subir y bajar la cadera derecha e izquierda alternativamente.

Ejercicio 14 - Balancear la pelvis a derecha y a izquierda alternativamente.

Ejercicio 15 - Describir círculos con la pelvis (movimiento de "hulahop").

Ejercicio 17 - Basculación de la pelvis.

Ejercicio 24 - Andar con la pareja hacia delante realizando balanceo lateral.

Ejercicio 25 - Sujetar a la pareja y realizar balanceos laterales de la pelvis.

Ejercicios con pelota grande o “Swiss ball”

Ejercicio 20- Hacer movimientos de retroversión y ante versión de la pelvis.

Ejercicio 21- Realizar oscilaciones laterales de la pelvis.

Ejercicio 22- Realizar oscilaciones laterales de la pelvis con las piernas separadas.

Ejercicio 23- Realizar oscilaciones laterales de la pelvis con estiramientos de los abductores.

A través de una maqueta de la pelvis y mediante la exploración propia se pretende que las gestantes reconozcan el espacio por donde debe pasar el feto en el momento de nacer.

Las embarazadas se sentarán sobre una pelota grande y observarán la movilidad de la pelvis, con la finalidad de mostrarles un recurso que pueden utilizar durante el trabajo de parto.

Al completar la actividad, la matrona aconsejará que realicen en casa los ejercicios para favorecer la movilidad de la pelvis.

Durante el proceso del parto, el feto debe de atravesar el anillo óseo de la pelvis. Los huesos de la pelvis están articulados entre sí y presentan cierta movilidad (sacro y huesos ilíacos). El movimiento que se produce modifica los diámetros de la pelvis. Al iniciarse el parto, para facilitar que el feto pueda encajarse, debe aumentar el diámetro del estrecho superior. El movimiento de contranutación permite ampliar el diámetro superior de la pelvis (las crestas ilíacas se separan, la parte superior del sacro retrocede y el cóccix avanza) y disminuir el diámetro inferior de la misma. Después del encaje que tiene lugar en la fase expulsiva, se debe ensanchar el diámetro del estrecho inferior de la pelvis mediante los movimientos de nutación (el cóccix retrocede y los isquiones se separan).

Por otra parte, la posición de las piernas modifica la forma de la pelvis ósea. Si se varía su posición, se altera el ángulo de flexión de la cadera. La tensión de diferentes músculos y ligamentos hará que bascule el hueso ilíaco (Calais- Germain, 1998).

Para facilitar el paso del feto a través de la pelvis, la mujer debe aprender a investigar su propia pelvis y descubrir qué movimientos y posiciones son los más apropiados para cada una de las etapas del parto. Deben trabajarse de forma práctica a fin de que vaya desarrollando habilidades.

Los pujos

Durante el período expulsivo, la participación activa de la mujer con los pujos facilita el descenso del feto por el canal del parto; por ello resulta conveniente instruir a las mujeres sobre cómo realizarlos. La matrona expondrá la manera de efectuar los pujos y, después, comprobará cómo ejecuta el ejercicio cada una de las participantes del grupo, evaluando su correcta realización. Normalmente, esta práctica suele comenzarse a partir de las 37 semanas de gestación, dado que dicha actividad puede comportar un incremento del riesgo potencial de amenaza de parto prematuro o de romper la bolsa de las aguas.

Ficha 4.4.c. Los pujos

Pujo con espiración (más fisiológico)

- Relajar la zona del perineo, apoyarla bien sobre la colchoneta, evitar contraer el perineo y los glúteos.
- Flexionar el tronco.
- Realizar una inspiración profunda, hacer una espiración prolongada expulsando el aire por la boca o emitiendo un sonido. Se recomienda que este sonido se dirija hacia el cuello y no hacia el paladar (gemir, gritar, etc.).

Se produce una contracción del útero y de los abdominales, una compresión más progresiva sobre el perineo, se evita la maniobra de Valsalva, no perturba la oxigenación, pero puede ser menos eficaz en momentos de urgencia.

Pujo con inspiración bloqueada (forma clásica)

- Relajar la zona del perineo, apoyarla bien sobre la colchoneta, evitar contraer el perineo y los glúteos.
- Flexionar el tronco.
- Realizar una inspiración profunda, bloquear la respiración y empujar.
- Si es necesario, se podrá inspirar rápidamente para permitir la entrada de aire pero procurando no destensar los músculos abdominales.

Se puede sugerir la práctica del pujo en diferentes posiciones: decúbito supino, semi-incorporada, en cuclillas, con manos y rodillas en el suelo (“a cuatro patas”), añadiendo la participación de la pareja en el ejercicio, con la finalidad de que la mujer escoja la posición que le sea más cómoda, sobre todo cuando no lleve analgesia peridural.

En el caso de mujeres que optan por un parto normal, es importante reseñar la conveniencia de que el pujo sea libre, salvo que nos encontremos ante una situación de riesgo.

Al acabar la actividad, la matrona recomendará trabajar en casa los ejercicios que favorecen la movilidad de la pelvis.

Relajación

La matrona dará las explicaciones pertinentes sobre la técnica de relajación. Pedirá a las mujeres que se sienten en una silla, apoyando la espalda en el respaldo, de forma cómoda, pero respetando la posición correcta de la columna. A continuación, se hará una simulación de una contracción; cuando se les indique que aparece una, las mujeres deberán adoptar la postura de RDCIII (que aprendieron en la sesión anterior) durante un minuto, relajarse y, posteriormente, realizar una sofronización. Deben asimilar que el período entre contracciones es un estado de relajación y calma. Se repetirá la secuencia tres veces.

Ficha 4.4.d. RDC III grado con activación intrasofrónica (AIS) de las respiraciones

El objetivo de la técnica es obtener un estado de conciencia, de atención y de relajación.

1. Hacer una sofronización simple sentadas en postura de II grado, con la espalda apoyada en el respaldo de la silla.
2. Visualizar la postura III.
3. Adoptar la postura de III grado.
 - Columna vertebral anatómica.
 - Ojos entreabiertos.
 - Respiración sobre el bajo vientre.
4. Entrenar las respiraciones (abdominal, torácica de espiración prolongada y superficial).
5. Cerrar los ojos y volver a la posición inicial.
6. Adoptar la postura de III grado.
7. Desofronización.
8. Diálogo postsofrónico.

Las personas participantes comentarán sus percepciones. Expresarán cómo se han sentido y si se han encontrado con dificultades al practicar la actividad. La matrona aconsejará el entrenamiento de la técnica de relajación en casa para adquirir habilidad y poder valorar su eficacia cuando lleguen las contracciones.

4.6. Valoración y cierre de la sesión

5 minutos

Finalmente, la matrona hará una valoración global de la sesión; destacará los puntos fundamentales que se han tratado y recordará el trabajo corporal y las técnicas de relajación que la mujer debe practicar en su hogar.

4.7. Referencias bibliográficas

Beckman, M.M., y Garrett, A.J., (2007). *Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal*. Revisión de la Biblioteca Cochrane Plus, 4.

Calais-germain, B. (1998). *El periné femenino y el parto. Anatomía del movimiento*. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo.

Carroli, G., Belizan, J. y Stamp, G. (2001). *Episiotomy for vaginal birth* (Cochrane Review). The Cochrane Library. Cochrane Collaboration, nº 2. Oxford: Update Software.

FAME (2007). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España.

Fernández, R y Prats, R. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpart.pdf>

Gülmezoglu, AM., Crowther, CA. y Middleton, P. (2008). Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o después del término (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 15 de febrero de 2009 en: <http://www.update-software.com>

Hofmeyr, GJ. y Gülmezoglu, AM. (2003). Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1 2003. 10.1002/14651858.CD000941.

Klaus, M. y Kennell, J. (1978). *La relación madre-hijo*. Madrid: Médica Panamericana.

Mynaugh, P.A. (1991). A randomized study of two methods of teaching perineal massage: effects on practice rates, episiotomy rates, and lacerations. *Birth*, 18 (3), 153-159.

Odent, M. (1999). *La científicació del amor. El amor en la ciencia*. Buenos Aires: Creavida.

Olesen, AW., Westergaard JG. y Olsen, J. (2003). Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978-1993. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;189:222-7.

Departamento de Salud. Dirección General de Salud Pública. (2007). *Protocol per a l'assistència natural al part normal*. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/part2007.pdf>

Sanz, J.(s.f.). El masaje perineal ¿es efectivo para prevenir los desgarros perineales? Recuperado el 13 de septiembre de 2007 en: http://www.episiotomia.info/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=26

Sebastià, G. (Dir) Apuntes de los cursos de preparación sofrológica a la maternidad impartidos por la sección española de la escuela de sofrológica. Departamento de preparación sofrológica a la maternidad.

Simmons, SW., Cyna, AM., Dennis y Hughes D. (2008). Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 3 de marzo de 2009 en: <http://www.update-software.com>

Sesión

5

El puerperio

El puerperio

El puerperio es un periodo que se inicia después del parto y que abarca de 6 a 8 semanas. Requiere la adaptación a la nueva situación que representa la crianza, el inicio de responsabilidades como madre o padre y la asunción nuevos roles. Gutman (2006) lo define como "...una apertura del alma. Un abismo. Una iniciación".

Es importante que se conozcan los cambios en los diferentes momentos del postparto. La mujer debe saber que su cuerpo se recuperará progresivamente y que deberá adoptar, poco a poco, una vida activa, normalizando los hábitos cotidianos. Se pone de manifiesto la importancia de tomar conciencia de la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable en relación a la alimentación, la higiene y el descanso para reducir la ansiedad que puede ocasionar la nueva situación y favorecer su bienestar.

La nueva situación familiar y las alteraciones que tienen lugar durante el puerperio también afectan a la sexualidad. Debe incidirse en las relaciones afectivas y sexuales de la pareja, dado que en esta etapa pueden quedar influenciadas por miedos y también por creencias erróneas. La pareja debe tener presente que el reencuentro sexual debe producirse cuando se encuentren preparados y exista deseo por ambas partes, considerando también diferentes formas de relación sexual para expresar el afecto, el deseo y el amor. Conviene introducir también el consejo contraceptivo, para ayudar a evitar un embarazo cuando se reinicien las relaciones sexuales coitales.

La adaptación a los nuevos cambios y a la nueva situación familiar puede originar sentimientos y emociones ambivalentes, como la felicidad y la tristeza, la alegría y la apatía, la tranquilidad y la angustia, que se verán potenciados por la inseguridad entorno al cuidado del recién nacido, las molestias experimentadas, el exceso de visitas y la discrepancia en la información recibida de los profesionales y de las personas próximas, como familiares y amigos. Es trascendental que la mujer y/o su pareja sean conscientes de la temporalidad y brevedad de este estado emocional.

5.1. Objetivos de la sesión

1. Identificar los cambios físicos, psicológicos y emocionales que tienen lugar durante el puerperio, así como los signos de consulta.
2. Tomar conciencia de la importancia de adaptarse a los nuevos hábitos de vida.
3. Adquirir estrategias para la adaptación a los cambios emocionales y sociales.
4. Tomar conciencia del cuerpo y aprender posturas que promuevan su recuperación.

5.2. Índice de la sesión

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Los cambios y los signos de consulta** (Lluvia de ideas, exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **La vida después del parto** (Visionado del vídeo, trabajo en pequeños grupos, 30 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **La adaptación emocional a los cambios** (Trabajo en pequeños grupos, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (40 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

5.3. Contenidos de la sesión

1. Los cambios físicos y psicoemocionales en el puerperio

- El puerperio, un periodo de cambios físicos y psicológicos.
- El proceso de recuperación del cuerpo.
- El cuidado personal y la imagen.
- Los signos de consulta.

2. La importancia del cuidado personal después del parto

- Los hábitos de vida.
- La alimentación, la higiene y el descanso.
- La organización del tiempo.

3. Estrategias para la adaptación emocional y social

- Las habilidades emocionales.
- La sexualidad y la pareja.
- La adaptación de las relaciones familiares y sociales.

4. La conciencia del cuerpo, las posturas y los ejercicios para la recuperación del cuerpo

- La estática corporal, ejercicios de cervicales, de pectorales y de brazos, de Kegel y la respiración abdominal.
- La relajación con sofronización simple con activación intrasofrónica de las respiraciones (AIS).
- El masaje.

5.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor de CD/DVD.
- Papel y bolígrafos.

• CD

Fichas

- Ficha 5.1. El puerperio, un periodo de cambio
- Ficha 5.2. La vida después del parto
- Ficha 5.3.a. Caso 1. Las emociones
- Ficha 5.3.b. Caso 2. La sexualidad y la pareja
- Ficha 5.3.c. Caso 3. Las relaciones familiares y sociales
- Ficha 5.4.a. Ejercicios de gimnasia
- Ficha 5.4.b. Masaje corporal
- Ficha 5.4.c. Sofronización simple. Activación de las respiraciones

Diapositivas

- Diapositiva 5.0. Objetivos e índice de la sesión
- Diapositiva 5.1. El puerperio, un periodo de cambio

• DVD

- Vídeo 5.2. “La vida después del parto”

5.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las personas participantes. Se hará un breve recordatorio de la sesión anterior y se las ubicará en el tema que se tratará: “El puerperio”.

Diapositiva 5.0. Objetivos e índice de la sesión

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 5

1. Identificar los cambios físicos, psicológicos y emocionales que tienen lugar durante el puerperio, así como los indicadores de consulta.
2. Tomar conciencia de la importancia de cuidarse para poder adaptarse a los nuevos hábitos de vida.
3. Adquirir estrategias para la adaptación a los cambios emocionales y sociales.
4. Tomar conciencia del cuerpo y aprender posturas que promuevan su recuperación.

ÍNDICE DE LA SESIÓN 5

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Los cambios y los indicadores de consulta** (Lluvia de ideas, exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **La vida después del parto** (Visionado del vídeo, trabajo en pequeños grupos, 30 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **La adaptación emocional a los cambios** (Trabajo en pequeños grupos, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (40 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

Actividad 1

LOS CAMBIOS Y LOS INDICADORES DE CONSULTA

Lluvia de ideas

Exposición oral

20 minutos

OBJETIVO 1

- Identificar los cambios físicos, psicológicos y emocionales que tienen lugar durante el puerperio y los indicadores de consulta.

CONTENIDOS

- El puerperio, un periodo de cambios físicos y psicológicos.
- El proceso de recuperación del cuerpo.
- El cuidado personal y la imagen.
- Los indicadores de consulta.

a. Introducción a la actividad

La matrona explicará que con esta actividad se pretende dar a conocer los cambios que se producen durante el puerperio, teniendo en cuenta que se trata de un proceso natural de recuperación del cuerpo y que representa un cambio de vida, tanto a nivel individual, como familiar, al que deberán acomodarse progresivamente. Incidirá en la importancia de identificar este período como una situación única y especial que es preciso vivir con la máxima satisfacción y plenitud, puesto que supone una etapa en la que los vínculos con el recién nacido son muy estrechos. Es preciso ayudar a tener confianza en la capacidad de afrontar las situaciones con éxito, siguiendo algunas indicaciones y, muchas veces, la lógica y el sentido común.

Es conveniente que la mujer sepa que después del parto se producen algunas hemorragias o pérdidas, los loquios. Son parecidos a una menstruación. Pueden ser abundantes e irán disminuyendo a medida que pasen los días. Además, pueden aparecer pequeñas molestias, como dolor en la zona del perineo, en el caso de que haya puntos de sutura o desgarro durante el parto, así como sensación de fatiga, que pueden ser aliviadas con un descanso adecuado. Así mismo, con el transcurso del tiempo, pueden surgir dolores abdominales causados, o bien por la contracción del útero hacia su tamaño inicial, o bien por la secreción de oxitocina durante la lactancia.

b. Desarrollo de la actividad

Para comenzar, se llevará a cabo una lluvia de ideas a partir de la pregunta:

- ¿Qué cambios y qué sensaciones esperáis tener después del parto?

Se animará a todas las mujeres y respectivas parejas a participar de forma espontánea.

Se anotarán en la pizarra las ideas claves de las respuestas, clasificándolas en cambios físicos, cambios emocionales y cambios en la forma de vida.

A partir de las aportaciones, la matrona realizará una explicación oral (mediante la *diapositiva 5.1.*) sobre los cambios psíquicos y psicológicos más frecuentes, esclareciendo las dudas y creencias erróneas que puedan ir planteándose. Remarcará aquellos aspectos expuesto en la lluvia de ideas y también aquellos que no se han mencionado y en los que se debe insistir. Al final de la exposición, se advertirá sobre los indicadores que requieren consulta médica y se entregará a las personas participantes la *ficha 5.1.*, que contiene la información teórica de la exposición oral.

Orientaciones para la matrona respecto a los cambios en el puerperio

Ficha 5.1. El puerperio, un periodo de cambio

EL PUERPERIO, UN PERIODO DE CAMBIO

Desde el punto de vista físico, el puerperio es un periodo que se inicia después del parto y dura aproximadamente de unas 6 a 8 semanas. Se caracteriza por:

La recuperación de la madre (vuelve a su estado anterior al embarazo).

El establecimiento de la lactancia materna.

La adaptación a la nueva situación.

El inicio de tareas correspondiente a madres y padres y asunción de nuevos roles.

“El puerperio es una apertura del alma. Un abismo. Una iniciación”. (Gutman, 2006).

MODIFICACIONES FÍSICAS QUE SE PRODUCEN DURANTE EL PUERPERIO

PUERPERIO INMEDIATO (primeras 24 horas)

Esta etapa se caracteriza por el establecimiento de la lactancia materna, con la aparición del calostro, leche baja en grasas y rica en inmunoglobulinas. Durante estos primeros días, los recién nacidos piden a menudo la “subida” de la leche, que suele producirse hacia el tercer día. Si la mujer no amamanta, se propondrán medidas para inhibir la secreción láctea; ya sean medidas físicas, evitando la succión y la estimulación de las mamas, procurando la compresión de los pechos con un sujetador (no es recomendable la restricción de líquidos), ya sean medidas farmacológicas (medicamentos).

Por otra parte, el **útero disminuye su tamaño**, se contrae, adquiere una consistencia dura y su posición llega al nivel del ombligo. Para que se mantenga bien contraído y las pérdidas de sangre no sean excesivas, es importante que la vejiga urinaria esté vacía, por ello será conveniente la micción espontánea. Durante las primeras 24 horas después del parto, se eliminan los **loquios**, que son la sangre y los residuos del útero. El comienzo de la **ingesta oral** variará en función de si durante el parto se ha administrado algún tipo de calmante o no (peridural o por vía oral). En el caso de cesárea, normalmente la madre deberá permanecer unas cuantas horas en ayunas con sueroterapia. La **deambulación** (caminar) se inicia también de forma progresiva. El descanso de la madre es vital para poder recuperarse y atender a su hijo o hija. Cuando la **madre es Rh(-)**, se comprobará el grupo sanguíneo y el factor Rh del recién nacido. Si éste es Rh(+), se administrará gammaglobulina a la madre en las primeras 72 horas.

PUERPERIO PRECOZ (primeros 10 días)

Se caracteriza por el **establecimiento de la lactancia materna**. Hacia el tercer día, se pueden sentir los pechos más llenos y duros; conviene amamantar a menudo sin restricciones y, en caso de mucha molestia, se puede aliviar aplicando calor húmedo en las mamas antes de amamantar, para facilitar el vaciado. **El útero se contrae** para recuperar su tamaño inicial. En el caso de mujeres primíparas (primer parto), generalmente estas contracciones no son dolorosas, pero en las secundíparas o múltiparas son más intensas, persisten durante 2 o 3 días y reciben el nombre de contracciones de la matriz. Cuando la mujer está amamantando, también se producen contracciones por la secreción de oxitocina que ayudan a la recuperación uterina.

Los loquios disminuyen progresivamente, de modo que hacia el tercer día son similares a la menstruación. En torno a la tercera semana después del parto, pueden aumentar las pérdidas, aunque duran pocos días.

Durante el puerperio también es frecuente el **estreñimiento**, por lo que conviene llevar una dieta laxante (rica en fibras).

PUERPERIO TARDÍO (primeras semanas)

Si la mujer está lactando, es muy probable que no tenga la menstruación, lo que no significa que no pueda quedarse embarazada. En caso de no dar el pecho, la **menstruación** suele aparecer alrededor de la quinta o sexta semana posterior al parto.

Se aconseja visitar la **matrona o el ginecólogo al cabo de unas 6 semanas** para recibir asesoramiento anticonceptivo y comprobar la recuperación física de los órganos genitales.

La mujer puede gozar de los beneficios de las relaciones sexuales siempre que se adecuen a sus necesidades. A menudo, decide dar respuesta a las demandas de su pareja, de satisfacerla, de reencontrarla, pero se tropieza con que la relación sexual no funciona, a no ser que desconecte de sus sensaciones más íntimas. Es una sexualidad que no necesita penetración, y que puede consistir en muestras de afectividad. No existe motivo alguno para no tener relaciones coitales si la mujer lo desea y no le causan dolor. En caso de sequedad vaginal en esta etapa, se puede solucionar con la aplicación de lubricantes acuosos (consultar con la matrona). En caso de relaciones coitales, debe utilizarse un método anticonceptivo aunque la mujer no haya tenido ninguna regla, como por ejemplo los preservativos masculinos o femeninos, el DIU, el contraceptivo hormonal oral o implante de progesterona o el MLA (método de amenorrea de la lactancia [OMS, 2007]).

ADAPTACIÓN EMOCIONAL

La maternidad requiere un **proceso de adaptación que variará en función de cada persona**. Durante las primeras horas existe cansancio, pero también felicidad ya que por fin el hijo o la hija puede reposar en los brazos de la madre. Es conveniente vivir con tranquilidad estos instantes y buscar **espacios de intimidad** para facilitar la formación del vínculo madre-hijo o hija. La pareja debería participar de este momento para que se sienta implicada en el proceso y elabore el vínculo pareja-hijo o hija.

Los primeros días (en el hospital) se caracterizan por la aparición de **sentimientos ambivalentes o contradictorios** como la felicidad y la tristeza, la alegría y la apatía, la tranquilidad y la angustia, etc. que se deben a:

- Incorporación del rol de madre, que supone un cambio de adaptación importante
- Discrepancia entre la información y los consejos recibidos por parte de los profesionales y de los familiares y amigos
- Inseguridad en lo que se refiere a la manipulación y cuidados del recién nacido
- Dificultades en el establecimiento de la lactancia materna
- Malestar por los puntos, excesivas visitas de familiares y amigos y falta de descanso

Es probable la aparición de la tristeza posparto, sentirse poco motivada, poco apoyada, llorar con facilidad y llegar a tener la sensación de que no se hacen correctamente las cosas ya que existe una mayor labilidad emocional. **Este estado es transitorio**, se prolonga pocos días y, para poder superarlo satisfactoriamente, es preciso tener claros algunos conceptos como:

- Disfrutar de una buena comunicación a nivel de pareja, expresando los sentimientos, miedos y preocupaciones que nos inquietan
- Contar con un grupo de apoyo mutuo y con una gran implicación por parte de la pareja en relación al cuidado de la madre, del recién nacido y de las tareas domésticas
- Tener confianza en la propia capacidad de ser madre
- Priorizar las actividades a realizar
- Buscar ayuda (familiares, amigos...)
- Descansar, alimentarse equilibradamente, cuidar el aspecto personal
- Salir cada día a pasear con el bebé. Este momento, dedicado tanto a la madre como al niño/a, sirve para desconectar de la rutina diaria y es un espacio de ocio, de sociabilidad y de contacto con el entorno. Además, se aprovechan los beneficios de la luz del sol
- Intentar posponer las visitas de amigos y familiares

INDICADORES DE CONSULTA

- Fiebre.
- Problemas en la episiotomía (dehiscencia, edema, etc).
- Sangrado importante, loquios de aspecto purulento y fétidos.
- Micción frecuente y urgente, disuria.
- Dolor anormal en el abdomen y en las piernas.
- Tristeza profunda y sensación de incapacidad para cuidar al recién nacido.
- Dolor intenso en el pecho.

Gutman, L. (2006). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. RBA Libros, S.A.

c. Conclusiones de la actividad

Para finalizar, se comentarán los aspectos más importantes expuestos a lo largo de la actividad. Se enfatizará que el puerperio es un periodo de cambio en el que el cuerpo vuelve a la normalidad a pesar de que, desde el punto de vista emocional, la madre puede sentirse afligida y frustrada si carece de confianza en su capacidad para asumir el rol de madre. Otro aspecto que se debe remarcar es la importancia que tiene para la mujer el hecho de compartir con la pareja o con otros miembros de la familia algunas tareas, de manera que la organización le permita cuidarse. Es preciso insistir en la importancia de identificar los signos que hacen necesaria la consulta a los profesionales sanitarios.

Actividad 2

LA VIDA DESPUÉS DEL PARTO

Visionado de vídeo
Trabajo en pequeños grupos
30 minutos

OBJETIVO 2

- Tomar conciencia de la importancia de cuidarse para adaptarse a los nuevos hábitos de vida.

CONTENIDOS

- Los hábitos de vida.
- La alimentación, la higiene y el descanso.
- La organización del tiempo.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se tratará la importancia de cuidarse después del parto y de restablecer unos hábitos de vida que contribuyan al bienestar de la mujer, de la pareja y de la familia. Este hecho repercutirá en la correcta adaptación a una nueva situación llena de retos que puede disfrutarse con mucha felicidad.

b. Desarrollo de la actividad

Se comentará a las personas participantes que, a continuación, se verá el vídeo “*La vida después del parto*”, en el que diferentes mujeres y parejas que han tenido un hijo o una hija explicarán los principales cambios que se han dado en su vida, diversas situaciones en las que se han encontrado durante el puerperio y qué hicieron para resolverlas. Después de verlo, las mujeres o parejas se distribuirán en pequeños grupos y cada uno de ellos responderá a las preguntas de la *ficha 5.2. La vida después del parto*.

Ficha 5.2. La vida después del parto

Preguntas para los participantes:

- ¿Qué os ha llamado más la atención?
- ¿Qué cambios creéis que serán más fáciles de asumir y cuáles más difíciles?
- ¿Qué alternativas o soluciones consideraréis más adecuadas para vosotros?

Las aportaciones de cada grupo se anotarán en la pizarra. Seguidamente, se expondrán las acciones relacionadas con el hecho de cuidarse y con los hábitos recomendables en el puerperio relacionados con la alimentación, el descanso y la organización del tiempo. Se incidirá en una alimentación equilibrada y adaptada a las necesidades de cada mujer, rompiendo con la creencia de que durante la lactancia se debe “comer por dos”, así como en la importancia de beber en abundancia y de comer alimentos ricos en fibra para reducir el estreñimiento, ocasionado muchas veces por el miedo al dolor perineal, y también para ayudar a la normalización de la movilidad intestinal.

En caso de padecer almorranas, las molestias disminuyen si se realizan baños calientes, con la finalidad de relajar el esfínter anal interno y, a la vez, disminuir la inflamación del paquete hemorroidal. También puede ayudar la aplicación de pomadas sin corticoides.

Es importante mantener una esmerada higiene de la zona perineal, manteniendo esta zona limpia y seca. La limpieza debe realizarse siempre en dirección de uretra a ano y hay que cambiar frecuentemente la compresa.

También es preciso dar indicaciones respecto al cuidado del aspecto personal, para ir aceptando la propia imagen corporal, necesaria para aumentar la autoestima de la mujer y la sensación de seguridad.

La organización del tiempo influirá positivamente en el bienestar personal y familiar. Se debe descansar para posibilitar la recuperación física y mejorar el estado anímico, que ayudará a afrontar la maternidad de forma más relajada. Es importante que la mujer cuente con el apoyo de la pareja, de la familia cercana o de personas del entorno que estén dispuestas a acompañarla, a cuidarla, a llevar a cabo los trabajos delegables (como por ejemplo, las tareas domésticas) y a respetar sus decisiones. Se debería intentar posponer las visitas de amigos y familiares, puesto que todo es más fácil cuando han transcurrido unos días y el proceso de adaptación se está viviendo con normalidad. Salir a pasear cada día con el bebé es relajante, ya que ayuda a romper la rutina diaria, es un espacio de recreo y, a la vez, un momento de contacto con el entorno.

c. Conclusiones de la actividad

Se fomentará la capacidad para decidir posponer algunas tareas que, aunque parezcan importantes, no es preciso hacerlas de inmediato. Es básico descansar y relajarse de vez en cuando para el bienestar personal, del recién nacido y del núcleo familiar. Evitar situaciones de ansiedad que puedan provocar sensación de querer abarcarlo todo facilitará un clima de buen humor y ayudará a saborear esta nueva situación que supone la maternidad. Es preciso establecer prioridades en las actividades diarias, sin pretender encararlas todas.

Actividad 3

LA ADAPTACIÓN EMOCIONAL A LOS CAMBIOS

Trabajo en pequeños grupos

20 minutos

OBJETIVO 3

- Adquirir estrategias para la adaptación a los cambios emocionales y sociales.

CONTENIDOS

- Las habilidades emocionales.
- La sexualidad y la pareja.
- La adaptación de las relaciones familiares y sociales.

a. Introducción a la actividad

En esta actividad se pretende ofrecer algunas estrategias para favorecer la adaptación emocional a los cambios que representa la presencia de un miembro en la familia y las responsabilidades que conlleva. Se tratarán aspectos relacionados con las habilidades emocionales, las relaciones sexuales y afectivas y las nuevas coyunturas familiares y sociales.

b. Desarrollo de la actividad

Se realizará la actividad a partir de situaciones o casos. Se harán grupos pequeños y se entregará una ficha (*fichas 5.3.a, 5.3.b o 5.3.c*) de un caso a cada uno de los grupos formados, para que responda las cuestiones planteadas. Posteriormente, el o la portavoz de cada grupo expondrá las ideas a todo el conjunto de participantes.

Se plantearán tres situaciones que presentan dificultades: la primera relacionada con las emociones, la segunda con la sexualidad y la pareja y la tercera con las relaciones familiares y sociales.

Ficha 5.3.a. Caso 1: Las emociones

Cas 1: Las emociones

Hace una semana que Rosa ha tenido a su primer hijo, Ramón. El parto ha ido muy bien, no ha necesitado puntos y Ramón mama y duerme sin problemas.

Ella ya sabía que tener un hijo suponía un cambio de vida. Había asumido que estaría muy ocupada en atenderle, pero le parecía que ya estaba preparada para esta nueva situación, ya que había asistido a las clases y, tanto la matrona como las otras compañeras de curso que ya eran madres, le habían explicado las dificultades que implicaba esta etapa. No obstante, ahora se da cuenta de que la idea que tenía de “ser madre” no coincide totalmente con la realidad.

Se siente feliz por ser madre y tener a Ramón, pero a la vez siente que ha perdido su modo de vida anterior. Antes era muy independiente y no necesitaba nada de nadie y, ahora, todo es diferente. Tiene muchas ganas de llorar y no sabe por qué. Ama a Ramón, pero lo ve como a un desconocido. Su compañero, Carlos, cree que debería estar contenta y no sabe qué hacer.

- ¿Qué crees que le está ocurriendo a Rosa?
- ¿Qué puede hacer Carlos para ayudar a Rosa?
- ¿Cómo crees que se siente Carlos ante esta situación?

Ficha 5.3.b. Caso 2: La sexualidad y la pareja

Caso 2: La sexualidad y la pareja

Hace dos meses que Teresa y Pablo tuvieron a Marc. Pablo le ha expresado a Teresa su deseo de tener relaciones sexuales, pero ella se siente inapetente.

Como Teresa amamanta a su hijo, ambos disfrutan de largos momentos de contacto piel con piel, de modo que se sienten muy gratificados y satisfechos.

Teresa está muy cansada porque por las noches no puede dormir demasiado. Además, le practicaron una episiotomía y tiene miedo a la penetración. Le gustaría tener otro tipo de contacto, que la acariciasen o le hiciesen un masaje suave por el cuerpo. Le apetece algún tipo de relación sexual que no implique demasiado jaleo, ya que no quiere que el pequeño Marc se despierte.

– ¿Cómo podría Teresa explicar todo esto a su compañero?

– ¿Cómo crees que Pablo y Teresa pueden animarse a tener relaciones sexuales?

Ficha 5.3.c. Caso 3: Las relaciones familiares y sociales

Caso 3: Las relaciones familiares y sociales

Mireia y Juan han tenido a su hija hace 7 días, Laia. Fue un parto largo y, al final, requirió fórceps. Mireia necesitó muchos puntos y le duele el perineo. Laia es la primera nieta de la familia, así que los abuelos quieren ver a la niña a todas horas y no paran de hacer visitas.

Laia es una niña que come muy a menudo y poca cantidad, con lo que todo el día está enganchada al pecho de su madre. A pesar de ello, Mireia tiene muchas ganas de dárselo y además la niña va ganando peso sin problemas.

Pero cuando llegan las visitas, Mireia se pone muy nerviosa porque no paran de asegurarle que la niña pasa hambre y de aconsejarle que le dé biberón. Además, los visitantes no la ayudan y esperan que les prepare un café.

Cuando está sola y ve que llegan visitas tiene ganas de no abrir la puerta a nadie, pero se siente mal... y finalmente las acepta.

– ¿Cómo podrían resolver la situación Mireia y Juan?

Una vez finalizado el análisis de las situaciones, el portavoz de cada grupo expondrá el resultado de su trabajo y la matrona irá anotando en la pizarra las ideas más importantes que hayan surgido. Animará al resto de los participantes a comentarlas y a aportar sugerencias.

c. Conclusiones de la actividad

La actividad finalizará comentando que las alteraciones de vida que conlleva la maternidad afectan al estado emocional, y se incidirá en que es normal sentir tristeza, ganas de llorar, angustia y, a veces, ganas de desconectar y de disponer de espacios propios separados del bebé. Ello, muchas veces, implica sentimientos de culpa, pero hay que tener en cuenta que las necesidades del recién nacido hacen que su relación con la madre sea muy intensa y ocupe gran parte del día y de la noche. El retorno a casa es un periodo crítico y, en el caso del primer hijo o hija, debe enfrentarse a una situación nueva y desconocida. Además, los cambios

hormonales de la mujer contribuyen a esta frecuente tristeza posparto (también llamada “*blues*” o *melancolía*), que poco a poco va desapareciendo. Estos efectos se pueden reducir con la ayuda de la pareja o de personas cercanas y con una buena organización del tiempo. Es importante que la pareja comprenda que la madre necesita mucho afecto y ayuda. Se deben priorizar las tareas imprescindibles y no querer abarcarlo todo. Otro punto que debe tomarse en consideración es que la circunstancia de felicidad y satisfacción por el nuevo rol de madre puede hacer que la mujer no desee el reencuentro amoroso con su pareja. Al mismo tiempo, la pareja también puede temer acercarse a la pareja, porque tiene miedo de causarle dolor, o bien porque no la ve o la percibe igual que antes del parto. La pareja se debe concienciar de los cambios que se producen en las mujeres durante este proceso; debe asumir otro concepto de sexualidad y debe sensibilizarse con esta situación. La sexualidad debe ser sutil, sensible, tierna y muy afectiva.

En cuanto a las visitas, se deben posponer si se considera que pueden originar ansiedad. Las personas cercanas podrán comprender la situación si la pareja se comunica con ellas y les expresa su voluntad de postergar el encuentro, dejándolo para otro momento más tranquilo y adecuado.

Actividad 4

CONCIENCIA CORPORAL

40 minutos

OBJETIVO 4

- Tomar conciencia del cuerpo y aprender posturas que favorezcan su recuperación.

CONTENIDOS

- La estática corporal, ejercicios de cervicales, de pectorales y de brazos, de Kegel y respiración abdominal.
- La relajación con sofronización simple (SS) con activación intrasofrónica de las respiraciones (AIS).
- El masaje.

Primera parte: La estática corporal, ejercicios y respiración abdominal

a. Introducción a la actividad

En el periodo del puerperio, la madre debe aprender a realizar los cuidados de su hijo/a manteniendo una estática corporal correcta. Tendrá que cambiarlo y alimentarlo muchas veces al día, por lo tanto, es preciso adoptar posturas adecuadas para evitar molestias. También debe buscar momentos para cuidar el propio cuerpo. No se podrán llevar a cabo actividades intensas ni que requieran mucho tiempo, pero sí que se pueden incluir dentro de las actividades diarias ejercicios para favorecer la recuperación.

b. Desarrollo de la actividad

Se explicará la importancia de revisar los espacios que se utilizarán, tanto en el hospital como después en casa, para evaluar la situación: ¿Dónde se dará el pecho?, ¿Dónde se cambiarán los pañales?. Habrá que descubrir la postura correcta en las actividades de cuidado del recién nacido y realizar ejercicios de estiramiento muscular para compensar las posiciones adoptadas.

Las mujeres no suelen tener la musculatura de la cintura escapular muy desarrollada. Se debe tener en cuenta que cuidar al bebé significará cargar unos 3 Kg en los brazos durante unas cuantas horas al día. El trabajo con pesas entrenará los músculos que soportarán dicho peso (ejercicio pectoral 6).

En el periodo de posparto, se recomienda hacer ejercicios selectivos del suelo pélvico (Kegel) para recuperar el tono muscular del perineo y prevenir la incontinencia urinaria. Se aconseja que la madre practique este ejercicio asociándolo a una de sus actividades diarias relativas al cuidado del recién nacido, como por ejemplo, al acabar la lactancia. Es conveniente realizar esta práctica unas 8 veces al día, haciendo 4 ejercicios cada vez, de modo que, en total, serían 32 ($8 \times 4 = 32$).

Después del parto, uno de los grupos musculares que se deben trabajar son los abdominales, pero es aconsejable hacer una valoración previa del tono del suelo pélvico y también evaluar la presencia de diástasis del músculo recto de la zona abdominal. Se puede proponer un ejercicio abdominal hipopresivo y perineal que consiste en realizar una inspiración abdominal

y, después, una espiración prolongada manteniendo los músculos del abdomen y del perineo contraídos. Con las manos sobre las costillas, se observará qué sucede en el momento de máxima espiración (contracción de los músculos abdominales transversos, oblicuos y rectos). Estos ejercicios se podrían practicar en el posparto inmediato.

Ficha 5.4.a. Ejercicios de gimnasia

Estática corporal correcta en el embarazo y para cuidar al recién nacido

Ejercicio 1 – Cervicales

Ejercicio 2 – Pectorales. Al acabar de amamantar, cogerse las manos por detrás de la espalda y alejar los brazos del cuerpo (5 veces)

Ejercicio 3 – Pectorales

Ejercicio 4 – Brazos - Posibilidad de hacerlo con pesas

Ejercicio 5 – Contracción selectiva de los músculos del suelo pélvico

Ejercicio 6 – Perineal/Abdominal

Masaje de la zona cervical, si la pareja está disponible

c. Conclusiones de la actividad

Se ha realizado el trabajo corporal introduciendo ejercicios que se podrán poner en práctica durante el puerperio para aligerar la sobrecarga de determinados grupos musculares. Es adecuado remarcar la importancia de una estática corporal correcta para llevar a cabo los cuidados del recién nacido.

Segunda parte: El masaje

a. Introducción a la actividad

El objetivo de los masajes es relajar y disminuir la sensación dolorosa de las contracciones. Ahora bien, también cabe destacar que el masaje supone un lenguaje de comunicación; el tacto es uno de los primeros idiomas con los que la madre se relaciona con su hijo/hija.

b. Desarrollo de la actividad

Se realizaran las siguientes actividades.

Ficha 5.4.b. Masaje corporal

Colocación por parejas sentadas con la espalda bien alineada.

Se sigue la siguiente secuencia:

- Pases magnéticos sedantes (cabeza y espalda)
- Presión en la zona lumbar
- Masajes digitales en la zona cervical
- Masajes con pelotas (por toda la espalda)
- Pases magnéticos sedantes

Intercambio de rol: quien ha recibido el masaje, ahora lo da y quien lo ha dado, ahora lo recibe. Puesta en común de las sensaciones vividas.

Ficha 5.4.c. Sofronización simple (SS). Activación intrasofrónica de las respiraciones (AIS)

Objetivo. Anticipar situaciones futuras relacionadas con la maternidad dentro de la relajación, percibiendo sensaciones presentes de seguridad y tranquilidad

1. Posición: En decúbito lateral.
2. Sofronización simple o básica.
3. Con el nivel sofroliminal: percepción de sensaciones agradables, como tranquilidad, paz, calma y armonía.
4. Activación de las respiraciones de espiración prolongada, torácica y abdominal. Antes de salir de la relajación se activan cualidades positivas, como confianza, seguridad en uno mismo, capacidad de ilusión y esperanza en el futuro.
5. Desofronización.
6. Diálogo postsofrónico.

c. Conclusiones de la actividad

En el período de posparto, es indispensable priorizar el descanso. Las mujeres deben considerar la relajación como un elemento básico para ayudarlas a recuperarse. La atención al recién nacido es continuada las 24 horas del día, el bebé necesita comer muy a menudo y, al principio, las tomas pueden durar un buen rato. La adaptación a este hábito puede ser agotadora y, por ello, habrá que encontrar momentos para la relajación.

5.6. Valoración y cierre de la sesión

5 minutos

Para finalizar la sesión, se enfatizará en que no existen soluciones únicas para los problemas y dificultades que se han tratado. A menudo se trata de utilizar los recursos personales y el sentido común. Las decisiones no pueden tomarse en momentos de máxima angustia, intranquilidad o ansiedad, sino que hay que darse tiempo para la reflexión.

5.7. Referencias bibliográficas

Dodi, G.; Bogoni, F.; Infantino, A. et al. (1986). Hot or cold in anal pain? A study of the changes in internal anal sphincter pressures profiles. *Dis Colon Rectum*. Apr 29(4), 248-51.

Fernández, R. y Prats, R. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpart.pdf>

Gupta PJ. (2007). Effects of warm sitz bath on symptoms in post-anal sphinterotomy in chronic anal fissure. A randomized and controlled study. *World J Surg*. jul 31(7), 1480-4.

Gutman, L. (2004). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Buenos Aires: RBA Libros, SA.

Gutman, L. (2006). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: RBA Libros, SA.

OMS (2007). *Planificación familiar para proveedores*. Ginebra: pp 257-266.

Shafik A. (1993). Role of warm waterbath in anorectal conditions, the "termosphinteric reflex". *J Clin Gastroenterol*, 16(4), 304-8.

Sesión

6

**Alimentación del recién nacido:
lactancia materna**

Alimentación del recién nacido: lactancia materna

A lo largo del tiempo, en nuestra sociedad se han producido cambios en cuanto a la cultura del amamantamiento y de la crianza natural, un legado que históricamente pasaba de madres a hijas. La lactancia materna es un hecho biológico que, actualmente, está sujeto a modificaciones influenciadas por el estilo de vida, creencias y prácticas culturales que condicionan y dificultan la lactancia materna. Además, muchas veces, se añade la falta de información o de autoconfianza en la capacidad de amamantar de la madre. Dar el pecho es la mejor opción que puede escoger.

La lactancia materna proporciona de forma natural un alimento perfectamente adaptado a las necesidades de cada recién nacido. Influye de forma positiva, tanto a nivel biológico como emocional, en la salud de la madre y de su hijo o hija. Los beneficios que aporta para el desarrollo del bebé no son equiparables a otras formas de alimentación.

Aun así, el hecho de dar el pecho no debe plantearse como una obligación, sino como una opción que permite a la madre decidir, después de valorar adecuadamente las ventajas y los inconvenientes que para ella puede suponer, huyendo en todo momento del sentimiento de culpa en caso de que no se decante por la lactancia materna.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2002) y la Unión Europea reconocen que más del 97% de las mujeres son fisiológicamente competentes para dar el pecho a sus hijos de forma satisfactoria. Y los organismos internacionales aconsejan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y la lactancia materna complementada con otros alimentos hasta un mínimo de dos años (Asociación Catalana de Matronas, 2007a, UNICEF 2007).

De acuerdo con estas recomendaciones, los infantes de más de 6 meses deberían continuar con la lactancia materna combinada con una dieta bien equilibrada y nutritiva. Este espacio educativo proporciona una buena oportunidad para la reflexión y para iniciar el proceso en que la madre y la pareja deben tomar decisiones.

6.1. Objetivos de la sesión

1. Conocer las propias motivaciones y expectativas en torno a la alimentación del recién nacido.
2. Adquirir habilidades relativas a la técnica correcta de la lactancia materna.
3. Conseguir confianza en la propia capacidad para lactar.
4. Consolidar estrategias de conciencia corporal.

6.2. Índice de la sesión

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Beneficios de la lactancia materna** (Trabajo en pequeños grupos, lluvia de ideas y exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **A cualquier hora y en cualquier lugar** (Visionado del vídeo, relato, trabajo individual, 30 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **Soy capaz** (Juego de rol, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (20 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

6.3. Contenidos de la sesión

1. Los beneficios de la lactancia materna

- La lactancia materna como un proceso natural.
- Los beneficios de la lactancia materna.
- Los mitos y realidades respecto a la lactancia materna.

2. Las habilidades para la lactancia materna

- La fisiología de la lactancia materna.
- La técnica de la lactancia materna.
- El mantenimiento de la lactancia materna.
- El cuidado personal durante la lactancia materna.
- Las dificultades más frecuentes y sus soluciones.

3. La concienciación sobre la capacidad de asumir la lactancia materna

- La autoconfianza y la seguridad
- La toma de decisiones

4. La consolidación de las actividades de conciencia corporal

- La relajación dinámica de Caycedo I y II grado adaptada a la gestante con una sofroaceptación progresiva.

6.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor de CD/DVD.
- Papel y bolígrafos.

- **CD**

- **Fichas**

- Ficha 6.2.a. “Horarios de pesadilla”
 - Ficha 6.2.b. Cuando no se puede amamantar
 - Ficha 6.3.a. La madre (Silvia)
 - Ficha 6.3.b. La abuela (Paquita)
 - Ficha 6.3.c. La vecina (Mercedes)
 - Ficha 6.3.d. El padre (Julián)
 - Ficha 6.4. Relajación dinámica de Caycedo I y II grado adaptada a la embarazada
 - Ficha 6.5. Recursos para la lactancia materna

- **Diapositivas**

- Diapositiva 6.0. Objetivos e índice de la sesión
 - Diapositiva 6.1. Lactancia materna. ¿Por qué dar el pecho?

- **DVD**

- Vídeo 6.2. “La lactancia materna, una alimentación natural”

6.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las personas participantes. Se hará un breve recordatorio de la sesión anterior y se explicará a las personas participantes el tema que se tratará en la actual sesión: “Alimentación del recién nacido: la lactancia materna”. Los objetivos y el índice de la sesión se presentarán con una diapositiva (*diapositiva 6.0. Objetivos e índice de la sesión*).

Diapositiva 6.0. Objetivos e índice de la sesión

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 6

1. Conocer las propias motivaciones y expectativas en torno a la alimentación del recién nacido.
2. Adquirir habilidades relativas a la técnica correcta de la lactancia materna.
3. Conseguir confianza en la propia capacidad para lactar.
4. Consolidar estrategias de conciencia corporal.

ÍNDICE DE LA SESIÓN 6

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Beneficios de la lactancia materna** (Trabajo en pequeños grupos, lluvia de ideas, exposición oral, 20 minutos)
- Actividad 2. **A cualquier hora y en cualquier lugar** (Visionado de vídeo y relato, trabajo individual, 30 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **Soy capaz** (Juego de rol, 20 minutos)
- Actividad 4. **Conciencia corporal** (20 minutos)

Valoración y cierre de la sesión (5 minutos)

Actividad 1

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Trabajo en pequeño grupo
Lluvia de ideas
Exposición oral
30 minutos

OBJETIVO 1

- Conocer las propias motivaciones y expectativas en torno a la alimentación del recién nacido.

CONTENIDOS

- La lactancia materna como proceso natural.
- Los beneficios de la lactancia materna.
- Los mitos y realidades respecto a la lactancia materna.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se pretende dar a conocer los beneficios de la lactancia materna, para que se pueda iniciar un proceso de reflexión sobre las motivaciones y expectativas de las propias madres y de sus parejas a la hora de escoger el tipo de lactancia.

b. Desarrollo de la actividad

Se distribuirán las mujeres y sus parejas en pequeños grupos y se les pedirá que, después de meditar, enumeren inconvenientes y beneficios de la lactancia materna. A continuación, se pondrán en común las ideas de los diferentes grupos y la matrona irá anotando en la pizarra las aportaciones que considere más interesantes.

Una vez comprobado que la lactancia materna aporta múltiples beneficios, se proseguirá con una lluvia de ideas en la que se cuestionará lo siguiente a todos los participantes:

- ¿Cuánto tiempo dio el pecho vuestra abuela o madre?
- ¿Habéis pensado si daréis el pecho?
- ¿Qué ha motivado vuestra decisión?

Las respuestas servirán de hilo argumental para poner de relieve los cambios que se han producido a lo largo del tiempo en cuanto a la alimentación de los recién nacidos, así como para comentar las motivaciones que llevan a la mujer a dar el pecho y para valorar otras opciones.

Una vez finalizada la actividad, la matrona concluirá con una exposición oral sobre los beneficios de la lactancia materna. Se ayudará de la *diapositiva 6.1. Lactancia materna. ¿Por qué dar el pecho?*

Contenido para la exposición oral relativa a “¿Por qué dar el pecho?”

Los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el recién nacido, son muchos y, no solamente de carácter físico, sino también psicológico y emocional. Respecto al recién nacido, la leche materna contiene los elementos necesarios para su adecuado desarrollo y es nutricionalmente superior a cualquier otro alimento. Por su composición, se digiere mejor que la leche adaptada y supone un factor preventivo de diferentes patologías, como la obesidad entre otras. Igualmente, la leche materna contiene anticuerpos que protegen al bebé de infecciones (infecciones respiratorias, diarreas...) y aumenta la respuesta inmunitaria a las vacunas. Es un elemento preventivo respecto a la diabetes y reduce el riesgo de alergias (piel atópica, asma...).

En relación a la madre, la lactancia materna minimiza el riesgo de hemorragia posparto, puesto que favorece la involución del útero. Protege ante algunas enfermedades, pues reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios. Facilita la disolución de las grasas acumuladas en el abdomen y en las caderas durante la gestación, contribuyendo así a la recuperación de la figura habitual.

Desde el punto de vista práctico, también cabe apuntar que la lactancia materna proporciona diversas ventajas respecto a la lactancia artificial. Cabe destacar que la leche materna siempre está preparada, se encuentra a la temperatura adecuada, no se puede contaminar, no se deteriora, no requiere utensilios complementarios y no representa ningún gasto económico. También es importante reseñar que es el propio recién nacido, de forma natural, quien regula la cantidad que necesita y el momento en que le es preciso lactar, garantizándose así una alimentación equilibrada y sin excesos.

Por otra parte, la lactancia materna comporta generalmente un aumento de la autoestima de la madre. Cuando ésta comprueba que es capaz de amamantar a su hijo o hija y goza de este momento tan especial, se siente realizada y orgullosa de sí misma.

La lactancia no es exclusivamente un acto nutricional, sino que representa mucho más; proporciona consuelo, ternura, afecto y comunicación. La lactancia materna es el medio propio y natural de la especie humana para la alimentación de los lactantes y niños/as. Varios estudios científicos han demostrado que mejora la evolución de los niños prematuros y favorece el establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo o hija.

Beneficios para la madre

Psicoafectivos

Favorece el establecimiento del vínculo madre-recién nacido.

Da confianza y seguridad a la madre.

Biológicos

Disminuye el sangrado posparto.

Contribuye a la recuperación de la silueta.

Disminuye el riesgo de cáncer de mama.

Comodidad

La leche se encuentra preparada en todo momento y no precisa manipulación ni envasado.

Económicos

Contribuye a la estabilidad económica de la familia.

Reduce los gastos en salud de las poblaciones.

Beneficios para el lactante

Nutricionales

La leche materna contiene todos los nutrientes que el neonato necesita durante los primeros **seis meses** de vida y es conveniente ofrecerla durante los dos primeros años.

La leche materna presenta diversas ventajas, ya que posee:

- las proteínas y las grasas más adecuadas.
- más lactosa que las demás leches.
- las vitaminas, la cantidad de hierro y la cantidad de agua que el niño o la niña necesita y la cantidad apropiada de sal, calcio y fosfatos.

Inmunológicos

La leche materna está limpia y no contiene bacterias.

Posee anticuerpos contra muchas infecciones comunes.

Contiene leucocitos que ayudan a luchar contra infecciones.

Incluye el factor bífido.

Lleva lactoferrina.

Es un factor de crecimiento epitelial.

Biológicos

Favorece un correcto crecimiento maxilofacial y un mejor desarrollo psicomotor.

Psicoafectivos

El recién nacido recibe contacto, calor y amor.

c. Conclusiones de la actividad

Ésta es una sesión sobre lactancia natural. Para culminar la actividad, se expondrán los conceptos más relevantes que han aparecido durante el ejercicio. La matrona tendrá que mostrar a las madres y a sus parejas cómo se relacionan sus expectativas y motivaciones con los beneficios del amamantamiento natural. La lactancia de fórmula es un tipo de alimentación para algunos casos muy concretos. Es necesario aclarar que, en muchas ocasiones, las incomodidades y las dificultades que pueden surgir se pueden solucionar solicitando la ayuda y el asesoramiento de profesionales, de asociaciones o de grupos de madres. Por último, cabe destacar que la lactancia materna es la forma biológica y natural de alimentar a los recién nacidos y, salvo que existan problemas médicos muy específicos, todas las mujeres pueden dar el pecho y todas las leches son buenas. Si la lactancia es a demanda y el recién nacido se coge bien, la madre produce la cantidad de leche necesaria. Por ello, consideramos importante conocer la fisiología materna y las técnicas de lactancia.

Actividad 2

A CUALQUIER HORA Y EN CUALQUIER LUGAR

Vídeo
Relato
Trabajo individual
30 minutos

OBJETIVO 2

- Adquirir habilidades relativas a la técnica correcta de la lactancia materna.

CONTENIDOS

- La fisiología de la lactancia materna.
- La técnica de la lactancia materna.
- El mantenimiento de la lactancia materna.
- El cuidado personal durante la lactancia materna.
- Las dificultades más frecuentes y sus soluciones.

a. Introducción a la actividad

Con esta actividad se trabajará la importancia de saber cómo debe darse el pecho, cuándo debe darse y cómo resolver algunas de las posibles dificultades que puedan surgir.

b. Desarrollo de la actividad

Se reproducirá el vídeo "*La lactancia materna, una alimentación natural*", donde se incide en diferentes aspectos relacionados con la lactancia materna:

- La fisiología de la lactancia materna.
- La técnica de la lactancia materna.
- El mantenimiento de la lactancia.
- El cuidado personal durante la lactancia.
- Las dificultades más frecuentes y sus soluciones.

Posteriormente, se establecerá un diálogo en grupo a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Qué ventajas habéis detectado?
- ¿Qué dificultades habéis observado?
- ¿Qué dudas os han surgido?

Partiendo de los comentarios de los participantes, se clasificarán las dudas y se reforzarán aquellas aportaciones que sean interesantes, que den respuesta a las dificultades surgidas o que expresen experiencias previas.

A continuación, se leerá el relato en primera persona "*Horarios de pesadilla*" (ficha 6.2.)

Ficha 6.2.a. “Horarios de pesadilla”

Las endivias al roquefort que he pedido en el restaurante son excelentes, pero un camarero que me está observando atentamente con un reloj en la mano me tiene un poco inquieto. De golpe, se me tira encima y me retira el plato.

– ¡Escuche! ¡No he acabado!— le digo

– Lo siento – responde- 10 minutos, ha tenido tiempo suficiente... ahora ponga la cabeza sobre mi hombro.

Me da unos golpecitos en la espalda y me anima:

– Venga, señor... ¡eructe!

Extrañado, le comento que yo no suelo hacer eso, pero él insiste golpeándome más fuerte y, al mismo tiempo, diciendo:

– Tranquilo, relájese. Tiene que expulsar los gases.

Finalmente, al ver que no reacciono, desiste, se lleva el primer plato y me trae el segundo. En esta ocasión como a toda prisa, temo que me vuelva a dejar con la comida a medias. Pero cuando paro de comer porque no tengo más hambre el camarero me increpa otra vez:

– ¡Vamos! Siga comiendo, que aún le quedan 3 minutos.

– ¡No quiero más!— respondo.

– Venga, hombre, no sea así... ¡pero si está muy bueno!

De repente me coge por los hombros, comienza a zarandearme y va tatareando: “Ea, ea, ea,...”. Sólo consigo que se detenga cuando me llevo el tenedor a la boca. Y... ¡pobre de mí si no lo hago! Si paro, las sacudidas son más intensas y los gritos más apremiantes. Después, mira su reloj y parece tan aliviado como yo.

– ¡Diez minutos!— exclama y recoge el segundo plato.

Me levanto y me voy atolondrado del restaurante. El aire fresco y el olor del otoño me ayudan a olvidar el incidente. Más allá, diviso la terraza de una cafetería que me seduce. Escojo una de las mesas y me dirijo al camarero para pedirle un café y una porción de pastel, pero su cara es una mezcla de sorpresa y de indignación.

– ¿Perdone, señor, pero dígame, a qué hora ha comido?

– A las dos.

Sólo la sorpresa que me provoca me impide decirle: “¡Y a usted qué le importa!”

– Lo que me pensava, son las tres y hasta las cinco no le vuelve a tocar.

– ¿Cómo que no me toca? ¡Me apetece un café y lo quiero ahora!

– Sólo hace una hora que ha comido, no puede tener hambre tan pronto.

– ¿Cómo sabe usted si tengo hambre o no?

Se me ocurre una pregunta malintencionada:

– ¿Tres horas desde que he empezado a comer o desde que he acabado?

El camarero acusa el golpe, su desconcierto es evidente. En fin, me voy antes de que encuentre una respuesta ingeniosa.

Después de leer el relato se harán las siguientes preguntas al grupo:

- ¿Cómo os habéis sentido escuchando el relato?
- ¿En qué se parecen la situación del relato y la de la lactancia?
- ¿Cuáles son los argumentos a favor y en contra de no mantener un horario al dar el pecho?

Se recogerán los argumentos relacionados con establecer o no un horario de lactancia, detallando aquellos que aportan beneficios al niño/a.

c. Conclusiones de la actividad

Se resumirán los aspectos trabajados, insistiendo en las ideas principales sobre las técnicas de lactancia materna, el cuidado personal de la madre y la importancia de averiguar los recursos necesarios para superar las dificultades asociadas a la lactancia (la subida de la leche no es inmediata...) y poder gozar de la experiencia de amamantar. Se mencionarán algunos puntos relacionados con la alimentación de la madre cuando está lactando (mitos, alimentos galactogogos, bebidas sintéticas, alcohol, etc.).

Por último, se entregará la *ficha 6.2.b. Cuando no se puede amamantar*

Ficha 6.2.b. Cuando no se puede amamantar

Sería aconsejable que la madre que no amamanta a su bebé haga todo lo posible para potenciar la creación del vínculo madre-hijo/a y compensar algunos de los efectos beneficiosos que se podrían obtener con el amamantamiento materno.

- Contacto piel con piel desde los primeros momentos de vida.
- Facilitar el contacto madre-hijo/a el mayor tiempo posible, ofreciendo el gran suplemento de las caricias.
- Ofrecer el biberón desde distintos lados y también cara a cara, mirándose madre e hijo/a, potenciando así distintos estímulos sensoriales.
- Siempre que sea posible, que sea la madre quien ofrezca el alimento, o el padre, antes que otras personas.

Preparación de un biberón con leche de fórmula o leche artificial

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Lavar con agua y jabón los utensilios que se deban utilizar, con un cepillo limpio especial para biberones y tetinas. Aclarar bien con agua potable limpia.
- Una vez limpios, y sólo en casos muy especiales, esterilizar o poner en un recipiente con agua hirviendo.

- Para eliminar la posible contaminación de la leche por el enterobacter sakazakii y la salmonela (OMS, 2007), preparar la toma, poniendo agua, mejor de baja mineralización, a ebullición durante un momento (70 °C), verterla en el biberón y, a continuación, poner leche en polvo.
- Poner la cantidad exacta de leche según las indicaciones del preparado. Poner más o menos cantidad de la recomendada puede ser perjudicial para el recién nacido. Generalmente la dilución es de 30 cc de agua más 1 medida rasa de leche.
- Se empieza con pequeñas cantidades según el peso del recién nacido, entre 10-20 cc, y se va aumentando 10 cc/día según las necesidades del recién nacido. Pasados 2 ó 3 días, preparar más cantidad y ver qué necesita cada recién nacido. Si no se puede disponer de agua hirviendo, se puede utilizar la leche de fórmula ya preparada, líquida estéril para lactantes, así como en los recién nacidos de riesgo, por la contaminación bacteriana mencionada. Cerrar el biberón y agitarlo para conseguir una dilución correcta.
- Enfriar inmediatamente hasta la temperatura apropiada para el recién nacido poniendo el biberón debajo del grifo con agua fría o en un recipiente con agua fría, asegurándose de que el nivel de agua quede por debajo de la tetina, para no contaminar el biberón.
- Comprobar la temperatura aplicando unas gotas sobre la parte interior de la muñeca; debe estar templada, no caliente. Administrar la leche al recién nacido con la inclinación suficiente para que no trague aire. Desestimar el resto de leche que no se haya consumido en dos horas.
- Se recomienda no utilizar el microondas. En caso de utilizarlo para preparar o calentar la leche, debe hacerse con precaución y poner mucha atención, ya que no calienta de forma uniforme y pueden producirse “bolsas calientes” que pueden quemar la boca del recién nacido. Lo más higiénico es preparar el alimento de nuevo para cada toma y ofrecérselo al recién nacido a continuación, ya que este alimento preparado ofrece las condiciones idóneas para la proliferación de bacterias, sobre todo si se mantiene a temperatura ambiente.
- En caso de que se deseen preparar algunas tomas por avanzado, es necesario preparar cada biberón por separado, enfriar los biberones rápidamente y ponerlos en la nevera (a menos de 5 °C). Rechazar toda la leche preparada y refrigerada que no se haya consumido en 24 horas.

Actividad 3

SOY CAPAZ

Juego de rol

30 minutos

OBJETIVO 3

- Conseguir confianza en la propia capacidad para lactar.

CONTENIDOS

- La autoconfianza y la seguridad.
- La toma de decisiones.

a. Introducción a la actividad

Se explicará que la finalidad de esta actividad reside en reflexionar sobre el grado de confianza en uno mismo a la hora de tomar decisiones en torno a las cuestiones relacionadas con la lactancia materna, y sobre la influencia que tienen las opiniones de los demás.

b. Desarrollo de la actividad

Se aplicará la técnica del *role playing* o juego de rol. Consiste en representar el papel de diferentes personajes en relación a una situación ficticia pero que se puede dar en la realidad. Se pedirá la participación voluntaria de tantas personas como personajes existan y se les explicará y entregará a cada una de ellas una ficha (*ficha 6.3.a., 6.3.b, 6.3.c o 6.3.d*) con la descripción de las características y el diálogo inicial del papel que deben representar (madre, padre, abuela y vecina). Las mujeres y las parejas que no actúen deberán observar qué hace cada uno de los personajes en la escena. Se darán unos minutos a los actores para que puedan leer las particularidades de su personaje.

Después, se explicará la siguiente situación:

“Situación familiar en la cual el bebé está llorando desesperadamente. En el salón de casa, encontramos a la madre con el recién nacido llorando, a la abuela y a una vecina. La madre está intentando consolar al niño, mientras que la abuela charla con la vecina, que ha venido a visitarla. La madre tiene muchas dudas (si da el pecho correctamente, si tiene suficiente leche, si el pequeño habrá quedado satisfecho la última vez que lo ha amamantado, si conviene dar el pecho delante de otras personas...). La abuela del recién nacido insiste a la madre en que le dé el pecho porque seguramente tiene apetito. La vecina comenta que, si no hace mucho que ha mamado, no es preciso dárselo, ya que lo mejor es esperar a que transcurran cuatro horas desde la última toma, que es lo que ella hacía. En ese momento, entra en escena el padre, que llega de trabajar y pregunta qué ocurre. Coge al niño en brazos y dice que eso es lo que necesita. Entonces, la vecina apunta que no es recomendable cogerlo porque se acostumbra y después no querrá estar solo en la cuna. Finalmente, la madre, intentando tranquilizarlo, decide irse con él a otra habitación para darle el pecho.”

Ficha 6.3.a. Personaje de la madre (Silvia)

Personaje de la madre (Silvia)

Silvia es una madre que ha tenido a su primer hijo, Pablo, hace tres semanas. Su pareja, Julián, está todo el día trabajando y cuando llega a casa está cansado. La abuela Paquita, madre de Silvia, que vive cerca, intenta ayudarla algunos días y, en este momento, se encuentra en casa con ellos. Hace un rato ha venido también una vecina, Mercedes, amiga de Paquita, a ver al niño.

Pablo está llorando desconsoladamente en la cuna y Silvia lo intenta confortar. Está un poco preocupada porque es su primer hijo y tiene la sensación de no poder realizar todas las tareas domésticas y, a la vez, cuidar del bebé. Hace dos horas que le ha dado el pecho y, antes de que el niño empezara a llorar, estaba haciendo la cena, pues espera la llegada inminente de Julián. No se ve capaz de ocuparse de todo, hacerse cargo de la casa, atender a su pareja, encargarse de cuidar del pequeño y estar pendiente de las visitas. Además, duda de su capacidad de dar el pecho, teme no hacerlo bien y que el niño no se alimente lo suficiente.

Mientras intenta que Pablo no llore, acariciándolo y hablándole suavemente, va manifestando de forma insegura comentarios y dudas como los siguientes:

- Tal vez no se ha quedado satisfecho la última vez que ha mamado...
- No sé si le tendría que dar un biberón...
- Dudo si le estoy dando el pecho correctamente.
- Quizás no tenga suficiente leche.
- No sé si conviene dar el pecho en presencia de otras personas...

Ficha 6.3.b. Personaje de la abuela (Paquita)

Personaje de la abuela (Paquita)

La abuela Paquita es la madre de Silvia. Está muy emocionada por el nacimiento de su nieto, Pablo. Como su hija está casi siempre sola en casa con el bebé, va a menudo para ayudarla. En este momento, está sentada en el sofá hablando con Mercedes, una vecina amiga suya, que ha venido a ver a su nieto. Mientras conversa se da cuenta de que Silvia está sufriendo, la ve inquieta y agitada. La abuela va haciendo comentarios como los siguientes:

- ¿Y si intentas darle el pecho? Cuando tu hermana tuvo a Paula, decía que el pecho tiene que darse cuando el niño lo pedía...
- No te preocupes tanto, hay bebés que lloran mucho, ya se le pasará.
- Si quieres, lo cojo un rato y puedes ir a hacer la cena tranquilamente.
- A veces, sólo quieren llamar la atención de la madre, son tan pequeños...
- Todas las madres pueden dar el pecho, es cuestión de paciencia. Si tú estás calmada, él también lo estará.

Ficha 6.3.c. Personaje de la vecina (Mercedes)

Personaje de la vecina (Mercedes)

Mercedes es amiga de Paquita desde hace muchos años y, ahora, es vecina de Silvia. Todavía no conocía a Pablo y ha ido a visitarlo. Al reencontrarse con Paquita, ha comenzado a charlar con ella, recordando el momento en que ellas fueron madres. Mercedes es una persona muy estricta y organizada. Observando la situación de inquietud que hay en la casa, intenta dar consejos como los siguientes:

- No puede ser que tenga hambre.
- Los recién nacidos tienen que mamar cada 4 horas.
- Yo no lo cogería, los niños se acostumbran y no quieren estar solos en su cama.
- Si ves que no te apaña, dale el biberón, ahora las leches artificiales se parecen mucho a la leche de la madre....
- Creo que no te organizas bien. Todas hemos sido madres y hemos tenido que hacer el trabajo solas.

Ficha 6.3.d. Personaje del padre (Julián)

Personaje del padre (Julián)

Julián es el padre de Pablo y la pareja de Silvia. Está feliz por el nacimiento de su primer hijo, pero cuando llega a casa al anochecer, está agotado y sólo le hace caso un rato. Como Silvia siempre está ocupada con el bebé o con la casa, no presta mucha atención a Julián, ni tampoco él a ella, deja que vaya a su aire... No es consciente de que Silvia también está exhausta porque está continuamente pendiente de Pablo y de que necesita apoyo porque se siente insegura, ya que es madre por primera vez y duda sobre su capacidad de dar el pecho. En este momento, llega a casa y se encuentra a Pablo llorando, a Silvia intentando consolarlo y a la madre de Silvia y a la vecina dando consejos contradictorios. Julián hace comentarios como los siguientes:

- Sólo me faltaba esto, con el día que he tenido.
- ¿Por qué llora tanto?, ¿Estará enfermo?
- Mujer... ¿y si pruebas darle el pecho?
- ¿Y si le das un biberón?

Una vez acabada la representación, se formularán a cada uno de los personajes las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo os habéis sentido interpretando a vuestro personaje?
- ¿Cómo creéis que debería haber actuado vuestro personaje?

Y se preguntará al resto de participantes de la sesión:

- ¿Qué se puede hacer en esta situación?
- ¿Creéis que la madre ha actuado adecuadamente?
- ¿Qué puede hacer cada personaje para aumentar la seguridad y la autoconfianza de la madre?

c. Conclusiones de la actividad

Para finalizar la sesión, se subrayará la importancia de confiar en uno mismo. Es necesario aprender a relativizar las opiniones de personas cercanas que, aunque desean ayudarnos, a veces nos provocan angustia y confusión, originándonos dudas sobre cuestiones que teníamos claras. En general, si no hay problemas destacables, es la propia madre la que es capaz de decidir sobre las necesidades de su hijo o hija, ya que, aplicando la técnica adecuada y manteniendo un ambiente tranquilo, el recién nacido se relajará y aceptará gratamente el pecho. Amamantar es también una forma de relación con el bebé, de manera que la demanda de leche puede responder a sus exigencias de afecto. Igualmente, hay que hacer hincapié en el hecho de que la lactancia natural es la mejor forma de regular la cantidad de alimento requerida, ya que es el niño o niña quien, de forma natural, deja de succionar cuando está satisfecho.

También se comentará que, habitualmente, todas las madres son capaces de amamantar a sus hijos o hijas y, por este motivo, deben confiar en que también ellas podrán hacerlo. De esta forma, es más sencillo afrontar con éxito esta nueva situación.

Para facilitar la lactancia materna, se recomienda a las madres:

- Buscar ayuda para llevar a cabo las tareas domésticas.
- Evitar situaciones que les causen un estado de tensión.
- Cuidar su alimentación y tomar abundantes líquidos.
- Dar el pecho en el lugar más tranquilo de la casa cada vez que lo pida la criatura.
- La madre y su hijo/hija se merecen más que nadie descansar y sentirse cuidados.

Para trabajar la autoconfianza se debe:

- Intentar conseguir aquello que uno/a se ha propuesto y no perder el tiempo dudando.
- Pensar que cada intento que no se lleva a cabo es una posibilidad de éxito que se pierde.
- Tener como referencia a una persona que domine el tema y que pueda auxiliar.

Actividad 4

CONCIENCIA CORPORAL

20 minutos

OBJETIVO 4

- Consolidar las estrategias de conciencia corporal.

CONTENIDOS

- La relajación.
- RDC I y II grado, adaptada a la gestante, con una sofoaceptación progresiva (SAP).

a. Introducción a la actividad

En esta actividad, se hará un repaso de los ejercicios corporales trabajados a lo largo de las anteriores sesiones.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona explicará e introducirá los diferentes ejercicios a partir de la *ficha 6.4*.

Ficha 6.4. Relajación dinámica I y II grado, adaptada a la embarazada

Posición: sentadas con la espalda apoyada en el respaldo de la silla.

Hacer una SS y realizar las siguientes actividades:

- Contraer los músculos de la cara y de las manos (en forma de garra), 3 veces, viviendo las sensaciones recuperativas después de cada ejercicio, con respiración libre.

Ejercicios selectivos del suelo pélvico:

- Respiración libre, contraer y relajar el suelo pélvico. Tomar conciencia de esta parte del cuerpo al contraerse y al relajarse.

Concentración en un objeto:

- Centrar la atención en imaginar un objeto de la naturaleza (un paisaje, una flor, un árbol, una nube, el sol...), percibiendo sensaciones agradables.
- Respiración abdominal y torácica de espiración prolongada.
- Hacer una sofoaceptación progresiva cuidando de su hijo/a.
- Centrar la atención en la respiración y sincronizar la salida del aire con sensaciones y pensamientos positivos de tranquilidad, armonía, calma, serenidad...etc.

Desofronización simple.

Diálogo post sofrónico.

c. Conclusión de la actividad

Recalcar la necesidad de que las mujeres y sus parejas practiquen la relajación para adquirir seguridad en la capacidad para cuidar a su hijo o hija.

6.6. Valoración y cierre de la sesión

5 minutos

Las madres y sus recién nacidos no deberían ser separados después del parto, salvo que exista alguna causa médica que lo justifique. Al nacer el niño/a, se debe procurar el contacto de la piel de la madre con la piel del recién nacido, proporcionándoles un ambiente tranquilo y sereno durante todo el tiempo que madre y bebé deseen. Este contacto afectivo directo y precoz favorece el establecimiento del vínculo filial y se debería proponer a todas las madres, independientemente del tipo de lactancia que escojan.

Dar el pecho a un hijo o hija no es únicamente un acto nutricional, sino sobre todo, un acto de amor, comunicación, apoyo, calor y protección. De acuerdo con ello, es imprescindible que la madre y el bebé se conozcan, lo cual requiere tiempo, tranquilidad y privacidad. La madre y el niño/a deben darse tiempo para conocerse mutuamente y adaptarse el uno al otro, forjándose el vínculo afectivo madre-recién nacido. El contacto piel con piel de forma precoz después del nacimiento es un aspecto vital para un correcto inicio de la lactancia y, además, el recién nacido sabe instintivamente cómo cogerse al pecho.

Amamantar implica un proceso que no siempre es fácil. Es esencial que la mujer crea en su capacidad para amamantar, tiene que estar convencida de que quiere dar el pecho y no debe dudar ante la primera dificultad con que tropiece. Debe dejarse llevar por su instinto maternal y tener un punto de apoyo (normalmente es la pareja) que la ayude a estar centrada en su labor de crianza, despreocupándose de todo aquello que sea externo, como por ejemplo, las tareas domésticas.

La lactancia materna requiere paciencia, voluntad, flexibilidad, conocimientos, dedicación y seguridad. Debe tener clara la decisión que se tome y debe defenderla, evitando las influencias negativas del entorno. Es muy probable que la madre reciba mensajes contradictorios de los diferentes profesionales, familiares y amigos o amigas; por ello es muy importante que tenga confianza en sí misma y sea capaz de seleccionar la información que recibe, distinguiendo aquello que le puede ser útil de aquello que es superfluo.

Cabe recordar también que disponer de una buena información y estar en contacto con otras madres que dan el pecho sirve de refuerzo y motivación. Los grupos de apoyo a la lactancia ayudan a normalizar la situación y permiten a las madres compartir experiencias. Las mujeres que reciben apoyo durante la lactancia, suelen mantenerla durante más tiempo.

Todas las madres deben tener presente que dar el pecho es la única cosa que sólo ellas pueden hacer. Por lo tanto, se trata de una experiencia única, personal e intransferible para cada mujer y cada niño o niña.

Por último, se entregará la *ficha 6.5. Recursos sobre la lactancia materna*.

Ficha 6.5. Recursos sobre la lactancia materna.

LECTURAS	ASOCIACIONES
<p>Alba. Lactancia materna, (2004). <i>Guia de Lactància "Claus per a una Lactància Materna d'èxit"</i>. http://www.albalactanciamaterna.org</p> <p>González, C. (2008) <i>Manual práctico de lactancia materna</i>. 2ª edición. Barcelona. ACPAM</p> <p>González, C. (2006). <i>Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna</i>. Madrid: Temas de hoy.</p> <p>González, C. (2004). <i>Manual práctico de lactancia materna</i>. Barcelona: ACPAM.</p> <p>Nylander, G. (2005). <i>Maternidad y lactancia. Desde el nacimiento hasta los seis meses</i>. Barcelona: Granica.</p> <p>Royal College of Midwives (1992). <i>Manual per a un bon alletament matern</i>. Associació Catalana de Llevadores.</p>	<p>ACPAM (Associació Catalana pro Alletament Matern) Cursos, vídeos, folletos, carteles. Tel., fax 932 170 522 E-mail:acpam@ya.com http://www.acpam.org</p> <p>Associació Catalana de Llevadores http://www.llevadores.cat</p> <p>Asociación Española de Pediatría http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm</p>
INTERNET	
<p>Departamento de Salud: – Assessorament sobre alletament matern dins del Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/infantil/doc9902.html</p> <p>– Promoció de la lactància materna dins del Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2269/index.html</p> <p>Red Internacional de Lactancia Materna: LACMAT http://www.fmed.uba.ar/mspba/lista.htm</p> <p>Lista de correo electrónico LACMAT-L http://www.lacmat.org.ar</p> <p>La alimentación de lactantes y niños pequeños: recomendaciones estándar para la Unión Europea 2007 http://www.llevadores.cat/html/publicacions/docs/lactue07.pdf</p> <p>Consejos de la matrona para la madre que quiere amamantar Associació Catalana de Llevadores http://www.llevadores.cat/html/frame/frame.htm</p>	
GRUPOS DE SOPORTE	
<p>Federación Catalana de Grupos de soporte a la lactancia materna http://www.grupslactancia.org</p>	

Badalona

ASSIR Badalona
Av. Catalunya, 57

Barcelona

–Alba-Lactància Materna

<http://www.albalactanciamaterna.org>

–Centre Cívic Sant Martí

C/ Selva de Mar, 215 – 6 Planta - Taller 6
albasantmarti@albalactanciamaterna.org

–Centre Cívic Sant Andreu

C/ Gran de Sant Andreu, 111
albasantandreu@albalactanciamaterna.org

–ALBA Ciutat Vella

Centre Cívic Convent de Sant Agustí C/
Comerç, 36

albaciuatvella@albalactanciamaterna.org

–ALBA La Marina

Centre Cívic La Cadena C/ Mare de Déu del
Port, 397 (Zona Franca)

albalamarina@albalactanciamaterna.org

–ALBA Poble Nou

Centre Cívic Can Felipa C/ Pallars, 277

–ALBA Sants

Equipament Cívic Antiga Estació de Magòria
Gran Via de les Corts Catalanes, 181-247 /
C. Moianès, 1-17

albasants@albalactanciamaterna.org

–Lliga de la Llet de Catalunya

www.lalligadelallet.org

Gràcia - C/ Providència, 42

Les Corts - C/ Numància, 23

Drassanes - Av. Drassanes, 19

Horta - C/ Lisboa, 35

Blanes

CALMA

CAP II Blanes

Av. Europa, 10

Cambrils

Lliga de la Llet de Catalunya

Centre Cívic Alba

Plaça Carles Roig, 9

Castellbisbal

Grup de Suport a l'Alletament Matern de
Castellbisbal

Ambulatori de Castellbisbal

C/ Sant Marc, s/n

Gavà

Centre Cívic Sant Oleguer

C/ Sol i Padris, 93

Girona

CAP de Santa Clara

C/. Santa Clara, 35

Aula d'educació sanitària

Granollers

ALBA- Granollers

Ajuntament de Granollers. Portalet, 4
Planta 3

albagranollers@albalactanciamaterna.org

Lleida

ALLETA

El Calidoscopi

Avda. Pius Xil, s/n

Lloret de Mar

Llet de Mare

Centre d'Atenció Primària

lletdemare@grupslactancia.org

Martorell

Lliga de la Llet

La Vila - Barri Rosanes Centre de salut

integral Antònia Rufach

C/ De la muntanya s/n

cantonada C/ Vistalegre

Martorelles

Surt de l'Ou

C/Horta, 3

Mataró

Lliga de la Llet

Fundació Hospital,

C/. Sant Pelegrí, 3

Montmeló

Grup de Dones en Pro de L'alletament i de
l'Infant

Biblioteca Municipal de la Grua

C/ Francesc Macià, 11

Olot

Hospital Sant Jaume

C/ Mulieres, s/n

Pobla de Segur

ALLETA

Ajuntament. Av. Verdaguer, 35

Prat de Llobregat

Associació la Casita Magica

Centre Cívic Delta del Llobregat

C/ Riu Llobregat, 94

Premià de Mar

Lliga de la Llet

Associació Dones per la Igualtat

C/ Verge del Pilar, 30

Reus

Unitat d'Atenció a la Dona
CAP St. Pere Camí de Riudoms 53-55

Rubí

Natalie Reverdin Effront
Consultes telefòniques: 935 880 259
C/ Sant Dionis

Salt

Lliga de la Llet
Hotel d'Entitats "Les Bernardes"
AREOLA
Casal Sant Jordi, Rbla de Vayreda, 33 - 35
grupoareola@gmail.com

Sant Celoni

ASCUMAC
Biblioteca "L'Escorxador"
P. de la Rectoria Vella, 10
ascumac@grupslactancia.org

Sant Pere de Ribes

GAMMA
Casal d'Avis (Sala Polivalent)
C/ Nou, 3840

Sant Sadurní d'Anoia

Lliga de la Llet
CAP Sant Sadurní
C/ Gelida s/n

Santa Coloma de Gramanet

Centre Cívic Can Mariné
C/ Milà I Fontanals, 14 - 16

Sitges

Grup de Mares "Gamma Mare Meva"
Ambulatori de Sitges
C/ Carretera de les Costes s/n

Tarragona

Do de Pit
CAP Jaume I
C/ Jaume I s/n
<http://www.dodepit.org>
Unitat d'atenció a la Dona
CAP La Granja
C. Gomera s/n

Valls

Unitat d'atenció a la Dona
ABS Valls Urbà, C. Vallvera, 8

Vendrell

CAP I
C/Transversal s/n, 2ª planta
vendllet@grupslactancia.org

Viladecans

AREOLA
Espai Familiar de l'Escola Bressol
La Muntanyeta
Avda. Miramar, 8

Vilafranca del Penedès

GAMMA
Ambulatori de Vilafranca del Penedès
Plaça Penedès, 1

Vilanova i la Geltrú

ALBA - VILANOVA I LA GELTRÚ
La Baldufa, espai municipal per a la infància
C/ Pare Garí 1
albavilanova @albalactanciamaterna.org

6.7. Referencias bibliográficas

A, Josefa et al. *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica*. Asociación Española de Pediatría. Editorial medica Panamericana.

Asociación Española de Pediatría. (2008). *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

Associació Catalana de Llevadores. (2007a). *Consells de la llevadora per la mare que vol alletar*. Recuperado el 27 de febrero de 2009 en: <http://www.llevadores.cat/html/noticies/arxius/Llevadoras.pdf>

González, C. (2006). *Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna*. Temas de hoy: Vivir mejor.

Lawrence, R.A., Lawrence, R. (2007). *La lactancia materna. Una guía para la profesión médica*. Madrid. Mosby/Doyma.

La alimentación de lactantes y niños pequeños: recomendaciones estándar para la Unión Europea. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/lactue07.pdf>

OMS. (2005). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y resoluciones relevantes*
<http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html>

OMS. (2006). *VIH y alimentación Infantil*
http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275326010_spa.pdf

OMS. (2006). *Cómo preparar biberones de alimento para lactantes en casa*. World Health Organization in collaboration with Food and Agriculture Organization of the United Nations.
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_en.pdf

OMS - UNICEF. (2009). *Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna*.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/who_fch_cah_09.01_spa.pdf

Prats, B., Prats, R. y Plasència, A. (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf>

Thomas W. Hale (2004). *Medicamentos y Lactancia Materna*. UNICEF. Ed. Emisa.

WHO. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. WHO, Geneva: WHO
http://www.paho.org/english/ad/fch/ca/gSiYCF_infantfeeding_eng.pdf

UNICEF. (2007). Comisión Europea, Instituto Infantil IRCCS Burlo Garofolo, Unidad de Investigación para Servicios Sanitarios y Salud Internacional, Karolinska Institute, IHAN, Departamento de Salud. *La alimentación de lactantes y niños pequeños: recomendaciones estándar para la Unión Europea*. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2623/lactue07.pdf>

Sesión

7

Atención al recién nacido

Atención al recién nacido

Generalmente, las personas esperan la llegada del recién nacido sumergidos en una mezcla de sentimientos de ilusión y de miedo. El recién nacido es un ser lleno de necesidades físicas y afectivas con un alto grado de dependencia, pero a la vez, también está dotado de multitud de capacidades y reflejos para adaptarse a la nueva vida.

La madre y su pareja son los que día a día irán conociendo mejor a su hijo o hija y, por lo tanto, estarán cualificados para tomar las decisiones más acertadas sobre cuestiones que les afecten.

A menudo, los nuevos padres y madres que asisten a los cursos de educación maternal ya han investigado y consultado información sobre aquello que les interesa y preocupa a través de libros, folletos, revistas o Internet, pero eso no excluye la necesidad de explicarles más ampliamente la evolución de los recién nacidos, los signos de normalidad en los bebés y los cuidados que las madres y las respectivas parejas les han de procurar.

No obstante, en esta materia no es fundamental adquirir conocimientos, sino disponer de las herramientas adecuadas: seguridad, autoconfianza, capacidad para tomar decisiones, etc. Estos factores les ayudarán a actuar siguiendo su instinto con un razonamiento adecuado. Cuando las familias son autónomas y poseen capacidad para solucionar las situaciones que se les presentan, reduce la utilización de los servicios sanitarios así como las visitas a los servicios de urgencias.

La literatura sobre las clases prenatales describe que estas intervenciones frecuentemente fallan al preparar a las madres y padres en el manejo de las necesidades del recién nacido del día a día. Ockenden (2002) afirma que se pueden ofrecer estrategias para resolver problemas antes de tenerlos y que estas clases suponen una buena oportunidad para hacerlo.

Las parejas deben saber que atravesarán una etapa crítica, donde probablemente afrontarán un período de desorganización y, más adelante, uno de reorganización. Es preciso aprovechar este espacio educativo para ayudar a los nuevos padres y madres a desestimar aquellos productos que les ofrece la sociedad con un interés mercantil y que no son elementales para el cuidado del lactante y que, incluso, en algunos aspectos, les pueden llegar a perjudicar.

7.1. Objetivos de la sesión

1. Integrar positivamente el nuevo rol de maternidad y paternidad
2. Conocer las principales necesidades del recién nacido
3. Adquirir habilidades para el cuidado del recién nacido
4. Valorar el curso de formación

7.2. Índice de la sesión

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Nos comunicamos con el recién nacido** (Lluvia de ideas, fantasía guiada, discusión dirigida, 25 minutos)
- Actividad 2. **Conocemos al recién nacido** (Exposición oral, trabajo en pequeños grupos, 25 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **Cuidamos al recién nacido** (Lluvia de ideas, trabajo en pequeños grupos, 25 minutos)
- Actividad 4. **¿Qué conocimientos hemos asimilado y qué vivencias hemos experimentado?** (Mural en grupo y discusión dirigida, 25 minutos)

Despedida y cierre del curso (20 minutos)

7.3. Contenidos de la sesión

1. La relación afectiva

- El vínculo afectivo.
- La comunicación con el recién nacido.
- El rol materno y paterno.

2. Las principales características y necesidades del recién nacido

- Las percepciones y creencias.
- Las características físicas y de comportamiento del recién nacido.
- Las necesidades principales del recién nacido.

3. Las habilidades para el cuidado del recién nacido

- La atención hacia el recién nacido y los recursos necesarios.
- Las estrategias para dar respuesta a las necesidades del recién nacido (actitudes y habilidades).

4. Valorar el curso de formación

- Los conocimientos y las vivencias.

7.4. Materiales y recursos

- Pizarra y rotuladores.
- Proyector y ordenador portátil con reproductor de CD/DVD.
- Papel y bolígrafos.
- Papeles adhesivos (“Post-it”).
- 7 cartulinas DIN-4.

• CD

Fichas

- Ficha 7.1. Las primeras relaciones y comunicaciones
- Ficha 7.2.a. La comunicación
- Ficha 7.2.b. El sueño y el reposo
- Ficha 7.2.c. La distracción
- Ficha 7.2.d. Recomendaciones respecto al sueño y al reposo
- Ficha 7.2.e. Indicadores de normalidad del recién nacido
- Ficha 7.3.a. La higiene
- Ficha 7.3.b. El dolor de abdomen
- Ficha 7.3.c. El estrés
- Ficha 7.4. Valoración del curso

Diapositivas

- Diapositiva 7.0. Objetivos e índice de la sesión
- Diapositiva 7.1. Conductas favorecedoras del vínculo afectivo
- Diapositiva 7.2.a. Características del recién nacido
- Diapositiva 7.2.b. La comunicación
- Diapositiva 7.2.c. El sueño y el reposo
- Diapositiva 7.2.d. La distracción

7.5. Desarrollo de la sesión

INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN

5 minutos

Se dará la bienvenida a las personas participantes. Se hará un breve recordatorio de la sesión anterior y, a partir de una *diapositiva 7.0. Objetivos e índice de la sesión*, se les explicará el tema de la sesión “Atención al recién nacido”.

Diapositiva 7.0. Objetivos e índice de la sesión

OBJETIVOS DE LA SESIÓN 7

1. Integrar positivamente el nuevo rol de maternidad y paternidad.
2. Conocer las principales necesidades del recién nacido.
3. Adquirir habilidades para el cuidado del recién nacido.
4. Valorar el curso de formación.

ÍNDICE DE LA SESIÓN 7

Introducción a la sesión (5 minutos)

- Actividad 1. **Nos comunicamos con el recién nacido** (Lluvia de ideas, fantasía guiada, discusión dirigida, 25 minutos)
- Actividad 2. **Conocemos al recién nacido** (Exposición oral, trabajo en pequeños grupos, 25 minutos)

Descanso

- Actividad 3. **Cuidamos al recién nacido** (Lluvia de ideas, trabajo en pequeños grupos, 25 minutos)
- Actividad 4. **¿Qué conocimientos hemos asimilado y qué vivencias hemos experimentado?** (Mural en grupo y discusión dirigida, 25 minutos)

Despedida y cierre del curso (20 minutos)

Actividad 1

NOS COMUNICAMOS CON EL RECIÉN NACIDO

Lluvia de ideas
Fantasía guiada
Discusión dirigida
25 minutos

OBJETIVO 1

- Integrar positivamente el nuevo rol de maternidad y paternidad.

CONTENIDOS

- El vínculo afectivo.
- La comunicación con el recién nacido.
- El rol materno y paterno.

a. Introducción a la actividad

La creación del vínculo afectivo no tiene lugar en un momento específico, sino que puede iniciarse durante el embarazo, en el trabajo de parto, durante el posparto inmediato, en los días siguientes al nacimiento de la criatura, etc. Ahora bien, lo que está claro es que el vínculo se consolida con la presencia del recién nacido.

Varios estudios demuestran que, inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido vive un periodo sensible o “de alerta tranquila” durante dos horas aproximadamente (especialmente a lo largo de la primera), que supone un momento idóneo para iniciar el establecimiento del vínculo afectivo recién nacido-madre-pareja, ya que esta situación no se repetirá hasta que transcurran dos meses. De la misma manera, se ha probado que los estímulos iniciales ejercen efectos duraderos (Klaus-Kennel, 1978).

Después del parto, la mujer está cansada, pero a la vez feliz, dado que por fin puede tener a su hijo o hija en sus brazos. Es importante respetar este momento proporcionando un espacio de intimidad que facilite el contacto piel con piel de madre y recién nacido, para impulsar la formación del vínculo afectivo entre ellos. Este vínculo se forma porque da seguridad y confianza a ambos. Madre e hijo o hija no deberían ser separados después del nacimiento, salvo que exista alguna indicación médica que lo recomiende. Además, se debe hacer partícipe a la pareja de este momento, de modo que se sienta implicada en el proceso y se pueda establecer también el vínculo pareja-recién nacido. Diferentes investigadores han observado que el hecho de ver al recién nacido, también desencadena en la pareja el comportamiento afectivo propio de la madre.

b. Desarrollo de la actividad

Se invitará a las personas participantes a compartir con todo el grupo alguna acción relacionada con su hijo o hija realizada a lo largo de la última semana (como por ejemplo, pensar en cómo le llamarán, imaginarse su cara, pintar su habitación, comprarle ropa...). Se apuntarán en la pizarra las diferentes aportaciones, destacando que el vínculo afectivo madre-pareja con el hijo o hija brota antes de nacer el bebé.

A continuación, escucharán un relato (fantasía guiada) protagonizado por tres personajes; el feto, la madre y la pareja. Para la lectura, la matrona pedirá la colaboración de tres personas, que los encarnarán. Mientras escuchan la narración, las personas participantes deberán escoger el personaje con el que se identifican. Se les recomendará que permanezcan atentos y que cierren los ojos, si lo desean, para concentrarse en lo que se explicará (*ficha 7.1. Las primeras relaciones y comunicaciones*).

Ficha 7.1. Las primeras relaciones y comunicaciones

FETO: Soy el feto. Estoy en un lugar muy acogedor. Escucho sonidos a mi alrededor que me tranquilizan y me hacen sentir seguro. Este ambiente cálido que me rodea es cómodo. Voy creciendo poco a poco y, a medida que pasa el tiempo, tengo menos espacio para moverme. Escucho las voces de mis padres, que me hablan con ternura. Madre... pon la mano sobre tu barriga, me oyes, ¿verdad? Estas manos que noto deben de ser las de mi padre... qué calentito... ¡qué agradables!

MADRE: Me acaba de dar una patada...

PADRE: No noto nada. Este niño siempre hace lo mismo... cuando yo pongo la mano sobre la barriga... ¡para de moverse!

MADRE: Las semanas han ido pasando... me parece que por fin llega el día tan esperado. Las contracciones son cada vez más fuertes y seguidas, voy respirando profundamente para relajarme y aliviar el dolor...

PADRE: Sí, parece que llega el momento del parto... será mejor ir hacia el hospital. Voy cogiendo las cosas y nos vamos...

FETO: No sé qué me está sucediendo... parece que mi casa me empuja hacia abajo, como si quisiese que me fuera de aquí... me obliga a hacer algunos movimientos y a atravesar un lugar muy estrecho. Alguien me coge por la cabeza y me estira hacia afuera... uy, uy, id con cuidado... poco a poco.

De repente, me encuentro encima de alguien... me mira con ternura... es mi madre... y mi padre está a su lado un poco asustado, no sabe qué hacer.

Siento frío, hay mucha luz y, además de mis padres, también hay otra gente que me observa. No conozco este lugar, pero me siento acogido y amparado, siento el calor de la piel de mi madre y las caricias de mi padre.

MADRE: ¡Oh! ¡Ya ha nacido! Qué ilusión, ya lo tenemos aquí... ¡qué bonito es! ¡Me parece increíble! Mira, mira, nuestro hijo/a... observa, mira cómo abre los ojitos, como chupa... ya tiene apetito...

PADRE: ¡No me lo puedo creer! Tanto tiempo esperando y ya está con nosotros... ¡qué contento estoy! Qué pequeño es... y ahora, ¿cómo lo cojo?... Querida, ¿cómo estás? ¿Te encuentras bien?... ¡debes de estar agotada!

RECIÉN NACIDO: Mi madre me está ayudando para que me pueda coger al pecho, su olor me atrae, pero esto es un poco difícil, me parece que me tendré que esforzar. Con la ayuda de mamá... ¡conseguiré esta leche tan buena! Además, me siento seguro porque estoy en contacto con su piel y escucho el mismo ritmo que oía cuando estaba en su barriga.

MADRE: Estoy cansada, pero, a la vez, hay algo que me mantiene despierta, no puedo dejar de mirar y tocar a mi hijo/a. Va haciendo intentos para coger el pecho, pobrecito. Le cuesta un poco, pero va insistiendo... venga, que te ayudo... ¡sí, sí!... ahora abre la boca... ¡muy bien! Así se hace, pequeño... ¡madre mía! Cómo se ha cogido... mira papá... ¡mira cómo come! ¿Te das cuenta? Ahora comienza otra etapa en nuestra vida.

PADRE: Sí... ¡cómo mama! ¡Parece que le gusta y que está hambriento! Aún no me lo puedo creer... y, a partir de ahora... ¿qué? Somos uno más en la familia y tendremos que adaptarnos a esta nueva situación. En fin, estoy seguro de que todos juntos lo conseguiremos.

Después de la representación, **se harán unas preguntas al grupo** sobre las vivencias y experiencias relativas al vínculo madre-pareja-recién nacido reflejadas en la actuación y la matrona anotará en la pizarra las contribuciones de las personas participantes. Se deben fomentar las intervenciones de las parejas que no participen espontáneamente. Las cuestiones son:

1. Mencionad dos sentimientos que hayáis vivido a lo largo del relato

Cuando los asistentes hayan contestado brevemente, se puede pedir que alguna persona explique más detalladamente alguno de estos sentimientos.

2. ¿Qué elementos de esta historia creéis que favorecen la formación del vínculo afectivo?

Finalmente, se puede concluir apuntando los aspectos que promueven el establecimiento del vínculo afectivo madre-pareja y recién nacido, considerando las aportaciones hechas por el grupo. Para procurar la comprensión de los conceptos, se puede usar la *diapositiva 7.1. Conductas favorecedoras del vínculo afectivo*.

La siguiente información puede servir de orientación a la matrona para las conclusiones:

Para su desarrollo, el recién nacido requiere el establecimiento de vínculos emocionales, vínculos que, principalmente, establece con el entorno familiar. Se puede decir que en el seno de la familia es donde se crean los lazos emocionales más intensos. El cuidado que ofrece la familia al recién nacido durante los primeros años de su vida, satisfaciendo sus necesidades biológicas primarias y proporcionándole un ambiente adecuado, es elemental para la evolución de sus capacidades físicas, psíquicas y sociales.

En este entorno, el recién nacido buscará una relación emocional especial con las personas que lo cuidan. Esta relación se denomina "vínculo". Según Ainsworth y Bell (1970:50) *"el vínculo es un lazo afectivo que una persona o animal forma entre él mismo y otro de su especie, un lazo que les impulsa a estar juntos en el espacio y a permanecer juntos en el tiempo"*.

Paulatinamente, el recién nacido irá desarrollando un sistema de conductas que mantendrá una sincronización e interacción con las conductas de la madre o de la persona que la sustituya. Este conjunto de sistemas de conductas implica diferentes maneras de comunicación entre ellos (visual, vocal, táctil, etc.). Pueden alcanzar este nivel de sincronización *"... debido a dos factores fundamentales: en primer lugar, a la conducta espontánea del bebé, organizada temporalmente, según mecanismos endógenos, y en segundo lugar, a la sensibilidad de la madre para esa periodicidad, y a su buena predisposición para ajustarse a este patrón"* (Shaffer y Crooks, 1981:23).

De los diferentes sistemas de conducta de “vínculo” que manifiesta el recién nacido, unos van dirigidos a la **búsqueda de contacto corporal**, otros, a una **preferencia perceptiva por los estímulos sociales** y los restantes **persiguen la proximidad del adulto** y expresan un deseo de intercomunicación.

Entre las conductas del recién nacido que buscan un **contacto corporal** se pueden distinguir:

La prensión. Se manifiesta como el reflejo prensor y establece un contacto cuando se toca al recién nacido en el centro de la palma de la mano.

El reflejo de Moro. Extensión y abducción de los brazos frente a estímulos fuertes e inesperados.

El reflejo de búsqueda y succión. Diversos estudios señalan la complejidad de la succión y el protagonismo que tiene en cuanto al diálogo interpersonal que se crea entre la madre y su hijo o hija durante la alimentación. En el proceso que rodea a la succión se viven diferentes momentos de arranque y pausa que pueden servir para establecer las interrelaciones. La madre acostumbra a actuar pasivamente cuando el recién nacido realiza el arranque y a actuar activamente en las pausas, cuando el recién nacido no lacta, acariciándole y hablándole de manera agradable.

Otras actuaciones están encaminadas a una **preferencia perceptiva por los estímulos sociales**. Desde pequeño, el bebé es muy sensible a la cantidad de información que recibe, demostrando preferencia por estímulos sociales, como la voz y el rostro humanos. Otros comportamientos del recién nacido buscan la **proximidad de la madre** e indican un **deseo de intercomunicación con las personas de su alrededor**. El recién nacido utiliza expresiones emocionales como la sonrisa, el llanto o los gestos, para atraer la atención de la madre y establecer con ella una comunicación mutua. La sonrisa es una expresión emocional que va evolucionando; las primeras semanas es muy fugaz y espontánea, pero, a finales de la quinta semana, ya es una sonrisa social no selectiva que responde a estímulos del rostro y de la voz. El llanto del recién nacido tiene el propósito de que las figuras con las que quiere establecer el “vínculo” se aproximen y respondan a sus necesidades. En este sentido, Aucouturier (2004:28) expone: *“Cada vez que el bebé grita, llora o se revuelve en la cuna, la madre se inquieta, interpreta estas manifestaciones como una necesidad de recibir atenciones para calmar su dolor y corre a satisfacerle. El bebé se va tranquilizando a medida que se responde satisfactoriamente a sus necesidades”*.

Ahora bien, en esta interrelación adulto-recién nacido, no sólo son importantes las conductas de “vínculo” del niño o niña, sino también las tendencias complementarias de los adultos a responder a todas las señales que el bebé emite. Según diversos teóricos del vínculo, los recién nacidos instauran lazos con la gente que responde consistentemente y repetidamente de una manera apropiada a sus señales; es decir, con las personas con las cuáles siente que puede contar cuando necesita cuidados y seguridad.

Según Bowlby (1973) y Lamb (1981), el recién nacido, en la constitución del vínculo afectivo, lo que demanda es encontrar a **una persona que le proporcione confianza y seguridad**. Por ello, la manera en que el adulto responde al recién nacido repercutirá en la relación que tenga con él.

Aucouturier (2004) señala que la madre, en el momento de nacer su hijo o hija, representa para él o ella el “envoltorio protector”. Así pues, lo que el recién nacido quiere al nacer es obtener la misma protección que sentía dentro del vientre de la madre. Éste es su objetivo y lo alcanzará a medida que vaya recibiendo el cuidado y las manifestaciones de amor de sus padres.

Autores como Cyrulnik (2005) y Aucouturier (2004) entre otros, destacan la existencia de un código especial de comunicación por parte de la figura adulta (madre, padre...) para complacer al recién nacido a través de la voz, la mirada, el tacto, el contacto... En este sentido, se pueden citar las palabras de Stern (2002:47): *“Al oír el llanto provocado por el hambre, la madre de Joey entra en la habitación. Le habla con voz suave y apaciguadora. Lo levanta y lo sostiene sobre su pecho con el brazo izquierdo, mientras se desabrocha la blusa con la otra mano, sin dejar de hablarle. Entonces, lo acerca al pecho. Él encuentra el pezón y chupa ávidamente. Al cabo de un rato, chupa con más tranquilidad y mira a su madre a la cara”*.

En conclusión, podemos decir que los sistemas de conducta del recién nacido y los de la madre actúan de una forma recíproca. Para Schaffer y Crooks (1981:36): *“La reciprocidad es la clave característica de la relación entre la madre e incluso el bebé. Lo que uno hace está influenciado por lo que el otro está haciendo. La tarea de la madre al actuar como agente socializador, no es la de crear algo de la nada, sino más bien, la de encajar sus respuestas en el continuo torrente de la conducta infantil, respetando debidamente sus características temporales y de contenido para poder así conseguir una interacción fluida y un resultado predecible”*.

c. Conclusiones de la actividad

El nacimiento de una criatura supone para la pareja constituir y establecer nuevas relaciones y la aparición de nuevos roles. La maternidad y la paternidad comportan un cambio considerable en la vida de la mujer y de la pareja y, como sucede en todo tipo de cambios, requiere igualmente un proceso de adaptación que variará en función de cada persona. Se trata de una situación crítica para la pareja que, muchas veces, se agrava porque no se disponen de los recursos emocionales y sociales que faciliten la crianza de un hijo o hija. Para asumir satisfactoriamente los roles de maternidad y paternidad, es imprescindible disfrutar de una buena comunicación en la pareja, que permita a sus miembros expresar con libertad y comodidad sus sentimientos, miedos y preocupaciones. Es fundamental el apoyo mutuo y, especialmente, una gran implicación por parte de la pareja en cuanto al cuidado de la madre, del recién nacido y de las tareas domésticas. En definitiva, hay que asumir y desarrollar el rol de padres y madres con normalidad y, concretamente, la mujer debe trabajar su autoconfianza en la capacidad para ser madre.

“...convertirse en madre o padre es, sobre todo, dejar de lado las prioridades personales y poner toda nuestra capacidad altruista al servicio del otro. La madre sostiene al niño y el padre sostiene a la madre...” (Gutman, 2004).

Actividad 2

CONOCEMOS AL RECIÉN NACIDO

Exposición oral
Trabajo en pequeños grupos
25 minutos

OBJETIVO 2

- Conocer las principales necesidades del recién nacido.

CONTENIDOS

- Las percepciones y creencias.
- Las características físicas y de comportamiento del recién nacido.
- Las necesidades principales del recién nacido.

a. Introducción a la actividad

La matrona introducirá la actividad destacando que un recién nacido no es “un adulto en miniatura”, sino que es una persona con necesidades físicas y afectivas específicas y propias, con un alto grado de dependencia, pero, al mismo tiempo, posee una serie de capacidades y reflejos que le ayudan a adaptarse a su nueva vida. La intención de esta actividad es explicar las características físicas y de comportamiento del recién nacido, sus necesidades principales y las posibles respuestas que pueden dar la madre y la pareja para cubrirlas, así como los recursos que pueden utilizar. De la misma manera, a lo largo del ejercicio, se hablará de los signos de normalidad en el recién nacido y de cómo reconocerlos.

b. Desarrollo de la actividad

La matrona expondrá las características del recién nacido con el apoyo de la *diapositiva 7.2.a. Características del recién nacido*.

Es importante que la madre y/o la pareja sean conscientes de que el recién nacido, presenta un conjunto de características determinadas, propias de su momento evolutivo. Es preciso remarcar que el llanto del pequeño al nacer no es el único indicativo de una respiración correcta (no hace falta que llore para saber si respira bien o no) y que, mientras el cordón umbilical tiene pulsaciones, el bebé continúa recibiendo sangre (de 20 a 35 ml/kg) y oxígeno de su madre a través de la placenta. Diferentes estudios han demostrado que esta sangre, además de auxiliarle en estos primeros instantes de vida, le ayudará a prevenir la anemia durante la primera infancia (Lainez, Bergel, Cafferata, Beligan, 2005, Asociación Española de Pediatría, 2009). Cuando las madres y los padres deseen hacer donación de la sangre del cordón umbilical, se les debe informar adecuadamente sobre esta materia, para que puedan decidir libremente si optan por el pinzamiento de cordón precoz o por el pinzamiento tardío.

Por otra parte, los pulmones del recién nacido, que estaban llenos de líquido, se cargarán de aire con la primera respiración y, en algunas ocasiones, habrá que extraer la mucosidad. Además, en el momento del parto, los recién nacidos salen mojados, manchados de sangre y de color azulado, aunque, poco a poco, van adquiriendo un tono rosado. Sus pies y manos pueden permanecer azulados y fríos durante las primeras horas de vida.

A los recién nacidos les cuesta regular la temperatura y, puesto que pierden calor con facilidad, es preciso secarlos muy bien. La mejor forma de mantener la temperatura es mediante el contacto piel con piel con su madre. La primera hora de vida del recién nacido implica un estado de máxima alerta. Estará bastante receptivo y muy atento a los estímulos y a la información sensorial que reciba de sus padres. Es una fase mágica que hay que aprovechar para impulsar la creación del vínculo madre-hijo o hija y el inicio de la lactancia. Es importante remarcar las siguientes ideas relativas a los recién nacidos:

- Reflejo de succión: es muy intenso durante la primera hora de vida.
- Oído: al nacer, reconocen la voz de la madre y les incomodan los ruidos.
- Tacto: tienen muy desarrollado este sentido y es una buena herramienta de comunicación con las madres y padres o parejas.
- Vista: son muy sensibles a los cambios de luz.
- Olfato: son capaces de identificar el olor que desprende su madre.

Todos los niños y niñas nacen con los mismos reflejos, capacidades y necesidades. Ahora bien, en función de cada cultura, varía la manera de satisfacer sus exigencias. La idiosincrasia de los pueblos determina la forma de llevar a cabo el cuidado de los recién nacidos, de acuerdo con los recursos que el entorno les proporciona. A pesar de que cada persona deberá adaptar el modo en que cuidará de su hijo o hija a su carácter, es conveniente que se tengan en cuenta algunas medidas comunes de atención hacia el recién nacido, que favorecerán su pleno desarrollo.

Continuando con la actividad, la matrona pedirá a las personas participantes que se distribuyan en pequeños grupos de cuatro personas, procurando que no coincidan miembros de la misma familia. A cada grupo se entregará una ficha (*ficha 7.2.a, 7.2.b o 7.2.c.*) con un dibujo que representa una determinada situación y cada uno de los grupos deberá responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las principales necesidades del recién nacido que se aprecian en el dibujo?
- ¿Cuáles son las respuestas que las madres y las parejas dan a estas necesidades?

Las diferentes fichas que se utilizarán son las siguientes:

Ficha 7.2.a. La comunicación

Dibujo: una madre está cogiendo en brazos su hijo/a, que está llorando. Pone cara de preocupada porque no sabe cómo calmarlo.

Ficha 7.2.b. El sueño y el reposo

Dibujo: encontramos dos imágenes. En una, es de noche, el padre está despierto en la cama y la madre se está levantando, afligida. Ambos ponen cara de cansados y preocupados porque el niño está en la cuna llorando. En otra, es de día y el niño está durmiendo plácidamente en la cuna, mientras la madre, inquieta, no para de mirar el reloj. Tiene que darle el pecho e intenta despertarlo.

Ficha 7.2.c. La distracción

Dibujo: la madre y el padre están en la sala viendo la televisión y hablando, sin darse cuenta de que el niño está despierto en la cuna, a un lado de la sala.

Una vez el grupo haya analizado el dibujo asignado, se realizará una puesta en común. Para facilitar el coloquio, se proyectarán las dispositivas correspondientes a los dibujos de las fichas. *Diapositiva 7.2.a. La comunicación, Diapositiva 7.2.b. El sueño y el reposo. Diapositiva 7.2.c. La distracción.*

Para completar el tema, la **matrona** puede utilizar las **siguientes orientaciones**:

La **comunicación**. El llanto es el primer lenguaje del recién nacido. Es su seguro de vida. Le sirve para expresar y comunicar diferentes sensaciones y emociones (apetito, sueño, incomodidad, dolor, exceso de estímulos, miedo, necesidad de calor y de afecto...). El recién nacido necesita seguridad, confianza, no sentirse sólo, sentirse querido y estar en contacto con la madre y la pareja. A menudo, los niños y niñas que están más en contacto con la madre y la pareja lloran menos y no sienten soledad. Cualquier molestia o incomodidad que pueda padecer el recién nacido, disminuirá si se siente acariciado y amado. Es preciso tener en cuenta que cuando un niño/a llora y calla cuando la madre lo coge en brazos, quizá no sufre cólicos, sino que sólo pide contacto. De la misma manera, cuando un bebé llora y calla cuando la madre se lo pone en el pecho, puede suceder que no padezca cólicos, sino que necesite mamar. Frecuentemente se habla de cólico para hacer referencia a la expresión normal de las necesidades del recién nacido (C.O.L.I.C. significa cause obscure lengthy infant cry, oscura causa del llanto prolongado del recién nacido) (Evans, Allardyce y Fergusson, 1985). Muchas veces, las madres o parejas pueden calmar y consolar a un bebé que llora, sencillamente cogiéndolo en brazos, poniéndoselo en el pecho, meciéndolo o acariciándolo. Lo deben hacer serenamente porque, si ellos están nerviosos, es difícil que el recién nacido pueda percibir la tranquilidad y sosiego que desean transmitirle.

“...la noche con un niño en los brazos, que no puede ni debe estar solo, es una oportunidad...”

“...el bienestar y el malestar es lo que marca la diferencia en este tiempo mágico de todo ser humano. Este es el momento en que se divide la humanidad; quienes han recibido consuelo, contención y contacto corporal y los que no” (Gutman, 2007).

El sueño y el reposo. Dormir es un proceso evolutivo que se adapta a las necesidades del ser humano. No es igual el sueño del recién nacido que el sueño del adulto o del anciano, ya que cada edad reclama unas necesidades diferentes (Jové, 2007). Los recién nacidos necesitan estar en contacto con los padres y madres, con luz natural, en habitaciones que se puedan ventilar bien y sin corriente de aire. Es preciso saber donde permanecerá el recién nacido durante el día y durante la noche, procurando integrarlo dentro del ritmo familiar. En las primeras semanas, no acostumbra a tener horarios, pero se deberán respetar, ya que, poco a poco, él mismo los regulará. Los brazos de una madre o de una pareja con ganas de escuchar y comprender al recién nacido pueden ser un buen instrumento para proporcionarle confianza y seguridad; su calor, olor y tacto constituyen su punto de referencia. Los recién nacidos son muy sensibles al estado de ánimo de sus madres y padres, de modo que si éstos respiran lentamente y se relajan, podrán tranquilizarlos más fácilmente. El llanto de los bebés no siempre debe preocuparles; hay niños y niñas con demandas especiales.

La distracción también constituye un aspecto importante dentro del conjunto de necesidades del recién nacido. Necesita **relacionarse con personas** de su entorno más cercano. Mediante la actividad, descubre el mundo que le rodea. El recién nacido necesita divertirse, salir, jugar...

En cuanto al **primer paseo con el recién nacido**, no hay restricciones, en el sentido de que se puede salir a dar una vuelta cuando la madre lo desee y se encuentre animada. De hecho, la luz del sol es beneficiosa porque proporciona vitamina D que, a su vez, favorece la absorción de calcio. Además, el paseo supone un rato de relajación para deleitarse con la nueva familia y para romper con la rutina diaria.

Estas muestras de afecto y de contacto madre-hijo o hija varían según las diversas culturas, pero es importante subrayar que lo que no cambia es que, en todas ellas, durante sus primeros meses de vida, el recién nacido necesita un contacto físico estrecho y muestras de afecto con la madre. Es normal que a lo largo de la noche necesite mamar a menudo; ello posibilita que la madre no sienta los pechos demasiado llenos, que aumente su producción de leche y que el niño o niña suba de peso fácilmente. Cuando el recién nacido está en el pecho de la madre se siente seguro, acompañado y amado y, de esta forma, va madurando su personalidad. A medida que vaya madurando y sintiéndose seguro, irá prolongando el tiempo de sueño. Nadie puede enseñarle a dormir; ya sabe hacerlo antes de nacer porque es una necesidad vital. Los niños y las niñas alimentados de forma natural suelen presentar patrones de sueño más cortos que los alimentados con leche artificial.

En definitiva, hay que subrayar que el pecho de la madre no sólo supone el medio de nutrición para el recién nacido, sino que también significa calor, contacto físico, caricias, seguridad, analgesia, relax... para el bebé. El recién nacido, más que la leche de la madre, necesita su atención.

A continuación, se entregará la *ficha 7.2.d. Recomendaciones respecto al sueño y al reposo*, que alude al colecho (“bed-sharing”), término que hace referencia al hecho de dormir con los hijos o hijas en la misma cama, así como la cohabitación, término que hace referencia al hecho de que los hijos o hijas compartan habitación con sus padres.

Ficha 7.2.d. Recomendaciones respecto al sueño y al reposo

Colecho

Cuando la madre y el recién nacido comparten una superficie continua sin barreras entre los dos, durante las 24 horas los primeros días de vida, facilita la creación del vínculo, la instauración y el mantenimiento de la lactancia.

- Generalmente, los recién nacidos lloran menos a menudo que si duermen en la cuna.
- Presenta la ventaja práctica de que si el recién nacido quiere mamar durante la noche, no hace falta que la madre se levante de la cama, contribuyendo así al aumento de la calidad de su descanso.
- Es difícil que el recién nacido se caiga de la cama si se toman las medidas de seguridad adecuadas. Por contra, si la madre amamanta a su hijo o hija en una silla durante la noche, corre el riesgo de caerse si ella se queda dormida.

Cohabitación

Se recomienda que los recién nacidos permanezcan en la habitación de los padres durante los 6 primeros meses de vida, ya que de esta manera:

- Se conoce mejor al recién nacido; los padres sabrán cuando tiene hambre y quiere comer.
- Bajo el punto de vista práctico, el amamantamiento es más cómodo.
- Los recién nacidos descansan y duermen mejor.
- Las madres y los padres se sienten más seguros si tienen al recién nacido cerca.

Situaciones en las que no son aconsejables el colecho o la cohabitación:

- Cuando alguno de los adultos fuma (aunque no lo haga dentro de la habitación), ha bebido alcohol, toma alguna medicación que puede provocar somnolencia (tranquilizantes, somníferos o drogas), está más fatigado que de costumbre o está enfermo.
- Cuando en la cama duerme un hermano o hermana mayor, no debe dormir al lado del pequeño.

Recomendaciones para la prevención de la muerte súbita del recién nacido:

- Es preciso colocarlo en la cuna boca arriba o de lado.
- Debe descansar sobre una superficie firme.
- La cuna debe estar libre de cojines, muñecos o ropa enrollada.
- Debería vestir ropa sin pelusa.
- Es preciso que esté en una atmósfera libre de tabaco.

Recomendaciones de l'AEP (Asociación Española de Pediatría) para la prevención de la deformación craneal del recién nacido:

Un efecto colateral negativo de la posición supina en que duermen los lactantes es la plagiocefalia o deformidad craneal causada por la presión constante en la parte posterior del cráneo. Se aconseja que:

- El recién nacido no permanezca siempre en posición supina.
- Se cambie frecuentemente de posición cuando descansa en la cuna.
- El recién nacido esté en posición prono, siempre y cuando se pueda vigilar.
- Se coja al recién nacido en brazos o en bandolera varias veces al día.

c. Conclusiones de la actividad

Finalmente, la matrona remarcará que no existe un modelo único que incluya las directrices que se deben seguir para tener cuidado de un recién nacido. Cada uno actúa y se comunica de una manera particular; es preciso guiarse sin miedo a partir de una pauta propia basada en el sentido común y no se debe temer solicitar ayuda cuando se requiera. Para concluir, se proporcionará a las personas participantes de la sesión un documento (*ficha 7.2.e Signos de normalidad del recién nacido*) que recoge toda una serie de signos de normalidad comunes en los recién nacidos y se comentarán brevemente algunas medidas preventivas que deben tenerse en cuenta en torno al cuidado del niño o niña.

Ficha 7.2.e. Indicadores de normalidad del recién nacido

Indicadores de normalidad: (Didona, Marks y Kumm, 1996).

- Lanugo (pelusa fina y suave) en la cara, la frente, la espalda y los hombros.
- Vértex (sustancia grasienta y blanca que recubre la piel).
- Estornudos por el estímulo de los reflejos generados por el polvo ambiental, ya que el feto vivía en un medio líquido.
- Hipo (reflejo que el feto ya tenía dentro del útero materno).
- Exantema (pequeñas erupciones cutáneas rojizas), que es transitorio y puede aparecer en diferentes lugares.
- Ictericia fisiológica, que aparece aproximadamente en el 50 % de los recién nacidos a término y después de las primeras 24 horas.
- Regurgitación después de las tomas de leche, atendida la inmadurez del cardias.

- Pérdida de peso durante los primeros 5 días de vida (en este periodo, puede llegar a perder hasta un 10% del peso que tenía al nacer).
- Deposiciones meconiales al principio y deposiciones semilíquidas en recién nacidos alimentados con leche materna.
- Orina oscura (va cambiando a medida que va tomando líquidos, 4-6 pañales).
- Ingurgitación o ligera inflamación en los pezones con salida de líquido blanquecino por influencia de los estrógenos maternos. No se tiene que exprimir nunca.
- Pequeña pérdida de sangre a través de los genitales de las niñas por influencia de los estrógenos maternos.
- Moco en los genitales de las niñas.

Orientaciones para la matrona

Colirio antibiótico

En las primeras horas de vida se administrará pomada o colirio antibiótico para prevenir la oftalmía neonatal. Debido a que puede disminuir la visión del recién nacido e interferir con la instauración del vínculo madre-hijo/a, se puede esperar hasta que el periodo piel con piel haya finalizado (50-120 minutos).

Vitamina K

Se administrará 1 mg de vitamina K para la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Normalmente se administrará de forma IM o SC, con una sola dosis, aunque también se puede administrar de forma oral con una pauta de dosis múltiples.

Temperatura

La temperatura corporal normal del recién nacido oscila entre los 36,5 °C y los 37,5 °C (temperatura axilar). Por debajo de los 36 °C, estamos ante una hipotermia y por encima de los 38 °C, diremos que el recién nacido presenta hipertermia o fiebre. En este último caso, la actuación inmediata consistirá primero en desabrigarlo. Si con ello no baja la temperatura, será necesario colocar toallas de agua templada sobre el cuerpo del recién nacido o realizar un baño de agua templada, aunque será preciso, igualmente, consultar al pediatra, lo antes posible.

Programa de detección precoz neonatal (prueba del talón)

Todos los bebés que nacen en Catalunya, entran dentro de este Programa con el objetivo de detectar precozmente mediante un cribado la presencia de tres enfermedades: la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito y la fibrosis quística. En caso de que las pruebas de cribado sean positivas será necesario realizar un diagnóstico definitivo, aplicar el tratamiento necesario i realizar su seguimiento.

Los padres acceden al programa mediante los centros maternos donde nace el bebé, donde se les informa, se realiza la toma de la muestra y se rellena una ficha con los datos del recién nacido. La toma de la muestra se realiza entre el tercer y el quinto día de vida del recién nacido, en el mismo centro materno. En algunos casos podría solicitarse una segunda muestra de sangre. La muestra se obtiene pinchando el talón del recién nacido e impregnando un papel absorbente con la sangre obtenida. Después de un proceso de secado a temperatura ambiente, la muestra se introduce en sobres individuales con franqueo a destinación, junto con la ficha que contiene los datos de identificación y los epidemiológicos del recién nacido, y se remite a la unidad de cribado neonatal de la Sección de Errores Congénitos del Metabolismo-IBC. Servicio de Bioquímica y Genética Molecular de la Corporació Sanitària Clínic, para la detección de las enfermedades. La incidencia actual de estas enfermedades es:

- Hipotiroidismo congénito: 1/2.200
- Fenilcetonuria: 1/9.800
- Fibrosis quística: 1/5.600

Posteriormente, los padres reciben el resultado en su domicilio. Si en el periodo de un mes no se ha recibido el resultado, llamar al teléfono que indica la hoja informativa.

Detección precoz neonatal de la hipoacusia

La detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la hipoacusia permite mejorar el pronóstico de los recién nacidos afectados, evitando repercusiones en su desarrollo integral.

El *Protocol per a la detecció precoç, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de la hipoacusia neonatal* del Departamento de Salud recoge los circuitos y las consideraciones al respecto, con el objetivo de identificar precozmente a los niños/niñas que presentan una pérdida auditiva ≥ 40 dB, así como el diagnóstico y el tratamiento del total de recién nacidos afectados.

Según la OMS, la incidencia de la hipoacusia severa y profunda es de 1/1.000 recién nacidos y si añadimos la hipoacusia moderada la incidencia es de 3/1.000.

A todos los recién nacidos, en el propio centro materno y antes del alta hospitalaria se les realiza la prueba de detección de la hipoacusia con la técnica de potenciales evocados auditivos automatizados. En caso de que los resultados salgan positivos, en el mismo centro materno, se programa una segunda prueba antes del final del primer mes de vida del recién nacido. En los recién nacidos en los cuales esta segunda prueba de cribado salga positiva, antes del tercer mes de vida, se les debe realizar la prueba diagnóstica para que a los seis meses de vida todos los recién nacidos afectados reciban el tratamiento oportuno y realicen el seguimiento necesario.

Control post-alta del recién nacido entre el 3^{er} y el 5^o día de vida

Se debe recomendar, antes del alta hospitalaria del recién nacido, la programación de la primera visita con la unidad de pediatría del centro de salud que le corresponda. Esta primera visita debe realizarse entre el tercer y el quinto días posteriores al alta hospitalaria del recién nacido, para que los profesionales y las profesionales de pediatría puedan valorar su estado general de salud, la nutrición y la ingesta de leche, y la ictericia, proporcionando todo el soporte que los padres necesiten.

Actividad 3

CUIDEMOS EL RECIÉN NACIDO

Lluvia de ideas
Trabajo en pequeños grupos

25 minutos

OBJETIVO 3

- Adquirir habilidades para el cuidado del recién nacido.

CONTENIDOS

- La atención del recién nacido y los recursos necesarios.
- Las estrategias para dar respuesta a las necesidades del recién nacido (actitudes y habilidades).

a. Introducción a la actividad

El propósito de esta actividad es analizar las propias potencialidades para utilizar estrategias que puedan dar respuesta a las necesidades del recién nacido. Para llevarla a cabo, la matrona debe tener en cuenta la realidad social actual. Hoy en día, un gran número de madres y parejas, por una parte, nunca han tenido cerca a un recién nacido ni se han tenido que hacer cargo de uno y, por otra parte, o bien no pueden recurrir a la experiencia de sus propias madres porque no las tienen a su lado, o bien, aunque sí lo puedan hacer, la ayuda y los consejos que ellas les pueden ofrecer pueden parecer un tanto anacrónicos a los nuevos padres y madres.

Actualmente, han quedado obsoletas las teorías que defendían que la crianza del recién nacido no tenía que ser intervencionista, de manera que si, por ejemplo, un recién nacido lloraba desconsoladamente en la cuna, la respuesta de los padres debía ser pasiva, debían dejarlo llorar para no malcriarlo o malacostumbrarlo. La opinión moderna ha evidenciado que esta forma de actuación conductista consigue objetivos concretos, pero a un precio excesivamente elevado para la frágil estructura emocional de un recién nacido. La psicología humanista vigente constata que el cariño y la expresión de afecto a través del contacto de la madre y la pareja con el recién nacido supone la manera óptima de garantizar un establecimiento correcto de los vínculos afectivos, facilita la alimentación natural, evita el llanto desesperado del recién nacido que se siente abandonado en una cuna y le ayuda a confiar en quien le rodea. El recién nacido se siente, pues, reconfortado porque sabe que cuando pide algo, sus necesidades serán cubiertas y ello se convierte en una experiencia crucial para el desarrollo idóneo de la psicología del futuro adulto. Cabe poner de relieve que, en nuestros días, muchas madres y parejas pierden de vista lo más elemental que deben ofrecer a sus hijos e hijas, que es el amor, el afecto y la ternura, y se distraen de este objetivo fundamental abasteciéndose de multitud de instrumentos y aparatos para cuidar al recién nacido que, en muchos casos, son innecesarios, secundarios y acarrear elevados gastos económicos.

b. Desarrollo de la actividad

Se invitará a las personas participantes y, especialmente, a las que ya tienen hijos o hijas, a compartir con el resto del grupo alguna vivencia relacionada con el cuidado de un recién nacido. Tendrán que describir alguna situación que hayan vivido y explicar cómo la han resuelto satisfactoriamente. Acto seguido, la matrona destacará las actitudes que han mostrado y las

habilidades que han utilizado para solucionar la situación comentada y, sobre todo, remarcará que todo el mundo se ha encontrado alguna vez ante alguna situación que le ha exigido emplear habilidades y destrezas que nunca había puesto en práctica o, incluso que desconocía que podía usar.

A continuación, la actividad proseguirá con un conjunto de situaciones que se pueden encontrar en torno al cuidado del bebé. Se distribuirán las personas participantes en pequeños grupos y se les entregará una ficha con la descripción de una situación específica (*ficha 7.3.a. La higiene, 7.3.b. El dolor de abdomen, 7.3.c. El estrés*), con una pregunta que deberán responder:

- ¿Qué se debe tener en cuenta en esta situación?

Ficha 7.3.a. La higiene

Son las 7 de la tarde, la hora del baño. Estoy en casa sola con mi bebé. Tengo que preparar todo lo necesario para el baño, ¿qué debo hacer? (Como ayuda, se puede describir lo que haríamos y lo que necesitamos paso a paso).

Se pedirá al grupo que describan paso a paso, que harían para bañar al bebé. La matrona deberá tener en cuenta:

- La preparación previa.
- La relación afectiva con el niño/a (caricias, carantoñas, juego...).
- Los productos que utilizará.
- La temperatura del agua y de la sala.
- La coherencia del orden seguido en todos los pasos.

Ficha 7.3.b. El dolor de abdomen

Nieves ha dejado al bebé con su marido un momento para ir a la compra. Cuando llega a casa encuentra a su marido muy angustiado porque el bebé no para de llorar desconsoladamente.

La madre, igual de nerviosa, no sabe qué hacer, pues hace poco que el recién nacido ha comido.

Ficha 7.3.c. El estrés

Es medio día, Julia aprovechando que su niña se ha quedado dormida un momento, está descansando, ya que durante la noche no ha podido dormir. De pronto se despierta y se da cuenta que es hora de comer Nuria. Observa el desorden de casa, la cocina llena de platos por lavar, la mesa llena de ropa para guardar, la compra por hacer... y encima, la llaman por teléfono y la niña se despierta con lloros. La madre angustiada por la situación no sabe por dónde empezar.

Cada uno de los grupos contestará la pregunta de la ficha y, al acabar, un portavoz compartirá las respuestas con el resto de participantes. La matrona apuntará en la pizarra las contribuciones de cada grupo, clasificándolas por historias, completando la información relativa al cuidado del recién nacido, si se tercia, con alguna sugerencia.

Para completar el tema, la **matrona** puede utilizar las **siguientes orientaciones**:

LA HIGIENE

La higiene constituye uno de los aspectos fundamentales para el bienestar del recién nacido. La cura umbilical, el cambio de pañales, una buena limpieza de los genitales o un baño adecuado pueden evitar problemas de salud e infecciones en el bebé.

Cura umbilical

El ombligo es una potencial puerta de entrada para las infecciones, es por ello que hay que cuidar su higiene en cada muda. Es importante mantener la zona limpia y seca, aunque el cordón umbilical no se haya desprendido (puede tardar entre 5 y 10 días). Para la realización de la cura umbilical, es necesario lavarse las manos previamente. No precisa más que la colocación de una gasa limpia y seca y su cambio, especialmente cuando se cambie el pañal en caso de micción y/o deposición, con un lavado de agua y jabón, secando posteriormente. El uso de soluciones antisépticas puede retardar la caída del ombligo y no aporta ningún beneficio, salvo en condiciones de baja higiene en el ambiente del recién nacido. En caso de aplicar solución antiséptica, se recomienda el uso de la clorhexidina al 4% (Asociación Española de Pediatría, 2009). No será necesario aplicar antisépticos, si la zona se mantiene seca y limpia. No son normales las secreciones purulentas ni el enrojecimiento alrededor del ombligo, hechos que deben hacer sospechar una infección.

Les deposiciones

El número y el aspecto de las deposiciones es muy variable; las primeras deposiciones (meconio) son oscuras y pegajosas y después, a medida que el recién nacido tome la leche materna, las deposiciones se volverán amarillentas y de consistencia blanda.

Ritmo de las deposiciones

Los recién nacidos pueden hacer una deposición cada vez que mamen, dado el reflejo gastrocólico.

Es posible que las deposiciones sigan un ritmo irregular (incluso pueden permanecer unos cuantos días sin hacer ninguna). En el supuesto de que el recién nacido presente estreñimiento o se muestre intranquilo, se le puede ayudar con un suave masaje en el abdomen, siguiendo la dirección de las agujas del reloj, doblándole las piernas hacia arriba. En casos extremos, habrá que consultar al especialista.

El cambio de pañales (7 o 8 veces al día durante 2 años) debería realizarse sobre una superficie alta, a la altura de los codos, para prevenir malas posturas.

También es recomendable tener a mano todo lo que sea necesario para no tener que dejar solo al niño o niña.

Los pañales se pueden cambiar antes o después de amamantar, según el ritmo de deposiciones de cada niño/a. En caso de observar zonas enrojecidas, hay que cambiar a menudo los pañales, dejar las zonas afectadas al aire y aplicar cremas de protección. La zona genital debe estar limpia y seca y, en el caso de las niñas, la limpieza de los genitales debe hacerse de vulva a ano. No se recomienda el uso continuado de toallitas higiénicas comerciales, ya que contienen productos demasiado irritantes para la delicada piel de los bebés.

El baño

El baño, no sólo es un elemento importante para la higiene del recién nacido, sino que también supone un momento idóneo para establecer el vínculo madre-padre con el hijo o la hija.

El baño del recién nacido puede ser diario o en días alternos. Se pueden seguir las siguientes indicaciones:

- Es aconsejable preparar todo lo que sea necesario antes de comenzar.
- La habitación debe estar caldeada y sin corriente de aire.
- Es recomendable que el baño sea previo a la toma de leche para evitar que el recién nacido vomite.
- Observar al recién nacido al desnudarlo (piel, color, etc.).
- Comprobar siempre la temperatura del agua con el codo antes de poner al niño o a la niña.
- Bañar al recién nacido poco a poco, debe ser un momento relajante.
- Usar poco jabón o nada. En caso de utilizarlo, enjuagar bien al bebé (abusar del jabón, puede reseca la piel del recién nacido).
- Secar bien al niño o a la niña después del baño, sobre todo los pliegues cutáneos.
- No es conveniente aplicar cremas de forma sistemática (la descamación de la piel de los recién nacidos es un proceso natural), especialmente, en la zona genital, ya que fácilmente provocan irritaciones. Para hidratar la piel, se pueden utilizar leches o aceites naturales (no usar talco).
- El recién nacido percibe su propio olor e identifica el de su madre y el del pecho. No es adecuado el uso de colonias o productos perfumados, que pueden confundir su olfato.
- No introducir nunca bastoncillos o utensilios similares dentro de las orejas del bebé.
- En los primeros días, no deben cortarse las uñas del recién nacido, para evitar lesiones innecesarias. Si las tiene largas, se pueden doblar y se romperán solas fácilmente. No se aconseja el uso de manoplas, ya que el recién nacido necesita ponerse continuamente las manos en la boca (signo de bienestar).
- El recién nacido se puede bañar con la madre y/o padre.

EL DOLOR DE ABDOMEN

El dolor de estómago es una molestia habitual en los recién nacidos, puesto que sus intestinos son inmaduros y eso puede provocarles espasmos. En caso de que persistan, se puede intentar calmar al recién nacido con las siguientes orientaciones:

Cogerlo con el brazo en su abdomen, boca abajo, balanceándolo suavemente.

Hacerle masajes abdominales suaves siguiendo la dirección de las agujas del reloj.

Colocarlo dentro de una bañera con agua tibia, en posición fetal.

Darle el pecho, ya que se ha demostrado que mamar produce un efecto analgésico (Shah y Aliwalas, 2007).

Comprobar si la ingesta de lácteos de la madre afecta la leche materna que toma el recién nacido. Puede probar de eliminar durante unos días todos los lácteos de la dieta, sustituyendo la leche de vaca por leche de soja o de almendra. También puede probar de eliminar la ingesta de cítricos (pueden ocasionar una contracción de la vejiga biliar y un aumento de la descarga de bilis), de espinacas y de coliflor.

EL ESTRÉS

Además de las necesidades materiales, las necesidades afectivas del recién nacido y de las madres y parejas deben quedar cubiertas. Deben tenerse presentes algunas actitudes y comportamientos que enriquecen la relación con el recién nacido, como son la paciencia, la comprensión y la confianza.

Paciencia. Muchas veces, el llanto del recién nacido, que constituye su forma de expresión y comunicación más destacable, puede generar un estado de tensión y nerviosismo en los padres. La paciencia, que les ayudará a sobrellevar este tipo de situaciones, es algo que se puede trabajar mediante la práctica de respiraciones lentas, ejercicios de relajación, escuchando música tranquila, etc.

Comprensión. Cada recién nacido tiene una personalidad particular, por ello es importante que sus padres lo respeten y sean comprensivos con él, pese a que no responda inmediatamente a sus expectativas.

Confianza. Los padres y madres a menudo confían poco en la propia competencia para hacerse cargo de sus hijos o hijas, en parte por el exceso de información que reciben. Hay que insistir en que las personas tienen un instinto natural que las ayuda a enfrentarse a nuevas situaciones (sentido común) y que el hecho de conocer mejor el funcionamiento del cuerpo y mantener una actitud positiva fomenta la capacidad de actuación.

Los padres y madres deben ser informados sobre las decisiones que se toman en torno al cuidado de su hijo o hija durante la estancia hospitalaria, para que puedan prestar su consentimiento. En principio, las acciones que se llevan a cabo sobre los recién nacidos en el hospital requieren este consentimiento (por ejemplo, ofrecer chupetes o biberones, hacer punciones u otras pruebas), excepto en casos de emergencia.

Más adelante, en cuanto a las revisiones que efectuará el o la pediatra, es recomendable la presencia de las madres y de los padres en la consulta, para que puedan aclarar con él o ella las dudas sobre el cuidado del niño o niña.

Cuando se deba hacer una acción invasiva al recién nacido, se recomienda proporcionarle analgesia. La estimulación sensorial reduce la respuesta dolorosa: amamantamiento, masajes, caricias, contacto piel con piel, contacto visual, chupete, envolverlo con toallas calientes, sacarosa.

Excepto si la madre lo desea, se recomienda no separar al recién nacido de los brazos de la madre e intentar mientras lo amamanta administrar la vitamina K, realizar las pruebas como el cribado neonatal, glicemias, etc. Si no fuera posible ponerlo en el pecho, se puede administrar entre 0,2 y 0,5 ml de sacarosa al 20% por vía oral, dos minutos antes, y ofrecer una tetina para succionar.

c. Conclusiones de la actividad

La matrona remarcará, como se ha comentado en páginas anteriores, la importancia de que antes del alta hospitalaria del recién nacido, se programe la primera visita con la unidad de pediatría del centro de salud que le corresponda. Esta primera visita debe realizarse entre el tercer y el quinto días posteriores al alta hospitalaria del recién nacido, para que los profesionales y las profesionales de pediatría puedan valorar su estado general de salud, la nutrición y la ingesta de leche, y la ictericia, proporcionando todo el soporte que los padres necesiten.

Por otra parte, la matrona remarcará que no existe un código estricto o rígido por lo que se refiere al cuidado del recién nacido y que el papel fundamental de los padres y madres en esta materia es el de ofrecerle todo el amor y ternura que sean capaces de dar, ya que el amor y la expresión de afecto son el mejor modo de establecer unos vínculos adecuados con los niños y niñas.

Actividad 4

¿QUÉ CONOCIMIENTOS HEMOS ASIMILADO Y QUÉ VIVENCIAS HEMOS EXPERIMENTADO?

Mural en grupo
Discusión dirigida
25 minutos

OBJETIVO 4

- Valorar el curso de formación.

CONTENIDOS

- Los conocimientos y las vivencias.

a. Introducción a la actividad

Esta actividad cierra la última sesión del grupo. Se revisará todo lo sucedido durante el curso de forma amena y agradable, para hacer una valoración global de los conocimientos alcanzados y de las vivencias vividas durante este periodo.

b. Desarrollo de la actividad

En primer lugar, se realizará un repaso visual del curso y, posteriormente, tendrá lugar una discusión dirigida por la matrona.

Para la primera actividad, el grupo de participantes elaborará un mural, que se colgará en la pared. Para su confección, se necesitarán siete cartulinas DIN A4, una por cada sesión que conforma el curso de formación, donde se indicarán los objetivos de cada una de ellas, para refrescar su contenido.

Con cada una de las sesiones se seguirá el mismo procedimiento; la matrona recordará a las personas participantes los objetivos fundamentales y les pedirá que anoten en la cartulina correspondiente las anécdotas, hechos o datos que más les impactaron o llamaron la atención en su momento. De esta manera, se rememorarán más fácilmente los conocimientos adquiridos y se revivirán los sentimientos o emociones que experimentaron, lo que simplificará el proceso de evaluación posterior.

En segundo lugar, para la siguiente actividad y, en base a lo apuntado por las personas participantes, la matrona dirigirá una discusión en grupo. La idea fundamental de este ejercicio es revisar, de una manera dinámica y con las aportaciones de todas las personas integrantes, cada una de las sesiones.

7.6. Despedida y cierre del curso

20 minutos

Esta última actividad se denomina “El final de un gran principio”. Servirá para despedir y cerrar el curso y tiene como objetivo poner de relieve la idea de que las personas asistentes, más que finalizar una etapa, comienzan otra nueva. Se trabajará mediante el ejercicio “La pared que habla”, que se detalla a continuación.

La matrona colgará 6 carteles con los siguientes encabezamientos en la pared:

Ficha 7.4. Cuestiones. Valoración del curso

- 1) ¿Qué es lo que más te ha gustado del curso?
- 2) ¿Qué es lo que menos te ha gustado del curso?
- 3) ¿Cuál crees que ha sido el hecho más destacable del curso?
- 4) ¿Te ha ayudado el curso a sentirte más preparado o preparada? Si es así, ¿cómo?
- 5) ¿Sobre qué temas crees que necesitas más información?
- 6) ¿Qué conclusiones has obtenido sobre la preparación para el nacimiento?

Acto seguido, se entregará a cada participante la *ficha 7.4. Cuestiones. Valoración del curso*, que recoge las preguntas anteriores, y seis pequeñas hojas adhesivas (post-it). Cada una de estas hojas servirá para que, individualmente, respondan a las cuestiones indicadas y, después, las coloquen en “La pared que habla”, bajo la pregunta correspondiente. Es preciso que se dé suficiente tiempo para que todas las personas participantes puedan leer los comentarios de sus compañeros. Finalmente, el grupo charlará sobre la información reunida en la pared y la matrona destacará los principales puntos y temas (importancia del vínculo afectivo, cuidado del recién nacido, confianza en las propias habilidades y capacidades...) y les comunicará los recursos de los que dispondrán una vez finalizado el curso:

- Consulta de la matrona en el PASSIR.
- Curso de posparto.
- Grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Consulta de pediatría.
- Servicios de urgencias del CAP y Servicio de urgencias hospitalarias.
- Direcciones de Internet: Asociación Española de Pediatría, Grupos de apoyo a la lactancia materna ALBA, La Liga de la Leche...

7.7. Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M.D. y Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behaviour of one-year in a stranger situation. *Child Development*, 41(4), 67.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Graó.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2 Separation anxiety and anger*. Londres: Hogarth Press. Trad. Cast. *La separación afectiva* (1976). Buenos Aires: Paidós.
- Cyrułnik, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo*. Barcelona: Gedisa.
- Didona, N.A., Marks, M.G. y Kumm, R. (1996). *Enfermería maternal*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Elias, M.F., Nicolson, N.A., Bora, C. y Johnston, J. (1986). Sleep/wake patterns of breastfed infants in the first 2 years of life. *Journal of Pediatrics*, 77, 322-9.
- Evans, R.W., Allardyce, R.A., Fergusson, D.M. y Taylor, B. (1985). Infantile colic. *European Journal of Pediatrics*, 144-3, 19.
- Fernández, R. y Prats, R. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpart.pdf>
- Foundation for the Study of Infant Deaths (2004). *Recomendaciones de la Unicef Uk Baby Friendly Initiative*. Recuperado el 14 de septiembre de 2007 en: www.babyfriendly.org.uk
- Gutman, L. (2004). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Buenos Aires: RBA.
- Gutman, L. (2006). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: RBA.
- Gutman, L. (2007). *Crianza, violencias invisibles y adicciones*. Barcelona: RBA Libros.
- Jané, M., Prats, R. y Plasència, A. (2008). *Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya 2003-2005*. Barcelona: Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2057/indica2003.pdf>
- Jané, M., Vidal, M.J., Tomás, Z y Cabezas, C., *Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya*. Resumen ejecutivo 2008. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2057/indicaresumexe2008.pdf>
- Jové, R. (2007). *Dormir sense llàgrimes*. Barcelona: La esfera de los libros.
- Klaus, M. y Kennel, J. (1978). *La relación madre-hijo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Lainez, B., Bergel, E., Cafferata, M.L. y Belizan, J.M. (2005). ¿Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica. *An Pediatr (Barc)*, 63(1), 14-2.
- Lamb, M. E. (1981). *The development of social expectations in the first year life*. En M. E. Lamb I L.R.S. (Eds). *Infant social cognition: Empirical and theoretical considerations*. Hillsdale, N. J. Lawrence Erlbaum Associates.

Martínez, C., Jané, M., Prats, R. (2008). *Guía para embarazadas*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir125/guiaembar.pdf>

Ockenden, J. (2002). *Antenatal education for parenting*, en M. Notan (Edit.). *Education and support for Parenting. A guide for health professionals*. London: Baillière Tindall.

Prats, B., Prats, R. y Plasència, A. (2008). Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. *Infància amb salut*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf>

Prats, B., Prats, R., y Plasència, A., (2010). *Protocol per a la detecció precoç, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de la hipoacúsia neonatal*. Departamento de Salud, Dirección General de Salud Pública. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/hipoacuneonat.pdf>

Sánchez, M., Pallás, C.R., Botet, F., Echániz, I., Castro, J.R., Narbona, E. y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de pediatría*. 2009; 71 (4):349-361

Schaffer, H. R. y Crooks, Ch. (1981). *El papel de la madre en el desarrollo social temprano*. *Infancia y Aprendizaje*, 15(19), 39.

Shah, P.S. y Aliwalas, L.L. (2007). *Lactancia o leche materna para los procedimientos dolorosos en neonatos* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado el 15 de septiembre de 2007 en: <http://www.update-software.com>

Stern, D. N. (2002). *Diario de un bebé*. Barcelona: Paidós.

